



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

MENTALIZACIÓN, DISOCIACIÓN Y COHESIÓN DEL SELF

Autor: Brianda Portalatín Vargas

Director: Carlos Pitillas Salvá

Madrid

Mayo 2015

Brianda
Portalatín
Vargas

MENTALIZACIÓN, DISOCIACIÓN Y COHESIÓN DEL SELF



Resumen

Este trabajo estudió la relación entre tres elementos cardinales del psiquismo; a saber: la mentalización, la disociación y la cohesión del Self. Estos tres importantes elementos se explican y clarifican de manera ordenada. El desarrollo del estudio se basó en teorías que, desde un marco de trabajo psicoanalítico-relacional, explican el funcionamiento de la psique que se ha visto obligada a desarrollarse sometida a circunstancias extremas. Además de la relación entre estos tres elementos, se exploró la posibilidad de que estas teorías que nos sirven para la comprensión y el tratamiento de la población clínica puedan serle también de utilidad al profesional clínico en el trabajo con la “población subclínica”.

Keywords: Mentalización, Disociación, Cohesión del Self.

Abstract

This paper studied the relationship between three main elements of the psyche; namely they are: mentalizing, dissociation and Self cohesion. These three important elements are explained and clarified in an orderly way. The development of the study was based on theories that, from a relational – psychoanalytic frame work, explains the function of the psyche that has been forced to develop under extreme circumstances. In addition to the relationship between these three elements, it was explored the possibility that these theories that help us understanding and treating clinical population, may also be useful in the clinician work with the "subclinical population" .

Keywords: Mentalizing, Dissociation , Self Cohesion.

Introducción

Nuestro objetivo principal se centra en estudiar la relación entre tres elementos cardinales del psiquismo; a saber: la capacidad de mentalización, la disociación del psiquismo y la cohesión del Self.

Entendidos como continuos, esperamos obtener resultados que apoyen nuestra hipótesis de trabajo: Las puntuaciones en mentalización tendrán una relación negativa con las puntuaciones en disociación y positiva con las puntuaciones en cohesión del Self, respectivamente.

El estudio que realizamos se basa en teorías que explican el funcionamiento de la psique bajo circunstancias extremas, pero la mayoría de los pacientes a los que atenderemos en consulta podrían ser aunados bajo la etiqueta de “población subclínica”, esto es, que a pesar de sus heridas, las fallas en su Self y su historia relacional, no presentan un nivel de malestar y sintomatología suficiente para recibir un diagnóstico categórico. A pesar de lo cual habremos de entender de qué se duelen y cómo tomó forma lo que en determinado momento deciden traer a consulta. Por esto, la pregunta básica que se formula nuestro trabajo es si estas teorías (las cuales serán explicadas en breve) que nos sirven en la comprensión y el tratamiento del sujeto afectado por la psicopatología “pesada”, podrían ser extrapolables para la comprensión del funcionamiento de la población subclínica.

Debido a nuestra **naturaleza relacional** (Fairbairn, 1941 (Como se citó en Skolnick y Scharff, 2013); Sullivan, 1940; Winnicott, 1951), nuestra principal necesidad es establecer una relación, vincularnos; y al nacer, el bebé no será menos. El nuevo individuo necesitará paulatinamente, ir viviéndose como un agente diferenciado, como una *singularidad* independiente (aunque interrelacionada) y autónomamente capaz de gestionar su vida.

Será en la **interacción**, en la matriz relacional¹ (Mitchell, 1993), donde el bebé conseguirá llevar esto a cabo. Cuando llega al mundo el bebé **necesita a su madre**²,

¹ El concepto “matriz relacional” alude a un espacio *simbólico* en el que tiene lugar el contacto interpersonal, que es una fuente de necesidad primaria. Las relaciones, que poseen una raíz biológica, se experimentan desde el inicio de la vida y es mediante ellas que se organiza la experiencia. Básicamente, esto quiere decir que las relaciones son una condición necesaria en el ser humano y que nos tornamos quienes somos en base a ellas.

² Se hace referencia a la madre en el sentido Bowlbiano y entendemos que el desarrollo del individuo se ve condicionado por una única figura de apego [y no por una jerarquía de

que será **el agente de regulación** gracias al cual conseguirá conquistar las metas del desarrollo que paulatinamente le irán dotando de mayor autonomía. Decimos entonces que los niños son absolutamente dependientes del cuidado de sus progenitores, por lo que la relación del bebé con el cuidador y las características de éste, serán importantes en el desarrollo del futuro individuo.

Si todo transcurre con normalidad, el cuidador establecerá con su retoño un vínculo, principalmente caracterizado por la calidez y el deseo de aportar cuidados (de *caregiving*). El bebé buscará a su cuidador, su contacto, enlazarse conjuntamente en un vínculo relacional, porque el **vínculo emocional** es el **núcleo** básico de la experiencia humana.

Bowlby (1951), desde la teoría del Apego, apunta que, en base a la calidad de las interacciones entre el bebé y el cuidador, que tienen lugar en nuestros primeros siete u ocho meses de vida, se fragua en el niño un estilo de apego, en base al cual tomará forma posteriormente lo que Bowlby definió como modelos operativos internos (1973, 1988).

Una de las cosas que obtendrá el pequeño en estos importantes primeros meses de su vida, será un aprendizaje visceral, *organísmico*, acerca de si mismo, algo así como una imagen (muy enraizada, muy primitiva) del Self y de los demás.

Cómo se cierre el apego y por tanto la dirección que tome este aprendizaje, dependerá del propio cuidador³ y de varios aspectos de la relación con este, cómo, por citar algunos, su capacidad de autocontrol / regulación, la representación que tenga de su hijo y su nivel de sintonía con las necesidades del bebé (Bowlby, 1973, 1988).

Si nos enmarcáramos en la perspectiva de Melanie Klein (1989), la tarea fundamental del bebé sería “estructurar su psiquismo”. Lo primordial, desde la teoría de

figuras de apego]. Aunque dicho papel se encuentra predispuesto a ser ocupado por la madre biológica del infante, puede también ser el progenitor masculino u otra figura la que lo desempeñe. En adelante nos referiremos a la madre o al cuidador, indistintamente, para hacer alusión a esta figura.

³ Aunque desde luego, no única ni exclusivamente. Otras variables del entorno y del propio niño [como el temperamento (Thomas, Chess y Birch, 1968; Katz y Gottman, 1997; Fonagy, Steele, Moran, Steele y Higgitt, 1991)] influirán en la relación entre el niño y el cuidador y por tanto en el establecimiento de los modelos operativos del infante y en la edificación de su psiquismo. Aunque aquí no explicaremos todas las variables, sino que nos ceñiremos sólo a unas pocas, entendemos que todas ellas juegan un papel tan estudiado como relevante.

Winnicott (1988), sería la consecución de la integración de la personalidad, el logro de un sentido de continuidad, el desarrollo de un auténtico sentido del “sí mismo” (o Self). Benjamin (1992), nos diría que el desarrollo de la mente (o realidad interna) del niño, habría de conseguirse con la experiencia del Self como sujeto (como agente) en relación con las subjetividades de los demás. Mitchell (1988), nos hablaría de la necesidad de organización y construcción de la estructura de la psique y la conquista de un sentido del Self suficientemente continuo.

Podemos decir entonces que la necesidad fundamental del bebé es aprender *quiénes*, desarrollar un sentido del *Self* suficientemente fuerte. Ha de vivirse cohesionado y diferenciado, pero además, ha de ser un agente activo en el intercambio relacional, sentir que merece la pena y es valioso por sí mismo.

Pero vayamos por partes, antes de dirigirnos a la necesidad fundamental del bebé, habremos de ocuparnos de los requisitos que ha de cumplir el cuidador, ya que, siendo el bebé tan dependiente de este, hemos de saber de dónde partimos.



Mentalización



En 1991, en su artículo “Thinking about thinking”, Fonagy dio a conocer el concepto psicoanalítico de mentalización.

La mentalización, o función reflexiva, es un proceso implicado en la capacidad de percibir e interpretar el comportamiento humano en términos de estados mentales intencionales (Fonagy y Target, 2006; Stein y Allen, 2007).

En otras palabras, decimos que una madre tiene capacidad de mentalización cuando puede decodificar adecuadamente lo que su bebé le transmite y ser sensible a las necesidades de éste. La madre mentaliza cuando es capaz de proporcionarle al niño un *encuentro de mentes* (Sharp, y Fonagy, 2008).

Esta capacidad nos permite *reflejar* con flexibilidad pensamientos, emociones y estados mentales (tanto propios como ajenos) (Fonagy y Target, 2002; Gergely y Unoka, 2008), y es mediante la cual *dotamos de sentido* la conducta de los otros y a nosotros mismos, a través de la comprensión de los estados (tanto explícitos como implícitos) y los procesos mentales. Será además fundamental para que el individuo desarrolle la habilidad que le permita desenvolverse adecuadamente en el mundo social (Bateman, Fonagy y Allen, 2009; Cortina y Liotti, 2010).

La capacidad de mentalización del cuidador, la cual, aunque no es la única variable que afecta al establecimiento del apego, al desarrollo socio-cognitivo y psicosocial, ni a la psicopatología que pueda desarrollar el infante (Dix, T., 1991), será desarrollada ampliamente en este trabajo por considerarse una vía especialmente significativa en el desarrollo de la psique del bebé y por la cual su desarrollo normal puede verse truncado (Fonagy, P., 1991; Fonagy y Target, 2002; Sharp y Fonagy, 2008).

La mentalización se va gestando en nosotros desde la infancia y se encuentra delicada y profundamente ligada a la interacción con nuestra figura de apego (Fonagy y Target, 2006). Precisaremos de dos elementos indispensables en el cuidador para que la mentalización se desarrolle en el pequeño: La especularización y la responsividad.

El primero de ellos, la **especularización**, es el proceso mediante el cual la madre fusiona simbólicamente, en el niño, una experiencia con su correspondiente emoción. Será un proceso primordial para que el pequeño pueda nombrar la experiencia correspondiente a cada emoción específica. Esto tiene lugar de manera continuada: cada vez que el niño se encuentra en un estado de activación, se acompaña de ciertas señales (gestos faciales, expresiones verbales y no verbales...) con las que el cuidador resuena. Esta resonancia se refleja en su experiencia interna y genera una expresión adecuada como respuesta a la experiencia del pequeño (Fonagy, 1999). Las respuestas especularizantes se generan de manera innata y no consciente en el cuidador (Meltzoff, 1993).

La especularización juega un papel fundamental en el desarrollo del sentido de Self del bebé. Especialmente en el espacio de interacción recíproca (durante la interacción cara-a-cara), que implica la unión, la contemplación y la sintonización mutua entre la madre y el bebé (Brazelton, 1982; Riess, 1978, 1988; Scharfman, 1989; Winnicott, 1951)

La interacción con el otro es indispensable para el niño, porque es a través de esta que puede formar la visión de su mundo interno, de sus fantasías sobre este y de sí mismo (Fonagy, 1995). Como dice Fonagy (1995, p.43): “La comprensión de la naturaleza del mundo mental no puede hacerse solo, precisa ver el Self en el ojo del otro”.

Las madres que calman más efectivamente a sus hijos les proporcionan una especularización enlazada con otros afectos (hacen muecas graciosas, preguntan, sonrían...). Procediendo de esta manera, aseguran que su hijos reconozca sus propias

emociones como semejantes, pero no exactamente iguales. El intercambio de afecto entre la madre y su niño provee una especial fuente de información para el pequeño sobre sus estados internos, así, cuando el bebé busca una forma de lidiar con su malestar, encuentra que su madre le responde ofreciéndole una representación de su estado mental de una forma que él puede internalizar.

Existe cierta distancia entre la experiencia original del niño y la representación especularizante del cuidador, pero se trata de una discrepancia necesaria (no es una distorsión), dado que, si la madre le devuelve a su hijo una imagen demasiado próxima o demasiado lejana a su experiencia original, la especularización fracasa, pudiendo convertirse en una fuente de temor para el niño y perdiendo así el potencial simbólico.

El segundo de los elementos que anticipábamos es la **responsividad**⁴ de nuestro cuidador (la responsividad, como la entienden los teóricos del apego, es la atención al niño de forma pronta, sistemática y congruente). Será lo que permitirá al pequeño individuo (junto con la especularización) ir desarrollando gradualmente la capacidad de mentalización (Bateman, Fonagy y Allen, 2009).

La capacidad de los padres de dar respuesta adecuadamente a las necesidades de sus hijos nos interesa porque si el bebé siente, por ejemplo, hambre, llorará porque no puede modular solo esa sensación desagradable en su estómago, no entiende qué le pasa, pero no le gusta. La madre responsiva, en este sistema relacional niño-cuidador, ha de ir *modulando* y *reflejando* los estados afectivos de su bebé (tiene que cumplir su función como agente de contención y reflejar casi constantemente los estados internos de su bebé para que este los vaya comprendiendo), los cuales irán paulatinamente tomando forma desde los primeros intercambios constantes y recíprocos de esta díada. La madre tendrá que ser capaz de calmarle y de modular la experiencia afectiva intolerable de su bebé, “digerirla” y devolvérsela “metabolizada”, contenida, para ayudarle a integrarla.

Es decir, no basta con que la madre regule a su hijo, además tiene que devolverle continuamente sus estados internos (de una manera adecuada para que el pequeño

⁴ La responsividad de los padres nos interesa por considerarse un factor significativo en el desarrollo del niño por Bowlby (1969) y Ainsworth (Ainsworth, Bell, y Stayton, 1974; Ainsworth, Blehar, Waters, y Wall, 1978).

pueda ir comprendiéndolos). Se trata de dos procesos que se dan de manera simultánea y que dependen en cierto modo el uno del otro, pero son dos procesos diferentes.

Pero como veremos, basta con que la madre sea *suficientemente buena*: (no es necesario que la madre sea contingente al 100% con la satisfacción de la necesidad de su bebé). Así, cuando esta mamá falla (en la proporción de los cuidados adecuados a su bebé), si está sintonizada con el pequeño, puede volver para reparar la desconexión y volver a reunirse de nuevo con su hijo sin gran dificultad. En sintonía con este concepto, parece ser que la mentalización funciona de manera análoga, siendo que una mentalización suficientemente buena es todo lo que el pequeño necesita (Sharp, Fonagy y Goodyer, 2006).

Cuando el cuidador es capaz de **sostener en su mente la mente del niño**, la vida interna del pequeño puede germinar con seguridad y él mismo puede explorarla, a la vez que desarrolla la capacidad de representar y regularse sus propias emociones, intenciones y deseos (Soderstrom y Skarderud, 2009).

Como venimos viendo, el papel del cuidador es indispensable. Concretando entonces lo que hemos desarrollado hasta ahora, cuando hablamos de una madre capaz de mentalizar, nos estamos refiriendo a una madre que:

1. Es verdaderamente sensible a las necesidades de su hijo y puede ponerse en su lugar (alcanza a percibir sus deseos, sus estados anímicos y mentales, sus necesidades...). Es decir, **puede ponerse en la mente de su bebé**.

2. No sólo **entiende el estado en el que se encuentra su bebé**, sino que también **se lo refleja**. Además, **entiende al bebé como un agente psíquico** (autónomo, separado de ella) y así **se lo refleja**, potenciando de esta manera su capacidad para entenderse y para entender a los demás.

Consecuentemente, **si la madre sabe mentalizar**, al hacerlo adecuadamente con su hijo, está **desarrollando en él esta capacidad** (Main, 1991; Slade, 2005; Fonagy et al., 1991). Desde un marco de trabajo psicoanalítico y profundizando un poco más allá del nivel más “conductual”, sostenemos que lo fundamental para que el niño internalice y adquiera la capacidad de mentalización de la madre, es que ésta le provea de unas **relaciones de objeto** tempranas **consistentes y seguras** y de un *funcionamiento psíquico suficientemente bueno*.

Los padres con mayor capacidad de mentalización favorecen un apego seguro en su hijo, el cual es a la vez un elemento cardinal para la mentalización (Fonagy et al, 1995). La capacidad que posean los padres para observar la mente de sus hijos les facilita a estos la comprensión general de las mentes (siendo el apego seguro el mediador de este proceso).

Meins, Fernyhough, Fradley y Tuckey (2001) nos demuestran que cuando los comentarios de la madre del estado mental de su retoño son apropiados, son predictivos de un apego seguro en el niño. Este y otros estudios longitudinales, cómo el de Fonagy et al. (1991), nos permiten establecer la relación entre la mentalización del adulto y la capacidad de mentalización del niño (Fonagy, Steele, Steele y Holder, 1997).



Cohesión del Self



Ahora sí, dirigimos nuestra mirada hacia la necesidad fundamental del bebé, ¿Cómo aprende el pequeño individuo *quién es*? ¿Cómo logra desarrollar un sentido del *Sí Mismo*?:

El niño aprende *quién es* (consigue un sentimiento de Self) a través del reflejo de amor y cuidado de su madre. El niño siente y aprende quien es por lo que ella deposita en él, por el reflejo que le devuelve, así le da forma a su necesidad (de contener, de modular, de aliviar el impacto emocional de las experiencias del bebé) y le otorga a su Self el sentimiento de que las cosas están “bien” (Shuterland, 1983).

Al principio de la vida del bebé, el cuidador debe tomar este papel modulador, porque el pequeño se encuentra inmerso en una simbiosis (Mahler, 1967) con la madre⁵.

⁵ Al inicio, el bebé se encuentra inmerso en un estado de simbiosis, la cual va dejando paso al proceso de diferenciación (hacia finales del segundo mes - tercer mes). Será aquí donde comience a generar las representaciones de sí mismo y del otro [*la ausencia del otro nos hace tomar consciencia de su existencia*]. Avanzando en el tiempo, con la clausura del apego y la revolución de los nueve meses (que es la manifestación interna de la mentalización), el niño *comienza a entender al otro como agente psíquico* con facultades (por ejemplo, atención que puede ser atraída o compartida) y contenidos psíquicos (estados emocionales). Va apareciendo en él la disposición de atender y la capacidad de entender al otro y esto tomará forma dependiendo de la calidad de lo vivido anteriormente... Nos detenemos entonces aquí, en los nueve meses, porque es donde se producen los primeros signos de mentalización (observables empíricamente). Para este momento, sabemos que el pequeño ya cuenta con las experiencias que ha ido acumulando en su crecimiento. Estas **experiencias que tiene el niño recopiladas de los pasos que le han ido**

Cuando nos referimos a este estado de simbiosis, aludimos a una etapa en la que el bebé se encuentra en un estado de **indiferenciación**, no sabe cuáles son los límites que le diferencian de su madre (por poner un ejemplo, aún no sabe que sus manos son suyas, no sabe si el pelo que se enreda entre sus dedos es suyo o de su mamá). Será entonces tarea de ella ir dándole entidad a estos límites *inexistentes*.

No nos referimos aquí únicamente a los límites físicos. La madre tendrá que ir, poco a poco, dotando al bebé de un **Self**, de un sentido de agencia, de la sensación de ser un **sujeto único y bien diferenciado**; Esto sucede en el curso normal del desarrollo del infante, sobre una cama de experiencias arquetípicas⁶, donde tienen lugar repetidas diadas internas en las que tendrá lugar el intercambio afectivo que le permitirá al

Llevando a la aparición de la mentalización, colorean la cualidad que tendrá ésta (todo lo que ha ido viviendo, se suma).

Si el bebé está sentado junto a su madre (en la trona, por ejemplo) y advierte que ella está mirando a un punto fijo, él busca con la mirada el punto que mira la madre. El bebé sabe *leer* que ella tiene una facultad (atención) y que está en un estado mental (interesada).

O por poner otro ejemplo: la aparición de la referenciación social (hacia los nueve meses). El bebé ve acercarse un extraño y lo primero que hace es mirar a la madre buscando su respuesta emocional (facial / verbal). Así *sabe* qué es lo que está viviendo la madre ante el extraño, (tranquilidad o temor).

Pero además de esto, ocurre que el **interés que el bebé tenga por lo que hay en la mente del otro, dependerá de las experiencias relacionales anteriores que este haya tenido** (de la calidad de la acumulación de estas experiencias). Un bebé con un apego evitador, no suele usar a la madre como fuente de referenciación social... En cambio, un niño que ha sido maltratado puede estar muy vigilante de los estados emocionales del progenitor maltratador, etc.

Así que las **dos cosas van juntas: Los pasos hasta la aparición de la mentalización y las experiencias que, vividas durante el proceso, van dando color a la capacidad final.**

O dicho de otra forma, partir de una simbiosis inicial en el pequeño, no es incompatible con que la madre vaya construyendo en él (a través de sus expresiones faciales, por ejemplo) la mentalización. Aunque al inicio el pequeño no sea capaz de diferenciar sus experiencias de las expresiones faciales de la madre (por seguir con el ejemplo) el aprendizaje es acumulativo desde el principio.

Para ver cómo es la calidad de la mentalización, habremos de preguntarnos por la **calidad** de las experiencias vividas *durante el recorrido* de la vida del bebé hasta ese momento: apego, amor primario, resolución de la fase oral y sado-oral, experiencias positivas-vs-negativas durante la fase esquizo-paranoide y durante la transición a la posición depresiva.

⁶ Nos referimos a la interacción directa madre-bebé aludiendo a los momentos en los que la madre le alimenta, le limpia, le presta atención y cuidado y juega con él. Las interacciones no son meramente conductuales, sino que implican también complejas interacciones psíquicas (de las que ya hemos hablado), que se dan, en su mayor parte, a un nivel inconsciente.

pequeño la internalización de lo que su madre le devuelve de sí mismo (explicaremos esto detenidamente al referirnos a la especularización)..

La madre y el pequeño tienen interacciones *momento-a-momento* (cara-a-cara) que difieren en intensidad afectiva. La intensidad afectiva puede ser baja, momentos durante los cuales el pequeño va adquiriendo un aprendizaje *cognitivo* general del entorno, o puede ser alta. Normalmente, las experiencias que tienen lugar en este segundo caso (cuando la intensidad afectiva es alta), suelen estar relacionadas con: a) experiencias de placer elevado para el niño, que son los momentos en los cuales la madre responde a la necesidad del bebé (por ejemplo, cuando el bebé está hambriento y la madre le provee el alimento), o con b) experiencias de frustración o displacer para el niño, estos son aquellos momentos en los cuales la madre no responde a las necesidades del niño (por ejemplo, el bebé no quiere jugar más y comienza a retirar la mirada de la madre, a arquear la espalda... pero la madre sigue estimulándole y tratando de captar su atención) (Clarkin, Yeomans y Kernberg, 2007)

Los momentos de alta intensidad afectiva (a los que en adelante nos referiremos como picos afectivos), son relevantes aquí por que involucran al bebé en la relación con un otro. En estos momentos, ambos (el Self y el objeto) están involucrados en el establecimiento de estructuras de memoria cargadas de afecto en la psique en desarrollo del bebé (Clarkin et al, 2007). Es decir: la experiencia del Self con un objeto en el pico afectivo posee una intensidad que facilita la adquisición de estructuras de memoria afectiva (Kernberg, 1992).

Y estas estructuras de memoria cargadas de afecto influyen en el desarrollo del bebé porque en los picos afectivos el niño internaliza imágenes primitivas de los otros en relación con el Self, respecto a necesidades vitales para la supervivencia y la homeostasis.

Las interacciones cara-a-cara, las experiencias momento-a-momento con las que comenzábamos este apartado son, cada una, momentos específicos en los que el cuidador (la madre, el objeto) es atento y nutre al niño (su Self). Esta imagen, en la psique en formación del bebé, se codifica como una representación parcial de una realidad más amplia en las estructuras de la memoria (por esto es que un niño cuyo cuidador es generalmente atento, puede internalizar imágenes de un objeto sádico y deprivador: por las experiencias temporales [a pesar de no ser representativas de la relación] de frustración y deprivación).

Es importante señalar que las imágenes internalizadas por el niño, no son meramente cognitivas, sino que están conectadas con intensos afectos primitivos. Los afectos del infante son intensos porque su función biológica es ayudar a los mamíferos inmaduros a sobrevivir buscando el placer y el cuidado, alejándose del daño y señalándole al cuidador sus necesidades mediante estos afectos.

Es por esta intensidad que, al principio, la psique primitiva del bebé necesita separar los objetos buenos (baño afectivo positivo) de los malos (baño afectivo negativo) para organizarse. Separándolos preserva la representación del objeto idealizado (que es todo bueno), la protege del deseo de destrucción de los objetos malos.

Paulatinamente, estas representaciones extremadamente buenas o extremadamente malas del Self y de los otros, van integrándose. De la organización escindida, se va pasando a una integración de la que resulta una representación interna del Self y de los otros más compleja y realista (más madura), que reconoce que los otros son una mezcla de cualidades positivas y negativas, que a veces son objetos satisfactorios y a veces objetos frustrantes (Clarkin et al, 2007).

La organización primera deja paso a una más madura y la psique del niño consigue integrar entonces los aspectos positivos y los negativos de la mano de un cuidador, suficientemente responsivo, mentalizador y capaz de especularizar, que va posibilitando en su bebé la formación de una psique más madura y de un Self cohesionado.

Apuntamos entonces que la responsividad, la mentalización y la capacidad de especularización en el cuidador contribuyen a la integración del Self del bebé de la siguiente manera:

La madre, en el espacio de interacción recíproca, atiende e interpreta adecuada (sin distorsiones) sistemática y congruentemente las necesidades de su bebé. A cada momento, él necesita poder hacerse con la emoción que le desborda (porque, recordemos, las emociones son al principio de naturaleza muy primitiva, muy crudas) y la madre se las devuelve adecuadamente metabolizadas para que él pueda integrarlas. Le provee así de la experiencia de un encuentro de mentes, demostrándole que puede sostener la suya (que puede comprender y hacerse cargo de sus estados internos), y dotando de sentido su experiencia mediante la unión simbólica con su correspondiente emoción.

En todo este proceso, la transmisión de la emoción de la madre hacia su hijo se hace de manera continua; y el intercambio de afecto entre ambos es una fuente privilegiada de información para el pequeño sobre sus estados internos, que va provocando que internalice, en este encuentro, mediante el reflejo en los ojos de la madre, que es un ser, no solo con agencia, sino, además, querido, valioso y que merece la pena.

El pequeño va adquiriendo entonces, muy poco a poco, paralelamente a la cohesión del Self y al sentimiento de valía, la preponderancia de estados afectivos positivos, una creciente capacidad de autorregulación y la emergencia de conciencia de incipientes concepciones del Self y de los otros. Los casos en los que el pequeño no puede disfrutar del desarrollo normal porque carece del entorno facilitador y dispone, en su lugar, de un entorno caracterizado por la negligencia (física o emocional), el resultado en él es radicalmente opuesto: predomina en el niño el afecto negativo, desarrolla una baja autoregulación y sufre interrupciones en la construcción de sus concepciones del Self y de los otros.

El panorama resultante se asemeja bastante a la presentación adulta de la organización límite de la personalidad: con la difusión de la identidad, la preponderancia del afecto negativo, la mala auto-regulación, y las relaciones comprometidas con los demás⁷.

La estructura alterada de los individuos con una organización límite de la personalidad, se caracteriza por la falta de integración de los objetos primitivos positivos (idealizados) y negativos (persecutorios) de las relaciones objetales que se establecieron en la infancia, como huellas del transcurso de las primeras experiencias afectivas intensas. Esta falta de integración constituye el **síndrome de difusión de la identidad**. Este síndrome es lo opuesto a una identidad y un sentido de Self normales. Este síndrome se caracteriza por la **ausencia** de un concepto **integrado del Self** y de los otros significativos (Clarkin et al, 2007).

Ponemos el foco ahora sobre la interacción diádica porque es en ese espacio de interacción cara a cara dónde tiene lugar la especularización. El niño puede comenzar a

⁷ Aunque no queremos aquí dar a entender al lector que todo fracaso en la consecución de la cohesión del Self aboca al padecimiento de una organización límite de la personalidad [ni mucho menos, esta organización se trata de una resolución extrema, de las muchas posibles, del fracaso en la integración], continuaremos el desarrollo apoyándonos en este resultado concreto de la alteración de la normalidad en el proceso que venimos describiendo.

aprender quien es él prestando atención a las respuestas que su madre da a los aspectos de su comportamiento que tienen sentido para ella. Es la madre quien inserta el significado y la intencionalidad en el comportamiento de su hijo, posibilitando de esta manera que comience a reconocerse a sí mismo (Shotter, 1976). El objeto (la madre), es un espejo en el cual se reflejan los primeros trazos de la identificación del pequeño.

Con otras palabras, este es el proceso mediante el cual el bebé se encuentra en los ojos de la madre. La mirada de ella es la que conforma el Self de él. La madre le descubre su apariencia, su ser, “quien es y cómo es”... y **lo refleja en la interacción**.

Cuando el cuidador es capaz de proporcionarle contenidamente al niño un **reflejo contingente** de su experiencia, no sólo le refleja al pequeño su estado, sino que además “re-presenta” el estado afectivo del pequeño, alterando *marcadamente* (Bateman y Fonagy, 2004) ciertos aspectos, como pueden ser su tono de voz o sus expresiones faciales (Soderstrom y Skarderud, 2009).

Desarrollamos un poco más este último concepto: cuando la díada madre – bebé se encuentra en sintonía y ella le está reflejando a su pequeño sus estados mentales (fundamentalmente mediante expresiones faciales y vocales), la madre le devuelve un reflejo “exagerado” del estado que el bebé está experimentando *momento a momento*. Realizando el reflejo de esta forma (de manera no consciente y que podríamos decir que tiene cierto énfasis en aspectos “más tangibles” de la conducta), al pequeño le queda claro que su mamá está reflejando *su* estado mental (el del bebé), e internaliza que él mismo es el **poseedor de su propio estado** (un estado que es **diferente** al del cuidador) y se siente comprendido (Fonagy y Target, 1998; Soderstrom y Skarderud, 2009; Steward, Dadson, y Fallding, 2011).

Cómo la madre mira al bebé, durante cada una de estas interacciones cara a cara, imprime en él un significado. *Si (yo, bebé) soy digno de esta mirada bondadosa, de las caricias, del amor y el cuidado de esta madre... entonces debo ser algo valioso y merecedor de ser amado*. Nada más nacer, el bebé carece de Self y es en la interacción donde éste cristaliza, **internalizando la mirada y los comentarios** de su cuidador, bañados siempre en un tono afectivo.

Si la madre es capaz de proporcionar al niño una afectividad contenida y una mirada amorosa, el bebé *introyecta* la mirada entrañable de la madre y se genera lo que denominamos **Self Nuclear**.



Disociación



Cuando las respuestas de la madre a las necesidades del niño son negativas de manera sistemática, la adquisición de un Self cohesionado se ve comprometida.

Por un lado, tenemos una situación en la que la madre no puede reflejarle al pequeño su estado afectivo (ni su estado mental, ni sus emociones, ni sus intenciones, ni sus deseos) de una manera ajustada y coherente, esto aboca al bebé a interiorizar un estado mental que **no es el suyo** (además de un Falso Self). La experiencia que le está proporcionando el cuidador no es óptima, no se ajusta a la del niño, no está *sosteniendo* en su propia mente *la mente del bebé* (Soderstrom y Skarderud, 2009).

Los niños dependen de sus cuidadores para conseguir un reflejo exacto de sus experiencias, si el cuidador carece de sintonía y no es capaz de reflejar correctamente el estado de la mente del niño (o incluso le provoca repetidamente estados afectivos negativos), el pequeño, por su naturaleza relacional, para conservar el vínculo, porque su condición le pide formar parte de un “nosotros” (Tomasello, Carpenter, Call, Behne, y Moll, 2005), **internalizará** tanto los **modos desviados de reflejar** del cuidador como las **representaciones incongruentes** (de sí mismo) que éste le hace llegar. Estas representaciones, irán acomodándose en la psique en formación del bebé y tendrán como resultado una profunda desorientación y desorganización dentro de su Self en gestación (Bateman y Fonagy, 2004).

De igual manera que cuando la madre es capaz de mentalizar adecuadamente a su bebé, tanto el mundo representacional como el Self que se generan en éste, son benevolentes porque se basan en una mirada amorosa y en un trato contingente (de la madre con las necesidades del bebé), cuando el cuidador responde incongruentemente, el Self del niño en formación también sufre una repercusión. En estos casos, al tomar forma en base a estas respuestas incoherentes y a estos reflejos deteriorados, el *auténtico* Self del bebé queda *deformado* y aparecerá, como un intento desesperado del niño de mantener el vínculo con el cuidador lo que Winnicott (1960) denomina Falso Self; algo así como una identificación superficial más que una verdadera internalización de la percepción materna de uno mismo.

De igual manera que cuando la madre es capaz de mentalizar adecuadamente a su bebé, tanto el mundo representacional como el Self que se generan en éste, son benevolentes porque se basan en una mirada amorosa y en un trato contingente (de la madre con las necesidades del bebé), cuando el cuidador responde incongruentemente,

el Self del niño en formación también sufre una repercusión. En estos casos, al tomar forma en base a estas respuestas incoherentes y a estos reflejos deteriorados, el *auténtico* Self del bebé queda *deformado* y aparecerá, como un intento desesperado del niño de mantener el vínculo con el cuidador (Mitchel, 1933), un Falso Self.

Por otro lado, frente a la imposibilidad de escapar al malestar o al dolor (poqe el cuidador no se hace cargo de modularlo en el niño), el pequeño cuenta con unos recursos escasos e inmaduros... La psique del niño no está preparada para afrontar una situación como ésta en la que su cuidador no puede contenerle ni modular su experiencia. Sabemos que será imprescindible para un desarrollo saludable del bebé que la “madre suficientemente buena” realice primorosamente la función contenedora, pero es que esta madre (la de nuestro supuesto), no sabe, o no puede, hacerlo de la mejor manera ¿Qué pasa entonces? Lo que ocurre si el *cuidador no es capaz de proveer* al infante de *interacciones que reflejen adaptativamente el afecto y contengan sus experiencias* (Fonagy et al., 2004, p192), es que la psique del bebé, se ve obligada a **disociarse**⁸.

Podemos considerar que cuando el bebé hace uso de la disociación, está utilizando, por paradójico que pueda parecernos, una *estrategia organizada* para mantener la conexión con su cuidador (Stewart et al., 2011). La calificamos de organizada porque, cuando el cuidador no es consistente, o es incluso negligente, durante el primer año de vida del bebé, el pequeño se da cuenta de que no puede hacer nada que provoque una respuesta responsiva de su cuidador (Allen, 2001) y de que éste es además su fuente de distrés. Frente a esto, poco puede hacer, y cómo respuesta a este panorama tan desolador, se ponen en juego dos *estrategias de supervivencia* en la psique del bebé:

La primera es la *búsqueda de proximidad* de su figura de apego y la segunda, un comportamiento de “*lucha, evasión o parálisis*” frente al objeto que provoca el miedo. El problema es el siguiente: *mi* figura de apego (de la que busco la proximidad) es

⁸ Esto es, se presenta en el niño este mecanismo biológico de desconexión interna y externa cuya finalidad es la recuperación de cierto equilibrio orgánico (a costa de la pérdida de la capacidad para registrar y organizar estados internos). La única solución posible para el bebé, cuando no hay escape al malestar o al dolor es *recurrir* (evidentemente, no de manera consciente) a estados disociativos.

La internalización del niño de imágenes de sí mismo distorsionadas a causa de interacciones distorsionadas con la madre (que exponíamos al inicio de este apartado) y el recurso a estados disociativos como única vía de escape, aunque pueden sucederse, se trata de dos situaciones diferenciadas que pueden complicar la cohesión del self, pero a niveles y por causas distintas.

también la figura que *me* aterroriza. Por lo que estas dos respuestas de supervivencia con las que cuenta el bebé *actúan la una contra la otra...* fallando en su cometido de reducir la intensidad afectiva del niño y creando en éste estados de *disonancia* interna, en los cuales que *una parte del Self mantiene estos comportamientos de búsqueda de proximidad* hacia el cuidador, *mientras otra intenta protegerse* del daño (logrando, consecuentemente, estructuras disociativas dentro del Self como respuesta a las relaciones tempranas con el cuidador).

Aunque la proximidad psíquica se torna insoportable, la necesidad de proximidad del niño no desaparece, por lo que este, limitando sus habilidades mentalizadoras, busca la cercanía que sí que puede soportar, la física (Fonagy, 2000).

Allan N. Schore (2003), define la disociación como la manera de “**escapar cuando no hay escape**”. Y es que esto es exactamente lo que hace el niño cuando pone en marcha esta estrategia de supervivencia.

Lo que tenemos como resultado de la activación repetida de esta estrategia es el trauma relacional. Cuando el cuidador atiende las necesidades del niño de manera desorganizada (en los casos más extremos, de manera negligente [por ejemplo gritándole, ignorándole o incluso zarandeándole violentamente]), el pequeño se queda desorientado, a menudo sin una forma de darle sentido a sus propias emociones y, paralelamente, *internalizando la respuesta negativa del cuidador y desarrollando una sensación de vergüenza* (por ejemplo: “me han tratado mal. Yo provoqué esta respuesta, luego soy malo”) (Bateman y Fonagy, 2004).

Una mentalización disfuncional [en el cuidador y por tanto en el bebé], da lugar a *desórdenes de la experiencia del Self*, lo cual tiene lugar en todas las condiciones extremas (Fonagy, Bateman y Bateman, 2011).

Desde el neuropsicoanálisis se nos explica el **funcionamiento disociativo** del bebé como **respuesta a la desatención de la madre**. Como esta *indiferencia* representa para el bebé un riesgo, cuando su llanto no es atendido, a los primeros niveles de *hiperarousal*, les sigue una respuesta (la única con la que cuenta el bebé para hacer frente a esta situación) que se divide en dos tiempos:

Primero, el llanto del bebé continúa aumentando, sufriendo éste una hiperactivación del sistema simpático: aumentan las catecolaminas en el pequeño cuerpo del bebé, el cual se inunda de las hormonas del estrés (adrenalina, noradrenalina y dopamina) que generan en el cerebro del infante un estado hipermetabólico. Si la

madre continúa desatendiendo al bebé, el aumento de éste estado provocará que *no se recupere el vínculo* y como consecuencia, que se provoque la *desconexión emocional*.

Seguidamente, el pequeño se desinvolucra de los estímulos y así, el *hiperarousal* da lugar a un estado de *hipoarousal* (aumentando entonces los opioides) en el cual el bebé “finge la muerte” (Porges, 1997). El fin de este estado hipometabólico, en el cual el bebé parece encontrarse en un estado semejante a la catatonia, es conservar energía. Con esta *auto-modulación* tan precaria se genera la disociación, la cual provoca “lagunas”, “vacíos” perceptivos y, por tanto, autobiográficos.

Los estudios realizados apoyan la vinculación entre trauma infantil y disociación patológica. Si la disociación es entendida como una imposibilidad de conexión con el entorno, con la conciencia, con el propio Self, con la información emocional abrumadora, con las acciones y con el sentido de *identidad*, cabe esperar un **desarrollo muy precario de la autorregulación**. Atender entonces a estos aspectos (y no sólo a los síntomas), será cardinal en cualquier intervención que pretenda tratar la *patología* disociativa.

Llegados a este punto, parece que se nos dibujan “dos” caminos:

En el primero: La mamá responde positivamente a las necesidades del niño, es capaz de mentalizar adecuadamente y regula inicialmente a su bebé (que como indicamos, carece en un principio de esa capacidad). El pequeño, posteriormente, se sabe cómo un individuo diferenciado (desarrolla un Self) y aprende a autorregularse gracias a estos cuidados, que traen paralelamente la consecución de una imagen positiva del Self.

En el segundo: La madre da una respuesta negativa a las necesidades del niño y encontramos que no mentaliza adecuadamente, que no entienda a su bebé, *no está disponible*, no lo calma... y **no compensa su falta** (en esto tan importante que está en juego que es el desarrollo del mundo psíquico de su retoño) porque no se da cuenta o porque no sabe...

Aquí la cosa se complica, la relación de la díada madre - bebé se deteriora, el bebé tiene una madre que únicamente puede ofrecerle una mentalización inadecuada, lo que ocasiona una **situación de disregulación** (la cual tendrá que ser gestionada por el propio bebé...). Esto supondrá en él la profunda impresión de una *huella psíquica* tremendamente importante: Si el ajuste del bebé no es mediado por la madre sino que se deja a la suerte de sus inmaduros recursos, el bebé aprende que ante una situación de

estrés, nadie acude a su llamada, su tensión va aumentando, no hay un agente regulador externo y cuando el bebé ya no puede más, entra en estos estados disociativos, y el cerebro se acostumbra a trabajar de esta manera extrema. Este funcionamiento es el que se encuentra la **base de los trastornos disociativos**.

Si la madre no ha mentalizado bien, su bebé no tendrá mucha capacidad de mentalización.

Si apuntamos que la mirada de la madre hacia su bebé, imprimía en éste un significado y generaba un Self... ¿Qué imagen provocará la experiencia repetida y continuada de no ser atendido, de no ser cuidado, de no ser bendecido con la ternura y el amor que describíamos en el primer caso? *Entonces será que (yo, bebé) no soy digno de ese abrazo cálido y acogedor, no debo ser bonito, ni valioso, ni querible... ni siquiera para esta persona que debería quererme; será que recibo este trato porque es lo que provocho en el otro.*

En la teoría del apego, marco en el que se desarrolla la mentalización, la mayor seguridad del infante se relaciona con una mayor capacidad para la regulación, porque el bebé ya ha tenido la experiencia desde chiquitito de que cuando algo no va bien saldrá de esa situación. La responsividad, casa con el sistema biológico de aportación de cuidados en el adulto (la capacidad de caregiving). Ambas teorías ponen especial cuidado tanto en la regulación de la emoción como en el desarrollo del Self (ocurriendo ambos procesos en la matriz relacional) y se refieren al *encuentro de mentes* entre el cuidador y el niño como puntos capitales del desarrollo psíquico.

Nuestro objetivo es **estudiar la relación entre la capacidad de mentalización en el individuo, el grado de disociación en su psiquismo y la cohesión de su Self⁹**.

La mentalización es un concepto vivo con una **evidente utilidad clínica**. Cómo teoría está más que perfilada, pero además, este constructo toma cuerpo al aplicarlo clínicamente.

⁹ En este trabajo se utilizó la difusión de la identidad (lo opuesto, como explicamos en la justificación teórica, a la cohesión del Self), como la medida que recogimos para evaluar la hipótesis de trabajo que presentábamos al inicio. Es decir, esta última variable, la Cohesión del Self, será medida utilizando su contrario: la difusión de la identidad.

El estudio que aquí proponemos tiene una alta relevancia teórica y clínica, dado que permite comprender y abordar algunas de las fuentes de malestar más importantes con las que lidiamos en consulta.

Nuestra hipótesis de trabajo es que: Los niveles de mentalización tendrán una relación negativa con los niveles de disociación, y una relación positiva con la cohesión del Self.

Además de estudiar la relación entre estos tres elementos cardinales del psiquismo entendidos como continuos, la pregunta básica que se formula este trabajo, como se indicaba al comienzo del texto, es si estas teorías que nos proporcionan un marco para la comprensión de funcionamiento de la psique en caso extremos, podrían ser generalizables para el conocimiento del funcionamiento de la población normal.

El método.

a) Participantes y procedimiento:

La totalidad de nuestra muestra (N=29) estuvo compuesta por individuos con edades comprendidas entre los 18 y los 29 años. El 75.9% de la muestra estuvo conformado por mujeres (N=22) y el 24.1% restante, por hombres (N=7).

Los criterios de selección de la muestra fueron, únicamente dos: que los participantes hubieran superado satisfactoriamente la Educación Secundaria Obligatoria y que se encontraran exentos de trastornos psicológicos.

El 3.4% de los sujetos cursaba en ese momento formación pre-universitaria (n=1). El 13.8 % había finalizado, o cursaba en ese momento, formación profesional u otros módulos (n=4). El 17.2 % había finalizado, o cursaba en ese momento, formación universitaria distinta al ámbito de la Psicología (n=5). El 34.5% había finalizado, o cursaba en ese momento, la carrera de Psicología (n=10). Y el 31% restante, finalizó la carrera de Psicología y se encontraba cursando, o ya había cursado, una especialización en este campo (n=9).

El abordaje de los sujetos que conformaron la muestra tuvo lugar mediante un muestreo no probabilístico de conveniencia de Bola de Nieve. La participación fue voluntaria y anónima. A aquellos sujetos que prestaron su colaboración al estudio se les informó, previamente a la administración de las pruebas, de la naturaleza de éste. Se les presentó como una investigación para la exploración de las maneras que poseemos para

relacionarnos con los otros y con nosotros mismos. Se les informó del uso (únicamente académico) que se le daría a sus datos, así como de la posibilidad con la que contaban de poner fin a su participación en cualquier momento, sin necesidad de dar ninguna explicación.

La manera de proceder fue entrevistando en primer lugar al sujeto (individualmente) para hacerle llegar posteriormente, vía online, los cuestionarios de autoadministración (la manera de unir las entrevistas y los cuestionarios fue mediante la fecha de nacimiento de cada sujeto).

A aquellos sujetos que solicitaron mayor información sobre el estudio, se les explicó brevemente la hipótesis de trabajo.

Tabla 1

Variables de la investigación

V. Control	V. Independiente	V. Dependiente
Sexo	Mentalización	Cohesión del Self
Edad		Disociación
Nivel de estudios		

b) Instrumentos:

Para medir la capacidad de mentalización (Variable 1), utilizamos el **Método para la Evaluación de la Mentalización en el Contexto Interpersonal (MEMCI)**.

Desarrollado por Lanza y Bilbao en 2011.

En esta entrevista, se pide al sujeto que realice de tres a cinco relatos, de la manera más completa posible, de *episodios vinculares* que haya vivido con personas significativas para él de su medio social o familiar. En base a estos relatos, se realizan las preguntas específicas del MEMCI, mediante las cuales se pretende identificar la capacidad de mentalización (o las fallas del sujeto en esta).

Esta entrevista, que se presenta por sus autores para el trabajo parentofilial, se acomodó a la investigación que presentamos de la siguiente manera:

En lugar de pedirle a cada sujeto de tres a cinco narraciones de episodios vinculares, solicitamos únicamente la narración de dos episodios relacionales. Posteriormente, a cada episodio relacional, se realizaron normalmente las preguntas específicas del MEMCI.

Tras cada episodio relacional, mediante las preguntas específicas de esta entrevista, se exploran en el sujeto: 1) el registro de su propio estado afectivo, 2) el registro del estado afectivo del otro y 3) la capacidad comunicacional de tales estados.

La codificación de las respuestas a las preguntas de la entrevista se hace en base a los procesos del mentalizar que se reflejan en la narrativa del sujeto, con una puntuación que va de -1 a 9, utilizando únicamente los números -1, 1, 3, 5, 7 y 9 (reservando los números intermedios para las narrativas más dudosas de calificar), donde -1 indica rechazo o pobre integración de la mentalización y 9 señala un nivel de mentalización plena o excepcional.

Las evaluaciones de las entrevistas se llevaron a cabo utilizando el manual de Peter Fonagy para la evaluación de la Función Reflexiva (Fonagy, Steele, Steele y Target, 1997).

Respecto a las propiedades psicométricas, este instrumento se encuentra actualmente en proceso de validación, pero los resultados de su validación preliminar son prometedores (Bilbao, Castelli, Rodríguez, de Cádiz y Zumalde, 2014).

Dado que las puntuaciones del MEMCI se limitaban a una única puntuación por individuo, no se pudo hallar fiabilidad.

Para medir la disociación se utilizó la **Escala de experiencias disociativas (DES)** desarrollada por Bernstein y Putnam (1986). Se trata de una medida de autoinforme diseñada para la identificación de experiencias disociativas y su frecuencia. Consta de 28 ítems que describen un amplio rango de experiencias disociativas extraídas de entrevistas con pacientes afectados de disociación y expertos clínicos. Cada ítem pregunta por la proporción de tiempo en el que la experiencia descrita es experimentada (del 0% al 100%). La puntuación total del DES es la media de las puntuaciones en los ítems.

Consideramos la idoneidad del DES por tratarse de un instrumento que fue diseñado para la investigación, cuyo uso demuestra que se trata de un buen instrumento para las investigaciones clínicas en relación con los síntomas disociativos (Chu, 2011).

Algunos estudios han demostrado las adecuadas propiedades psicométricas de este instrumento (Van Ijzendoorn y Schuengel, 1996).

En nuestra aplicación obtuvimos una fiabilidad muy alta (Alfa de Cronbach: 0,937)

Para medir la cohesión del Self, utilizamos una de las escalas del **Inventory of Personality Organization (IPO)** (Kernberg y Clarkin, 1995). Se trata de un cuestionario de 57 items, pero para nuestro trabajo únicamente utilizamos una de sus escalas (Identity diffusion), de 21 items, que evalúa la difusión de la identidad. En ese sentido, realizamos una medida negativa de la cohesión del self, focalizando sobre una de las manifestaciones de la ausencia de dicha cohesión, a saber: la difusión de identidad. El marco teórico de este instrumento descansa sobre el concepto de organización de personalidad límite desarrollado por Otto F. Kernberg (Kernberg y Caligor, 1996).

En cuanto a las propiedades psicométricas, investigaciones previas realizadas en población normal (Lenzenweger, Clarkin, Kernberg y Foelsch, 2001) demuestran el buen funcionamiento de este instrumento.

En nuestra aplicación obtuvimos una fiabilidad muy alta (Alfa de Cronbach: 0,882)

Plan estadístico

Nuestro plan de trabajo estadístico obedecía a dos propósitos fundamentales. De un lado, examinar si existían asociaciones entre las variables categóricas sexo y tipo de ocupación y las variables cuantitativas centrales a nuestro trabajo: Mentalización, disociación y cohesión del Self. Para dar cumplimiento a este propósito, se llevaron a cabo las pruebas de contraste de medias más aconsejables tras examinar que la variable cuantitativa se distribuía según el criterio de normalidad. Dado el tamaño de la muestra y que este criterio de normalidad no se cumplió, se decidió recurrir a pruebas no paramétricas.

Para concluir el examen de las posible asociaciones entre las variables demográficas y los constructos centrales a nuestro trabajo, se exploró la existencia de correlaciones significativas entre la edad y las variables cuantitativas antes mencionadas.

El segundo gran objetivo del plan de trabajo estadístico, y fundamenta para el examen de nuestras hipótesis consistía en estudiar el modo en que las medidas de

nuestros constructos centrales, se relacionaban entre sí, llevando a cabo pruebas correlacionales (Pearson).

Resultados:

Las puntuaciones medias obtenidas por los sujetos en el MEMCI (en el rango de -1 a 9), el DES (rango de 0 a 10) y la escala de difusión de la identidad (en adelante: DI) (rango de 1 a 5), fueron: 4,000 (desviación típica: 2,000), 14,328 (desviación típica: 12,653) y 2,202 (desviación típica: 0,585), respectivamente. Los rangos de las escalas, que nos permiten la interpretación de las medias son los siguientes: Mentalización: -1 -- 9; DES: 0.71 -- 56.43; DI: 1.14 -- 3,86.

Tabla 2

Instrumentos, Medias y Desviaciones típicas

	Media	Desviación Típica
MEMCI	4.000	2.000
DES	14.328	12,653
DI	2.204	0.585

La comparación de las medias obtenidas por los distintos grupos ocupacionales en las tres variables cuantitativas (Mentalización, DES y DI) en el caso de la Mentalización y de la DES¹⁰, obtuvo los siguientes resultados¹¹:

En el contraste entre los distintos grupos de Ocupación en la variable DES, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado= 3, 195; gl = 3; p = ,363 > 0,05).

Por lo que respecta a la comparación entre grupos de Ocupación en la variable "Mentalización ", la prueba de Kruskal-Wallis indicó la presencia de diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado = 11,203; gl = 3; p = ,011), por lo que se procedió al contraste entre los grupos de dos en dos —mediante la prueba de Mann-

¹⁰ En los casos donde no se cumplió el supuesto de normalidad, se emplearon pruebas estadísticas adaptadas a dicha situación.

¹¹ De estos análisis fue excluido el grupo de formación pre-universitaria, por contar tan sólo con un sujeto.

Whitney— para poder identificar entre cuáles de los grupos se establecía la diferencia significativa, utilizando la corrección Bonferroni para fijar el nivel de significatividad (en este caso, siendo un total de seis las comparaciones dos a dos, tendríamos: $0,05 / 6 = 0,008$). Aunque ninguno de los contrastes realizados alcanzó el nivel de significatividad, en las siguientes comparaciones se detectaron tendencias hacia la significatividad: FP vs. Formación Universitaria en Psicología ($z = -2,205$; $p = 0,027 > 0,008$); FP vs. Formación Universitaria en Psicología + Especialización ($z = -2,543$; $p = 0,011 > 0,008$); y Formación Universitaria distinta al ámbito de la Psicología vs. Formación Universitaria en Psicología + Especialización ($z = -2,167$; $p = 0,03 > 0,008$). Podemos interpretar que estos resultados, aún sin alcanzar el nivel crítico de significatividad, nos hablan de la proximidad de una diferencia de medias, según la cual los individuos con formación universitaria tenderían a puntuar más alto en mentalización que aquellos que han recibido una formación profesional

Finalmente las variables Ocupación y Difusión de Identidad no muestran asociación ($F = 1,495$; $gl = 4$; $p = 0,237$)

Contraste de medias obtenidas en las variables cuantitativas (Mentalización, Des, ID) según Género: Atendiendo al pequeño tamaño de la muestra y a que -muy posiblemente en razón de lo anterior- no se cumplía el criterio de normalidad, se optó por realizar el contraste de medias a través de la prueba no paramétrica de Mann - Whitney, obteniéndose en todos los casos resultados estadísticamente no significativos; así, no se encontraron diferencias significativas entre mujeres y hombres ni en Mentalización [$z = (-1,195)$, $p = 0,232$], ni en DES [$z = (-0,068)$, $p = 0,946$], ni en ID [$z = (-1,457)$, $p = 0,145$].

Dada la naturaleza de nuestro estudio (se trataba de un *diseño relacional – transversal*), pudimos valorar la existencia de una importante correlación entre nuestras tres variables mediante el estadístico R de Pearson.

Los resultados reflejaron que las altas puntuaciones en mentalización estaban significativamente y positivamente correlacionadas con menores puntuaciones en difusión de la identidad (*altas puntuaciones en cohesión del Self*) y con bajas en la vivencia de experiencias disociativas:

La **mentalización** presentaba una **correlación negativa y significativa** con las puntuaciones obtenidas en el **DES**, la cual confirmó claramente nuestra hipótesis: A mayor nivel en mentalización, menor nivel en DES... ($r=-0,544$; Sig= 0,005; $P<0,01$).

La **mentalización** presentó una **correlación negativa y significativa** con **DI**. Es decir, a mayor nivel de mentalización, menor nivel en DI ($r= -0,392$; Sig=0,039; $P<0,05$).

Y, por último, hubo una **correlación positiva y significativa** (y muy alta) **entre DES y DI** ($r= 0,836$; Sig= 0,000; $P< 0,01$).

Tabla 3

Correlaciones

		DES total	DI total	Mentalización
DES total	Correlación de Pearson	1,000	,836**	-,544**
	Sig. (Bilateral)		,000	,005
	N	25	25	25
DI total	Pearson	,836**	1,000	-,392*
	Sig. (Bilateral)	,000		,039
	N	25	28	28
Mentalización	Correlación de Pearson	-,544**	-,392*	1,000
	Sig. (bilateral)	,005	,039	
	N	25	28	29

** La correlación es significativa al nivel **0,01** (bilateral).

* La correlación es significante al nivel **0,05** (bilateral).

Respecto a las correlaciones parciales los datos nos reflejan lo siguiente:

Al estudiar cómo correlacionaban mentalización y DI al controlar el efecto de la DES, advertimos que había desaparecido la correlación negativa y significativa entre mentalización y DI (en las correlaciones parciales tuvieron una correlación positiva de ,214, no significativa (,316 está muy lejos del ,05) (tabla 4).

Al estudiar cómo correlacionaban DES y Mentalización controlando el efecto de la DI, hayamos que la correlación continuó siendo significativa (.018, por debajo del .05) (tabla 5)

Y al estudiar cómo correlacionaban DES y DI al controlar el efecto de la mentalización, hayamos que apenas se notó en el tamaño de la correlación, y que el nivel de significatividad continuó siendo muy claro: .000) tabla 6)

Tabla 4

Correlaciones parciales DE Mentalización y DI controlando el efecto de DES.

		Mentalización	DI
DES total	Correlación	1,000	,214
	Sig. (Bilateral)	.	,316
	gl	0	22
DI total	Correlación	,214	1,000
	Sig. (Bilateral)	,316	.
	N	22	0

Tabla 5

Correlaciones parciales DES y Mentalización controlando DI:

		DES total	Mentalización
DES total	Correlación	1,000	-,480
	Sig. (Bilateral)	.	,018
	gl	0	22
Mentalización total	Correlación	-,480	1,000
	Sig. (Bilateral)	,018	.
	N	22	0

Tabla 6

Correlaciones parciales DES y DY controlando Mentalización:

		ID total	DES total
ID total	Correlación	1,000	-,819
	Sig. (Bilateral)	.	,000
	gl	0	22
DES total	Correlación	-,819	1,000
	Sig. (Bilateral)	,000	.
	N	22	0

Discusión y conclusiones

Siempre que tratemos a la persona afectada por la psicopatología, si queremos hacerlo bien, es esencial atender a la etiología del malestar. Este es uno de los motivos por los que mentalizar en el encuadre terapéutico siempre tiene cabida: En consulta no solo encontraremos “diagnósticos DSM”, las personas sufren incluso siendo “población subclínica”.

El trabajo focalizado en la mentalización articula muy bien toda una serie de intervenciones que tienen especial relevancia en la intervención con pacientes fronterizos (Fonagy, 2000) y en el contexto de terapia padres-hijos (Stern, 1997).

Desde la Psicología Psicoanalítica del Self se entiende que la génesis y el desarrollo de la psicopatología tienen lugar en el proceso de formación del Self del bebé (Kohut, 1977). Pero cómo decimos, **no solo las situaciones “más graves” pueden sufrir un Self fracturado.**

La situación psicoanalítica crea condiciones en las que el Self dañado comienza a esforzarse por “recomponerse”, para alcanzar o restablecer un estado de cohesión, vigor y armonía interior (Kohut y Wolf, 1978). En el tratamiento basado en la mentalización, el terapeuta procura al paciente una respuesta que refleje de manera flexible sus estados mentales (del paciente).

Al acercarnos a la psicopatología desde el encuadre de la mentalización, entendemos que no es la obligación del terapeuta negarse a (ni cambiar) las creencias del Falso Self del paciente, sino que cada encuentro es una oportunidad para hacer apropiadamente una *reflexión marcada* en la cual reflejar y sostener (y dar lugar a) la parte emocional del paciente (y a los aspectos disociados). Este tipo de intervenciones

por parte del terapeuta, modelan y facilitan la mentalización en el paciente y ayudan a contener sus afectos relacionados con su Falso Self (Allen, Fonagy y Bateman, 2008).

Sin llegar a desarrollar un Self absolutamente molido, existen diferentes niveles de vitalidad y debilitamiento (de armonía funcional), que varían entre el orden y el caos, en los que el Self puede ubicarse.

Los resultados obtenidos en esta primera aproximación, son prometedores y apuntan en la dirección de las hipótesis dibujadas:

a) Los datos parecen sustentar la viabilidad de la extrapolación de estas teorías de la comprensión de la psicopatología pesada, para la comprensión de la población subclínica.

b) Igualmente, la relación propuesta entre las tres variables del estudio, parece también confirmarse.

Los datos, si futuros estudios en la línea de este apuntaran en la misma dirección, permitirían la ampliación del repertorio de teorías actuales en el ámbito de la psicología clínica para la comprensión de la población subclínica.

Cuando examinamos los resultados, encontramos una asociación claramente significativa las variables del estudio. La correlación se da en la siguiente dirección: a mayor puntuación en mentalización, menor puntuación en el DES y menor puntuación en DI; esto es: A mayores niveles en Mentalización, menores en la vivencia de experiencias disociativas y en difusión de la identidad; Como la escala DI midió lo contrario a cohesión del Self, podemos confirmar nuestra hipótesis: mayores niveles en Mentalización, correlacionan positivamente con mayores niveles en cohesión del Self¹² y negativamente con la vivencia de experiencias disociativas.

A pesar de las limitaciones de la investigación, como fueron el reducido número muestral y el hecho de que se tratara de una muestra de conveniencia, limita las conclusiones del estudio. Tampoco controlamos que los sujetos carecieran de alteraciones psicológicas severas; para futuras líneas de investigación, este sería un punto a tener en cuenta.

¹² Porque la mentalización correlaciona negativa y significativamente con DI. Es decir, a mayor mentalización, menor DI, lo que significa que a mayor mentalización, mayor cohesión del Self.

Bibliografía

- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. J. (1974). Infant-mother attachment and social development: 'Socialization' as a product of reciprocal responsiveness to signals. *The Integration of the Child into a Social World* ed. Richards, M. Cambridge: Cambridge University Press 99-135.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, New Jersey.
- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. New York: Wiley.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A., Fonagy, P., & Allen, J. G. (2009). Theory and practice of mentalization-based therapy *Textbook of psychotherapeutic treatments* (pp. 757–780). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc; US.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18, 36–51.
- Benjamin, J. (1992). Recognition and destruction: an outline of intersubjectivity. *Like Subjects, Love Objects: Essay on Recognition and Sexual Difference* (pp. 27-48)
- Bernstem, E. M , & Putnam, F. W. (1986) Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Bilbao, I. B., Castelli, G. L., Rodríguez, I. R., de Cádiz, B. T. G., & Zumalde, E. C. (2014). Método para la evaluación de la mentalización en el contexto interpersonal (MEMCI) aplicado a la relación parento-filial. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, (57), 69-77.
- Bowlby, J. (1951). Maternal care and mental health. *World Health Organization Monograph* (Serial No. 2).
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. I: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. New York: Basic Books.

- Brazelton, T.B. (1982). Joint regulation of neonate-parent behavior. En E.Tronik, ed., *Social interchange in infancy* (pp. 7-22). Baltimore: University Park Press.
- Chu, J. A. (2011). *Rebuilding shattered lives: Treating complex PTSD and dissociative disorders*. John Wiley & Sons.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2007). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. American Psychiatric Pub.
- Cortina, M., & Liotti, G. (2010). Attachment is about safety and protection, intersubjectivity is about sharing and social understanding: The relationships between attachment and intersubjectivity. *Psychoanalytic Psychology*, 27(4), 410–441.
- Dix, T. (1991). The affective organization of parenting: Adaptive and maladaptive processes. *Psychological Bulletin*, 110, 3–25.
- Fairbairn, W. R. D. (1941). A revised psychopathology of the psychoses and psychoneuroses. *The International Journal of Psychoanalysis*. Como se citó en Skolnick, N. J., & Scharff, D. E. (2013). *Fairbairn, then and now*. Routledge.
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *The International Journal of Psychoanalysis*, 72(4), 639–656.
- Fonagy, P. (1995). Playing with reality: the development of psychic reality and its malfunction in borderline personalities. *Internat. J. Psycho-Anal.*, 76: 39-44.
- Fonagy, P. (1999), Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*, 3.
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1129-1146
- Fonagy, P., Bateman, A., & Bateman, A. (2011). The widening scope of meaning: A discussion. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1), 98-110.
- Fonagy, P., Steele, H., Moran, G., Steele, M., & Higgitt, A. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200–217.

- Fonagy, P., Steele, H., Steele, M., & Holder, J. (1997). Attachment and theory of mind: Overlapping constructs? *Association for Child Psychology and Psychiatry Occasional Papers*, 14, 31–40.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., & Target, M. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., & Target, M. (1997). Reflective function manual for application to adult attachment interviews. London: University College London
- Fonagy, P., & Target, M. (1998). Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 8(1), 87–114.
- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 307–335.
- Fonagy, P., & Target, M. (2006). The Mentalization-Focused Approach to Self Pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 544–576.
- Gergely, G., & Unoka, Z. (2008). Attachment, affect-regulation, and mentalization: The developmental origins of the representational affective self *Social cognition and developmental psychopathology* (pp. 305–342). New York, NY: Oxford University Press; US.
- Katz, L. F., & Gottman, J. M. (1997). Buffering children from marital conflict and dissolution. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 157–171.
- Kernberg, O.F. (1992). *Aggression in Personality Disorders and Perversions*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. *Major theories of personality disorder*, 106-140.
- Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (1995). The inventory of personality organization. *Unpublished Manuscript*. White Plains, NY: The New York Hospital-Cornell Medical Center.
- Klein, M. (1989). The Oedipus complex in the light of early anxieties. *The Oedipus Complex Today*. London: Karnac, 11-82.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York, NY: International Universities Press

- Kohut, H., & Wolf, E. S. (1978). The disorders of the self and their treatment: An outline. *International journal of Psychoanalysis*, 59(4), 413-425.
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, 13(4), 577.
- Mahler, M. S. (1967). On human symbiosis and the vicissitudes of individuation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 15, 740–763.
- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) models of attachment: Findings and directions for future research. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 127–159). London: Tavistock-Routledge.
- Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., & Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mother's comments on infant's mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 637–648.
- Mitchell, S. A (1993). *Conceptos relacionales en Psicoanálisis: una integración*. México: Siglo XXI.
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis*. Harvard University Press.
- Porges, S. W. (1997). Emotion: an evolutionary by-product of the neural regulation of the autonomic nervous system. *Annals of the New York Academy of Science*, 807, 62-77
- Riess, A. (1978). The mother's eye. *Psychoanal. Study of the child*, 33; 381-409.
- Scharfman, M. A. (1989). The therapeutic dyad in the light of infant observational research. En S. Dowling, and A. Rothstein, eds., *The significance of infant observational research for clinical work with children, adolescents, and adults* (pp. 53-64). Madison, CT: International Universities Press.
- Schore, A. N. (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. New York: Norton.
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Social Development*, 17(3), 737-754.

- Sharp, C., Fonagy, P., & Goodyer, I. M. (2006). Imagining your child's mind: Psychosocial adjustment and mothers' ability to predict their children's attributional response styles. *British Journal of Developmental Psychology*, *24*, 197–214.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and Human Development*, *7*, 269–281.
- Soderstrom, K., & Skarderud, F. (2009). Mentalization-based treatment in families with parental substance use disorder: Theoretical framework. *Nordic Psychology*, *61*(3), 47–65.
- Shotter, J. (1976). In *Life Sentences*. New York: Wiley.
- Stein, H., & Allen, J. G. (2007). Mentalizing as a framework for integrating therapeutic exposure and relationship repair in the treatment of a patient with complex posttraumatic psychopathology. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *71*(4), 273–290.
- Stern, D. N. (1997). *La constelación maternal: un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos*. Barcelona: Paidós Ibérica
- Stewart, B. L., Dadson, M. R., & Fallding, M. J. (2011). The application of attachment theory and mentalization in complex tertiary structural dissociation: A case study. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *20*(3), 322–343..
- Sullivan, H.S. (1940) *Concepciones de la psiquiatría moderna*. Buenos Aires.
- Thomas, A., Chess, S., & Birch, H. G. (1968). *Temperament and behavior disorders in childhood*. New York: New York University Press.
- Tomasello, M., Carpenter, M., Call, J., Behne, T., & Moll, H. (2005). Understanding and sharing intentions: The origins of cultural cognition. *Behavioral and Brain Sciences*, *28*, 675–691.
- Van IJzendoorn, M. H., & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical Psychology Review*, *16*(5), 365-382.
- Winnicott, D. (1951 a). Las necesidades del niño y el papel de la madre en las primeras etapas. *El niño y el mundo externo*.
- Winnicott, D. (1960), La Distorsión del Yo en términos de Self Verdadero y Falso, en Winnicott, D., *Escritos de Psiquiatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Laia.
- Winnicott, D.W. (1988). *Playing and reality*. London: Penguin.