

La Subjetividad del Terapeuta.

The Subjectivity of the Therapist.

Ander Retolaza Balsategui.

Médico Psiquiatra. CSM de Basauri, RSM de Bizkaia.

Resumen: Existen expectativas mutuas entre médicos y pacientes sobre lo que uno puede esperar del otro. Es común a ambos esperar comprensión, respeto y ausencia de daño. En beneficio del paciente el médico debe preservar una cierta neutralidad terapéutica. El médico aconseja. Pero solo debe hacerlo sobre cuestiones generales relacionadas con los cuidados sanitarios. Nunca debe hacerlo sobre aspectos personales de la vida del paciente. Ni siquiera en el frecuente caso de que éste se lo pida.

Una exclusión total de la subjetividad resulta utópica y nunca puede llevarse a cabo de manera satisfactoria. Por ello lo más práctico es que el médico se conozca a sí mismo, al menos en los aspectos básicos de su personalidad, y pueda utilizarlos de una manera prudente en beneficio del paciente.

Palabras Clave: Subjetividad. Apego. Teoría de la Mente. Terapia.

Abstract: There are mutual expectations between doctors and patients about what one can expect from the other. It is common for both to expect understanding, respect and absence of harm. For the benefit of the patient, the doctor must preserve a certain therapeutic neutrality. The doctor advises. But you should only do so on general issues related to health care. You should never do it about personal aspects of the patient's life. Not even in the frequent case that he asks for it.

A total exclusion of subjectivity is utopian and can never be carried out satisfactorily. Therefore, the most practical thing is that the doctor knows himself, at least in the basic aspects of his personality, and can use them in a prudent way for the benefit of the patient.

Key Words: Subjectivity, Attachment. Theory of Mind. Therapy.

Subjetividad: Definición RAE

1. adj. Perteneciente o relativo al sujeto, considerado en oposición al mundo externo.
2. adj. Perteneciente o relativo al modo de pensar o de sentir del sujeto, y no al objeto en sí mismo.
3. adj. Gram. Perteneciente o relativo al sujeto o al agente.

El concepto de subjetividad está vinculado a una cualidad: lo subjetivo. Este adjetivo, que se origina en el latín *subjectivus*, se refiere a lo que pertenece al sujeto estableciendo una oposición a lo externo, y a una cierta manera de sentir y pensar que es propia del mismo. En este sentido, puede afirmarse que la subjetividad es una propiedad opuesta a la objetividad. Mientras que la primera se sustenta en la opinión y los intereses propios del sujeto, la objetividad implica tratar a los conceptos como si fuesen cosas, de manera distante y con la menor implicación personal posible.

La diferencia entre la subjetividad y la objetividad es clara al analizar distintos textos. Aquellos que explicitan la opinión del autor son subjetivos; los que intentan limitarse a los datos concretos y fácticos son objetivos. Por ejemplo: “*El fantástico equipo argentino humilló al rival con un juego de gran nivel*” es una frase subjetiva; “*Argentina derrotó cuatro a cero a su oponente*” es una frase objetiva. En un sentido similar, si alguien expresa “*La mejor banda de rock de la historia ofrecerá uno de sus mágicos shows en nuestro país*” estará siendo subjetivo, a diferencia de quien comenta que “*Los Rolling Stones se presentarán en España*”.

La filosofía analiza este tema en forma detallada. De acuerdo a ella, la subjetividad está vinculada a una interpretación que se realiza sobre la experiencia, por lo que sólo es accesible a la persona que tuvo la vivencia en cuestión. De esta forma, el sujeto desarrolla sus propias opiniones, de acuerdo a su percepción particular y determinadas por lo vivido.

Algunos autores han definido el concepto como la capacidad de pensar, negociar, interactuar y dar cierta intencionalidad a una acción. Dichas capacidades van de lo individual a lo colectivo, y se llevan a cabo a través de una organización del trabajo de manera informal y única, porque todos los seres humanos tenemos nuestra propia forma de expresar dichos pensamientos y realizar las acciones respectivas.

Subjetividad en el lenguaje

En lingüística existen los conceptos de objetividad y subjetividad para referirse a la intencionalidad de un determinado mensaje. Para identi-

carlo se realiza un análisis sobre las modalidades oracionales que han sido utilizadas en el mismo. La objetividad se vincula con un significado *denotativo* u objetivo, el cual es común a todos los hablantes y cuenta con una estructura tangible que permite un entendimiento exacto de lo que se dice. Un ejemplo de lenguaje objetivo son los textos de tipo científico.

La subjetividad está relacionada con un significado *connotativo*, que responde a experiencias emocionales, ya sean positivas o negativas, y es propia de cada contexto. Es decir que la comprensión de ese mensaje dependerá de quien lo pronuncie, en qué situación y a quién vaya dirigido. Es un elemento protagonista tanto del lenguaje coloquial como del literario.

Características del mensaje subjetivo

Ciertos rasgos en un mensaje permiten que pueda ser identificado como subjetivo; aquí presentamos los más importantes:

- **Modalidad oracional:** se utilizan principalmente oraciones exclamativas, dubitativas o desiderativas para expresar afectividad, así como rotundas negaciones o afirmaciones.
- **Léxico valorativo:** preponderancia de vocablos afectivos (*hermoso, cariño*), verbos imperativos o que indiquen posibilidad (*no debe olvidarse, conviene que*), expresiones que sugieran o manifiesten una duda (*por supuesto, tal vez*) y complementos que expresen una posición ideológica del hablante (*en mi opinión, a mi modo de ver*).
- **Recursos expresivos:** Utilización de ciertas redundancias (*lo vi con mis propios ojos*), interrogaciones de tipo retórico, palabras malsonantes, insultos, hipérbolos (*Que veo menos que un gato de escayola*) y eufemismos.
- **Signos de puntuación:** Uso de puntos suspensivos con el objetivo de crear duda o expectativas, paréntesis en el lenguaje escrito para realizar aclaraciones y comillas para marcar o subrayar una palabra que ha sido dicha con ironía.

Subjetividad es el punto de vista o la valoración expresados a partir de los sentimientos, sensa-

ciones, intereses, vivencias, opiniones y deseos de quien habla, sobre una persona, idea o cosa en concreto; contraponiéndose a la valoración objetiva, que, por lo menos idealmente, sólo se basa en los hechos comprobables y medibles, o bien, en los valores universales.

En una conversación o escrito, sin importar el tema, la subjetividad es evidente, si lo que se expresa es una opinión, basada en las opiniones y deseos de quien habla o escribe sobre algo o alguien.

Subjetivo y Objetivo en la relación terapéutica

Un aspecto importante de las relaciones entre objetividad y subjetividad se deriva de algunos descubrimientos de la ciencia en el último siglo. En física el Principio de Indeterminación de Heisenberg establece que hay determinadas cualidades de las partículas atómicas, como es el caso del electrón, que no pueden ser conocidas de una forma exacta y correcta porque no pueden ser convenientemente medidas, ya que en la acción de medir alteramos sus características. En líneas generales se considera que la presencia del observador y el hecho de observar algo inducen cambios en el objeto observado, que ya no es el mismo que en la situación previa al hecho observacional.

En determinados ámbitos, como la medicina, la psicología o la psiquiatría este tipo de cuestiones puede tener consecuencias importantes. Se supone que, tanto desde una perspectiva terapéutica como desde una perspectiva ética, el interés del paciente debe ser tenido siempre en cuenta como un aspecto fundamental del trabajo clínico. Es necesario preservar en lo posible al paciente de cuantos peligros o situaciones de riesgo puedan derivarse de los procesos diagnósticos y terapéuticos. En consecuencia la perspectiva positivista tiende a intentar defender una posición objetiva de los procedimientos clínicos, lo que excluye de la misma toda traza de subjetividad proceda ésta del paciente o, sobre todo, del terapeuta. Ello supone un acercamiento a la enfermedad desde una posición científico-natural, entendiendo que está constituida de forma única y exclusiva por hechos de carácter físico-biológico. Se intenta considerar así los hechos y sólo los hechos. Se establecen

por consiguiente juicios de hecho que intentan excluir toda subjetividad.

Estas posiciones son prácticamente imposibles de sostener en la práctica real de las profesiones relacionadas con la clínica. Los padecimientos de las personas y las demandas con las que éstas se acercan a quienes las tratan están siempre teñidos de aspectos subjetivos, de matices personales que resulta imposible eludir. Hay que tener en cuenta los hechos, pero también los valores, lo que implica que muchos de los juicios que pacientes y terapeutas realizan son juicios de valor, que no pueden ser separados de las situaciones concretas de cada caso, ni de la relación terapéutica. Con todo, la subjetividad parece que, como mucho, solo podría ser aceptada cuando procede del paciente, que es quien, de entrada, tiene derecho a expresarla, pero nunca en el caso del terapeuta por lo que pueda tener de imposición de su mundo al de aquél y los perjuicios que se puedan derivar de esto. Al médico, al psiquiatra se le exige neutralidad terapéutica, lo que significa utilizar en el proceso terapéutico sólo los procedimientos establecidos para el tratamiento y diagnóstico, pero sin influir, de una manera personal en ellos, ni en los resultados que produzcan en el paciente.

¿Qué sentido puede tener entonces el conocimiento de la subjetividad del terapeuta y, más aún, el considerar la influencia de ésta en la acción terapéutica? ¿No parece un contrasentido o cuando menos un contrafuero ético?

Ocurren varias cosas. La primera de ellas deriva de la dificultad de establecer que los padecimientos psicológicos, los trastornos mentales, procedan de forma exclusiva de disfunciones en la esfera físico-natural. No se trata de negar la presencia de la misma, ya sea en forma de cualquier tipo de alteración cerebral o funcional, como ocurre en el caso de los neurotransmisores. Pero no parece posible excluir de forma completa la presencia de factores de índole psico-social, cualquiera que sea la influencia de los mismos. La segunda, y no menos importante, de las cosas que ocurren se relaciona con el hecho, ya mencionado, de la imposibilidad de excluir la presencia de lo subjetivo en el ámbito de la clínica psicológico-psiquiátrica, lo que obliga a pensar muy seriamente en qué hacer

con ella y cómo manejarla de una manera que sirva al paciente.

Revisaremos para ello varios conceptos y teorizaciones a lo largo de esta exposición.

Generalidades

Existen expectativas mutuas entre médicos y pacientes sobre lo que uno puede esperar del otro. Es común a ambos esperar comprensión, respeto y ausencia de daño. En beneficio del paciente el médico debe preservar una cierta neutralidad terapéutica. El médico aconseja. Pero solo debe hacerlo sobre cuestiones generales relacionadas con los cuidados sanitarios. Nunca debe hacerlo sobre aspectos personales de la vida del paciente. Ni siquiera en el frecuente caso de que éste se lo pida.

No debemos olvidar que, por lo común, y sobre todo en la práctica sanitaria en servicios públicos (a los que se acerca una mayoría de pacientes de clases sociales desfavorecidas) existen diferencias culturales y sociales importantes entre el médico y sus pacientes. Esto tiene relevancia y debe ser tenido en cuenta, especialmente a la hora de la comunicación y de las claves del comportamiento público.

Pero una exclusión total de la subjetividad resulta utópica y nunca puede llevarse a cabo de manera satisfactoria. Por ello lo más práctico es que el médico se conozca a sí mismo, al menos en los aspectos básicos de su personalidad, y pueda utilizarlos de una manera prudente en beneficio del paciente.

En la relación terapéutica de tipo psicológico o psiquiátrico todo esto adquiere especial relevancia dadas las características de los pacientes. Pero también por las especiales circunstancias que rodean a la relación que se establece entre paciente y terapeuta y muchas de las técnicas empleadas en los tratamientos, especialmente en los de tipo psicoterapéutico.

El terapeuta debe estar preparado para trabajar utilizando sus propios sentimientos, emociones e ideas como elementos a utilizar en pro del paciente. Pero siempre de una manera que no suponga una intromisión excesiva y no autorizada en la intimidad de aquél. Lo correcto, pero tam-

bién lo más difícil y lo que requiere una mayor capacitación técnica, es poder utilizar esos elementos del mundo interno del terapeuta como caja de resonancia, o como espejo, en los que el paciente pueda observar sus propios sentimientos y temores de tal forma que, después de conocerlos y comprenderlos, pueda manejarse con ellos (si es posible) de una forma más adaptativa.

El terapeuta debe impedir expresar o incluir entre los contenidos de la terapia aspectos de su propia personalidad que no sean susceptibles de ayudar al paciente. Según expresión de W. Bion, el terapeuta debe trabajar “sin memoria, ni deseo” para facilitar el camino de la recuperación de su paciente. Esta expresión hace referencia a la apertura que debe tener a todo lo que ocurra en cada sesión de tratamiento sin tener en cuenta su experiencia anterior, ni en lo personal, ni en lo referente a otros pacientes que haya tratado con anterioridad. Cada situación es nueva y hay que evitar, en lo posible, todo tipo de juicios previos.

A fin de ver mejor todo esto describiremos a continuación tres conceptos que nos ayudarán a ir entrando en el campo que nos ocupa en este trabajo:

Concepto de Timing: De time=tiempo. Se refiere a que el terapeuta debe adaptar el ritmo e intensidad de la terapia a su paciente. Para señalar algunas cuestiones, especialmente las conflictivas, hay que tener en cuenta al *‘timing-tiempo’*. Esto se refiere al momento adecuado para comunicar algo nuevo. Implica que la persona pueda comprender ese significado en ese momento. Hay dos recursos sencillos para comprender esta característica: a) pensar en las imágenes inconscientes como una foto, que siempre se mantiene igual; y b) pensar en un niño muy pequeño y lo imperativo de sus urgencias, especialmente al principio cuando no hay posibilidad de memoria de evocación.

Concepto de transferencia: La transferencia se define en psicoanálisis como “El desplazamiento del afecto de una persona a otra”. Los patrones de sentimiento y comportamiento que originalmente se experimentaron con las figuras importantes en la niñez se desplazan o vinculan a los individuos en las relaciones actuales de la persona (por ejemplo, un psico-

terapeuta). El paciente reacciona con respecto a su terapeuta como si fuera una persona importante del pasado. Las reacciones de transferencia pueden ser positivas o negativas. La transferencia positiva es delimitada como “Transferencia de los sentimientos positivos sobre otras relaciones anteriores a la relación entre el paciente con el terapeuta”. Mientras que la transferencia negativa se denomina como “Sentimientos de hostilidad que un paciente transfiere de relaciones anteriores a su relación con el terapeuta”.

Concepto de contratransferencia: Se utiliza para denominar las reacciones, actitudes, pensamientos e ideas que el terapeuta produce en la relación con su paciente, particularmente aquellas que surgen como respuesta a la transferencia o a los «fenómenos transferenciales» que ocurren en este último. La contratransferencia es un tema controvertido en el propio psicoanálisis, que fue el dominio donde se describió de inicio. La primera fuente de discusión es la definición misma: Mientras unos se inclinan por una noción ampliada, donde la contratransferencia designa todos los procesos inconscientes del analista que puedan intervenir en la cura, otros autores, proponen un concepto más restringido, donde la contratransferencia se referiría específicamente a la reacción del analista frente a la transferencia del paciente. Sin embargo, el asunto alcanza aquí una mayor complejidad, puesto que esta última definición da pie a la posibilidad de definir fenómenos de transferencia y de contratransferencia a ambos lados de la relación analítica, es decir tanto en el analizado como en el analista.

Teoría del apego

Se trata de una teoría que describe las dinámicas a largo plazo de las relaciones entre los seres humanos. Su principio más importante se basa en que un recién nacido necesita desarrollar una relación con, al menos, un cuidador principal para que su desarrollo social y emocional se produzca con normalidad. La teoría del apego abarca un campo interdisciplinario que implica teorías psicológicas, evolutivas y etológicas. Después de la Segunda Guerra Mundial había muchos huérfanos y sin hogar que presentaban grandes dificultades en muchos países. La ONU pidió al

psiquiatra y psicoanalista John Bowlby que escribiera una guía de ayuda sobre el tema. La teoría del apego surgió de su trabajo posterior sobre las cuestiones planteadas.

Los bebés se apegan a los adultos que son sensibles y receptivos a las relaciones sociales con ellos, y que permanecen como cuidadores consistentes durante un período comprendido desde cerca de seis meses a los dos años de edad. Cuando el bebé comienza a gatear y caminar, empieza a utilizar a las figuras de apego (las personas conocidas) como una base segura para explorar más y regresar de nuevo a ellas. La reacción de los padres lleva al desarrollo de patrones de apego y éstos, a su vez, conducen a modelos internos de trabajo que guiarán las percepciones, emociones, pensamientos y expectativas individuales en las relaciones posteriores. La ansiedad por la separación o el dolor tras la pérdida de una figura de apego se considera una respuesta normal y adaptativa de un recién nacido. Estos comportamientos parecen haber evolucionado debido a que aumentan la probabilidad de supervivencia del niño.

El comportamiento infantil asociado al apego es principalmente la búsqueda de la proximidad a una figura de apego. Para formular una teoría completa sobre la naturaleza de los vínculos afectivos prematuros, Bowlby exploró una variedad de campos, incluyendo la biología evolutiva, la teoría psicoanalítica de la relación de objeto, la teoría de sistemas de control, y los campos de la etología y psicología cognitiva. Finalmente Bowlby publicó un estudio exhaustivo en tres volúmenes titulado *Apego, Separación y Pérdida*.

Más tarde las investigaciones realizadas por la psicóloga del desarrollo Mary Ainsworth en las décadas de 1960 y 70 reforzaron los conceptos básicos, introdujeron el concepto de «base segura» y desarrollaron la teoría de un número de patrones de apego en recién nacidos: apego seguro, apego inseguro-evitativo y apego inseguro-ambivalente. Posteriormente, fue identificado un cuarto patrón, el apego desorganizado.

En la década de 1980, la teoría se extendió a los adultos. Otras interacciones pueden ser interpretadas como componentes de la conducta de apego. Entre ellas se incluyen, por ejemplo, las relaciones

entre pares en cualquier franja de edad, la atracción romántica y sexual, y las reacciones ante la necesidad de cualquier tipo de cuidado (niños, enfermos o ancianos). La teoría del apego ha sido utilizada también para orientar y organizar acciones terapéuticas dirigidas a pacientes mentales.

El tipo de apego desarrollado por los recién nacidos depende de la calidad de la atención que reciben. Cada patrón de apego está asociado a un cierto estilo de comportamiento característico, como se describe en la siguiente tabla 1:

Tabla 1: Patrón de comportamiento del niño y del cuidador antes de los 18 meses de edad		
Patrón de apego	Niño	Cuidador
Seguro	Utiliza al cuidador como una base segura para la exploración. Protesta frente a la ausencia del cuidador y busca su proximidad. Puede ser consolado por extraños, pero muestra una clara preferencia por el cuidador habitual.	Reacciona de forma apropiada, rápida y consistente a las necesidades. El cuidador establece con éxito un vínculo seguro con el niño.
Ansioso	Incapaz de hacer frente a las ausencias del cuidador. Busca garantías constantemente.	Excesivamente protector con el niño. No puede permitir riesgos, ni favorecer la independencia.
Ambivalente/ Resistente	No puede utilizar al cuidador como una base segura. Busca la proximidad antes de que ocurra la separación. Se irrita con la separación con ambivalencia, rabia, renuencia a aproximarse al cuidador y enseguida volver a jugar. Se preocupa por la disponibilidad del cuidador, buscando contacto, pero resistiendo furiosamente cuando se le acercan. No es aliviado fácilmente por extraños. El niño siempre se siente ansioso porque la disponibilidad del cuidador nunca es consistente.	Inconsistente. Presenta tanto respuestas apropiadas como negligentes. Por lo general, reacciona sólo después de aumento de la conducta de apego del niño.
Evitativo	Poco intercambio afectivo en el juego. Poca o ninguna irritación con la marcha del cuidador. Poca o ninguna respuesta visible cuando vuelve, ignorándolo o alejándose sin ningún esfuerzo para mantener contacto. Trata al extraño de manera similar al cuidador. El niño siente que no hay apego, por lo tanto es rebelde y tiene baja autoimagen y autoestima.	Pequeña o ninguna respuesta a la irritación del niño. Desalienta el lloro y alienta la independencia.
Desorganizado	La falta de una estrategia coherente de apego muestra comportamientos contradictorios y / o confusos como acercarse, pero sin mantener la mirada.	Comportamiento asustado o asustador. Intrusión, retiro, negatividad, confusión de roles, errores de comunicación afectiva. Malos tratos. A menudo asociado a formas de abuso infantil.

Significado de los patrones de apego

Existe un amplio cuerpo de investigaciones que muestran una asociación significativa entre las tipologías del apego y el comportamiento de los

niños en diversos campos. El apego inseguro prematuro no es necesariamente predictor de dificultades, pero es inadecuado para el niño, sobre

todo si las conductas parentales inapropiadas continúan durante toda la infancia. Comparados con los niños con apego seguro, los niños con apego inseguro no están bien apoyados en muchos ámbitos de la vida, lo que pone a sus relaciones futuras en peligro. Aunque la conexión no esté totalmente establecida por la investigación y haya otras influencias además del apego, los recién nacidos seguros son más propensos a ser socialmente competentes. Las relaciones formadas con semejantes influyen la adquisición de habilidades sociales, el desarrollo intelectual y la formación de la identidad social. La clasificación del estado (bien atendido, descuidado o rechazado) de los niños sienta las bases para la predicción de ajuste posterior. Los niños inseguros, sobre todo los evitativos, son especialmente vulnerables a diversos riesgos asociados a sus futuras relaciones. Los problemas sociales y de comportamiento aumentan o disminuyen con el deterioro o mejora de la atención de sus padres. Sin embargo, un apego seguro desde edades muy tempranas parece tener una función protectora duradera. Así como la vinculación a figuras paternas, las experiencias posteriores pueden alterar el curso del desarrollo.

El patrón más preocupante es el apego desorganizado. Alrededor del 80% de los recién nacidos que sufrieron maltrato son susceptibles de ser clasificados como desorganizados, en contraposición al 12% encontrados en grupos que no sufrieron maltrato. Solo alrededor del 15% de los recién nacidos que sufrieron maltrato son propensos a ser clasificados como normales en cuanto al apego. Los niños con un patrón desorganizado en la infancia tienden a mostrar, en las relaciones, claros patrones de disturbio. Sus relaciones con sus pares, muchas veces, se caracterizan por un patrón de agresión y retirada llamado «reacción de lucha o huida». Estos niños tienen más probabilidades de convertirse en padres que maltratan. Una parte de estos niños no tienen una buena relación con sus compañeros. La relación entre el apego inseguro, sobre todo del tipo desorganizado, y el surgimiento de psicopatología no está bien establecida, aunque constituye un factor de riesgo no específico para problemas futuros. Pero no es, en sí mismo, una patología o una causa directa de la misma.¹

Una explicación para los efectos de las tipologías de apego temprano puede estar en el me-

canismo interno de funcionamiento que se genera, con cada una de ellas, en las personas. Los modelos internos no son solo «imágenes», sino que también se refieren a los sentimientos despertados. Ellos permiten a la persona anticipar e interpretar el comportamiento del otro y planificar una reacción. Si un recién nacido percibe a su cuidador como una fuente de seguridad y apoyo, es más propenso a desarrollar una autoimagen positiva y espera reacciones positivas de los demás. Por otro lado, un niño que sufre una relación de abuso por parte de un cuidador, puede internalizar una autoimagen negativa y generalizar las expectativas negativas en otras relaciones. Los modelos internos de funcionamiento, en los que se basa el comportamiento de apego, muestran un buen grado de continuidad y estabilidad. Los niños son propensos a caer en las mismas situaciones que sus cuidadores primarios, lo que indica que los modelos de los cuidadores afectan a la forma de relacionarse con sus hijos. Bowlby creía que los primeros patrones de comportamiento formados son más propensos a persistir porque existen en el subconsciente. Estos modelos no son, sin embargo, inmunes al cambio.

Teoría de la Mentalización

Mentalizar significa saber interpretar lo que está pasando en la mente de otras personas. La mentalización se define como la capacidad de interpretar el comportamiento propio o el de otras personas mediante la atribución de estados mentales.¹ No se trata solo del comportamiento del otro, sino de las ideas que nos hacemos sobre las creencias, sentimientos, actitudes y deseos que subyacen en su conducta. De la misma manera se podría entender reflexivamente la experiencia personal y el actuar propio. El concepto de mentalización procede de la investigación y teorización de la *Theory of Mind* y fue acuñado por Peter Fonagy y Mary Target.

La mentalización presupone un entendimiento de la naturaleza de lo mental. Esto incluye el conocimiento de que la realidad solo está representada en la mente, pero que las ideas en general no corresponden exactamente al mundo real.

La capacidad de mentalización comienza a desarrollarse en los primeros meses de vida. En

una relación de apego seguro con las personas adultas significativo se lleva a cabo un intercambio social. Esto permite al niño diferenciar cada vez mejor las emociones, entenderlas y controlarlas, así como la capacidad de dirigir su propia atención. En general, la posibilidad básica para mentalizar se encuentra constituida a partir de los cuatro años.

Cuanto más capaz sea una persona de entender otra, tanto mayor será su capacidad de adaptarse a distintos entornos sociales. Si una persona es capaz de interpretar correctamente los deseos, ideas y convicciones de otras personas, logrará a través de ello ser más adaptable. Una mentalización eficaz sirve para:

- La orientación y control de la comunicación interpersonal y la configuración de vínculos.
- La regulación de las propias emociones y comportamientos.
- Una mayor competencia social y emocional.

Fonagy y Target destacan la capacidad de interpretar estados psíquicos como un desarrollo social significativo del ser humano. Las aptitudes que se desarrollan de esta manera las denominan *función de interpretación interpersonal*. Consideran la función de interpretación personal como un instrumento para el procesamiento de nuevas experiencias. Para utilizar esta función, deben concurrir otras funciones psíquicas complejas, como son:

- La regulación de las emociones.
- El control de la atención.
- Las habilidades mentalizadoras.

Para hacer uso de la capacidad de mentalizar, es necesario un complejo interjuego de diversas funciones psíquicas. Estas funciones se condicionan mutuamente. Si, por ejemplo, la función de control de la atención no está suficientemente desarrollada, no le resultará posible a esa persona una adecuada interpretación interpersonal en situaciones de estrés. Las reacciones emocionales negativas frente a las acciones de otros no pueden ser atribuidas al estado mental del otro. En una situación así faltaría la distancia reflexi-

va necesaria. A una persona, por ejemplo, no le resulta posible atribuir o explicar un comportamiento supuestamente agresivo de otro basándose en las propias acciones o expresiones. En esa situación no se efectúa la reflexión de las causas que anteceden.

La capacidad de comprender la conducta propia y de otros seres humanos sobre la base de estados mentales intencionales es vista por los investigadores como la forma más elevada del desarrollo de la función de interpretación interpersonal. Un apego mal adaptado impide el desarrollo de tal función de interpretación interpersonal. Las personas que sufren de un trastorno de la personalidad no poseen esta función.

En un desarrollo normal se presentan fases tempranas del desarrollo del sí mismo y del entendimiento de sus posibilidades de ser el autor de cambios en su entorno social y físico. De esta manera un niño debe primero comprender qué cosas puede producir en su entorno antes de poder entender que también tiene influencia en el conocimiento de otra persona. Este desarrollo se va haciendo más complejo con los años. Resulta posible distinguir cinco fases de la autoría, que constituye la base de la capacidad de mentalización:

- **El nivel corporal:** Desde el nacimiento el niño reconoce los efectos que puede producir en los cuerpos presentes en el espacio. Puede poner cosas en movimiento y entender que él es el causante o autor.
- **El nivel social:** El proceso de interacción entre el niño y los adultos significativos como referentes, que comienza en el nacimiento, se manifiesta en la infancia temprana en la comprensión por parte del niño de que puede ser iniciador de los procesos de intercambio.
- **El nivel teleológico:** Aquí comienza una comprensión por parte del niño acerca de las distintas posibilidades que tiene para alcanzar metas. Sobre los ocho o nueve meses el niño puede pensar acerca de las distintas posibilidades de alcanzar un objetivo (por ejemplo cómo llegar a un lugar o mover un objeto hacia una posición conveniente). De esta forma temprana, se inicia a su vez una comprensión de la autoría propia, limitada al espacio físico.

- **El nivel intencional:** Se inicia un entendimiento de los actos, el cual ya comprende intenciones como autor. Se reconocen tanto las intenciones propias como las ajenas. Este paso en el desarrollo sucede durante el transcurso del segundo año de vida.
- **El nivel representacional:** Aproximadamente en el cuarto año de vida se produce un nuevo paso en el entendimiento de la autoría. A esta edad, los niños pueden integrar en su pensamiento que existe un saber sobre algo (por ejemplo, convicciones). Se puede decir, entonces, que finalmente pueden entenderse a sí mismos como autores de estados representacionales, es decir, mentales.

Aproximadamente a partir del sexto año de vida, el niño está en condiciones de organizar sus recuerdos de experiencias y actividades intencionales de manera coherente, causal y temporal. A partir de ahí tiene una comprensión uniforme para sus experiencias pasadas. Por ejemplo, puede comprender los actos que se refieren a su propio pasado. Fonagy habla en este contexto de un sí mismo autobiográfico.

La creciente capacidad del niño para tener un concepto de sí mismo como autor o causante, se manifiesta en una tendencia clara para percibir los estados mentales de manera cada vez más diferenciada. Un requisito básico para ello es explicar las interacciones sociales, es decir explicarse a sí mismo y a los otros mediante la presencia de emociones, deseos y convicciones. Este proceso de entendimiento comienza con el desarrollo por parte del niño de concepciones acerca de sus propios estados internos. Así por ejemplo solo puede reflexionar sobre el miedo de otra persona si posee una representación del miedo como experiencia psicológica, cognitiva y conductual.

El apego constituye el requisito básico para el desarrollo de una buena capacidad de mentalización. Fonagy y Target consideran que mediante el apego o vínculo seguro del niño a su figura parental de referencia tenemos un modelo dialéctico del desarrollo de sí mismo:

*«la capacidad del niño para desarrollar una idea coherente de la psique depende de manera decisiva de si él mismo se siente percibido como una psique por parte de su figura de apego».*¹¹

La teoría del apego parte del supuesto de que aparece una ventaja evolutiva cuando el niño está en condiciones de vincularse emocionalmente a sus padres, quienes pueden ofrecerle protección. La calidad del vínculo a las personas de referencia más importantes conduce a un determinado estilo de apego del niño, que tiene efectos en el comportamiento y en la psique de la persona y que hace predecible para el niño la conducta de su figura de apego. Bowlby denomina modelos de trabajo interno a estos efectos psíquicos. Estos modelos de trabajo, que contienen las experiencias de la relación temprana con la persona de referencia, se consideran como el fundamento de la adaptación del ser humano a su entorno social. Los efectos de las experiencias de apego tempranas se pueden comprobar también en las personas adultas. Fonagy y Target parten del supuesto de que el apego no solo produce efectos en la conducta social, sino que también determinadas funciones psíquicas y la percepción de las relaciones son influenciadas por el vínculo de apego temprano con la persona de referencia.

Estas funciones complejas se desarrollan en la cercanía hacia la persona cuidadora. Aquí, son relevantes tanto la existencia de cercanía respecto de la persona de referencia, como también los procesos de intercambio en el vínculo.

Reflejo del afecto: Este reflejo del afecto debe entenderse como respuesta no-verbal en mímica y emisión de sonidos que corresponden al estado emocional del lactante. Los padres suelen mostrar una respuesta que la mayor parte de las veces es exagerada y fuertemente acentuada. Los investigadores denominan marcación estas respuestas afectivas y acentuadas de los padres.

Marcación del afecto: La exageración o marcación de los afectos del lactante es de importancia decisiva. Aunque las personas que cuidan a su niño tienen de igual modo sentimientos parecidos al mirar la expresión emocional de sus niños, no reaccionan igual en la mímica y emisiones sonoras o con expresión de sentimientos «verdaderos», como lo harían en la comunicación con adultos o con niños mayores. Muestran una expresión facial afectiva similar, pero exagerada (marcada) y emiten los sonidos que corresponden a ello.

Este tipo de conductas va progresivamente desarrollando la capacidad de mentalización del niño que acaba entendiendo que lo que sus padres hacen es reflejar a través de ellas los propios sentimientos del niño, que acaba reconociéndolos como tales.

Fonagy establece una relación entre la capacidad de mentalización (función de reflexión) de las personas de referencia y el estilo de apego del niño. Una base importante para el desarrollo de un estilo de apego seguro parte de que la madre pueda asumir una postura intencional frente a un lactante aún no intencional, es decir que ella suponga en el niño un actuar con propósito aunque eso aún no esté desarrollado en absoluto. Así por ejemplo, se ha mostrado que el estilo de apego que un niño tendrá al año de edad, se puede predecir mediante las expresiones mentalizadoras de la madre frente a su bebé de seis meses. Si, por ejemplo, los comentarios ante diferentes situaciones que presentara el niño eran frecuentes y coincidían también con los presumibles estados del niño, resultaba altamente probablemente que los niños mostraran un apego seguro a la edad de un año. Se considera al estilo de apego seguro como el mejor de los posibles tipos de apego del niño. Así pues la capacidad de mentalización de la madre tiene una elevada influencia en la conducta de apego del niño.

Psicopatología

Las investigaciones en torno al apego y la mentalización suponen que las desviaciones en los procesos de desarrollo descritos pueden conducir a trastornos psíquicos, algunos de considerable magnitud.

El reflejo y la marcación de las expresiones afectivas del niño por parte de la persona de referencia, conduce a que el niño pueda representar afectos, es decir, que pueda percibirlos conscientemente, clasificarlos y reflexionar sobre ellos. Si la persona de referencia está afectada por sus propias dificultades y conflictos puede sentirse sobrepasada por las expresiones afectivas del lactante. Así, le refleja al niño su sentimiento propio de adulto o no puede siquiera reaccionar de manera adecuada. Bajo estas condiciones puede faltar el reflejo o la marcación de la expresión del afecto como característica de la relación y referencia mutuas.

La persona de referencia reacciona en este contexto expresando sus emociones de modo no marcado, tal como lo haría frente a adultos. El lactante no puede relacionar consigo mismo la emoción mostrada. Ve reflejada también así su propia expresión de afecto negativo en la reacción de la persona de referencia. Sin embargo, el lactante no puede comprender que es una reacción a su propia expresión. Por lo tanto, siente la reacción de la persona de referencia a sus propios afectos negativos como el estado de la persona de referencia y no como un reflejo. De este modo el afecto negativo del niño no se debilita en la interacción, sino que incluso se refuerza. La emoción del lactante no puede ser ni regulada ni representada. La consecuencia es la alteración de la autopercepción. El niño no puede construir representaciones de sus emociones y, en consecuencia, no puede controlar sus emociones de manera independiente. De esta manera se crearía una vivencia psíquica que corresponde a la identificación proyectiva. El afectado percibirá con frecuencia sus estados emocionales propios como los de otros.

Otra desviación patológica en este proceso de desarrollo sería el fracaso en el reflejo. Si la persona de referencia no refleja los afectos del niño, es decir no muestra como reacción de respuesta el afecto del lactante, sino uno completamente diferente, se puede desarrollar una representación falsa de sí mismo. Aunque se forman representaciones secundarias, estas no tienen relación con el verdadero estado del sí mismo del lactante. La consecuencia es que el estado del propio sí mismo se percibe y se representa de manera distorsionada. Fonagy y Target relacionan este proceso con el concepto de *falso self* de Winnicott. Debido a que las representaciones internas del sí mismo no corresponden a la sensación afectiva experimentada, frecuentemente estos individuos perciben su mundo interno en el «modo hacer como si».

Además pueden tener otros efectos sobre este desarrollo ciertas tendencias de la familia de origen que no permiten al carácter lúdico o juguetón. En particular, el maltrato infantil casi no admite el juego, debido a que en tal ambiente cada movimiento del adulto puede tener consecuencias serias y, en concordancia con ello, siempre tiene que ser tomado en serio. Pero también las

formas más sutiles de abandono o negligencia dificultan la integración para alcanzar el modo reflexivo. El desarrollo de la habilidad de mentalización se impide así en diversos grados.

Además la incapacidad para regular los propios afectos puede transmitirse a través de varias generaciones, sobre esto existen indicios en la investigación del apego. La incapacidad para representar afectos en la psique lleva a que no puedan controlarse. Los estados emocionales se experimentan siempre intensivamente, pero no se pueden nombrar. El trastorno y la pérdida del control son las consecuencias.

Un apego temprano y seguro a la persona de referencia permite al niño dirigir menos la atención hacia cuestiones existenciales que simplemente hacía asegurar el vínculo de apego. Esto le permite al niño retirar la atención de las actuaciones concretas del contacto interpersonal. Entonces puede ser que a través de un vínculo de apego inseguro se disminuya la capacidad de atención.

Un vínculo de apego inseguro está estrechamente relacionado con una función de reflexión maternal disminuida (es decir, concretamente con la capacidad de mentalización de la madre). Un apego inseguro, desorganizado, va acompañado muy frecuentemente de problemas conductuales como autolesiones y autoagresiones, comportamiento agresivo o violento. Es decir, un bajo grado de comprensión por la madre de la situación psíquica de su hijo tiene como efecto los problemas conductuales descritos.

Los traumas del vínculo de apego (abuso sexual, maltrato, experiencias tempranas de abandono) muy frecuentemente se encuentran en la historia de las alteraciones psíquicas graves como los trastornos de personalidad.

Consecuencias para la terapia

De los diversos aspectos referentes al apego y la Teoría de la Mentalización que hemos detallado, podemos extraer varias consecuencias útiles en terapia. En líneas generales se trataría de que quien ocupe el lugar del terapeuta (persona o equipo) ejerza funciones de figura segura de apego y favorezca con ello el proceso de mentalización de los pacientes. No es infrecuente que

los terapeutas tengan que considerar su propia historia y circunstancias en relación con ambos aspectos. No todos los clínicos tienen un pasado idílico al respecto y, cuando menos, éste debe ser conocido suficientemente por el interesado, como mínimo, en los efectos que produce en su relación con los otros. Es necesario un autocoñocimiento del terapeuta. Para poder llevarlo a cabo de forma correcta existen diversas técnicas: autoanálisis, psicoanálisis del terapeuta, estudio de la familia de origen del terapeuta, etc.

Una tarea fundamental que el terapeuta o el equipo terapéutico deben de realizar es la llamada contención terapéutica. El clínico debe ser capaz de ejercer de continente de las angustias y dificultades del paciente y, una vez elaboradas, devolverle a éste contenidos en forma de actitudes o mensajes terapéuticos que pueda manejar y le sean útiles para superar sus dificultades. La contención es importante en todos de pacientes y resulta muy eficaz para elaborar todo tipo de ansiedades. Pero resulta de especial importancia en pacientes graves, muy perturbados y con tendencia a actuar sus conflictos. En lo esencial se ejerce de forma similar a la función materna (o la de cuidador cercano) de las que hemos hablado al tratar del apego y la mentalización. La función de contención es un prerequisite básico de otras técnicas terapéuticas más específicas dirigidas a pacientes concretos.

Para ejercer este tipo de tareas es importante un manejo adecuado por parte del terapeuta de las reacciones emocionales que en él se produzcan en relación con las diversas situaciones que plantea el paciente. Debe de existir una capacidad de reconocer en estas emociones lo que es propio de lo que procede de las circunstancias vividas con el paciente. Solo de esta forma, ya elaborada, se pueden expresar y devolver a éste determinados contenidos terapéuticos, sean éstos interpretaciones, señalizaciones u otros. En este cometido no hace falta que el terapeuta sea perfecto, sino que sea capaz de reconocer sus errores y trabajar con ellos. Se trata ante todo de aprender de la experiencia y del propio tratamiento. En este sentido se dice que el clínico ha de ser "suficientemente bueno".

En última instancia, la función de este tipo de encuadre es la de ayudar al paciente a situarse

en el contexto de una experiencia emocional correctora (Balint), que, tal y como debieran de haber sido sus procesos en anteriores etapas del

desarrollo psicológico, le permita entender sus conflictos, afrontar sus síntomas y vivir de una manera más plena y creativa.

Contacto

Ander Retolaza • ander.retolaza@telefonica.net
Centro de Salud Mental de Basauri. Red de Salud Mental de Bizkaia
C/ Nagusia S/N (Ambulatorio) • 48970 Basauri, Bizkaia

Bibliografía

- Wikipedia. Entradas: Subjetividad, Apego y Mentalización.
- Bion, Wilfred R. (2006). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Hormé-Paidós. ISBN 978-950-618-033-1.
- Bion, Wilfred R. (2003). *Aprendiendo de la experiencia*. Barcelona: Paidós Ibérica. ISBN 978-84-493-0351-7.
- Bowlby J (1953). *Child Care and the Growth of Love* (en inglés). Londres: Penguin Books. ISBN 978-0-14-020271-7 (versión de publicación de la OMS *Cuidado Maternal y Salud Mental* publicado para su venta al público en general).
- Bowlby J (1999) [1982]. *Attachment*. Attachment and Loss Vol. I (en inglés) (2da edición). Nueva York: Basic Books. ISBN 0-465-00543-8. OCLC 11442968. LCCN 00266879; NLM 8412414.
- Fonagy P, Target M: Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9 (1997), 679-700.

- Recibido: 2/6/2018.
- Aceptado: 16/12/2018.