

Carta Abierta a mi Paciente. La Formulación en Terapia Basada en la Mentalización.

Javier Ramos García

La formulación de caso es una herramienta que pretende articular una propuesta de comprensión compleja de la problemática del paciente con un plan de intervención psicoterapéutica coherente con dicha comprensión. La formulación, que ha venido ganando un protagonismo creciente en diversos modelos de psicoterapia, ocupa un lugar privilegiado en Terapia Basada en la Mentalización, hasta el punto de que se asume como una pieza imprescindible en la trayectoria del tratamiento. En el presente trabajo exploramos la genealogía de los argumentos que confieren su importancia decisiva a la formulación, analizamos sus funciones, reflexionamos acerca de su naturaleza colaborativa, damos cuenta de sus componentes e ilustramos cada uno de estos aspectos con material clínico procedente del trabajo psicoterapéutico con diferentes pacientes.

‡Breve genealogía de las razones de la importancia de la formulación en Terapia Basada en la Mentalización.

La Terapia Basada en la Mentalización (MBT por sus siglas en inglés) es una propuesta psicoterapéutica cuyo origen se sitúa en la década de los noventa del pasado siglo, en un contexto clínico asistencial en el que sus impulsores, Anthony Bateman y Peter Fonagy, trataban de ofrecer un tratamiento eficaz a pacientes especialmente graves y que presentaban una problemática y un sufrimiento que cabía encuadrar bajo el rótulo del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Si bien es notable el carácter integrador de este modelo (se trata de una terapia basada en la evidencia que incorpora elementos procedentes de la Teoría del Apego, de la Psicología del Desarrollo, de la Neurociencia y de la investigación relativa a la Teoría de la Mente) (Bateman y Fonagy, 2016, 2019), resulta innegable el hecho de que sus orígenes se sitúan, histórica e intelectualmente, en el psicoanálisis y la psicoterapia psicodinámica (Fonagy, 1990, 2022). Efectivamente, podemos situar la MBT en el espacio de lo que se da en llamar psicoanálisis relacional (Mitchell, 1988; Benjamin, 1990; Fonagy, 2022), si bien con

las marcas distintivas que conlleva la tradición británica de la Teoría de las Relaciones Objetales y el desarrollo de una técnica que se construye en el encuentro con pacientes “de difícil acceso” (Bateman y Fonagy, 2016).

El nacimiento de la psicoterapia moderna puede fecharse en París, a finales del siglo XIX, en el Hospital de la Salpêtrière en el que ejercía su magisterio Jean-Martin Charcot. En ese escenario mítico, en las semanas que transcurren entre el 13 de octubre de 1885 y el 28 de febrero de 1886, la visita de un joven estudiante procedente de Viena cambiará el curso de la historia a partir del gesto revolucionario que supone *el paso de la clínica de la mirada a la clínica de la escucha* (Didi-Huberman, 1982; Roudinesco y Plon, 1997). Efectivamente, si algo desconcertaba a ese joven vienés llamado Sigmund Freud, más allá de lo espectacular de las expresiones sintomáticas de las pacientes de la Salpêtrière, era el hecho de que Charcot apenas hablaba con ellas. Y será Freud el primero en proponer una escucha rigurosa y científica de la narración de pacientes que hasta entonces solo habían sido observadas en sus síntomas (*Ibid.*).

Así, la *escucha* de la histeria traerá consigo, en el *fin-de-siècle* parisino, no solo un giro técnico trascendental en el abordaje de estas

‡ Psicólogo Clínico. Centro de Salud Mental de Tetuán. Hospital Universitario La Paz, Madrid

Terapeuta y Supervisor MBT acreditado por el Anna Freud Centre



pacientes, sino también una teoría por completo novedosa para una transformación radical de la forma de entender la terapéutica. Un siglo después, en el Londres de finales del siglo XX, algunos de los herederos de aquella revolución psicoanalítica empezarán a desarrollar, también en el ámbito clínico, una nueva propuesta psicoterapéutica (la MBT) a partir de la necesidad de proponer una intervención psicoterapéutica útil a pacientes graves (pacientes con diagnóstico de TLP) que, hasta ese momento, venían recibiendo con frecuencia tratamientos inespecíficos, ya fuese en un entorno ambulatorio u hospitalario (Bateman y Fonagy, 1999).

Si la histeria ha sido asumida muchas veces como la auténtica fundadora del psicoanálisis, del mismo modo puede decirse que el TLP, la necesidad de abordarlo, es el motor del modelo que impulsa la MBT, hasta el punto de que cuando Peter Fonagy emplea por primera vez el concepto de mentalización en 1989, lo hace para tratar de explicar, justamente, las dificultades propias de los pacientes con TLP (Fonagy, 1989), retomando una noción procedente de la École Psychosomatique de Paris y que había sido implementada por investigadores dedicados a la Psicología del Desarrollo y especialmente interesados por la Teoría de la Mente (Bateman y Fonagy, 2010). El psicoanálisis no se entendería sin la histeria, por más que luego éste haya permitido la comprensión y el tratamiento de múltiples patologías. Y la MBT no se habría consolidado sin la necesidad de un tratamiento útil para el TLP, aunque el ámbito de aplicabilidad de las terapias orientadas hacia la mentalización no haya dejado de crecer en las últimas décadas (Bateman y Fonagy, 2019).

En ambos casos, desde siempre y de fondo, la necesidad de acceder a pacientes graves, muchas veces desconcertantes, calificados en tantas ocasiones como “pacientes difíciles” (Fonagy, 1998) y que solo podrán beneficiarse de nuestra intervención si están abiertos a escuchar lo que “la cura por la palabra”, probablemente la más elegante definición de psicoterapia, acuñada por Bertha Pappenheim en su momento (Roudinesco y Plon, 1997), pueda proponer; si pueden confiar epistémicamente en el valor y la utilidad de lo que el terapeuta pueda ofrecer; si pueden sentir

que la relación terapéutica puede proporcionar una experiencia auténticamente valiosa.

Freud subrayaba en su trabajo de 1913 sobre la iniciación del tratamiento que el primer objetivo de éste es ligar al paciente a la terapia a través de una actitud de simpatía y de serio y cariñoso interés por el paciente. Winnicott (1954) enfatizaba la idea de que las palabras del terapeuta tendrán un efecto terapéutico si (y solo si) el paciente siente que éstas responden a una escucha comprometida (si el terapeuta ha podido contactar con el proceso del paciente, ha podido comprender el material y ha podido expresar tal comprensión por medio de las palabras). Y desde el modelo de la mentalización, Fonagy y Allison (2014) sugieren que la condición de posibilidad de toda psicoterapia que se pretenda eficaz es la confianza del paciente de que puede aprender algo útil en esa psicoterapia. En este sentido, mentalizar al paciente sería una forma genérica y fundamental para el establecimiento de dicha confianza, ya que la experiencia de sentirse comprendido subjetivamente por el terapeuta sería la clave para la apertura epistémica del paciente a lo que la terapia pueda proponer (*Ibid*). Cuando el paciente se siente mentalizado por el terapeuta se produce una relajación en la vigilancia epistémica, tan necesaria para la supervivencia de la especie humana (Sperber y Wilson, 1995) y sentida como algo por completo vital en aquellas personas (nuestros pacientes más graves) cuyas experiencias relacionales primarias han sido especialmente dañinas y dolorosas (Bateman y Fonagy, 2016). Es la experiencia de sentirse mentalizado la que puede permitir a esos “pacientes de difícil acceso” (Bateman y Fonagy, 2016) una flexibilización de la hipervigilancia, un incremento de su confianza en la figura del terapeuta y un aumento, también fuera del espacio terapéutico, de la capacidad de aprendizaje de conocimientos provenientes del ambiente social. Así, y del mismo modo que puede pensarse en la mentalización como la condición de posibilidad del insight (Lanza Castelli, 2023), podríamos concluir que la experiencia de ser comprendido subjetivamente por el terapeuta es la condición de posibilidad de esa apertura epistémica que determina que una intervención psicoterapéutica pueda ser eficaz.



En este sentido, la formulación del caso, asumida como hoja de ruta en muchas terapias individuales (Bateman et al., 2019 a, b), es una pieza esencial en la trayectoria del tratamiento en MBT (Karterud y Kongerslev, 2019) y un elemento sobre cuya importancia se ha reflexionado intensamente desde este modelo (Grove y Smith, 2022), ya que no solo aporta una comprensión del problema, una propuesta terapéutica y una anticipación de posibles dificultades; no solo permite organizar la mente del terapeuta; no solo modela el proceso mentalizador al construirse en un intercambio colaborativo e intersubjetivo con el paciente (Bateman, 2011; Grove y Smith, 2022). Tal vez, en primer lugar, y por encima de todo ello, la formulación, como recurso narrativo o diagramático tangible en el que se plasma por escrito el interés del terapeuta por comprender a su paciente, tiene el poder de propiciar en éste la experiencia de sentirse mentalizado por un terapeuta que se torna a partir de ahí más confiable, facilitándose así, a partir de esa experiencia mentalizadora, el incremento de la confianza epistémica del paciente en el terapeuta y en la terapia en su conjunto, la apertura epistémica que es la condición de posibilidad de toda psicoterapia que se pretenda eficaz (Fonagy y Allison, 2014; Bateman y Fonagy, 2016; Ramos García, 2021; Grove y Smith, 2022).

Las funciones de la formulación.

Bateman y Fonagy (2016, 2019) insisten en que, más allá del uso de técnicas específicas, lo que define al terapeuta mentalizante es una posición terapéutica de compromiso auténtico con la subjetividad del paciente. Un compromiso que toma forma en una actitud de curiosidad respetuosa por la mente del paciente, que parte del “no saber” y que evidencia la disposición de la mente del terapeuta a encarar la tarea de comprender la mente del paciente.

El terapeuta mentalizante lo es si es capaz de propiciar un intercambio intersubjetivo en el cual su interés genuino por conectar con la subjetividad del paciente facilita en éste la experiencia de sentirse comprendido por el terapeuta (Fonagy y Allison, 2014). Es ese intercambio, ese proceso, el que permite al paciente robustecer su

capacidad de mentalizar (en especial en aquellas situaciones relacionales en que la pierde con facilidad y le cuesta recuperarla) y reactivar su confianza epistémica.

La MBT se apoya en la Teoría de la Pedagogía Natural (Csibra y Gergely, 2009) para tratar de explicar hasta qué punto es importante que el terapeuta emplee ciertas señales que faciliten en “pacientes de difícil acceso” una apertura epistémica. Estas señales ostensivas serían las que permitirían al terapeuta penetrar en la mente del paciente superando esa barrera de desconfianza que ha podido convertirse en casi infranqueable como consecuencia de diversas experiencias vinculares adversas. Si la experiencia de sentirse mentalizado puede ser asumida como esa señal ostensiva fundamental para el incremento de la confianza epistémica, podemos comprender entonces el impacto poderoso que para el paciente puede suponer la propuesta de una formulación del terapeuta en términos de mentalización.

En este sentido, cabe destacar, en primer lugar, el efecto que puede tener en el paciente el hecho de recibir la formulación por escrito, en un formato de papel.

En muchos de nuestros pacientes, en especial en aquellos que cabe situar en el territorio de los Trastornos Límite de la Personalidad, solo aquello que es visible, tangible, es considerado real. Este modo teleológico es un modo prementalizador muy característico, que puede describirse justamente así: solo las conductas tienen un valor; las intenciones o los sentimientos se deducen de un modo rígido a partir de indicios externos, concretos, visibles (Bateman y Fonagy, 2016). Si este modo prementalizador condiciona en gran medida el funcionamiento global del paciente, la utilización de un soporte tangible como modo de expresión del intento de comprensión de la problemática del paciente puede marcar una diferencia importante, ya que en este punto, al menos en parte, el medio es el mensaje.

El paciente con dificultades importantes para mentalizar necesita pruebas palpables de que otra mente está disponible para comprender su mente. Ésa es la razón por la que en tantas ocasiones es tan relevante la figura del “terapeuta que hace cosas”, y que muestra de un modo evidente su compromiso con la subjetividad del



paciente. La presentación de un texto escrito al que se ha dedicado tiempo y esfuerzo facilita en el paciente esa experiencia de estar ante un interlocutor preocupado y comprometido, que se ha tomado su tiempo para pensar y escribir acerca de las dificultades del paciente, de su origen, de las posibles vías de solución. Algo que explica bien la frecuente sorpresa y gratitud expresadas por pacientes en su encuentro con terapeutas que demuestran de un modo palmario que han escuchado y han tratado de comprender.

La entrega de la formulación trae consigo la potencia de lo inesperado (lo inesperado que puede resultar para el paciente que alguien dé muestras evidentes de que se interesa por su mente), y permite una mirada más abierta a la propuesta de comprensión del terapeuta. Puede ser éste un momento conmovedor (en tanto en cuanto el paciente se encuentra, tal vez por vez primera con la experiencia interpersonal de estar ante alguien que se muestra seria y genuinamente preocupado por comprenderle), pero también de conmoción, dado lo movilizador que puede resultar leer de forma condensada y clara un relato que versa sobre su sufrimiento presente y pasado. Es absolutamente recomendable, por tanto, proponer una lectura conjunta, vigilando y regulando el nivel de activación emocional del paciente durante la misma, mostrándonos siempre abiertos a aclarar cualquier punto oscuro o a rectificar cualquier extremo con el que el paciente pueda estar en desacuerdo.

Por otra parte, del mismo modo que la mentalización controlada puede desmoronarse cuando se supera un cierto umbral en el nivel de activación emocional, no es menos cierto que también el apego correlaciona de un modo muy claro con la capacidad de mentalizar (Luyten y Fonagy, 2015). La activación de ciertas ideas relacionadas con el apego compromete la mentalización tanto como la activación de emociones intensas, de tal forma que conviene tener en cuenta hasta qué punto la forma de presentar la formulación puede resultar amenazante para el paciente. Un paciente que no ha dispuesto de cuidadores responsivos y con capacidad para ofertar una respuesta sintónica y sincrónica puede recibir de forma muy positiva la sorpresa de una formulación que se entrega inesperadamente. Sin

embargo, un paciente con un apego muy desorganizado, que haya vivido cómo la cercanía afectuosa del cuidador no era sino el preámbulo de una escena relacional aterradora (donde se desplegaban abusos sexuales o agresiones físicas), puede sentirse muy inquieto e invadido al recibir sin aviso previo una formulación en la que el terapeuta se acerca al paciente con una reflexión en la que hace referencia a múltiples cuestiones sensibles. Así, especialmente en ciertos casos, puede ser interesante anticipar con tiempo al paciente qué pasos se seguirán en la trayectoria del tratamiento (Bateman y Fonagy, 2016), y cómo, tras la evaluación y el diagnóstico se elaborará una formulación que será después discutida con el paciente (Bateman, 2011).

En cualquier caso, no debemos olvidar que el objetivo fundamental de la formulación, quizás por encima de cualquier otro, es favorecer el proceso mentalizador, servir de punto de arranque para un intercambio que active y fortalezca la mentalización del paciente, propiciar un proceso colaborativo a través del cual el paciente puede tomar en consideración la mente del terapeuta de la misma forma que el terapeuta toma en consideración la mente del paciente (Bateman, 2011; Grove y Smith, 2022). Así, tras la entrega de la formulación y tras su lectura conjunta, no habría mejor noticia que el que apareciesen puntos de discrepancia, elementos que el paciente no ve claros, aspectos con los que no está de acuerdo y que pueda señalar. Sabemos que la aceptación acrítica de nuestras ideas, comentarios o sugerencias puede ser un indicador de pseudomentalización; que el “pretend mode” puede detectarse muchas veces cuando todo parece encajar a la perfección y nos complacemos en el encuentro con un paciente “ideal”, que nos da la razón al ver que nuestra lectura de los problemas es por completo ajustada y brillante (Bateman y Fonagy, 2016; 2019). Con lo que la duda o la disconformidad del paciente deben ser recibidas como algo alentador, ya que nos sugiere que el proceso mentalizador está activo de un modo auténtico. Si se enfatiza con frecuencia que no es tan importante acertar en nuestras apreciaciones acerca del paciente como estar dispuestos a ser corregidos por éste; si el objetivo no es mentalizar por el paciente sino favorecer que el



paciente mentalice por sí mismo (siendo ese movimiento el que justamente facilita la reactivación y el robustecimiento del mentalizar del paciente), habremos de concluir que no hay nada más deseable que la apertura de un debate verdadero con el paciente a partir de la propuesta (siempre tentativa) de formulación.

Con todo, y aunque la función de la formulación remita antes que nada a esa posibilidad de propiciar el proceso mentalizador en el paciente, es preciso señalar cómo ésta trae consigo, también para el **terapeuta**, otras virtudes ciertamente interesantes. Por un lado, enfrentar la tarea de construir la formulación obliga al terapeuta a un trabajo de organización de la información que tiene del paciente. Redactar una formulación obliga a pensar, a tratar de entender, a delimitar los problemas del paciente, a comprender su posible origen, a anticipar dificultades dentro y fuera del tratamiento. Permite tener en mente al paciente y disponer de un mapa al que regresar para reubicarnos en los múltiples momentos en los que también nosotros perdemos la capacidad de mentalizar y nos desorientamos en el curso del tratamiento. Bateman (2011) es claro en este punto: “un aspecto básico de la formulación es que ayuda al terapeuta a mantener la capacidad de mentalizar”. Si pensamos que la mentalización del terapeuta incita al paciente a mentalizar, y que la no mentalización del terapeuta puede generar un funcionamiento no mentalizador en el paciente, podemos entender la importancia que la formulación tiene para que el terapeuta pueda mantener activa su capacidad de mentalizar durante la terapia (*Ibid.*).

La formulación establece una hoja de ruta, y una hoja de ruta consensuada con el paciente que posibilita también la anticipación de posibles problemas y la propuesta de eventuales soluciones para esos problemas. Así, en los últimos años, en especial en el trabajo con pacientes especialmente graves, se ha ido evidenciando la necesidad de que la formulación incluya un *plan de crisis* diseñado de forma colaborativa con el paciente. Efectivamente, por ejemplo, en pacientes en los que una fractura en la capacidad de mentalizar puede conllevar un episodio de violencia o una conducta autodestructiva que puede llegar a poner en riesgo la vida del propio paciente,

resulta crucial la elaboración de un plan que permita detectar posibles situaciones de riesgo y que sugiera qué hacer (y qué no hacer) ante tales situaciones. Somos conscientes de que si se derrumba la capacidad de mentalización del paciente y éste se precipita en una crisis, se incrementa de manera dramática el riesgo de que aquel intente regularse emocionalmente y recuperar el sentimiento de agencia a través de funcionamientos auto o heterodestructivos (Bateman y Fonagy, 2016; 2019). Una vez se traspasa ese umbral que marca una suerte de punto de no retorno es muy difícil apelar a una mentalización que, al menos en ese momento, parece irremisiblemente perdida. Ésa es la razón por la cual es tan importante anticiparse y detectar aquellas señales que indican que el paciente “está cerca de una crisis”, ya que en ese punto aún tenemos un razonable margen de maniobra. Se trabaja, así, de forma colaborativa con el paciente, con el fin de que él mismo pueda identificar conductas, pensamientos y emociones que deben disparar señales de alarma. Así mismo, es importante explicitar las señales a las que el entorno interpersonal del paciente (incluyendo los profesionales que le tratan) debería estar atento, en tanto en cuanto esas señales pueden asumirse como indicadores claros de que la crisis está cercana o es inminente. Tras identificarse esos indicadores, es fundamental qué es lo que la experiencia ha demostrado como beneficioso o perjudicial en esos momentos en los que la crisis acecha. ¿Qué debe hacer el paciente? ¿Qué no debe hacer? ¿Qué debe hacer -y que no- la familia o el círculo más cercano de amigos o compañeros? ¿Qué debemos y qué no debemos hacer los profesionales implicados? (Ver Figura 1).

D., una paciente de apenas 18 años, con alteraciones conductuales importantes que incluían autolesiones, promiscuidad (con funcionamientos sexuales de mucho riesgo) y consumo de tóxicos, perfilaba con la ayuda de su terapeuta el siguiente plan de crisis.

Cuáles son las situaciones que pueden llevarme a una crisis. Empezar “una relación”. Empezar a interesarme por alguien y no estar segura de si esa persona se interesa por mí. Volver a hablar con mi exnovia y preguntarle si se está



viendo con alguien. En la terapia, sobre todo en el grupo, que pase algo que me haga sentir inferior, que no le importe a mi terapeuta o que no les guste a mis compañeros del grupo de terapia¹.

1. Yo misma.

Señales que pueden indicarme que voy a tener una crisis.

Sentimientos. Sentirme sola e inferior, que valgo menos que los demás, sentir que no le importo a la gente.

Conductas. Aislamiento. No querer saber nada de nadie. Encerrarme en mi habitación.

Pensamientos. Pensar constantemente y en bucle que estoy sola, que soy menos que los demás, que nadie quiere estar conmigo.

Cosas que yo puedo hacer en un momento de crisis. *Llamar a mi amigo B y hablar con él, contarle lo que me pasa. Hablar con mi madre si está en casa. Salir a hacer deporte, mejor si es con alguien, ver una película o una serie (también mejor con alguien). Si estoy en el grupo o en terapia individual, pedir ayuda, hablar de lo que me está pasando.*

Cosas que no debo hacer, que no han funcionado antes o que incluso han resultado perjudiciales. *Quedarme encerrada en mi habitación dándole vueltas a las cosas. Empezar a beber alcohol o a fumar porros. Salir yo sola de fiesta. Salir a un bar a beber (peor si salgo sola).*

2. Gente a mi alrededor.

Cuáles son las señales que pueden indicar que estoy cerca de una crisis. *Dejar de contestar las llamadas o los mensajes. Estar “demasiado feliz”, como si nada me importase. Dejar de ir a clase. No ir a las sesiones de terapia. Salir mucho sola. No querer hablar apenas con amigos o con mi madre.*

Qué pueden hacer. *Mis amigos, venir a verme a casa. Mi madre, intentar hablar*

conmigo, pero sin agobiarme, dejándome mi espacio.

Qué no deben hacer. *Mis amigos, olvidarse de mí. O no darle importancia a que deje de contestarles los mensajes. Mi madre, asustarse mucho y agobiarme, o llamar a la Policía o a Urgencias para que me lleven al hospital.*

3. Profesionales sanitarios.

Cuáles son las señales que pueden indicar que estoy cerca de una crisis. *Faltar a las citas. Ir a las sesiones individuales o de grupo y decir que está todo bien, sin profundizar ni querer hablar de lo que me preocupa. No ir a las sesiones pero ir luego al servicio de urgencias. Marcharme a mitad de sesión porque no crea en ese momento que la terapia me esté ayudando. Querer dejar la terapia porque ya estoy bien y no la necesito.*

Qué pueden hacer. *Hablar conmigo. Mis terapeutas, recordarme que cuando menos hablo de mis problemas más riesgo tengo. Llámame si faltó a las sesiones o si me voy del grupo antes de que termine la sesión.*

Qué no deben hacer. *Ingresarme. En la urgencia, cambiarme la pauta de medicación. Dejarme ir de la urgencia muy rápidamente, sin darle importancia a mi malestar.*

Personas que deben tener copia de mi plan de crisis.

Mis terapeutas, mi madre, mi amigo B, mi amiga A, mi hermana, mi exnovia, los psiquiatras de guardia (el plan de crisis debería estar en mi historia clínica electrónica).

Como en el caso de la formulación, más si cabe, el plan de crisis debe ser concebido como una propuesta tentativa y revisable. El plan puede fracasar total o parcialmente, siendo en tal caso necesaria una reelaboración del mismo, atendiendo a aquellos puntos que permitan explicar por qué, a pesar de existir ese plan de contingencia, la crisis ha tenido lugar.

¹ En MBT, la trayectoria del tratamiento, que se desarrolla habitualmente a lo largo de 18 meses, incluye una doble línea de trabajo terapéutico que se pone en marcha tras el grupo psicoeducativo o informativo

(MBT-I). Esa doble línea se concreta en un trabajo psicoterapéutico individual (MBT individual) y, en paralelo, una terapia grupal (MBT-G) de frecuencia semanal.



Como sabemos, los momentos de crisis, las situaciones en las que la capacidad de mentalizar del paciente se desmorona, pueden producirse también dentro del tratamiento y afectar de forma importante a la relación terapéutica. En esos momentos, también la formulación puede resultar de ayuda, al proporcionarnos pistas para afrontar un momento de impasse o una situación de desencuentro.

En efecto, un componente irrenunciable de la formulación, tanto en su formato narrativo como en el “pasaporte MBT”, es la anticipación de posibles problemas que pueden tener lugar dentro del tratamiento, en la relación con el terapeuta o en el contexto grupal, con los restantes miembros del grupo terapéutico MBT (MBT-G). Disponer de una descripción de esas posibles dificultades es algo de gran valor, ya que hace posible esbozar posibles soluciones ya antes de que los problemas tengan lugar; o recuperar el equilibrio en la dimensión afectivo-cognitiva de la mentalización en momentos en que lo emocional puede resultar desbordante, y en los que es necesario, por tanto, incorporar elementos más racionales, pensados, reflexionados y reseñados en la narración de la formulación.

La formulación, desarrollada de un modo narrativo o sintetizada en formato de “pasaporte MBT”, puede ser utilizada para anticipar y trabajar esos momentos de ruptura, siendo fundamental establecer el acuerdo de que, en esos casos, recurriremos a la revisión de este documento abierto al que nos podremos remitir una y otra vez en caso de necesidad (Grove y Smith, 2022). De este modo, explicitar el compromiso de utilizar la formulación como herramienta para resolver momentos de dificultad a lo largo de la terapia puede facilitar la resolución de conflictos que, de otro modo, podrían conllevar una ruptura irremediable de la relación terapéutica y un abandono del tratamiento.

El caso de T puede ejemplificar algunos de los aspectos señalados. T es una mujer de poco más de 40 años con diagnóstico de TLP. La formulación, en formato narrativo, entregada, como siempre, como una propuesta tentativa, como una primera impresión que el terapeuta tiene de la paciente (y que debe irse redefiniendo y co-construyendo con el tiempo de manera

colaborativa), permite anticipar algunas dificultades probables con las que nos podemos encontrar en el contexto terapéutico.

Formulación de T.

Creo que no es posible desentrañar muchos de los temores y anhelos de T sin tener en cuenta la relación tan difícil que desde siempre ha tenido con su madre. Desde pequeña, y hasta el día de hoy, la necesidad de amor de T, de ser apreciada por su madre, se vio constantemente frustrada, y creo que esto dejó en ella un vacío muy grande, así como una potente convicción de que no merecía ser amada. De que no era querida, razonando que, si esto era así, el motivo era que algo malo había en ella. De hecho, en su vida actual, identifica claramente en sí misma una dinámica de pensamiento según la cual, cuando percibe que alguien se interesa por ella, concluye de inmediato que ese alguien no es valioso. Y si llega a ver a ese alguien como valioso, se impone la certeza de que no la va a querer. En su mente, solo la gente sin valor puede tener un interés genuino por ella. Tal vez podamos entender desde ahí la frecuencia con la que se vincula con gente a la que después siente dañina y hostil.

La necesidad de amor y reconocimiento de T se ha mantenido en su interior como algo intensísimo, lo que explica su constante búsqueda de relaciones en las que esa necesidad pueda ser cubierta. Efectivamente, T no ha dejado de buscar, sobre todo en sus parejas, una relación de amor y validación que le permita sentir que es alguien que merece la pena, que es alguien valioso. De hecho, cada vez que T se topa con una situación en la que alguien a quien aprecia no es amable con ella, lo que se dispara en su interior es un doloroso sentimiento no ser querida, y la convicción de que si no es querida es porque hay algo malo en ella, una especie de defecto o de tara que explica esa falta de amor por ella. En esos momentos puede desmoronarse y deprimirse, aunque a veces se pone furiosa y se defiende con agresividad. En ocasiones entra en arrebatos de compras compulsivas que la llevan después a intensos autorreproches. Otras, se atrincheran en sí misma, haciendo muchas cosas, tratando de vencerse de que la vida es algo bonito aunque sea



en soledad. No deja de buscar, y creo que su anhelo la lleva a vincularse muy rápidamente, y a tener expectativas en las relaciones que probablemente son un poco precipitadas. Cree con demasiada rapidez que ha encontrado el amor o la amistad que necesita, y esto facilita que se vea después muy frustrada y dañada cuando comprueba que tal vez las cosas son más difíciles de lo que ella había pensado. Le es difícil confiar “un poco”, darse su tiempo para ver si puede exponerse afectivamente en una relación, regularse en ese sentido. Pasa de la expectativa intensa de comprensión y amor a un descreimiento absoluto, y le tortura entonces la idea de que lleva así toda la vida, de que no le es posible construir un mundo de relaciones que permitan que se sienta acompañada. Y que esa carencia indica que algo está mal en ella. Esto puede, de hecho, complicar su proceso terapéutico, tanto en la terapia individual como en el grupo, ya que puede vincularse rápida e intensamente, sin cautelas, y sentirse comprendida y recogida; pero sufrir después una terrible sensación de desengaño y soledad, lo que puede conllevar que se plantee abandonar la terapia o se retraiga y se desentienda, presa de un profundo escepticismo. En este punto es muy importante también la facilidad con la que se activa en su interior la convicción de que dos personas tienen entre ellas una intimidad y una cercanía que ella no comparte, de la que ella queda fuera, que ella nunca ha disfrutado, a la que nunca va a poder tener acceso. Y siente entonces un dolor muy intenso, que puede disparar la rabia y el deseo de huir de ese escenario en el que se siente excluida y terriblemente sola.

La paciente, tras la lectura de la formulación, en esos primeros momentos de la relación terapéutica en que se siente muy cómoda y confiada (tal vez en exceso) con el terapeuta (algo que forma parte de un estilo relacional problemático), niega la posibilidad de que las dificultades que se reseñan puedan llegar a darse en el espacio terapéutico individual. Sin embargo, cuando en el grupo la paciente siente que no se le presta tanta atención como ella necesita, cuando siente que el terapeuta se muestra solícito con otros miembros del grupo mientras que a ella le concede un tiempo muy escaso, estalla y abandona la

sesión grupal sin que sea posible rescatarla en ese momento. Acude a la siguiente sesión individual muy dolida, muy enfadada y muy hostil, expresando entonces su sentimiento de haber sido traicionada, acusando al terapeuta de haberla descuidado en un agravio comparativo, planteando que tiene tomada la decisión de abandonar el grupo y tal vez también la terapia individual. En ese momento, el acuerdo preestablecido de recurrir a la formulación como instrumento que pueda ayudarnos a orientarnos y a recuperar la capacidad de mentalizar juega un papel crucial que hace posible la resolución de este impasse y la reparación de la relación terapéutica.

Finalmente, es preciso subrayar que el poder de la formulación puede perderse de una forma muy importante si no existe un compromiso claro en relación a la importancia de trabajar en la terapia individual y grupal sobre los hallazgos esbozados en aquella. Efectivamente, diversos autores y terapeutas que se ubican en este modelo (Grove y Smith, 2022) coinciden en que un problema fundamental sobre el que se debe reflexionar radica en la falta de determinación a la hora de trasladar al espacio terapéutico aquellas problemáticas que se han explicitado en el proceso de formulación. La directriz es acordar con el paciente que los patrones relacionales recurrentes identificados en el foco afectivo interpersonal (Lemma et al, 2011) serán tratados tanto en la terapia individual como en la grupal, siendo crucial no eludir esa tarea. Se impone consensuar así que el propio terapeuta puede tomar la iniciativa de traer al grupo estas temáticas, animando siempre a que pueda ser el propio paciente el que hable sobre esos problemas que se han establecido como objetivos de tratamiento.

Los componentes de la formulación, su articulación y su peso relativo dentro de la misma.

La formulación psicoterapéutica habría de incluir siempre una descripción *breve sencilla y clara* (Bateman, 2011) de las que han venido a llamarse las “5 P” fundamentales (Weerasekera, 1996): el *problema* que tratamos de abordar, los factores *predisponentes*, los *precipitantes*, los *perpetuantes* y también aquellos elementos que



pueden ser asumidos como *protectores* para el paciente (sus fortalezas o sus recursos).

Ya sea en un formato narrativo o a modo de esquema diagramático (“pasaporte MBT”), es preciso que la formulación incluya estos elementos, evitando el uso de jerga psicológica o psicoterapéutica y teniendo en cuenta un criterio de proporcionalidad ponderal, sin perder de vista que estos deben estar bien articulados, de tal forma que quede preservado un razonable equilibrio entre los mismos.

Cubrir estos campos y organizar la información configurando un relato que toma en consideración el pasado del paciente para comprender su presente, anticipando también las dificultades que pueden tener lugar a lo largo del tratamiento, no solo permite dar un sentido al funcionamiento del paciente (algo profundamente mentalizador), sino que aporta beneficios que resultarán de enorme valor especialmente en aquellos momentos en que el trabajo pueda tornarse brumoso por la pérdida de la capacidad de mentalizar del paciente o del propio terapeuta.

En este punto, la posibilidad de disponer de un esquema que presente la formulación de una forma diagramática permite visualizar de un modo muy claro los elementos fundamentales que deben estar incluidos en la formulación, así como la relación que se establece entre los mismos (ver figura 2).

Por una parte, debemos dar cuenta de una dimensión temporal, dado que la problemática presente se pone en relación con un pasado biográfico al tiempo que se anticipan las posibles dificultades que pueden surgir en un futuro inmediato, durante (y dentro de) la terapia. Por otro lado, la dimensión relacional se sitúa en el corazón de la terapia. La relación terapéutica es la condición de posibilidad de la propia terapia (insistamos en el hecho de que trabajamos con pacientes “de difícil acceso”, con fallas severas en la capacidad de confiar epistémicamente en el otro), y también el escenario en el que se producirán, a lo largo del tratamiento, muchas de las rupturas en la mentalización así como las dificultades para recuperar la capacidad de mentalizar. La MBT parte de una comprensión relacional del psiquismo, con lo que no es posible pensar en el self del paciente sin atender a la forma en que

vive sus relaciones con los otros (Bateman y Fonagy, 2016; 2019). Mejorar la vida relacional del paciente es un objetivo básico de la MBT que no puede conseguirse sin comprender y trabajar los patrones relacionales recurrentes del paciente atendiendo a la forma en que éste se ve a sí mismo y se representa a los demás (también al terapeuta) en diferentes situaciones relacionales.

En la tarea de organizar la información de un modo equilibrado, tal vez requiera de una especial reflexión la importancia y la presencia que se otorga a los *predisponentes* biográficos. Es cierto que toda formulación debe incluir aspectos biográficos del paciente que permitan explicar, al menos en parte, el funcionamiento actual de éste. Si mentalizar supone entender el propio funcionamiento (y el de aquellos con los que nos relacionamos) en base a estados mentales intencionales (anhelos, deseos, creencias, miedos, inquietudes), si podemos dar por sentado que nuestra memoria autobiográfica determina en parte la forma en la que nos sentimos ante ciertas situaciones relacionales, resulta lógico incluir en la formulación algunas referencias biográficas que contribuyan a darle un sentido a la problemática actual del paciente (Bateman y Fonagy, 2019). El pasado influye en el presente, dado que, en cierto modo, todos somos el producto de nuestra historia. Y, sin embargo, diversos autores (Grove y Smith, 2022) han señalado cómo lo biográfico aparece sobredimensionado con frecuencia en las formulaciones que se proponen a los pacientes. Algo que no solo puede ir en detrimento del justo protagonismo que merece la *problemática* actual del paciente, sino que puede contribuir, además, en muchas ocasiones, al desconcierto y la pseudomentalización de pacientes que no disponen de capacidad suficiente para mentalizar de forma auténtica y certera esa conexión entre pasado y presente (*Ibid.*).

Tal vez este excesivo énfasis en la historia del paciente pueda explicarse por la importancia que se concede al que debe ser siempre el primer movimiento del terapeuta mentalizador, que es la validación del sufrimiento del paciente. En efecto, en el espectro de intervenciones en Terapia Basada en la Mentalización, la validación empática es siempre el punto de partida y el lugar al que regresar en aquellos momentos en que el



paciente se desborda emocionalmente y pierde la capacidad de mentalizar (Bateman y Fonagy, 2016). Y aludir a la historia del paciente, a la adversidad vivida, a aquellos sucesos especialmente difíciles y potencialmente traumáticos, puede permitir no solo darle un sentido al modo en que funciona el paciente a día de hoy (aquello que le *predispose* a funcionar de cierta forma), sino validar la dureza de unas circunstancias históricas muy difíciles de enfrentar para cualquier ser humano y que muchas veces se han normalizado en el relato autobiográfico del paciente (Allen, Lemma y Fonagy, 2012; Luyten y Fonagy, 2019).

Atender a la biografía vincular del paciente puede permitirnos también perfilar un pasado que limita con un ahora que puede ser observado ya como algo diferente. Una expectativa psicoterapéutica esencial desde el punto de vista de la mentalización es que el paciente pueda reactivar, en el vínculo con nosotros, su confianza epistémica; y es para ello determinante que pueda vivir el momento actual como algo distinto de su pasado. Ésta es una condición de posibilidad para que la esperanza, un agente de cambio importantísimo (Buechler, 2023), pueda germinar en mitad de una experiencia vital anegada por el sufrimiento. El reconocimiento del daño que el paciente puede haber sufrido a lo largo de su historia facilita la experiencia de estar siendo mentalizado por un terapeuta que sugiere que es posible otro tipo de encuentro humano y que infunde esperanza de cara al futuro. Pero que anticipa también algunas de las dificultades con las que puede toparse el tratamiento que se está iniciando. Efectivamente, la reconstrucción de la historia de los vínculos del paciente es la que hace posible la delimitación de sus patrones relacionales recurrentes (Lemma, Target y Fonagy, 2011; Bateman y Fonagy, 2016), la que permite anticipar aquellos *precipitantes* que merecen especial atención en el plan de crisis y la que abre el camino para sugerir algunos problemas que pueden tener lugar en el seno del tratamiento psicoterapéutico, en la relación con el terapeuta o con el resto de pacientes en la terapia grupal. Problemas para los que debemos estar preparados.

La formulación es una brújula que nos guía en momentos especialmente brumosos, y puede

ser muy útil en aquellas circunstancias en que la mentalización se rompe, no ya en la vida cotidiana del paciente, sino *en el tratamiento*, en el contexto de la relación terapéutica. En el trabajo con pacientes con Trastornos de Personalidad, se estima que el riesgo de abandono prematuro del tratamiento supera el 33%, lo que explica que esta sea una de las preocupaciones fundamentales de los terapeutas que tratan a este tipo de pacientes (Juul, Simonsen y Bateman, 2020). Muchos de esos abandonos pueden atribuirse a momentos en los que el paciente siente que se reedita con el terapeuta una situación relacional similar a otras en las que se ha sentido severamente dañado, amenazado o despreciado. Anticipar ese tipo de coyuntura problemática en la formulación puede permitir salvar ese delicado escollo en un momento crítico del tratamiento. En ese punto, dirigir nuestra atención compartida hacia aquellos *precipitantes* identificados conjuntamente como disparadores de emociones desbordantes y de modos no mentalizadores puede ser algo realmente importante y terapéutico, más aún si desde el principio hemos acordado con el paciente seguir esa hoja de ruta ante eventuales dificultades que pueden poner en riesgo la continuidad de la terapia.

Una descripción precisa de los *precipitantes* resulta esencial en la configuración de la formulación, y es una pieza imprescindible en el diseño de un eventual plan de crisis. Los *precipitantes* son a veces muy evidentes para el paciente, por cuanto son tangibles que se traducen automáticamente en un modo teleológico (“mi pareja llegó tarde a la cita, así que es evidente que no le importa en absoluto la relación”); pero aparecen otras veces como difícilmente descifrables (“no pasó nada, simplemente me sentí muy mal y me corté”), al ser ciertos pensamientos o sentimientos, muchas veces poco accesibles y apenas simbolizados, los que alteran profundamente al paciente, llevándole a perder la capacidad de mentalizar (“pensé que él ya no estaba interesado en mí”, “sentí que debía estar con otra mujer en ese momento”). Perfilar esos *precipitantes* con el paciente es importante para delimitar situaciones potencialmente peligrosas en su vida cotidiana y para comprender el modo en que, a partir de una Función Interpretativa Interpersonal (Bateman y



Fonagy, 2004; Lanza Castelli, 2023), se activan patrones relacionales recurrentes problemáticos (Lemma, Target y Fonagy, 2011), pero también para dibujar un mapa que nos permita anticipar posibles desencuentros o rupturas en la relación terapéutica.

Así, J, un paciente con una vida muy desestructurada y con un importante problema de consumo de cannabis, daba un sentido a su estilo de apego evitativo a partir de su extraordinaria sensibilidad ante la falta de respuesta de su interlocutor. Tendente al aislamiento como forma de protegerse del sufrimiento interpersonal, esperaba ansioso una rápida respuesta cuando se animaba a tomar la iniciativa de llamar o escribir a alguien, y vivía como desdén, indiferencia o ninguneo por parte del otro el que esa respuesta se demorase o no terminase de llegar. De este modo, podía identificar como un *precipitante* para un estallido emocional la falta de respuesta a un mensaje de texto enviado desde el móvil. Esa falta de respuesta, traducida en modo teleológico, disparaba en él un sentimiento de rechazo intenso que, en equivalencia psíquica, condicionaba de forma radical su visión de la realidad

externa (“me está ninguneando”, “*es lo que siento*”). Ya desde las primeras entrevistas pudimos pensar con J que también en la relación terapéutica, en la terapia individual o en la grupal, podría sentirse, en algún momento, desdén por el terapeuta, más aún si tenemos en cuenta lo vulnerable que podía sentirse al mostrar su fragilidad ante alguien al que aún conocía muy poco. En ese punto, era más que razonable que pudiéramos no solo validar el sufrimiento que se disparaba en el paciente ante este tipo de situaciones, sino que pudiéramos expresar también nuestra preocupación ante la posibilidad de que algo así pudiera suceder también con el terapeuta; que solicitáramos al paciente que nos avisase si en cualquier momento pudiera estar sintiendo con nosotros algo así; que le animáramos a diseñar, conjuntamente con nosotros, de una forma colaborativa, una estrategia de reparación del vínculo ante una eventualidad de este tipo.

La elaboración de una formulación diagnóstica en formato “pasaporte MBT” nos resultó muy útil en este sentido.

PASADO

¿Qué cosas han sucedido en mi vida? Mis padres me han descalificado constantemente. Quería quererles, y siempre he buscado su cariño, pero me he encontrado con respuestas muy frías por su parte. Me ha dolido mucho ver que la relación que ellos tenían con mi hermana era muy diferente, mucho mejor. A veces parecía que eran más receptivos, yo me confiaba e intentaba acercarme, y entonces, de nuevo, me rechazaban. Ha sido siempre así, hasta hoy.

¿Cómo me han afectado esas cosas? No quiero saber nada de nadie. Ya no tengo esperanza. Estoy muy deprimido y me refugio en el cannabis. Luego, a veces, intento de nuevo acercarme a los demás, pero rompo radicalmente si siento que me ignoran. Cada vez estoy más solo.

¿Qué cosas me han aportado fortalezas y habilidades? Gracias a mi afición por la música hice algunos amigos que conservo, aunque viven fuera. Sé que las cosas que grabo son buenas, y que puede haber gente que se interesa por ellas.

PRESENTE



Situaciones desencadenantes.

¿Qué situaciones tengo que enfrentar? La soledad y el sentimiento de que no le importo a nadie. No tengo trabajo y estoy muy encerrado en casa.

¿Qué cosas “me disparan”? Que me ignoren. Que escriba un mensaje y no me respondan. Que vaya a ver a mis padres y me ignoren.

¿En qué situaciones se dan la mayoría de mis problemas en las relaciones? En casa de mis padres. O cuando llamo o escribo a alguien y espero que me respondan o me devuelvan la llamada.

¿Cómo veo mis relaciones en estos momentos?

YO	OTROS
<p>¿Cómo me veo a mí mismo cuando enfrento una situación difícil?</p> <p>Débil, necesitado de cariño, buscando que me quieran, o que me traten con respeto.</p>	<p>¿Cómo percibo a los demás cuando enfrento una situación difícil?</p> <p>Están siempre muy ocupados, me ignoran, me dan excusas, son falsos y desconsiderados, no me respetan, se burlan de mí.</p>
¿CÓMO AFRONTO ESTAS SITUACIONES?	DIFICULTADES DE MENTALIZACIÓN
<p>¿Afrontamiento positivo? A veces soy capaz de pensar que si no me responden es porque tienen ese ritmo, hay gente que es así, o porque están resolviendo algún problema.</p> <p>¿Funcionamientos autodestructivos/autolesiones? Fumar mucho cannabis o beber alcohol.</p> <p>¿Aislamiento/evitación? No quiero saber ya nada de nadie. Borro sus contactos o les bloqueo. Ya no quiero que me dañen más.</p>	<p>Qué me dificulta tener un funcionamiento equilibrado...</p> <p>¿Pienso mucho en los otros o mucho en mí mismo? Pienso mucho en que los otros no me consideran.</p> <p>¿Me enfoco mucho en conductas o palabras concretas o, al revés, no les presto atención? Sí, si no me responden o no me tratan bien, lo tengo claro y rompo. Ya no quiero dar más oportunidades.</p> <p>¿Atiendo demasiado a los pensamientos o demasiado a los sentimientos? Más a lo que siento. Si me siento rechazado nada me puede ayudar.</p> <p>¿Funciono de una forma en exceso automática o en exceso controlada? En automático cuando me tratan mal.</p>

EN LA TERAPIA**Problemas que pueden darse**

en el grupo. Podría ser que yo me animase al

principio a relacionarme con mis compañeros del grupo, que me interesase mucho por sus problemas, que les quisiera ayudar. Pero si luego siento que ellos no me cuidan a mí, o me da la impresión de que me ignoran, o de que se relacionan bien entre ellos pero me dejan a mí de lado, entonces seguramente me sienta como un idiota al que otra vez han engañado. Seguramente eso me dolería mucho, pero no lo diría. Simplemente dejaría de venir, muy enfadado. Me iría a casa, me encerraría y me pondría a fumar y beber.

Objetivos. Me gustaría estar menos aislado, tener relación con la gente. Muchas veces no entiendo qué tengo que hacer para que mis relaciones funcionen bien. Me cuesta acercarme a la gente porque temo mucho el rechazo. Me gustaría entender por qué la gente no se interesa por mí. O a lo mejor se interesan más de lo que a mí me parece y yo no me doy cuenta.

Puede observarse en este “pasaporte” una relación clara entre las dificultades que el paciente detecta en sí mismo, el perfil mentalizador básico que subyace a esas dificultades, el patrón relacional recurrente fundamental, la forma en que esas dificultades pueden surgir en el espacio terapéutico y los objetivos que la terapia debe perseguir.

La formulación en primera, segunda o tercera persona.

La formulación, sobre todo en su forma narrativa, puede ser redactada como un relato en primera, segunda o tercera persona, recurriendo a la utilización de los pronombres personales o bien al nombre del paciente. La idea será siempre pensar en términos flexibles a la hora de decantarnos por una u otra posibilidad, siendo interesante tener en mente el carácter multidimensional de la mentalización, el perfil mentalizador del paciente y la necesidad terapéutica de jugar con movimientos contrarios que favorezcan la recuperación del equilibrio en cada una de las dimensiones de la mentalización, en especial en la que se despliega entre el polo cognitivo y el polo emocional (Grove y Smith, 2022).

Así, por ejemplo, una formulación en segunda persona puede favorecer que un paciente desactivado y focalizado en el polo cognitivo de la mentalización pueda acercarse a una posición en la que pueda estar más conectado con la

vertiente emocional de esta dimensión (“sentir los pensamientos”). Del mismo modo que una formulación en tercera persona puede permitir acceder a una lectura más cognitiva de la experiencia (“pensar los sentimientos”) en alguien excesivamente polarizado hacia la vertiente emocional de aquella y con riesgo de deslizarse hacia la equivalencia psíquica.

Formular en segunda persona puede ser especialmente interesante a la hora de validar al paciente con historia de trauma. Esa forma de narrar favorece el gesto de dar carta de naturaleza al sufrimiento experimentado ante las experiencias adversas que el paciente ha debido enfrentar, pudiendo añadirse un énfasis suplementario empleando en ese punto el nombre propio del paciente. Al mismo tiempo, si la formulación se redacta en tercera persona, emplear el nombre propio del paciente puede favorecer el proceso mentalizador al acercar a éste a la posibilidad de “verse a sí mismo desde afuera” (Karterud y Kongerslev, 2019).

Cuando el terapeuta propone la formulación hablando en primera persona, el foco no se sitúa tanto en el self del paciente como en la figura del terapeuta (en la dimensión que va del foco en el self del paciente, en uno de los polos, al foco en el otro, en el polo opuesto). Es la mente del terapeuta, lo que él piensa y siente acerca del paciente, lo que queda en primer plano. De nuevo, ahí se favorece la posibilidad de que el paciente



pueda verse a sí mismo desde afuera, a través de los ojos del terapeuta, algo que nos proporciona una buena posibilidad de validar algunas de las cualidades y fortalezas del paciente. Además, con la utilización de la primera persona puede facilitarse el modelado de una actitud mentalizadora, ya que el terapeuta puede subrayar su posición de “no saber”, al insistir en que se hace una idea del paciente a partir de impresiones que no constituyen certezas, aclarando que no puede estar seguro de si está siendo capaz de traducir correctamente al paciente.

Finalmente, una forma interesante de plantear la formulación pasaría por alternar la primera con la segunda persona, de tal forma que el terapeuta pone alternativamente en sí mismo y en el paciente, proponiendo una visión personal acerca de la problemática del paciente pero preguntando al paciente (y preguntándose a sí mismo) si esa perspectiva (solo una de las perspectivas posibles) puede ser acertada. Se anticipa de este modo un intercambio de pareceres que evoca la esencia del proceso mentalizador, mostrando el terapeuta su mente y mostrándose deseoso de tener información acerca de la mente del paciente. El terapeuta construye en su mente una representación de lo que puede haber en la mente del paciente, presenta esa representación al paciente en la formulación, propone esa representación como una visión hipotética, y sugiere implícitamente que está dispuesto a ser corregido por el paciente si éste considera que hay errores, imprecisiones o carencias en la composición que el terapeuta ha construido. No resulta difícil dar un paso desde ese intercambio “yo-tú” a un “nosotros” en el que se enfatiza la importancia de un trabajo colaborativo -terapeuta y paciente “hacen algo juntos” (Stern, 2004)-, en el que la atención compartida se dirige al mapa que constituye la tarea, en un plan de trabajo que se despliega a partir de la construcción de la alianza terapéutica y que, al mismo tiempo, contribuye a la construcción y el fortalecimiento de esa alianza.

La formulación de Q puede ilustrar algunas de estas ideas.

Q, después del tiempo que llevamos conversando y trabajando juntos, querría compartir contigo algunas ideas en

relación a lo que yo creo que son tus dificultades más importantes y lo que deberían ser nuestros objetivos en la terapia.

Quizás lo que a mí más me llama la atención es el contraste que existe entre tu (enorme) facilidad para entender a los demás y la dificultad que muchas veces transmites cuando intentas entenderte a ti misma. Comprender a los demás, empatizar con la gente con la que te relacionas, cuidar de esa gente, es algo que haces de una forma muy fluida y precisa, y no deja de maravillarme el modo en que esto se pone de manifiesto en el grupo o en la relación conmigo. Siempre pienso que tu biografía debe de tener mucho que ver con esto. ¿Qué te parece a ti?

Hasta donde yo he podido entender las cosas que me has ido contando, creo que sentiste desde muy pequeña que tus padres tenían muchas dificultades para cuidar de tu hermano y de ti, y también para relacionarse entre ellos de una forma saludable. Es como si muy pronto hubieses llegado a la conclusión no solo de que ellos no podían estar ahí para ti, sino que era importante que tú estuvieses atenta a lo que ellos pudiesen necesitar. ¿He captado bien lo que tú me has ido contando? Yo creo que ahí empieza esa capacidad llamativa para detectar los sentimientos o las necesidades de los demás. Y también esa falta de atención a tus propios estados emocionales o a tus propias necesidades afectivas.

Siempre me ha parecido impactante cómo cuentas modos tuyos de funcionar, o situaciones en las que te ves envuelta, que no resultan nada fáciles de explicar. Te ves a ti misma haciendo cosas que a ti misma te desconciertan. Sin que sea nada fácil saber cómo has llegado hasta allí. Cuál ha sido tu recorrido mental. De repente acabas subida a una farola. O tratas de entrar por una ventana del Centro de Salud que encuentras cerrado. O le lanzas un dardo a alguien en un bar. O acabas bebiendo en la calle sentada junto a



unos homeless a los que no conoces... ¿Llego a describir bien tus problemas? El abuso de alcohol o de ansiolíticos han sido con frecuencia recursos básicos para calmar la ansiedad o sensaciones difusas de malestar e incomodidad que no se sabía bien de dónde venían. Muchas veces das razones “muy visuales” para explicar los motivos de tu angustia. El temor a ir por la calle y que te caiga una maceta en la cabeza (algo que en alguna ocasión conllevaba que caminases con un casco). El miedo a que se te cerrase la glotis y te asfixiases. El terror ante la posibilidad de atragantarte. La sensación de que ibas a tener un accidente conduciendo. O la dificultad para concentrarte y estudiar si sientes que las cosas están desordenadas. Hemos trabajado para traducir esas imágenes físicas a estados emocionales o psicológicos. Nos hemos preguntado qué puedes temer que caiga sobre tu cabeza, qué puede dejarte sin respiración, qué se te puede atragantar, qué cosas sientes que están desordenadas en tu vida. Atender a lo que sientes, a lo que necesitas, poder transmitir esos sentimientos y necesidades a los demás, aparecen hasta ahora como problemas complicados. ¿Compartes conmigo esta impresión? Admites que te cuesta mucho confiar, subrayas que te incomoda mucho hablar de situaciones en las que has terminado por verte dañada, contar a los demás tus dificultades o sufrimientos. A veces tengo la impresión de pudiera avergonzarte contar que te han ido mal las cosas, como si eso hablase de que tú has hecho algo mal y por eso las cosas no han funcionado. Pero creo que también está en juego la dificultad para que valides lo que tú necesitas, para que le des legitimidad a esa necesidad, para que sientas que puedes pedir ayuda o aliento sin que eso ponga en riesgo la relación. Creo que tienes que sentirte muy desesperada para pedir ayuda y comprensión (como el día en que me contabas que no te sentías capaz de seguir yendo a

trabajar y enfrentar a tu jefa “la china”), y que eso puede también complicar a veces la terapia, en el grupo o en individual. Yo creo que tenemos que seguir trabajando para que puedas conectar contigo misma, con lo que sientes y piensas en tu interior, y para que le des valor a todo eso que necesitas, como cualquier otro ser humano. Ésa es mi idea, pero no deo de preguntarme qué es lo que piensas tú al respecto de todo esto...

La naturaleza colaborativa de la formulación.

Si la formulación favorece el proceso mentalizador es en gran parte porque ésta es co-construida con el paciente en el contexto de una relación colaborativa. Se trata de una escritura a cuatro manos que debe desarrollarse a lo largo de un intercambio intersubjetivo que ha de permitir al paciente sentir la formulación como algo propio, y no como una descripción técnica que ha sido redactada por un experto y que se recibe, por tanto, pasivamente (Grove y Smith, 2022). La formulación debe discutirse, corregirse, reescribirse, manteniéndose siempre como un documento abierto a la reformulación (Bateman, 2011).

Algunos autores (Karterud y Kongerslev, 2019; Bateman, 2011) sugieren compartir con el paciente, ya desde los primeros momentos del proceso de evaluación, la idea de que ésta debe permitirnos generar una formulación. De este modo, las dificultades detectadas a lo largo de las entrevistas iniciales pueden ser incluidas como elementos a tener en cuenta en la elaboración de la formulación. La idea sería fijar también con el paciente entrevistas dedicadas específicamente a debatir la formulación con el propósito de afinarla y mejorarla de una forma colaborativa. Es cierto que toda esta planificación puede mermar ese poder de lo inesperado al que antes hacíamos alusión, pero permite a cambio subrayar la importancia de la formulación ya desde el principio, anticipando la idea de una tarea conjunta que debe desarrollarse como un proceso especialmente relevante. Además, como también señalábamos más arriba, esta planificación del



trabajo de formulación puede ayudar en algunos casos a que el paciente se prepare para recibir una propuesta de comprensión de su problemática sin que ésta resulte en exceso inquietante o invasiva. Merece enfatizarse la utilidad de iniciar la redacción de la formulación a partir de un esbozo inicial, y subrayarse la idea de que la construcción de una narrativa o un “pasaporte MBT” implica un considerable esfuerzo de comprensión psicológica que obliga a trazar una descripción coherente del funcionamiento de la persona, algo que puede resultar después muy útil como guía a lo largo de la terapia.

La formulación debe desprenderse del proceso de evaluación como un efecto del trabajo colaborativo entre terapeuta y paciente, y no es ni mucho menos necesario que en esa narración inicial se cubran de forma detallada todas las áreas que componen la formulación. Se puede partir de un esbozo que incluye solo algunas pinceladas de ciertos temas, y que en absoluto agota todas las áreas que sí deben irse perfilando a medida que la formulación va siendo trabajada por el terapeuta y el paciente. De hecho, una formulación excesivamente compleja en ese momento inicial del itinerario terapéutico puede ser contraproducente, ya que puede favorecer el distanciamiento afectivo respecto de problemas que podrían aparecer descritos de un modo que puede sonar en exceso intelectual. El recorrido terapéutico en MBT incluye, además, un eslabón psicoeducativo o informativo (MBT-I) que hace posible que el paciente aprenda más acerca de lo que es la mentalización y sus dificultades, y que puede posibilitar profundizar en la reflexión acerca de su perfil mentalizador y de sus patrones recurrentes de funcionamiento interpersonal, elementos estos que deben ser incluidos también en la formulación con el fin de que sean posteriormente objeto de trabajo en la terapia individual y grupal.

El caso de C ejemplifica el proceso mentalizador que se activa a partir de una muy temprana y sencilla propuesta de formulación inicial. C es una paciente que roza la treintena, que arrastra desde hace años un grave Trastorno de la Conducta Alimentaria y que llega a nuestro centro, después de pasar por múltiples e infructuosos ensayos de tratamiento, con la idea de incorporarse

a un programa de Hospital de Día. La paciente demanda una intervención que le permita contener una peligrosa y descontrolada sintomatología que se define por un patrón de atracón seguido por vómito autoprovocado. C, que mantiene una razonable funcionalidad profesional y relacional a pesar de lo preocupante de sus síntomas, presenta importantes alteraciones en la capacidad de mentalización, siendo notable su tendencia a deslizarse hacia una mentalización cognitiva, y centrada en aspectos externos de sí misma o del otro, con una dificultad severa para conectar con sus propios estados emocionales.

En esta formulación se propone un relato muy breve, casi esquemático, construido a partir de un par de entrevistas y de las escuetas respuestas que la paciente ofrece a partir de las preguntas de la plantilla para una formulación en clave de mentalización (ver figura 3). El objetivo es enfatizar la posición de un terapeuta mentalizador que muestra una mente que está disponible para tener en mente la mente del paciente. Dadas las evidentes dificultades de la paciente para una mentalización focalizada en el afecto, con un riesgo claro de entrar en “pretend mode”, se opta por una formulación en la que se empieza hablando en primera persona y se interroga a la paciente en segunda persona, utilizando también el nombre de la paciente con el fin de propiciar una mayor conexión de ésta con su mundo emocional.

C, hemos hablado (aún) muy poquito, pero me gustaría compartir contigo algunas de las cosas que he venido pensando a partir de las conversaciones que hemos tenido y de las reflexiones que esbozabas al tratar de dar respuesta a las preguntas (difíciles, lo sé) del cuestionario para la formulación en clave de mentalización. Has llegado a nuestro Centro muy preocupada por síntomas de alimentación que arrastras desde hace mucho tiempo y que sientes que ahora mismo son incontrolables. Nos has pedido ayuda para poder controlarlos, y es posible que el Hospital de Día sea un dispositivo que pueda ayudarte en este sentido. Con todo, hay algo que parece realmente importante a la hora de entender estos síntomas que tan inquietantes son en este momento, y es que te protegen mucho de



sentimientos con los que apenas contactas, porque resultan muy dolorosos y desbordantes. Me decías el otro día entre risas (con ese humor que tanto te ayuda a distanciarte de sentimientos dolorosos) que no te llevase a conectar con tus emociones, “porque si hacías pop ya no habría stop”. Me has transmitido la dificultad para sentir, porque sentir es muchas veces sentir la soledad y la tristeza, con esa sensación de que empezar a sentir supone deslizarte hacia un tumulto emocional del que ya solo puedes salir entrando en el bucle atracón-vómito. Me lo decías el otro día: “si puedes pasarte la tarde viendo series, comiendo y vomitando, entonces te libras de sentir todas esas cosas que tanto te hacen sufrir”. Del mismo modo que puedes mantener a raya esas emociones dolorosas tirando de la risa y el sentido del humor. Comentas con frecuencia que “tu infancia ha sido muy feliz”, “que tienes muy buena relación con tu familia, con tu expareja, con tu mejor amiga, con tu prima”, pero me dices también que en tu familia es muy difícil hablar de sentimientos, más aún si estos son dolorosos. Tu padre, por ejemplo, tiene una historia difícilísima, con mucho abandono, con muchas carencias afectivas. Y, sin embargo, no hablas nunca de esas cosas. Ya me lo decías: “es como tú, pero multiplicado por mil”. Tengo la impresión de que, en escenarios así no es fácil aprender a contactar con lo que uno siente, ponerle un nombre a eso que siente. Me pregunto si es por eso que te has agarrado tanto a tu estilo alegre, a ese buen humor que es tan propio de ti, a ese principio ético de intentar siempre que el mundo sea un lugar mejor. Te desconectas entonces de la soledad y la tristeza, pero supongo que esos sentimientos siguen ahí, y hay muchos momentos en que ya solo es posible manejarlos atracándote con la comida, con las series, con la actividad, con la distracción si estás acompañada. Puedes distraerte, pero es difícil hablar de lo que sientes, quizás un poco menos “con los profesionales”, aunque hemos de estar alerta también en la terapia, para que ésta no sea un lugar de distracción, y sí un espacio en el que poder pensar acerca de lo que sientes. También parece ser difícil tener en mente a los demás. Me decías que te olvidas mucho de la gente, o que te da mucha pereza pensar en empezar “otra terapia de grupo”, escuchar

de nuevo los problemas de la gente, con lo poco que te apetece, además, a ti, hablar de los tuyos. Pensar en ti, en tus sentimientos, en cómo estás tú por dentro. Pensar en cómo están los demás... Son tareas que tenemos por delante y que es importante que intentemos “de verdad”, con el riesgo de que a veces pueda parecer que estás en terapia sin que llegues a estar realmente conectada emocionalmente.

Son ideas sobre las que he estado pensando en estos días, que quería que tú leyeras, y sobre las que querría saber qué piensas y qué sientes tú...

La paciente, sorprendida en un principio cuando le digo que he redactado una formulación a partir de lo que hemos venido hablando, toma un bolígrafo para iniciar la lectura, dado que yo me declaro abierto a que pueda sugerir cualquier tipo de corrección o intercalar dudas, añadir ideas o rellenar lagunas del texto. Adopta en principio una actitud aplicada e intelectual, aunque divertida también, pero conecta rápidamente con emociones que expresa en forma de llanto y por las que yo me intereso de inmediato. Le pregunto por lo que está sintiendo en el momento en que empieza a llorar, y me habla no solo de lo emocionante que le resulta leer lo que yo he escrito, “que alguien te vea” (vale decir “que alguien te mentalice”), sino también de la pena que siente al pensar en sí misma (en ese momento parece poder “sentir los pensamientos”), y del miedo con el que conecta al tomar conciencia de lo difícil que puede ser el camino que le queda por recorrer.

De la formulación del terapeuta a la formulación co-construida con el paciente.

No podemos dejar de insistir en que la formulación debe, ante todo, favorecer el proceso mentalizador. Uno de los errores técnicos más frecuentes y que merece mayor atención en MBT es el de mentalizar por el paciente en lugar de trabajar para que el paciente reactive su capacidad para mentalizar por sí mismo (Bateman y Fonagy, 2016). Éste es un riesgo que puede producirse también en la formulación si no somos especialmente cuidadosos a la hora de promover y



preservar ese camino de ida y vuelta que es el intercambio intersubjetivo entre terapeuta y paciente que define el proceso terapéutico orientado a la mentalización. La construcción de la formulación debe darse de forma colaborativa. Ha de tener lugar una co-construcción cuyo punto de partida debe situarse en la escucha cuidadosa del paciente.

Un buen modo de iniciar este proceso de elaboración de la formulación en colaboración con el paciente puede ser pedirle a éste que nos ofrezca una mirada personal acerca de las que siente son sus dificultades y de los que pueden ser sus objetivos en la terapia, así como el modo en que cree que puede involucrarse activamente en ésta.

La forma diagramática de la formulación acota cuidadosamente los campos fundamentales a cubrir (ver figura 3), planteando preguntas muy concretas acerca del pasado (¿qué cosas me han afectado especialmente?, ¿qué cosas han podido beneficiarme y han podido contribuir a mis fortalezas o a mis habilidades?), el presente (¿en qué situaciones tienen lugar la mayoría de mis dificultades interpersonales?), la anticipación de posibles problemas durante la terapia (¿de qué forma pueden aparecer mis dificultades en el grupo y de qué modo puedo resolverlas para seguir adelante?), la dimensión relacional (¿cómo me veo a mí mismo y cómo veo a los demás cuando estoy en un aprieto?), los problemas fundamentales en la mentalización (desconexión de las emociones en momentos especialmente difíciles, dar por hecho que el otro me está rechazando, etc.) y las consecuencias que habitualmente conllevan esos problemas (estallidos emocionales, autolesiones, consumo de tóxicos, etc.).

Estos campos, una vez cumplimentados por el paciente, pueden discutirse y redactarse sintéticamente para configurar ese “pasaporte” mentalizador que constituye la formulación diagramática.

Por otro lado, y especialmente de cara a la elaboración de una formulación narrativa, puede ser útil contar con una plantilla de preguntas básicas y abiertas que permitan al paciente orientarse en la tarea al tiempo que le dejan libertad para expresarse. Pueden utilizarse diferentes modelos, siendo éste (ver figura 3, modificado y

traducido del Anna Freud Centre) uno de los posibles.

El encabezamiento de esta plantilla, supone ya una declaración de intenciones, y presenta la siguiente redacción:

Te pedimos que hagas tu propia formulación acerca de cómo ves tu caso. Esto nos permitirá pensar juntos acerca de tus dificultades. Esta formulación no consiste en que un terapeuta te diga a ti qué es lo que te pasa. Se trata más bien de que tu terapeuta y tú penséis juntos acerca de cómo funcionan tus cosas en la relación con la gente y acerca de cómo eso impacta en ti, en tus pensamientos y en tus sentimientos. A partir de tu formulación, tu terapeuta escribirá un borrador con lo que entiende que son los aspectos clave de las áreas que se detallan más abajo. Si hay algún aspecto que creas que el terapeuta no ha entendido bien, díselo con toda confianza. Sería muy útil para empezar que escribieses acerca de lo que piensas de estas áreas y lo discutieses con tu terapeuta (puedes utilizar más papel si lo necesitas).

A partir de ahí, se proponen las siguientes preguntas:

- 1) *¿Cuáles son las dificultades que tienes actualmente y que querías tratar en la terapia? Te sugerimos que hagas una lista.*
- 2) *Para ayudarnos a entender estas dificultades nos sería útil saber cosas acerca de tus experiencias en el desarrollo de tu vida. Háblanos acerca de cosas que crees que han sido importantes y de aquellas personas que son significativas en tu vida.*
- 3) *¿Crees que las cosas que han sucedido en tu infancia han tenido un impacto en las relaciones que tienes ahora?*
- 4) *¿Cuáles son tus objetivos en la terapia? Si alcanzases tus objetivos, ¿en qué sentido las cosas serían diferentes?*
- 5) *¿Tienes alguna idea acerca del modo en que puedes involucrarte y participar en tu terapia?*

Esta propuesta coloca al paciente en una posición agente, muestra con claridad el interés del terapeuta por la mente de éste y evidencia el respeto por una experiencia subjetiva que se considera no solo válida, sino valiosa (Fonagy y Allison, 2014).



La experiencia muestra que las respuestas aportadas por los pacientes ante este tipo de propuestas son muy variables, tanto en extensión como en profundidad, aportando indicios complementarios interesantes de cara a la evaluación inicial de la capacidad básica de mentalización del paciente.

B es una paciente de poco más de 30 años que llega a nuestro Servicio con sintomatología propia de un Trastorno Límite de la Personalidad y con un sufrimiento intenso que se justifica en gran medida a partir de su situación física, marcada por la lesión medular que la deja parapléjica, postrada en una silla de ruedas, tras arrojarse al vacío hace años, en el contexto de una importante crisis emocional. Cuando la conocemos, destaca sobre todo el importante riesgo suicida, así como sus severas dificultades de regulación emocional a partir de la ruptura de la relación de pareja que mantenía en los últimos años y que le permitía una cierta estabilidad.

Éstas son las respuestas aportadas en la plantilla para la formulación en clave MBT.

- 1) *¿Cuáles son las dificultades que tienes actualmente y que querrías tratar en la terapia? Te sugerimos que hagas una lista.*

Aceptar mi situación en la silla de ruedas; dejar de sufrir; calmar el dolor; dejar de sufrir por todo; mis emociones son muy fuertes; no sentir que es todo malo cuando me hablan; elegir bien a un asistente personal (algo importante dadas sus dificultades funcionales); organizar mi vida diaria con la gente que me ayuda; dejar de enfadarme tanto con mi madre; poder ir bien al baño; no enfermar constantemente; arreglar el tema de mi novio; encontrar el sentido de mi vida; buscar y encontrar algo que me motive para no abandonar; dejar de sentirme una niña abandonada; controlar mis impulsos; aceptar mi pasado; quererme; controlar mis emociones para no depender de ellas y poder llevar mi vida en paz.

- 2) *Para ayudarnos a entender estas dificultades nos sería útil saber cosas acerca de tus experiencias en el desarrollo de tu vida. Háblanos acerca de cosas que crees que han sido importantes y de aquellas*

personas que son significativas en tu vida.

Quedarme en una silla de ruedas; buscar la aprobación constante de los demás; tuve una adolescencia y una juventud caóticas; varios intentos de suicidio por no soportar el dolor físico y emocional; no poder relacionarme con mi familia directa; desconfiar de todo el mundo; mi noviazgo es caótico, J está en mi vida pero lejos; con mi madre apenas tengo la confianza de decirle algo acerca de mis emociones, porque no las comprende; me llevo bien con mi única amiga, pero vive lejos; también me llevo bien con dos amigos en los que confío, pero están en el extranjero; mi hermano es muy importante.

- 3) *¿Crees que las cosas que han sucedido en tu infancia han tenido un impacto en las relaciones que tienes ahora?*

Sí, la falta de afecto, de figuras paternas, y vivir de un sitio a otro.

- 4) *¿Cuáles son tus objetivos en la terapia? Si alcanzases tus objetivos, ¿en qué sentido las cosas serían diferentes?*

Mi objetivo es dejar de hacerme daño, quererme y aceptarme. No tener este dolor intenso en el pecho, que es emocional. Si los alcanzo, supongo que sentiría un poco de tranquilidad.

- 5) *¿Tienes alguna idea acerca del modo en que puedes involucrarte y participar en tu terapia?*

La verdad es que no.

A partir de las respuestas aportadas por la paciente en la plantilla y de las primeras entrevistas de evaluación realizadas, la redacción de la formulación realizada por el terapeuta fue la siguiente.

B es una chica de 33 años que sufre mucho tanto por su situación física como emocional. En lo físico le resulta tremendamente difícil aceptar el hecho de tener que vivir en una silla de ruedas. En lo emocional se ve constantemente desbordada por emociones intensas y muy dolorosas. En el momento en que yo la conozco, me resulta especialmente preocupante el riesgo suicida. Por un lado, porque ha hecho varios intentos muy



graves en el pasado (uno de ellos fue el que le causó la lesión medular que padece, tras lanzarse por una ventana). Por otro lado, porque llega a mi consulta muy afectada por la ruptura de una relación de pareja muy importante para ella, haciendo esta circunstancia que las ideas de suicidio no salgan de su cabeza. A pesar de su inteligencia y su fortaleza para luchar contra la adversidad, a pesar de su indudable espíritu de superación y de su capacidad para establecer sólidas relaciones de amistad, hay muchos momentos en los que se siente desfondada y sola, y desea entonces acabar con todo. Los dolores, las diversas secuelas que le ha dejado su lesión medular, la necesidad de ser ayudada para poder resolver mil pequeñas cosas dispara en ciertos momentos en ella un sentimiento potentísimo de invalidez: siente entonces que no vale nada, que la vida es insoportable, y se ve inundada por el deseo de acabar con todo.

Así mismo, la soledad, en especial en lo que tiene que ver con el hecho de no tener pareja, le resulta insoportable por momentos. Necesitaría un abrazo, el calor y la cercanía física de un chico y, al no tenerlos, se ve sobrepasada por el sentimiento terrible de “no ser querible”, “de no valer nada”, absolutamente convencida entonces de estar condenada para siempre a no tener pareja y estar sola. Piensa entonces en cómo suicidarse, aunque consigue muchas veces encontrar otras formas de calmarse que son también muy dañinas: abusa del alcohol y de las pastillas, se corta o, sobre todo, contacta a través de una web con desconocidos a los que invita a su casa para tener relaciones sexuales. Sabe que se pone en riesgo al hacer esto, al quedar a merced de alguien a quien no conoce de nada, pero también ese riesgo le excita y le permite aliviar el dolor emocional que siente en esas situaciones. El problema es que muchas veces, tras tener relaciones sexuales con estos hombres y quedarse sola de nuevo, se siente de nuevo vacía y sola, y le cuesta mucho dormir.

No le es fácil pedir ayuda cuando se siente desgraciada, en gran medida porque ha tenido muy malas experiencias en ese sentido a lo largo de una vida caótica que le ha dejado el sentimiento de ser “una niña abandonada”. Tiene muy presentes en su mente experiencias en las que, si se sentía triste o mal, recibía, además de

golpes, la orden de “dejar de sentirse así”, o bien la acusación de ser una desagradecida por tener sentimientos dolorosos, o el comentario despectivo de que, si se sentía mal, era por su propia culpa. En esos momentos de malestar necesita simplemente que la acompañen, que la calmen si se siente mal. Se muestra especialmente alerta ante la posibilidad de que, en los momentos malos, le digan que debe sentir “esto o lo otro”, o que le digan que haga “esto o lo otro”, y se retrae entonces, refugiándose en el silencio, sintiéndose muy sola y triste, con ganas de escapar.

Esto es algo que puede darle problemas en la terapia, tanto en individual como en el grupo, si no se siente comprendida o ve al otro como alguien que la atropella y la invade. Justamente esto es lo que siente que hace constantemente su madre, con la que se irrita mucho y se desespera cada vez que ésta muestra su torpeza para entenderla y ayudarla. B está intentando manejar cada vez mejor sus emociones y, desde luego, está intentando aprender a identificar a personas confiables en las que pueda apoyarse y que la puedan ayudar. Le cuesta arriesgarse y atreverse a confiar en que pueda ser querida y apreciada, y es éste uno de sus objetivos más importantes en la terapia.

En esta formulación, en la que se opta por utilizar una redacción en tercera persona con el fin de reforzar la imagen valiosa que se tiene de la paciente cuando se la mira desde afuera (la idea es que ella puede también verse a sí misma desde afuera, situando el foco un poco más en aspectos externos, un poco menos en un sentimiento que define su realidad en equivalencia psíquica), se construye una narrativa a partir de lo hablado en las entrevistas de evaluación, pero enfatizando la importancia de los aportes de la paciente en las respuestas que da a las preguntas de la plantilla que le ofrecemos. La primera formulación que entregamos a paciente parte ya de la propuesta que ella misma trae, reforzándose así el mensaje que queremos transmitir de que nuestra motivación fundamental en un principio es poder mirar el mundo a través de los ojos de la paciente.



Consideraciones finales.

No podemos dejar de insistir en la idea de que no es posible que una psicoterapia sea eficaz si el paciente no está abierto a confiar en que esa psicoterapia pueda serle útil de algún modo. La cura por la palabra pasa por la escucha del paciente, y por la experiencia del paciente de sentirse escuchado. Mentalizar al paciente sería una forma genérica y fundamental de propiciar esa experiencia, y la formulación, a la que tanta

investigación se viene dedicando en los últimos años (Lanza Castelli, 2023), una forma tangible y palmaria de escenificar esa intención mentalizadora. Ésa es quizás la piedra de toque para explicar por qué la formulación favorece el proceso mentalizador, facilitando tanto en el paciente como en el terapeuta el robustecimiento, el mantenimiento y la recuperación de la mentalización (en caso de que ésta se pierda); y por qué constituye una pieza fundamental en la propuesta de una Terapia Basada en la Mentalización.



PLAN DE CRISIS.

Cuáles son las situaciones que pueden llevarme a una crisis.

1. Yo mismo.

Señales que pueden indicarme que voy a tener una crisis.

Sentimientos

Conductas

Pensamientos

Cosas que yo puedo hacer en un momento de crisis.

Cosas que no debo hacer, que no han funcionado antes o que incluso han resultado perjudiciales.

2. Gente a mi alrededor.

Cuáles son las señales que pueden indicar que estoy cerca de una crisis.

Qué pueden hacer.

Qué no deben hacer.

3. Profesionales sanitarios.

Cuáles son las señales que pueden indicar que estoy cerca de una crisis.

Qué pueden hacer.

Qué me resulta perjudicial.

Personas que deben tener copia de mi plan de crisis.

Figura 1 (Traducido y modificado del Anna Freud Centre).

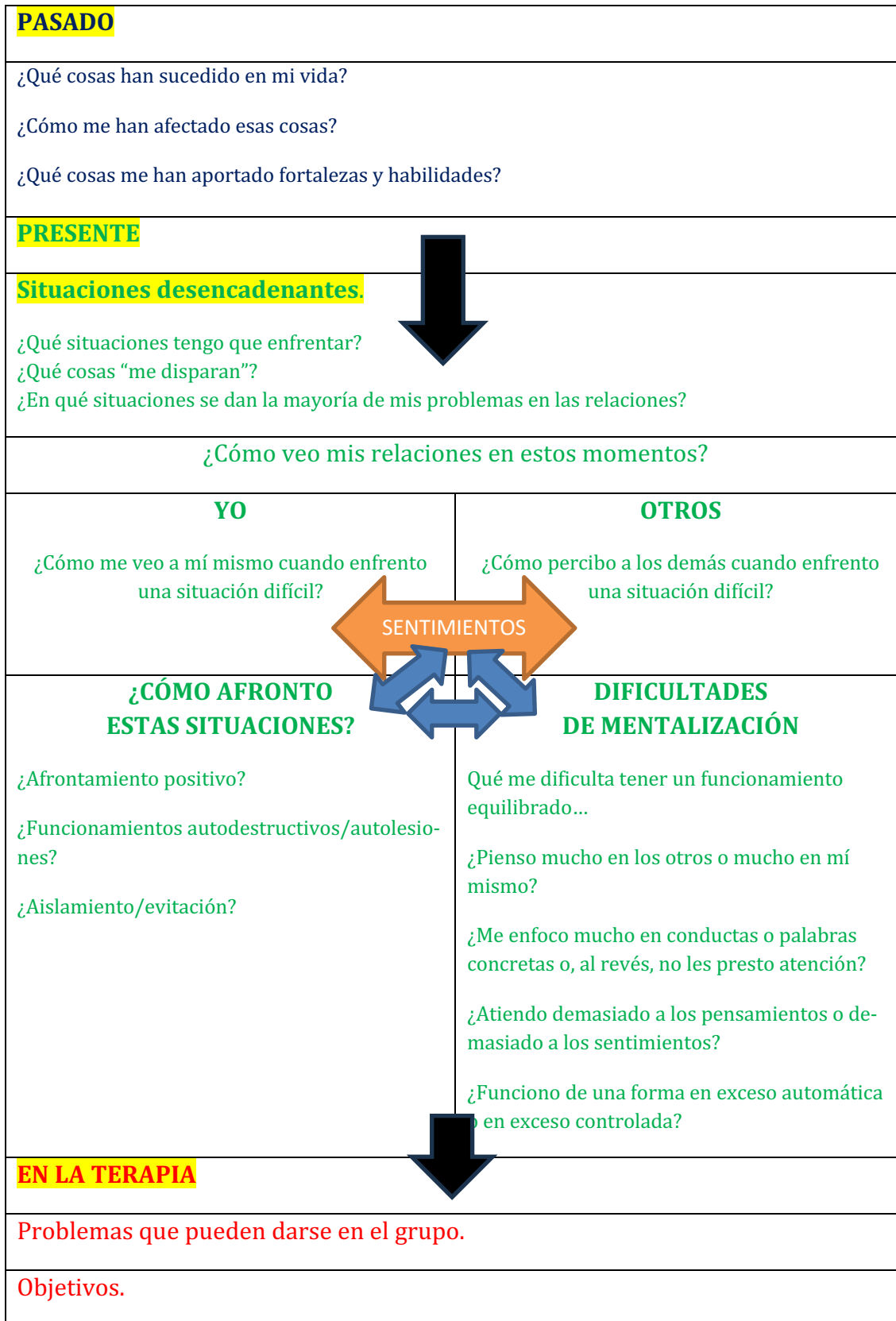


Figura 2

Te pedimos que hagas tu propia formulación acerca de cómo ves tu caso. Esto nos permitirá pensar juntos acerca de tus dificultades. Esta formulación no consiste en que un terapeuta te diga a ti qué es lo que te pasa. Se trata más bien de que tu terapeuta y tú penséis juntos acerca de cómo funcionan tus cosas en la relación con la gente y acerca de cómo eso impacta en ti, en tus pensamientos y en tus sentimientos. A partir de tu formulación, tu terapeuta escribirá un borrador con lo que entiende que son los aspectos clave de las áreas que se detallan más abajo. Si hay algún aspecto que creas que el terapeuta no ha entendido bien, díselo con toda confianza. Sería muy útil para empezar que escribieses acerca de lo que piensas de estas áreas y lo discutieses con tu terapeuta (puedes utilizar más papel si lo necesitas).

- 1) ¿Cuáles son las dificultades que tienes actualmente y que querrías tratar en la terapia? Te sugerimos que hagas una lista.*
- 2) Para ayudarnos a entender estas dificultades nos sería útil saber cosas acerca de tus experiencias en el desarrollo de tu vida. Háblanos acerca de cosas que crees que han sido importantes y de aquellas personas que son significativas en tu vida.*
- 3) ¿Crees que las cosas que han sucedido en tu infancia han tenido un impacto en las relaciones que tienes ahora?*
- 4) ¿Cuáles son tus objetivos en la terapia? Si alcanzases tus objetivos, ¿en qué sentido las cosas serían diferentes?*
- 5) ¿Tienes alguna idea acerca del modo en que puedes involucrarte y participar en tu terapia?*

Figura 3



Referencias

- Allen, J. G., Lemma, A., & Fonagy, P. (2012). "Trauma". En Bateman A. W. & Fonagy P. (Eds.). *Handbook of mentalizing in Mental Health Practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A. (2011). Commentary on minding the difficult patient: Mentalizing and the use of formulation in patients with borderline personality disorder comorbid with antisocial personality disorder. *Personality & Mental Health*, 5(1), 85–90.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder - a randomised controlled trial. *Am J Psychiatry*, 156, 1563–1569.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman A, Fonagy P. (2006). *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 9(1), 11–15. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (eds.). (2019). *Handbook of mentalizing in Mental Health Practice. Second Edition*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Benjamin, J. (1990). An outline of intersubjectivity: The development of recognition. *Psychoanalytic Psychology*, 7 (Suppl), 33-46. doi:10.1037/h0085258
- Buechler, S. (2023). La esperanza como agente motivacional. *Aperturas Psicoanalíticas* (72). <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001207>
- Fonagy, P. (1989). On tolerating mental states: theory of mind in borderline patients. *Bulletin of the Anna Freud Centre*, 12, 91–115.
- Fonagy, P. (1990). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psycho-Analysis*, 72, 639-656.
- Fonagy, P. (1998). An attachment theory approach to treatment of the difficult patient. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62, 147–169.
- Fonagy, P. (2022). Psychoanalysis and MBT. 6th International Congress of MBT: Mentalizing from Inside Out (Online). Celebrado los días 3 y 4 de febrero de 2022.
- Fonagy, P & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51, 372-380.
- Grove, P & Smith, E. (2022). A Framework for MBT Formulations: The Narrative Formulation And MBT Passport. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 52, 199–206. <https://doi.org/10.1007/s10879-022-09531-0>
- Juul, S., Simonsen, S. & Bateman, A. (2020). The Capacity to End. Termination of Mentalization-Based Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50, 331-338. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09456-6>
- Karterud, S. & Kongerslev, M. (2019). Case formulations in mentalization-based treatment (MBT) for patients with borderline personality disorder. En U. Kramer (Ed.), *Case formulation for personality disorders: Tailoring psychotherapy to the individual client* (1st ed., pp. 41–60). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813521-1.00003-5>
- Lanza Castelli G. (2023). *Mentalización, funcionamiento mental y psicoanálisis. Sus interrelaciones y complementariedades en la práctica de la psicoterapia*. Madrid: Psimática.
- Lemma, A., Target, M. & Fonagy, P. (2011). *Brief Dynamic Interpersonal Therapy. A Clinician's Guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Luyten, P. & Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(4), 366–379. <https://doi.org/10.1037/per0000117>
- Luyten, P. & Fonagy, P. (2019). "Mentalizing and Trauma". En Bateman, A. & Fonagy, P. (Eds.). (2019). *Handbook of mentalizing in Mental Health Practice. Second Edition*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1997). *Dictionnaire de la Psychanalyse*. (Trad. Cast. *Diccionario de*



Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós, 2011, 4ª reimpresión).

Stern, D. N. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York: W.W. Norton & Company.

Weerasekera, P. (1996). *Multiperspective case formulation: A step towards treatment integration*. Malabar, Florida: Krieger.

