

# FUNCIÓN REFLEXIVA EN PRIMERAS ENTREVISTAS DE PSICOTERAPIA: UN ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE EL PAPEL DE LA MENTALIZACIÓN EN LA INTERACCIÓN TERAPÉUTICA

## REFLECTIVE FUNCTIONING IN INITIAL INTERVIEWS OF PSYCHOTHERAPY: AN EXPLORATORY STUDY ABOUT THE ROLE OF MENTALIZING IN THE THERAPEUTIC INTERACTION

Claudio Martínez Guzmán\*, Alemka Tomicic\*,  
Cecilia de la Cerda\*\*, María José Rivera\*\*\*  
y Carolina Salas\*\*\*\*

### Resumen

La mentalización permite percibir e interpretar el comportamiento humano en términos de estados mentales. Para su evaluación, ésta se ha operacionalizado como Función Reflexiva (FR), y habitualmente es codificada en una entrevista de apego. Este estudio buscó determinar tipos de intervenciones mentalizadoras promotoras de respuestas con FR en el paciente en una entrevista para psicoterapia. Treinta entrevistas fueron analizadas con la Escala de FR para identificar las acciones del terapeuta que se asocian con la FR en las respuestas de los pacientes. Se observó que preguntas más afectivas y relacionales facilitan mejor nivel de FR en los pacientes. Se discute la consideración de la mentalización como un proceso dinámico y contextualizado, y se plantean investigaciones futuras con este tipo de aproximación metodológica.

**Palabras clave:** Mentalización, función reflexiva, psicoterapia.

### Abstract

Mentalizing allows to perceive and to interpret human behavior in terms of mental states. It has been operationalized as Reflective Functioning (RF) for evaluation, and is usually coded from an attachment interview. This study sought to determine types of mentalizing interventions that promote RF responses in the patient in a psychotherapy interview. Thirty interviews were analyzed with the RF scale to identify the therapist's actions associated with the RF in the responses of patients. It was observed that affective and relational questions facilitate a better level of RF in patients. Consideration of mentalization as a dynamic process is discussed and contextualized, and future research with this type of methodological approach is proposed.

**Key words:** Mentalizing, reflective functioning, psychotherapy.

Recibido: 18-06-13 | Aceptado: 17-08-17

La mentalización ha sido conceptualizada como aquella actividad mental imaginativa que nos habilita para percibir e interpretar el comportamiento humano en términos de estados mentales intencionales, como lo son los pensamientos, sentimientos, necesidades, deseos, creencias, propósitos y razones. Es concebida como una forma de cognición social, un logro del desarrollo, anclado en la his-

toria de relaciones tempranas del bebé con sus primeros cuidadores, estrechamente vinculada con el apego y con las vivencias traumáticas tempranas (Allen y Fonagy, 2002; Bateman y Fonagy, 2004, 2012; Fonagy, 1991; Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002). El origen del término se remonta a autores clásicos del psicoanálisis, como Winnicott (1971) y su concepto de espacio transicional, y ha tenido un profuso desarrollo en Francia con autores como Lecours y Bouchard (1997); en Inglaterra con la teoría del pensamiento de Bion (1957) y en autores vinculados con la filosofía de la mente. Para Dennett (1987, 2013), los seres humanos desarrollan lo que

\* Universidad Diego Portales, Chile. \*\* Pontificia Universidad Católica de Chile. \*\*\* Universidad del Desarrollo. \*\*\*\* Santiago de Chile. E-Mail: claudio.martinez@mail.udp.cl  
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXVI p.p. 274-282  
© 2017 Fundación AIGLÉ.

denomina actitud intencional con la finalidad de otorgar sentido y anticipar las acciones de los demás, intentando así entenderse unos a otros en términos de estados mentales, como pensamientos y sentimientos, creencias y deseos.

Se ha desarrollado el término función reflexiva (FR) para hacer referencia a los procesos psicológicos que subyacen a la capacidad de mentalización. De esta manera ha sido operacionalizada para su evaluación como una capacidad individual, en relación a la psicoterapia y para su estudio empírico (Fonagy, Steel, Steel y Target, 1998). Corresponde a la expresión activa de una capacidad psicológica que involucra componentes interpersonales referidos al self y al otro y que idealmente entrega al individuo una capacidad bien desarrollada de distinguir la realidad interna de la externa (Bateman y Fonagy, 2012; Fonagy y Target, 1996, 1997, 2005). Ha sido concebida como un sistema de control fundamental para la construcción de las relaciones interpersonales (Fonagy, Gergely y Target, 2007) y para la organización del self, el cual se desarrollaría a través de la experiencia de ser pensado y sentido en la mente de un otro. Ya que depende de la medida en que la experiencia subjetiva ha sido adecuadamente reflejada por un otro confiable en el contexto de las relaciones de apego temprano, los padres que no logran reflexionar sobre las experiencias internas de sus hijos y responder en concordancia, los privan de la estructura psicológica nuclear que necesitan para construir un sentido de sí mismos (Fairbairn, 1952; Kohut, 1977; Fonagy et al., 2002; Bateman y Fonagy, 2012).

Concebida como una habilidad cognitiva de alto nivel, la FR puede mostrar múltiples variaciones entre las personas y presentarse de modos distintos dependiendo del contexto, de las relaciones y de la cultura (Fischer, Knight y Van Parys, 1993). Congruentemente, los estudios han encontrado que la mentalización puede mostrar importantes fluctuaciones a través del tiempo y de los contextos relacionales (Fonagy y Luyten, 2009; Luyten et al., 2011; Bateman y Fonagy, 2012).

En relación con los modelos etiológicos de la enfermedad mental, los autores plantean que sería posible concebir muchos de los desórdenes mentales en términos de déficits de mentalización, o de interpretaciones mentales erróneas de las propias experiencias (Bateman y Fonagy, 2006). Un frágil desarrollo de esta función puede implicar dificultades en el desarrollo de la personalidad, particularmente en las dimensiones que comprometen las relaciones con otros y la convivencia social (Fonagy, 1999a, 1999b, Fonagy y Target, 1997; Fonagy, Luyten y Strathearn, 2011; Fonagy, Luyten y Allison, 2015). De forma inversa, se ha afirmado que una buena capacidad para mentalizar favorece en los pacientes el desarrollo de vínculos positivos y el beneficio que de ellos puedan obtener. Particularmente, se ha visto

que una buena función reflexiva se asocia con un buen resultado psicoterapéutico, aun cuando no está todavía muy claro sobre qué aspecto del proceso interpersonal de la psicoterapia tendría influencia (Karlsson y Kermott, 2006; Bateman y Fonagy, 2012). Diversos autores proponen que la mentalización sería un factor común de la psicoterapia en general. Independiente del modelo teórico, toda terapia buscaría que los pacientes disminuyeran sus concepciones automáticas de sí mismos y de los otros, reemplazándolas por una reflexión más consciente de tales aspectos (Bateman y Fonagy, 2012). Desde esta perspectiva, en algún grado, todas las técnicas psicoterapéuticas mejoran los procesos de mentalización, aunque al parecer algunas pueden ser más efectivas que otras, dependiendo de cuál aspecto o dimensión de la mentalización sea necesario mejorar. Así, por ejemplo, en una investigación que se mantiene actualmente en curso (Martínez, Krause, Tomicic, Altimir y Pérez, 2014), se han encontrado indicadores de la expresión de la subjetividad de paciente y terapeuta a través del discurso verbal que muestra la presencia de aspectos denominados posiciones subjetivas- más reflexivos y mentalizadores que tendrían la función de regular el diálogo interno y externo de otros aspectos menos reflexivos y automáticos. Como sea, los buenos resultados terapéuticos están relacionados con el crecimiento de habilidades mentales que se asemejan a la mentalización, entonces la evaluación de la misma durante la psicoterapia puede constituirse en una dimensión adicional que permita comprender cómo se produce la mejoría a lo largo del tratamiento (Fonagy y Bateman, 2006; Levy et al., 2006a; 2006b; Bateman y Fonagy, 2012).

### **Función Reflexiva y Psicoterapia**

En psicoterapia, la mentalización se plantea como un proceso de atención conjunta en el que los estados mentales del paciente son el objeto principal de escrutinio (Bateman y Fonagy, 2006). La relación terapeuta-paciente resulta entonces la instancia en la que el paciente puede encontrarse a sí mismo en la mente del terapeuta, a la vez que el terapeuta se halla en la mente del paciente, desarrollando en conjunto un proceso mentalizador (Bateman y Fonagy, 2006). En este sentido, y en el marco de la psicoterapia, se ha planteado que ésta presenta un potencial para la recreación de la matriz interactiva de la relación vincular temprana, en la que la mentalización se desarrolla y progresa (Bateman y Fonagy, 2012). Y así como la FR de los progenitores influye en el desarrollo temprano de la capacidad de mentalización de sus hijos e hijas, en la relación terapéutica la capacidad de mentalización del terapeuta contribuye al desarrollo de FR en el paciente (Allen y Fonagy, 2002).

Algunas investigaciones han mostrado la existencia de una relación entre el desarrollo de la FR en pa-

cientes de psicoterapia y la evaluación de resultados (outcomes) positivos (Karlsson y Kermott, 2006). Middleby-Clements (2002), por su parte, encontraron que los pacientes en tratamiento con psicoterapia incrementaron su FR en comparación con los del grupo control. Además, establecieron que los pacientes con un nivel alto de FR presentaron buenos resultados terapéuticos. Diamond, Stovall-McClough, Clarkin y Levy (2003) analizaron la FR en las maneras que terapeutas y pacientes referían la relación con el otro. En este sentido, plantearon que la evaluación de la capacidad mentalizadora o FR de los participantes debía ser realizada en el marco de la interacción y relación terapéutica, en lugar de considerar los puntajes discretos e individuales de cada uno. Desde esta perspectiva encontraron que la mejor combinación para la facilitación del desarrollo de la FR en el paciente, es la presencia de capacidades mentalizadoras complementarias entre terapeuta y paciente, ni discrepantes ni simétricas.

A lo largo de la interacción psicoterapéutica, la FR o mentalización se manifestaría en dos niveles: en uno implícito y otro explícito (Allen y Fonagy, 2002; Satpute y Lieberman, 2006; Lieberman, 2007; Uddin, Kumar y Sarma, 2007; Martínez, 2011). La mentalización explícita o controlada refiere a un proceso típicamente verbal, serial y relativamente lento, y que requiere reflexión, atención, intención, darse cuenta y esfuerzo (Allen, 2006; Bateman y Fonagy, 2012; Fonagy y Luyten, 2009; Luyten, 2011). La mentalización implícita o automática involucra procesos paralelos y por lo mismo mucho más rápidos, es típicamente refleja y no reflexiva, y prácticamente no requiere una atención, intención, darse cuenta y esfuerzo (Bateman y Fonagy, 2012; Satpute y Lieberman, 2006). Considerando esta distinción, en contextos de interacción diaria la mentalización sería predominantemente implícita y automática, ya que en la mayoría de las situaciones interpersonales confiamos en supuestos automáticos y no reflexivos. Cuando las interacciones son fluidas, particularmente dentro de relaciones de apego seguro, parece adecuado apoyarse en la mentalización automática ya que son innecesarios procesamientos más reflexivos (Fonagy y Bateman 2006; Bateman y Fonagy, 2012). En el contexto de la psicoterapia, cuando los terapeutas se concentran en explicar y hacer explícitos los estados mentales de sus pacientes, se hace necesario un nivel de mentalización explícita, que aporta con los beneficios de la conciencia reflexiva y permite al paciente automonitorearse. El medio de representación de este tipo de mentalización es por excelencia el lenguaje, en la medida que permite ordenar el conocimiento de las mentes y, a través de su aspecto integrativo, desarrolla la habilidad de hacer sentido de uno mismo y de los otros en términos de una narrativa de vida coherente. Ambas formas de mentalización presentan un funcionamiento continuo, con fluctuaciones entre varios niveles de

explicación y representación sobre los estados mentales de uno mismo o de los otros. De esta forma, aunque la labor terapéutica esté dirigida hacia la explicación de los estados mentales del paciente, el sustrato fundamental del trabajo terapéutico seguirá siendo, al igual que en la vida cotidiana, el de la mentalización implícita. Ésta se planteará como matriz relacional procedural, no verbal, automática y permanente, gracias a la cual se posibilitará el ajuste o relación social necesaria para realizar una psicoterapia. En este proceso implícito se desarrollará la tarea conjunta de terapeuta y paciente de constante construcción y reconstrucción de la propia imagen mental y de la imagen mental del otro mediante una compleja representación de deseos y creencias (Bateman y Fonagy, 2006, 2012).

### Evaluación de la Función Reflexiva

No obstante lo anteriormente planteado, el concepto de mentalización ha sido escasamente investigado como parte del proceso de psicoterapia a medida que la misma tiene lugar. Si bien, y como ya se ha dicho, existen numerosas investigaciones que demuestran la asociación entre el incremento de la habilidad mentalizadora y los resultados exitosos en psicoterapia (Bateman y Fonagy, 2004, 2006; Levy et al., 2006a; 2006b; Sadler, Slade y Mayes, 2006), se ha planteado que la mentalización puede mostrar importantes fluctuaciones a través del tiempo y en distintos contextos relacionales (Luyten et al., 2011; Bateman y Fonagy, 2012). Alguna evidencia reciente indica que los niveles de mentalización han demostrado ser considerablemente cambiantes dentro de y entre las sesiones terapéuticas, como también en relación al terapeuta (Diamond y Yeomans, 2008; Prunetti et al., 2008; Vermote et al., 2009; Bateman y Fonagy, 2012), por lo que la mentalización también puede variar dentro de una misma relación. Esto último no queda reflejado en las investigaciones existentes, que aplican Escala de Función Reflexiva (EFR) (Fonagy et al., 1998) de acuerdo a su diseño original, vale decir, comparándola antes y después de un proceso terapéutico. Esta forma de evaluación no considera que la mentalización sea una habilidad estática o un rasgo unitario, sino una capacidad dinámica, que está influenciada por factores contextuales tales como el estrés y la activación, especialmente en el contexto de relaciones de apego específicas o de alta intensidad emocional, como lo es la relación terapéutica. Por lo mismo, su medición a través de estrategias evaluativas como la EFR sólo permite obtener un potencial de mentalización que puede o no cumplirse dependiendo del contexto en el cual los individuos se encuentran interactuando (Bateman y Fonagy, 2012).

En el presente trabajo se buscó determinar, en el marco de la interacción terapeuta-paciente en primeras entrevistas para indicación de psicoterapia, los tipos de intervenciones mentalizadoras del tera-

peuta que pudiesen promover respuestas con mejores niveles de FR en el paciente. Específicamente se buscó: a) Adaptar los criterios de la Escala de Función Reflexiva para ser aplicados a una situación de evaluación dinámica (primeras entrevistas para indicación de psicoterapia) y no estática (entrevistas de apego adulto); b) Determinar la frecuencia de los tipos de intervenciones mentalizadoras de los terapeutas; y c) Establecer la asociación entre los tipos de intervenciones mentalizadoras de los terapeutas y el nivel de FR en las respuestas de los pacientes, en el marco de primeras entrevistas para indicación de psicoterapia.

## METODOLOGÍA

El diseño de este estudio fue de enfoque cuantitativo, de temporalidad transversal y de alcance descriptivo, con el propósito de determinar los tipos de intervenciones del terapeuta que promueven u originan espontáneamente el uso de la FR en el paciente.

### Muestra

La muestra fue no probabilística, y correspondió a 30 primeras entrevistas video-grabadas extraídas de un universo de 120 primeras entrevistas realizadas en la Unidad de Psicoterapia Dinámica del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak". Las entrevistas fueron realizadas por psicoterapeutas de orientación psicodinámica, en el contexto de una primera entrevista de evaluación para la indicación de psicoterapia. Todas las entrevistas fueron filmadas y realizadas en un espejo de visión unidireccional, con el consentimiento de ambos, los pacientes y los psicoterapeutas que las realizaron. El criterio de selección de las 30 entrevistas incluidas en este estudio fue la presencia de ejemplares de FR en las respuestas de los pacientes. Los ejemplares de FR (moderada a alta) corresponden a enunciados en los que hay una referencia explícita y específica a un estado mental (pensamiento, emoción, deseo, creencia, etc.), que se da en el contexto de una interacción, y que es relevante y específico para la situación que está siendo descrita (Fonagy, Target, Steele y Steele, 1998).

### Instrumentos

Para la evaluación de las entrevistas se utilizó la Guía de Evaluación de Función Reflexiva (FR) para Aplicar a Entrevistas de Apego en Adultos de Fonagy et al. (1998). Esta es una escala que evalúa FR a partir de entrevistas de apego en adultos, previamente transcritas. Esta escala fue creada por Fonagy y su equipo (1998) y ha sido probada en diversos estudios, obteniendo siempre un buen nivel de confiabilidad y validez (Fonagy et al., 1998). Con jueces entrenados, la escala muestra confiabilidad inter-

evaluadores entre 0,70 y 0,91. En su asociación con la entrevista de apego adulto (AAI), muestra un alpha de Cronbach de .93 con respecto a la entrevista en su totalidad.

Si bien la escala originalmente fue diseñada para evaluar FR en entrevistas de apego adulto, en este estudio se aplicó a primeras entrevistas de psicoterapia, asumiendo que éstas - debido a su propósito de exploración y conocimiento de la biografía de los pacientes - muestran similitud con aquéllas para evaluar el estilo de apego. La escala es aplicada por jueces que, en un primer momento identifican ejemplares de FR en una entrevista dada, y luego evalúan la calidad de estos ejemplares, asignando puntajes al nivel de FR de ellos siguiendo los criterios del manual. La escala establece rangos de habilidad mentalizadora en las respuestas de los pacientes, los que oscilan entre 0 y 9 puntos. En términos de la identificación de ejemplares de FR, los jueces evalúan cuatro categorías de FR: (1) Conciencia de la naturaleza de los estados mentales, (2) Esfuerzo explícito de ver los estados mentales subyacentes a las conductas, (3) Reconocimiento de aspectos evolutivos de los estados mentales y (4) Los estados mentales en relación al entrevistador.

Además, la escala de FR permite realizar una clasificación de la calidad de las habilidades mentalizadoras, identificando seis tipos que van de menor a mayor capacidad de FR: (1) FR negativa, (2) ausencia de FR, (3) FR baja o cuestionable, (4) FR típica u ordinaria, (5) FR marcada y (6) FR excepcional. Para analizar la muestra de este estudio y evaluar las respuestas de los pacientes, se recategorizaron estos seis tipos en cuatro (de mayor a menor nivel de FR):

- (1) FR Alta: Incluye FR excepcional y marcada (5 y 6).
- (2) FR Media-Alta: Incluye entendimiento ordinario (4).
- (3) FR Media-Baja: Incluye los FR baja o cuestionable (3).
- (4) FR Baja: incluye FR negativa y ausencia de FR (1 y 2).

Adicionalmente, esta escala permite clasificar las preguntas de los entrevistadores en dos tipos: (1) Preguntas de demanda y (2) Preguntas de permiso. Las preguntas de demanda, en su formulación, exigen una respuesta reflexiva (ejemplo, ¿Por qué piensa que ellos actúan de esa manera?), haciendo más probable la elicitación en la respuesta del paciente de una explicación en términos de estados mentales. En cambio, las preguntas de permiso, en su formulación, no demandan una respuesta reflexiva sino que generan las condiciones de posibilidad para que ello ocurra de manera espontánea (ejemplo, ¿Qué hacía cuando de niño se molestaba?).

Para efectos de este estudio, estas preguntas fueron utilizadas para codificar las intervenciones de los terapeutas-entrevistadores. Asimismo, se tuvo en consideración que, para el caso de la AAI, las preguntas de demanda están determinadas por la guía semi-estructurada diseñada para su realización (Taubner et al., 2012).

En el presente trabajo estas preguntas no están

pre-determinadas toda vez que se trata de una primera entrevista de psicoterapia. Por esta razón, se empleó como supuesto que su presencia responde a la acción terapéutica espontánea.

**Procedimiento**

Para la selección de las 30 entrevistas analizadas en este estudio, dos jueces expertos determinaron la presencia o no de FR en las respuestas de los pacientes de cada una de las 120 entrevistas. Por su parte, para la categorización de los tipos de FR en las respuestas de los pacientes, las tercera y cuarta autoras recibieron entrenamiento para la aplicación del manual de FR (Fonagy et al, 1998) en la codificación de las entrevistas seleccionadas. Asimismo, las preguntas de los terapeutas fueron clasificadas distinguiendo, según su estilo de intervención, entre preguntas de demanda y de permiso.

Debido a que en este estudio se focalizó en la presencia de FR en primeras entrevistas y no en una entrevista de evaluación del apego, las categorías que propone el manual de FR se adecuaron a este contexto, y las categorías de preguntas de demanda y permiso se subdividieron considerando tres áreas psicológicas principales a las que apuntaban las intervenciones de los terapeutas: comportamiento, afectividad, pensamiento. Además, se exploró una nueva área, puesto que en las intervenciones de los terapeutas se identificaron interpretaciones y preguntas sobre relaciones significativas. Adicionalmente, algunas intervenciones apuntaban a más de una dimensión, en estos casos, se conjugaron las áreas descritas anteriormente, ampliando la categoría para tal intervención. Bajo este nuevo modelo, se definieron 16 categorías de preguntas del terapeuta que se presentan en las tablas 1 y 2.

**Tabla 1. Sub-categorías de preguntas de demanda y de permiso (a)**

Tipo de Preguntas	Afectiva	Pensamiento	Acción	Acción-Afecto
Demanda	Demandan al entrevistado una FR sobre sus sentimientos. Por ejemplo: <i>“¿Y por qué tan sola?”</i> .	Demandan al entrevistado una FR sobre sus pensamientos. Por ejemplo: <i>“Si...¿y qué cree que le pasa ahí?”</i> .	Demandan al entrevistado una FR sobre sus acciones. Por ejemplo: <i>“¿Y por qué no se ha separado Enriqueta?”</i> .	Demandan al entrevistado una FR que integre sus acciones y sentimientos. Por ejemplo: <i>“Y esto de que él deje de trabajar, ¿a usted le da como rabia me dice?”</i> .
Permiso	Permiten al entrevistado demostrar sus capacidades de autorreflexión en relación a sus sentimientos. Por ejemplo: <i>“Usted diría que ese estado de estar más cerca de la rabia y de los sentimientos violentos, ¿es un estado más frecuente para usted?”</i> .	Permiten al entrevistado demostrar sus capacidades de autorreflexión en relación a sus pensamientos. Por ejemplo: <i>“¿Y cómo ve usted eso, qué piensa de eso?”</i> .	Permiten al entrevistado demostrar sus capacidades de autorreflexión en relación a sus acciones. Por ejemplo: <i>“¿Cómo trató de eliminarse?”</i> .	Permiten al entrevistado demostrar sus capacidades de autorreflexión en relación a las variables de acción y pensamiento. Por ejemplo: <i>“¿Por qué vino a consultar?, me gustaría que me dijera con sus propias palabras como entiende el haber consultado”</i> .

**Tabla 2. Sub-categorías de preguntas de demanda y de permiso (b)**

Tipo de Preguntas	Acción-Pensamiento	Afecto-Pensamiento	Propositiva	Relacional
Demanda	Demandan al entrevistado una FR que integre sus acciones y cogniciones. Por ejemplo: <i>“¿Y por qué piensa que se casó?”</i> .	Demandan al entrevistado una FR que integre sus afectos y pensamientos. Por ejemplo: <i>“¿Cómo se dio cuenta...que le fue pasando?, ¿qué sentía?”</i> .	Demandan respuestas en la cual integre las ideas del terapeuta a su self. Por ejemplo: <i>“Y pudiera ser también como que usted se llenara los espacios así como para no pensar, para no sentir esto tan doloroso?”</i> .	Demandan al entrevistado una FR sobre sus relaciones significativas. Por ejemplo: <i>“Usted tiene un marido que al parecer está bien preocupado, él la trajo antes y ahora ¿cómo es la relación suya con él?”</i> .
Permiso	Permiten al entrevistado demostrar sus capacidades de autorreflexión en relación a las variables de acción y sentimiento. Por ejemplo: <i>“O sea usted se casó un poco en contra... a contrapelo, por así decir...como con una nu-becilla en el alma”</i> .	Permiten al entrevistado demostrar sus capacidades de autorreflexión en relación a las variables de sentimiento y cognición. Por ejemplo: <i>“Cuando usted dijo que le daba pánico, ¿cuál es el pá-nico que le da si lo pensamos un poquito más abiertamente?”</i> .	Promueve al paciente a generar una respuesta, en la cual integre las ideas del terapeuta a su self. Por ejemplo: <i>“Me da la impresión de que usted dice que quisiera estar en la noche crónica, como que no quiere sentir y pensar, porque al parecer todo lo que piense o sienta le duele mucho... entonces me da la impresión que usted como que todas las noches se suicida un poco... ¿tiene sentido para usted?”</i> .	Permiten al entrevistado demostrar sus capacidades de autorreflexión en relación a sus relaciones significativas. Por ejemplo: <i>“¿Y cómo es la relación con él (papá)?, cuénteme”</i> .



## RESULTADOS

### Caracterización de las Intervenciones de los terapeutas.

De las 143 intervenciones de los terapeutas, de uno u otro tipo de preguntas, un 76,2% (n=109) fue clasificada como pregunta de permiso. Por su parte, las preguntas de demanda fueron observadas en una proporción significativamente menor (23,8%, n=34) ( $P_a-P_b=0.52$ ,  $Z=8,87$ ,  $p=0.000$ ).

Considerando el total de preguntas de permiso, la distribución porcentual de las ocho sub-categorías que apuntan a las dimensiones psicológicas de comportamiento, afecto, pensamiento y relaciones significativas, muestra que las mayores proporciones las muestran las preguntas de permiso de pensamiento (33,9%), preguntas de permiso de acción (13,8%) y preguntas de permiso relacional (13,8%). Por su parte, en el caso de las preguntas de demanda, la distribución porcentual de las mismas sub-categorías de dimensiones psicológicas muestra que el mayor porcentaje lo concentra las preguntas de demanda de pensamiento (41,2%), las preguntas de demanda de afecto-pensamiento (23,5%) y las preguntas de demanda propositiva (14,7%) (ver tabla 3).

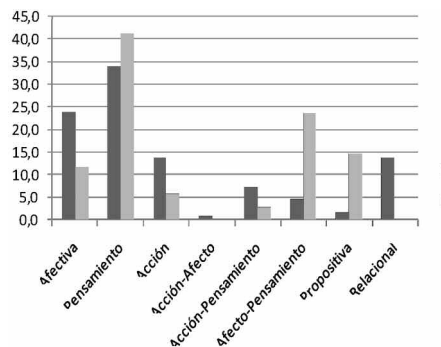
**Tabla 3. Distribución Porcentual de las Preguntas de Permiso y Demanda en las sub-categorías de Dimensiones Psicológicas**

Tipo de Pregunta/ Dimensiones	Permiso	%	Demanda	%
Afectiva	26	23,9	4	11,8
Pensamiento	37	33,9	14	41,2
Acción	15	13,8	2	5,9
Acción-Afecto	1	0,9	0	0
Acción-Pensamiento	8	7,3	1	2,9
Afecto-Pensamiento	5	4,6	8	23,5
Propositiva	2	1,8	5	14,7
Relacional	15	13,8	0	0
Total	109	100	34	100

Al comparar entre preguntas de permiso y demanda respecto a la proporción de las sub-categorías de las dimensiones psicológicas se observan diferencias estadísticamente significativas entre las preguntas de permiso y demanda de afecto-pensamiento ( $\chi^2=11,252$ , 1 gl,  $p=0,003$ ), entre las preguntas de permiso y demanda propositivas ( $\chi^2=9,222$ , 1 gl,  $p=0,009$ ), y entre las preguntas de permiso y demanda relacionales ( $\chi^2=5,227$ , 1 gl,  $p=0,013$ ). Como es posible apreciar en la figura 1, los terapeutas emplearon en una mayor proporción la pregunta de demanda cuando la intervención fue dirigida a la dimensión afectiva-cognitiva o a un aspecto propositivo; por el contrario, emplearon en una mayor pro-

porción preguntas de permiso cuando la intervención fue dirigida a un aspecto relacional.

**Figura 1. Distribución Porcentual de las Preguntas de Permiso y Demanda en las sub-categorías de Dimensiones Psicológicas**

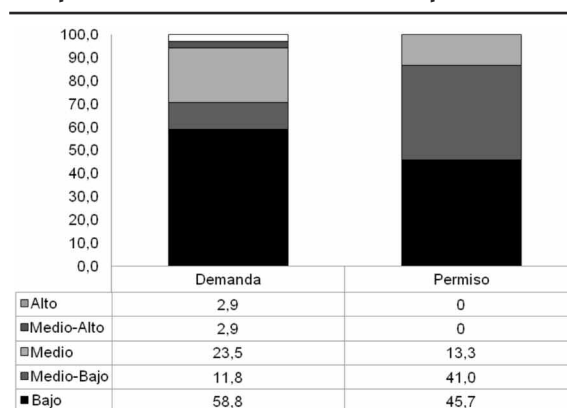


### Intervenciones de los terapeutas y nivel de Función Reflexiva en las respuestas de los pacientes.

En conjunto, los niveles de Función Reflexiva (FR) observados en las respuestas a las intervenciones de los terapeutas –preguntas de permiso y de demanda–, se concentraron en los rangos Bajo (48,9%), Medio-Bajo (33,8%) y Medio (15,8%). Por su parte la proporción de respuestas con niveles de FR Medio-Alto (0,7%) y Alto (0,7%) fue significativamente menor.

Para evaluar el grado de asociación entre el tipo de intervención de los terapeutas y el nivel de Función Reflexiva de las respuestas inmediatas de los pacientes, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado, la que resultó estadísticamente significativa,  $\chi^2=14,508$ , 4 gl.,  $p=0,006$ . Específicamente, y tal como se aprecia en la figura 2, las preguntas de permiso se asociaron en un porcentaje mayor con un nivel medio-bajo de Función Reflexiva en las respuestas de los pacientes.

**Figura 2. Distribución porcentual de los niveles de FR en las respuestas de los pacientes según el tipo de intervención de los terapeutas**



Al considerar las sub-categorías de las dimensiones psicológicas, tanto para el caso de las preguntas de permiso como las de demanda, no se observa asociación entre éstas y el nivel de FR en las respuestas de los pacientes (ver tabla 4 y 5).

**Tabla 4. Sub-categorías de dimensiones psicológicas de preguntas de Permiso y su asociación con el nivel de Función Reflexiva en las respuestas de los pacientes**

Permiso	Bajo	Medio-Bajo	Medio	X <sup>2</sup>	gl	p
Afectiva	8 (32,0%)	11 (44,0%)	6 (24,0%)	2,686	2	0,261
Pensamiento	19 (51,4%)	14 (37,8%)	4 (10,8%)	1,528	2	0,466
Acción	8 (53,3%)	6 (40,0%)	1 (6,7%)	1,221	2	0,543
Acción-Afecto	1 (100%)			1,262	2	0,532
Acción-Pensamiento	4 (50%)	3 (37,5%)	1 (12,5%)	0,129	2	0,937
Afecto-Pensamiento	1 (20,0%)	2 (40,0%)	2 (40,0%)	2,665	2	0,264
Propositiva	2 (100%)			2,547	2	0,280
Relacional	5 (33,3%)	7 (46,7%)	3 (20,0%)	0,890	2	0,641

**Tabla 5. Sub-categorías de dimensiones psicológicas de preguntas de Demanda y su asociación con el nivel de Función Reflexiva en las respuestas de los pacientes**

Demanda	Bajo	Medio-Bajo	Medio	Medio-Alto	Alto	X <sup>2</sup>	gl	P
Afectiva	3 (75,%)	1 (25,0%)				2,210	4	0,697
Pensamiento	6 (42,9%)	2 (14,3%)	5 (35,7%)		1 (7,1%)	4,790	4	0,309
Acción	1 (50,0%)		1 (50,0%)			1,036	4	0,904
Acción-Afecto	20 (58,8%)	4 (11,8%)	8 (23,5%)	1 (2,9%)	1 (2,9%)			
Acción-Pensamiento	1 (100%)					0,721	4	0,949
Afecto-Pensamiento	5 (62,5%)	1 (12,5%)	2 (25,0%)			0,654	4	0,957
Propositiva	4 (80%)			1 (20%)		8,488	4	0,075
Relacional	20 (58,8%)	4 (11,8%)	8 (23,5)	1 (2,9%)	1 (2,9%)			

## CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

De manera exploratoria, la presente investigación buscó determinar y caracterizar tipos de intervenciones mentalizadoras en los terapeutas que pudiesen promover el desarrollo de Función Reflexiva en las respuestas de los pacientes. Para ello, y como parte de un esfuerzo de dar cuenta de manera empírica de los planteamientos clínicos y teóricos sobre el carácter dinámico y situado de la capacidad mentalizadora, los criterios descritos por la Escala de Función Reflexiva de Fonagy y cols. (1998), fueron adaptados para ser aplicados a una sesión de primera entrevista para la indicación de psicoterapia. Específicamente, en lo que respecta a las intervenciones de los terapeutas, clasificadas como preguntas de permiso y de demanda, se desarrollaron subcategorías considerando el contenido de la intervención mentalizadora. Esta mayor precisión de las intervenciones promotoras de la FR en las respuestas de los pacientes, permitió explorar el carácter contextual de una interacción mentalizadora y el de la capacidad de Función Reflexiva de los pacientes. Así por ejemplo, no solo fue posible observar la proporción de preguntas de permiso y demanda utilizadas por los terapeutas, sino que al interior de cada categoría de intervención mentalizadora, sus propiedades diferenciales según si la reflexión se dirigía al pensamiento, el afecto, la acción y las relaciones significativas. De esta manera, se puede plantear que por medio de estos dos tipos de preguntas y sus subcategorías, los terapeutas acotan el campo de re-

flexión de los pacientes, facilitando la demostración durante la entrevista de sus capacidades para reflexionar sobre sí mismos.

Con respecto a la frecuencia de los tipos de intervenciones mentalizadoras de los terapeutas, se observó que la mayor proporción de éstas, correspondió a las preguntas de permiso, vale decir, aquellas intervenciones que generan las condiciones para el surgimiento espontáneo o no-exigido de Función Reflexiva en los pacientes. En un porcentaje significativamente menor, se identificaron las preguntas de demanda, es decir, los terapeutas emplearon en menor medida intervenciones correspondientes a preguntas en las que se les exige a los pacientes demostrar sus capacidades de mentalización. Con respecto a las subcategorías de dimensiones psicológicas, si bien ambos tipos de preguntas fueron utilizadas en la mayor proporción para la subdimensión pensamiento, las de permiso se caracterizaron por una mayor variedad de expresión, en cambio las de demanda se concentraron más claramente entorno a subdimensiones relacionados con lo cognitivo. En este sentido, es posible hipotetizar que ambos tipos de intervenciones, en el marco de una tarea terapéutica –primeras entrevistas para evaluación de indicación de psicoterapia– se caracterizan la búsqueda y promoción de una capacidad mentalizadora en los pacientes más explícita y controlada. No obstante, también es cierto que para el caso de la muestra analizada, la mayor proporción de intervenciones focalizadas en lo afectivo y relacional para el caso de las preguntas de permiso, po-

dría estar dando cuenta de de una exploración de la capacidad de mentalización de los pacientes más orientada a su aspecto implícito, por un lado, y contextual por el otro.

En relación a la asociación entre los tipos de preguntas mentalizadoras empleadas por los terapeutas y el nivel de Función Reflexiva en las respuestas de los pacientes, resulta importante señalar que, al tratarse de primeras entrevistas para evaluación de indicación de psicoterapia, los niveles de Función Reflexiva en las respuestas de los pacientes tendieron a ser bajos y medios bajos. Es más, del universo de primeras entrevistas consideradas para esta investigación, solo un cuarto de estas cumplió con el requisito de presentar respuestas con niveles mínimos de Función Reflexiva. No obstante lo anterior, fue posible establecer una asociación entre las preguntas de permiso y un nivel medio-bajo de Función Reflexiva en las respuestas de los pacientes, siendo ésta proporcionalmente mayor al compararla con las preguntas de demanda que se asociaron con una mayor proporción de nivel bajo de FR en las respuestas de los pacientes. Teniendo en cuenta el carácter preliminar de estos resultados, es posible hipotetizar que intervenciones promotoras de la mentalización en el paciente que se caractericen por la generación de condiciones de posibilidad para el despliegue de la Función Reflexiva más que por la exigencia de la demostración de la misma por parte del paciente, serán más efectivas en el desarrollo de esta capacidad como respuesta por parte del paciente. Así por ejemplo, en un estudio reciente sobre regulación mutua en la interacción psicoterapéutica, Martínez et al. (2014), aplicando análisis de secuencias temporales del discurso terapeuta-paciente, han encontrado que a posiciones discursivas propositivas del terapeuta en sus intervenciones es más probable que le sigan posiciones discursivas reflexivas en las respuestas de los pacientes.

No obstante la importancia de los resultados presentados en este trabajo, sobre todo para el desarrollo de posibilidades metodológicas y de exploración empírica de los planteamientos actuales sobre la relación entre proceso psicoterapéutico y capacidad de mentalización, estos deben ser considerados con cautela tanto en lo que respecta a su validez interna como externa. En este sentido, y debido al carácter exploratorio del estudio, las entrevistas analizadas fueron consideradas como un conjunto homogéneo de datos. En otras palabras, no se hicieron diferencias ni por las características de heterogeneidad de los terapeutas (por ejemplo género, años de experiencia clínica, orientación terapéutica, entre otras) ni las características de heterogeneidad de los pacientes (por ejemplo género, edad, nivel sociocultural, psicopatología, presencia de trastorno de personalidad, etc.). Asimismo, tampoco se consideraron variables que pudiesen moderar entre el tipo de intervención del terapeuta y el nivel de FR en la

respuesta del paciente, como pudiese ser el de alianza terapéutica, principalmente en lo que respecta a la calidad del vínculo. Finalmente, no se consideró la variable temporal, como un elemento que pudiese participar en la efectividad de las intervenciones promotoras de la mentalización en el paciente. En este sentido, un asunto a indagar es, por ejemplo, la posibilidad de que un tipo de intervención mentalizadora sea más efectiva al inicio de la sesión o de la psicoterapia y que, en el transcurso de las sesiones, deje de serlo.

Ahora bien, con las limitaciones antes descritas, la presente investigación ofrece no sólo una nueva mirada al estudio de la capacidad de mentalización en el proceso psicoterapéutico, sino también una aproximación en términos metodológicos. Con ésta, se plantea estudiar más concretamente las acciones del terapeuta que son promotoras de la función reflexiva en diferentes tipos de pacientes a lo largo del proceso psicoterapéutico, la asociación de estas acciones con dimensiones implícitas y no verbales de la interacción y, en consecuencia, las trayectorias de la Función Reflexiva en los pacientes a lo largo de la terapia.

## REFERENCIAS

- Allen, J. G., & Fonagy, P. (2002). *The Development of Mentalizing and its Role in Psychopathology and Psychotherapy*. Technical Report N° 02-0048. Topeka, KS: The Menninger Clinic, Research Department.
- Allen, J. G. (2006). Mentalizing in practice. En J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalization-based treatment* (pp. 3-30). New York: Wiley.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36-51.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Bion, W. R. (1957). The differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. *International Journal of Psychoanalysis*, 38: Reprinted in *Second Thoughts* (1967).
- Dennett, D. C. (2013). *Intuition pumps and other tools for thinking*. WW Norton & Company.
- Dennett, D. (1987). *Brainstorms: Philosophical Essays on Mind and Psychology*. Cambridge: Bradford Books/MIT Press
- Diamond, D., Yeomans, F. (2008). The patient-therapist relationship: implications of attachment theory, reflective functioning, and research. *Sante Ment Que*, 33, 61-87.
- Diamond, D., Stovall-McClough, C., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2003). Patient-therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 227-259.
- Fairbairn, W. R. (1952). *Estudio psicoanalítico de la personalidad*. Buenos Aires: Ediciones Hormé S. A. E.
- Fischer, K. W., Knight, C. C., & van Parys, M. (1993). Analyzing diversity in developmental pathways: Methods and concepts.



- En W. Edelstein & R. Case (Eds.), *Constructivists approaches to development. Contributions to human development* (pp 33-56). Basel: S. Karger.
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *Int. J. Psychoanal*, 72, 1-18.
- Fonagy, P. (1999a). Male perpetrators of violence against women: An attachment theory perspective. *Journal of Applied Psychoanalytic studies*, 1, 7-27.
- Fonagy, P. (1999b). Pathological attachments and therapeutic action. Paper to the Developmental and Psychoanalytic Discussion Group, American Psychoanalytic Association Meeting, Washington, DC.
- Fonagy P., & Bateman, A. (2006) Mechanisms of Change in Mentalization-Based Treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 411-430. DOI: 10.1002/jclp.20241.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). Affect regulation, mentalization and the development of the self. Nueva York: Other Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 288-328.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355-1381
- Fonagy, P., Luyten, P., & Allison, E. (2015). Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: a new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *Journal of Personality Disorders*, 29(5), 575-609.
- Fonagy, P., Luyten, P., & Strathearn, L. (2011). Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 32(1), 47-69. DOI:10.1002/imhj.20283
- Fonagy, P.; Steele, M.; Steele, H., & Target, M. (1998). Reflective function manual for application to adult attachment interview. London: University College London.
- Fonagy, P. & Target, M. (1996). Playing with reality: I theory of mind and the normal development of psychic reality. *Int. J. Psychoanal*, 77 (2), 217-33.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Fonagy, P., & Target, M. (2005). Bridging the transmission gap: An end to an important mystery of attachment research? *Attachment & Human Development*, 7(3), 333-343. doi:10.1080/14616730500269278
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). Reflective-Functioning Manual, version 5.0, for Application to Adult Attachment Interviews. London: University College London.
- Karlsson, R. & Kermott, A. (2006). Reflective-functioning during the process in brief psychotherapies. *Psychotherapy*, 43 (1), 65-84.
- Kohut, H. (1977). *La restauración del sí-mismo*. México, D.F.: Editorial Paidós Mexicana S. A.
- Lecours, S., & Bouchard, M. A. (1997). Dimensions of mentalization: Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psychoanalysis*, 78 (5), 855-875.
- Levy, K. N., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Scott, L. N., Wasserman, R. H., & Kernberg, O. F. (2006a). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 481-501. DOI:10.1002/jclp.20239
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006b). Change in Attachment Patterns and Reflective Function in a Randomized Control Trial of Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 74(6), 1027-1040. DOI:10.1037/0022-006X.74.6.027
- Lieberman, M. D. (2007). Social cognitive neuroscience: A review of core processes. *Annual Review of Psychology*, 58, 259-289
- Luyten, P. (2011). De relatie tussen proces en uitkomst in psychoanalytische therapie [The relationship between process and outcome in psychoanalytic psychotherapy]. En J. Dirx, M. Hebbrecht, A. Mooij, & R. Vermote (Eds). *Handboek Psychodynamiek* [Handbook of Psychodynamics]. Utrecht: De Tijdstroom.
- Luyten, P., Fonagy, P., Mayes, L. C., et al. (2011). Broadening the scope of the mentalization based approach to psychopathology: mentalization as a multidimensional concept. *Manuscrito sin publicar*.
- Martínez, C. (2011). Mentalización en Psicoterapia: Discusión Sobre lo Explícito e Implícito de la Relación Terapéutica. *Terapia Psicológica*, 29 (1), 97-105. DOI: 10.4067/So718-48082011000100010.
- Martínez, M., Tomicic, A., Pérez, C., Altimir, C. y Krause, M. (2014). *Manifestaciones verbales y no verbales de la regulación mutua en episodios relevantes de psicoterapia y su relación con el proceso de cambio*. (Informe Final del Proyecto FONDECYT N° 1110361). Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.
- Middleby-Clements, J. (2002). *Reflective-functioning: The evaluation of a dynamic theory of mental functioning and its impact in psychotherapy*. Unpublished Bachelor of Science Thesis, University of Wollongong, Australia.
- Prunetti, E., Framba, R., Barone, L., Fiore, D., Sera, F., & Liotti, G. (2008). Attachment disorganization and borderline patients' metacognitive responses to therapists' expressed understanding of their states of mind: A pilot study. *Psychotherapy Research*, 18(1): 28-36. DOI: 10.1080/10503300701320645.
- Sadler, L.S., Slade A., & Mayes L. C. (2006). Minding the baby: a mentalization based parenting program. En J. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalization-based treatment* (271-288). Nueva York: Wiley.
- Satpute, A. B., & Lieberman, M. D. (2006). Integrating automatic and controlled processes into neurocognitive models of social cognition. *Brain Research*, 1079, 86-97.
- Taubner, S., Hörz, S., Fischer-Kern, M., Doering, S., Buchheim, A., & Zimmermann, J. (2012). Internal Structure of the Reflective Functioning Scale. *Psychological Assessment*. Advance online publication. DOI: 10.1037/a0029138
- Uddin, A., Kumar, P., & Sarma, J. N. (2007): Early Orogenic History of the Eastern Himalayas: Compositional Studies of Paleogene Sandstones from Assam, Northeast India. *International Geology Review*, 49 (9), 798-810.
- Vermote, R., Fonagy, P., Vertommen, H., Verhaest, Y., Stroobants, R., Vandeneede, B... Peuskens, J. (2009). Outcome and outcome trajectories of personality disorders patients during and after a psychoanalytic hospitalization-based treatment. *J. Pers. Disord.* 23:293-306.
- Winnicott, D. (1971). *Playing and Reality*. New York: Basic Books