

MBT-TF. Una aproximación clínica al Trauma Complejo en Clave de Mentalización

MBT-TF. A clinical approach to Complex Post-Traumatic Stress Disorder from a Mentalizing Perspective

Javier Ramos García

CSM Tetuán, Hospital Universitario La Paz de Madrid, España

Resumen: La Terapia Basada en la Mentalización (MBT), originalmente desarrollada con el fin de ofrecer una intervención terapéutica eficaz a pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, ha ido ampliando a lo largo de los años su ámbito de aplicabilidad. El modelo ha dedicado una atención notable al tratamiento del trauma, y ha ido afinando una propuesta de tratamiento hasta desarrollar recientemente una intervención específica en formato grupal para el Trastorno por Trauma Complejo. Nace así la Terapia Basada en la Mentalización Focalizada en el Trauma (MBT-TF) que describimos en este artículo, introduciendo algunos matices procedentes de nuestra experiencia en un dispositivo ambulatorio de un hospital público en Madrid.

Palabras clave: Terapia Basada en la Mentalización, Trauma, Trastorno por Trauma Complejo, Terapia de Grupo, Confianza Epistémica

Abstract: Mentalization-Based Treatment (MBT), originally developed to offer an effective therapeutic intervention for patients with Borderline Personality Disorder, has expanded its scope over the years. The model has focused significant attention on the treatment of trauma, and has refined its treatment approach, recently developing a specific group intervention for Complex Post-Traumatic Stress Disorder. This intervention, referred to as Mentalization-Based Treatment - Trauma Focused (MBT-TF), is described in the present article, which introduces some nuances derived from our experience in an outpatient setting at a public hospital in Madrid (Spain).

Javier Ramos García Es Psicólogo Clínico en el CSM Tetuán y en el Hospital Universitario La Paz (Madrid). Tutor PIR. Terapeuta y Supervisor en Terapia Basada en la Mentalización. Acreditado por el Anna Freud Centre (Londres).

Para citar este artículo: Ramos García, J. (2025). MBT-TF. Una aproximación clínica al Trauma Complejo en Clave de Mentalización. *Clínica Contemporánea*, 16(2), Artículo e12. <https://doi.org/10.5093/cc2025a12>

La correspondencia sobre este artículo deberá ser enviada a Javier Ramos García. E-mail: jramospsic@gmail.com



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

Keywords: Mentalization-Based Treatment, Trauma, Complex Post-Traumatic Stress Disorder, Group Therapy, Epistemic Trust.

La teoría del trauma y el nacimiento de la psicoterapia moderna

La psicoterapia moderna, aquella que se despliega a partir de la revolución psicoanalítica y que no puede encontrar una definición más elegante que la de “la cura por la palabra”, nace marcada de un modo incuestionable por la importancia que concede a lo traumático como pieza explicativa esencial del sufrimiento psíquico. Efectivamente, la “teoría del trauma”, detallada en la última década del siglo XIX, puede ser asumida como la primera aproximación etiológica de Freud al campo de las neurosis, y es desde ella que se lanza la propuesta de que “el paciente sufre de reminiscencias” (Freud, 1895/1973). A juicio del pensador vienés, por entonces, fundamentalmente, un joven clínico, la causa de las neurosis podía atribuirse a experiencias traumáticas sufridas por el paciente en el pasado, lo cual le lleva a pensar, en un principio, que la cura pasaría por desvelar con exactitud ese suceso traumático que tuvo lugar en una fecha concreta. La idea fuerza sería entonces que la experiencia traumática, que irrumpe desde el exterior desbordando los recursos psicológicos y la capacidad de elaboración del paciente, quedaría alojada en el psiquismo como un “cuerpo extraño” imposible de asimilar, siendo esa la reminiscencia determinante en la generación de los síntomas.

En la concepción original de la “teoría del trauma”, lo traumático procede siempre del exterior, y tiene las más de las veces un contenido sexual que violenta brutalmente al paciente, dejando un daño en su aparato psíquico que se expresa en forma de una producción sintomática que no es sencillo conectar con la experiencia traumática original, ya que ésta queda reprimida. Freud no dejará buscar en el curso del tratamiento esas experiencias traumáticas reprimidas, y accederá así a multitud de narraciones de abusos sufridos en la infancia por sus pacientes histéricas. Así hasta el 21 de septiembre de 1897, fecha concreta que es asumida por la comunidad científica como la del acta de defunción de la teoría traumática freudiana. Ese día de final de verano, Freud remite a su amigo Wilhelm Fliess la famosísima carta en la que declara que “ha dejado de creer a su neurótica”, anticipando así la idea de que la realidad psíquica, la vivencia subjetiva, no se corresponde necesariamente con la realidad histórica de los hechos. En esta nueva teorización, que no quiere renunciar a la importancia de lo traumático, sí relativiza el valor de los sucesos externos, se enfatiza el poder de la fantasía y de las propias pulsiones y se impugna la idea de que sea algo que procede del afuera, algo acaecido en el terreno de los hechos, aquello que impacta en nosotros con efectos traumatógenos. La advertencia freudiana será entonces que, “si no queremos renunciar a la teoría del trauma, habremos de retroceder hasta la infancia del sujeto para buscar en ella influjos e impresiones que puedan haber ejercido una acción análoga a la de un trauma” (Freud, 1905/1973), sin olvidar que la esencia de lo traumático estará siempre en la vivencia de desvalimiento (*hilfflosigkeit*) (Freud, 1920/1973, 1925/1973) ante el impacto de realidades (externas o internas) inmanejables para el sujeto.

El abandono de la teoría traumática en su planteamiento original dejará una profunda huella en las posteriores aproximaciones psicoanalíticas a pacientes cuyo sufrimiento podía entenderse en esta clave, y serán muchos y muy relevantes los autores que tratarán de recuperar este elemento. La filosofía de la sospecha será así enfrentada, por ejemplo, y muy tempranamente, por Ferenczi (1932), quien subrayaba el injusto olvido del factor traumático, “en esos tiempos”, a la hora de intentar comprender la patogénesis de la neurosis. Y tras él, otros clínicos como Bion, Winnicott o Masud R. Khan, no solo reivindicarán insistentemente la importancia del ambiente, sino que dirigirán su mirada a esos cuidadores que pueden marcar, para bien o para mal, el desarrollo psíquico del niño. Así, si Bion (1963) trae la idea de la madre con capacidad de “*rêverie*”, si Winnicott (1960/2002) recoge algunas observaciones freudianas en torno a “His Majesty, the Baby” (Freud, 1914/1973)

para señalar que “el infante solo existe gracias al cuidado materno, con el que forma una unidad”, Masud Khan (1963) desarrolla el concepto de “trauma acumulativo”, que describe como una consecuencia de los fallos de la madre como protección contra las excitaciones durante el curso total del desarrollo del niño, desde la infancia a la adolescencia, en todas aquellas áreas de la experiencia donde el niño sigue necesitando a la madre como un yo auxiliar que apoye al yo infantil, aún inmaduro e inestable.

Se irá consolidando así, y de una forma cada vez más consistente, la idea de que lo virtualmente desbordante y aterrador pasará a serlo de una forma efectiva cuando lo potencialmente traumático se acompañe de la vivencia de que la propia mente se encuentra sola ante la adversidad; dado que es esa experiencia de aislamiento y soledad de la propia mente la que convierte en inmanejable e incontenible aquello que, en principio, solo en potencia, tiene un poder traumatogénico.

El trauma en clave de mentalización

El modelo que desarrolla una comprensión psicológica del trauma basada en la mentalización hace suyos estos supuestos básicos y los desarrolla y consolida a partir de hallazgos científicos que permiten concluir que, ciertamente, la naturaleza del trauma está en la soledad de la mente ante el impacto de la adversidad, en el aislamiento del individuo respecto de su grupo social en esos momentos en que ha de enfrentarse la amenaza de lo potencialmente traumático (Bateman, 2023).

Mentalizar el trauma incluiría tener la posibilidad de reflexionar sobre el impacto psicológico y relacional del trauma, para pensar en las experiencias traumáticas de una forma coherente en lo cognitivo y sin perder la conexión en lo emocional, con capacidad para identificar estados mentales relacionados con el trauma, tomando conciencia de que la experiencia ha podido ser abusiva o negligente, reconociendo el impacto de las experiencias traumáticas en el desarrollo y siendo consciente de las repercusiones del trauma evitando recrear o repetir la experiencia traumática (Bateman, 2023).

Esa capacidad se despliega con cierta facilidad cuando se dispone de un interlocutor con una mente disponible para afrontar esa tarea de reflexión y asimilación, y se pone en riesgo franco cuando la persona debe afrontar en solitario el esfuerzo de elaboración de lo traumático.

Ciertamente, en el curso del desarrollo, las experiencias adversas que tienen lugar en la infancia han sido señaladas por la investigación como determinantes para la constitución de un particular ecofenotipo. Independientemente de las variables genéticas, estas experiencias adversas, propiciarían el inicio temprano de la psicopatología, la mayor severidad de la sintomatología, mayores niveles de comorbilidad (también con patologías somáticas), mayor riesgo de conductas autodestructivas y de tentativas autolíticas, un alto riesgo de *revictimización* y de funcionamientos relacionales alterados y una peor respuesta a los abordajes terapéuticos ensayados. Con una condición clave, y es que esas experiencias adversas se abatan sobre un niño sin figuras de apego disponibles capaces de facilitar la mentalización de esos acontecimientos potencialmente traumáticos.

El trauma, cuya magnitud es relativamente discreta cuando se trata de una adversidad impersonal (un desastre natural), se torna aún más amenazante si tiene un cariz interpersonal (otro ser humano es el generador de la agresión), y alcanza un poder de daño psíquico superlativo si lo traumático se produce en el contexto de un vínculo afectivo (cuando es aquel del que se esperaría protección y cuidado el que ejerce o consiente la acción dañina para la persona). Cuando los estresores severos tienen lugar de forma repetitiva o prolongada, implican daño directo o abandono por parte de los cuidadores o adultos responsables y tienen lugar en momentos del desarrollo en los que la persona es especialmente vulnerable (infancia o adolescencia), el resultado es lo que denominamos *trauma en el vínculo* o *trauma complejo* (Ford y Courtois, 2009), cuyo efecto sobre la persona es con frecuencia un *trastorno por trauma complejo* (o trastorno por estrés postraumático complejo, con consecuencias importantes a nivel de la mente (disfunciones en la mentalización), las emociones (dificultades para la regulación emocional), el cuerpo (síntomas somáticos) y las relaciones (estilo relacional) (Ford y Courtois, 2009). Algo que permite explicar por qué el trauma complejo es asumido como un factor esencial de vulnerabilidad transdiagnóstica, que subyace a multitud de configuraciones (psico)patológicas, ya que cataliza de forma negativa todo el potencial mórbido que tienen las experiencias adversas en la infancia.

Así, el *trauma complejo* haría referencia al impacto que genera en un ser humano una crianza marcada por experiencias tempranas de negligencia o abuso, y en las que son precisamente los cuidadores los causantes del daño, dándose la enloquecedora circunstancia de que aquella figura a la que el niño se dirige en busca de protección y cuidado es justamente, al mismo tiempo, la figura negligente, ausente, o aterradora, o de cuyas amenazas y abusos el niño intenta escapar y protegerse (Luyten et al, 2020). Resulta sencillo entender la desconfianza como una resultante casi inevitable de este tipo de experiencias vinculares, que pueden explicar a su vez tanto el desarrollo de un apego inseguro y tendente a la desorganización como la construcción de una capacidad de mentalización frágil e inconsistente.

La experiencia de crecer bajo el impacto de crianzas marcadas por la negligencia, la desatención, la privación y el abuso perjudica de un modo muy notable la posibilidad de desarrollar tanto la capacidad de mentalizar como la capacidad de confiar.

Si el cuidador construye constantemente en su mente representaciones inadecuadas de lo que hay en la mente del niño; si propone una y otra vez al niño esas representaciones mentales desajustadas; si ignora los intentos que el niño pueda hacer por corregir esas representaciones que el cuidador tiene en su mente; si se propicia en el niño, en definitiva, una experiencia atterradoramente persistente de incomprensión y de injusticia epistémica, siendo aquel que debería ofertar una escucha mentalizante el que, al contrario, impone una narrativa que no coincide con la que el niño está intentando organizar; si las cosas transcurren de ese modo, en ese caso, los efectos en el psiquismo del niño incluyen la inhibición de la mentalización del niño (dado lo inquietante que puede ser mentalizar el estado mental de un cuidador inoperante cuando no atemorizante), la distorsión en la mentalización acerca de uno mismo (siendo difícil mentalizar las sensaciones somáticas, las emociones, los propios estados mentales) y el escepticismo hacia las narrativas de los demás (que no coinciden con la percepción que el niño tiene de las cosas).

La comprensión de las vicisitudes psicológicas de estos pacientes en clave de mentalización se ha ido enriqueciendo y afinando a lo largo de los años gracias las aportaciones de autores como Jon Allen (2001, 2005, 2013), que ha trabajado con profundidad esta cuestión ya desde finales del siglo XX; y, naturalmente, de Peter Fonagy, que publica junto a Mary Target en 2008 un importante artículo que sugiere que el trauma en el vínculo puede ser un campo de estudio privilegiado para articular el Psicoanálisis, la Teoría del Apego y la Neurociencia, justamente las piezas fundamentales para la construcción de una base teórica desde la que desplegar una propuesta terapéutica basada en la Mentalización. A partir de ahí, la Terapia Basada en la Mentalización (MBT) no ha dejado de aproximarse al trauma, dedicándole capítulos específicos en las sucesivas ediciones de los textos sobre Mentalización en la Práctica Clínica (Allen, Fonagy y Bateman, 2008) o sobre Mentalización en la Práctica de la Salud Mental (Bateman y Fonagy, 2012; 2019), siendo especialmente reseñable el giro propuesto por Anthony Bateman a partir de 2023, con una adaptación de la Terapia Basada en la Mentalización para pacientes con trauma complejo (MBT-TF, acrónimo de Mentalization-Based Treatment-Trauma Focused) y que se detalla en uno de los capítulos de la Cambridge Guide to Mentalization-Based Treatment (Bateman et al., 2023), última revisión realizada sobre MBT por el grupo de autores vinculados al Anna Freud Centre de Londres que encabezan Peter Fonagy y Anthony Bateman.

Mentalization-Based Treatment-Trauma Focused. MBT-TF

En palabras de Efrain Bleiberg (2019), si Freud (1920/1925) sugiere que la esencia del trauma es la impotencia, la teoría de la mentalización matiza que la clave estaría en la *impotencia social* ya que desde, un punto de vista evolutivo, la supervivencia del ser humano (la supervivencia física, y también la supervivencia psicológica) dependería de nuestra capacidad para mandar señales de apego que han evolucionado con la expectativa de que esas señales van a ser recibidas, interpretadas y mentalizadas por otro ser humano que responderá entonces de un modo tal que nos permita sobrevivir. Así, si nuestro primer sentimiento de agencia, si nuestro primer sentimiento de ser nosotros mismos -Winnicott (1971/1979) lo sintetizaría en su famoso aforismo: “cuando miro, soy visto, y entonces existo”- tiene su origen en la experiencia de tener la capacidad para evocar una respuesta en el otro, la esencia de lo traumático estaría entonces, justamente, en la experiencia de fracaso cuando

se intenta convocar al otro, ya que lo que nos deja desvalidos ante la adversidad es la impotencia a la hora de evocar una respuesta humana, una respuesta social, que nos permita sobrevivir.

Esta idea, fundamental a la hora de entender el trauma, es la que nos permitiría comprender por qué las experiencias adversas tempranas actúan como un ecofenotipo cuyo poder patógeno dependerá de su interacción con dos factores de gran importancia y relacionados entre sí, y que serían (1) la posibilidad de disponer de una figura de apego a la que poder recurrir ante la adversidad y (2) la capacidad de mentalizar la adversidad (algo que se hace habitualmente posible en la infancia y la adolescencia cuando se dispone de otra mente que se declara disponible para ayudar en esa tarea).

De este modo, cuando asumimos que el trauma se sitúa en la base no ya de multitud de configuraciones psicopatológicas, sino también de muy variadas problemáticas de tipo médico y social (con repercusión en el plano académico, laboral, económico o relacional), hemos de pensar en ese vector que traza una línea que conduce de la adversidad a la experiencia de desvalimiento e impotencia social.

El eje Hipotálamo-Hipofisario-Adrenal (HPA) es el sistema que regula la respuesta al estrés y la liberación de cortisol. La investigación muestra que el cortisol es liberado cuando un individuo se halla ante un desafío estresante para el que no halla una respuesta efectiva. En un trabajo de gran relevancia, ya Lyons-Ruth (2006) demostraba cómo la calidad del cuidado materno permitía regular a lo largo del primer año de vida (Gunnar y Donzella, 2002; Gunnar y cols., 1989; Gunnar y Nelson, 1994; Spangler y Grossmann, 1993) los altos niveles de cortisol segregados por el recién nacido (Gunnar, 1992), sugiriendo que la ausencia de un cuidador disponible y receptivo daría lugar a la afectación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, con niveles muy elevados de cortisol ante los estresores en la infancia (Gunnar y Donzella, 2002).

Estos hallazgos podrían ponerse en relación con la propuesta de cómo diferentes sistemas bioconductuales básicos pueden desarrollarse en el niño cuando éste crece en un entorno de apego seguro. En este tipo de entornos afectivos, cuando tiene lugar una situación estresante, se dispara en el niño el sistema de alarma que conduce a su vez a la activación del sistema de apego, lo cual conlleva una búsqueda de proximidad hacia un cuidador. Si ese cuidador está disponible, si es sensible, responsivo y mentalizante, facilitará en el niño la

Figura 1. Desarrollo de los sistemas bioconductuales en un contexto de apego seguro



regulación de esas emociones que se han disparado ante la situación estresante, algo que contribuirá, en virtud de un proceso “broaden and build” (Bateman et al., 2023), al desarrollo de: (1) un sólido sistema de regulación del estrés, (2) una buena capacidad de mentalización, (3) el potencial para la construcción de vínculos saludables y (4) una confianza epistémica robusta.

En cambio, en contextos vinculares negligentes o inconsistentes, aquellos propios del trauma complejo, cuando la activación del sistema de apego que sigue a la activación del sistema de alarma no encuentra una figura responsiva, sensible y mentalizante, cuando no hay figuras de apego disponibles, el resultado es el fracaso en la regulación de las emociones en el niño, lo que conlleva a su vez un impacto negativo en esos sistemas bioconductuales tan determinantes para el desarrollo salutogénico del individuo. Así, el desarrollo del niño en este tipo de contextos vinculares sufriría en lo que se refiere a 1) daños en el sistema de regulación del estrés, 2) alteraciones en la capacidad de mentalización, 3) estilos de apego disfuncionales, con sobreutilización de estrategias relacionales secundarias poco saludables, y 4) notable fragilidad en la confianza epistémica.

Figura 2. Alteraciones de los sistemas bioconductuales en un contexto de apego inseguro



Estos cuatro sistemas bioconductuales, dañados por la experiencia del trauma complejo, permitirían explicar el funcionamiento de pacientes a los que reconocemos atrapados en el ciclo del trauma en el vínculo, en el cual éste desencadena efectos en que se entrelazan e interactúan entre sí impactando sobre el apego, la mentalización, la confianza epistémica y la regulación emocional. Este ciclo podría dibujarse del siguiente modo:

Efectivamente, quizás la consecuencia fundamental del trauma complejo es que propicia el establecimiento de un modo de funcionar (en lo psicológico y en lo relacional) que deja al paciente atrapado en un bucle que impide la reparación salutogénica. Porque si la esencia causal del trauma es la impotencia relacional, el punto nodal que dificulta la recuperación del paciente con trauma complejo es, junto a las dificultades para mentalizar el trauma, la imposibilidad de acceder a una experiencia relacional que permita la reparación.

El paciente con trauma complejo, en virtud de sus experiencias vinculares, tiende a la desregulación emocional cuando se encuentra en situaciones relacionales sentidas como potencialmente estresantes o retraumatizantes.

Figura 3. *El ciclo del trauma*

Al desregularse, suele activar estrategias relacionales secundarias disfuncionales (con mucha frecuencia, estrategias de tipo evitativo, con repliegue relacional en momentos de malestar), lo cual facilita la agudización de esas emociones difícilmente manejables. Las dificultades para mentalizar esas emociones facilitan la activación de representaciones negativas de uno mismo (“soy un ser vergonzoso”, “no valgo nada”, “no merezco comprensión o afecto”) y del otro (“me juzgarán”, “les daré pena y me despreciarán”, “se reirán de mí”, “me escucharán solo para cotillear después”), poniéndose en marcha, lógicamente, conductas evitativas en lo relacional, y disparándose una hipervigilancia epistémica que hace imposible el acceso a una experiencia humana reparadora y salutogénica (“ahora, de modo muy diferente a lo que sucedió en otro momento de la vida, puedo ser escuchado, comprendido, respetado, apreciado”).

Si este es el dibujo del ciclo del trauma, la propuesta de un abordaje terapéutico eficaz debería ser aquel que pudiese incidir sobre aquellos elementos que perpetúan el aislamiento y bloquean las posibilidades de la mentalización del trauma a partir de una reconexión social de propiedades salutogénicas.

Esta es la razón por la cual la MBT-TF apuesta con rotundidad por un formato grupal (a desarrollar a lo largo de 6-12 meses con una frecuencia semanal), siendo ésta una de las piezas novedosas fundamentales de la más reciente aproximación terapéutica que, desde la perspectiva de la mentalización, se hace a la problemática del trauma complejo (Bateman et al., 2023; Smits et al., 2024).

Si la investigación venía ya evidenciando que la Terapia Grupal Basada en la Mentalización (MBT-G) propiciaba una mayor reducción de los síntomas, por ejemplo, en pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de Personalidad (Bateman et al, 2023), se añadía como algo especialmente valioso en el caso de los pacientes con trauma complejo la idea de que el contexto grupal podría permitir el acceso a la experiencia de un entorno sostenedor y de apoyo. Algo que hace posible el desarrollo y el fortalecimiento de la capacidad de mentalización social y que fomenta la reconexión social, lo que incluye el poder ser visto de un modo diferente a como uno

se ve a sí mismo y el sentir cómo la compasión del grupo puede neutralizar la vergüenza que amenaza al self existencial y lleva muchas veces a un aislamiento que dificulta la mejoría del paciente (Bateman, 2025). Además, la terapia grupal garantizaría la presencia de dos clínicos durante la intervención, lo cual facilitaría a los terapeutas el mantenimiento de su propia capacidad de mentalización y abriría a los pacientes a la experiencia de que existen, ante los mismos hechos, múltiples perspectivas.

Y junto a lo grupal, la otra gran señal de identidad de la MBT-TF, que consistiría en la indicación de trabajar de una forma directa y específica sobre situaciones traumáticas concretas que se han abatido sobre el/la paciente a lo largo de su vida y que no han podido ser mentalizadas. Algo que nos evoca al Freud (1895/1973) que proponía aún en el siglo XIX una primera teoría del trauma desde la que explicaba el sufrimiento del/la paciente como una reminiscencia de experiencias traumáticas acontecidas en algún momento de la vida. Experiencias traumáticas que no habían podido ser elaboradas y que habían quedado alojadas en la mente del/la paciente como “cuerpos extraños” responsables de los síntomas. Si el primer Freud proponía desvelar con la mayor exactitud posible los sucesos traumáticos que han tenido lugar en una fecha concreta, la MBT-TF sugiere trabajar en un formato grupal sobre las experiencias traumáticas concretas y sobre el impacto que éstas han tenido en cada uno de los pacientes (representación negativa de uno mismo y del otro y funcionamiento relacional gravemente alterado) ya que en los pacientes que sufren trauma complejo no bastaría *simplemente* con mejorar y fortalecer la capacidad de mentalización (Smits et al., 2024). Agregado a lo anterior, en estos pacientes, en los que destaca la desconfianza y la sobreutilización de estrategias evitativas, el riesgo de abandono del tratamiento grupal es muy alto, especialmente en las fases iniciales, algo que puede, también, generar un “efecto contagio” en otros pacientes, por lo que establecer desde el principio un plan de trabajo estructurado y predecible y una tarea bien definida puede resultar de mucha ayuda para los integrantes del grupo (Smits et al., 2024).

De este modo, y ya desde las entrevistas individuales iniciales de evaluación, aquellas que han de conducir también a la co-construcción de la formulación (Ramos García, 2023) y del pasaporte (o carnet de identidad) relacional (Bateman et al., 2023), se explica al paciente en detalle la trayectoria de un trabajo grupal que tendrá como elemento central la narración por parte de cada uno de los pacientes de escenas o situaciones especialmente traumáticas y biográficamente significativas, de modo tal que sea posible mentalizarlas con la ayuda de un grupo y de unos terapeutas respetuosos y atentos, y cuyas mentes estarán disponibles para poder pensar acerca de la mente del/la paciente que asuma ese día la tarea de exponer (y de exponerse en) su relato.

Tres sistemas comunicacionales y tres fases en la trayectoria terapéutica

La Terapia Basada en la Mentalización explica el progreso terapéutico a partir de la activación de tres sistemas comunicacionales que deben ser cubiertos de manera progresiva (Bateman y Fonagy, 2016).

El primer sistema comunicacional podría comprenderse como aquél que se despliega cuando el/la paciente vive una primera experiencia de sintonía epistémica en la terapia. En este primer sistema se da un primer momento de apertura epistémica en el/la paciente cuando éste se siente mentalizado por el terapeuta; cuando siente que la propuesta terapéutica tiene lugar como consecuencia de la escucha cuidadosa de un terapeuta que ha sabido comprender al paciente en términos emocionales. En el caso de la MBT-TF (Bateman et al., 2023), en este primer sistema comunicacional el/la paciente puede sentir que no está solo; que las mentes de los terapeutas y del grupo están disponibles para él/ella, facilitándose así en el/la paciente esa experiencia de sintonía epistémica que tiene lugar al sentirse mentalizado.

El segundo sistema comunicacional corresponde al trabajo de fortalecimiento de la capacidad de mentalización. Hablaríamos aquí del trabajo específico de mentalización del trauma que incluye la experiencia de ser escuchado con genuino respeto e interés, algo que favorece la reactivación de la mentalización y la apertura epistémica.

Finalmente, el tercer sistema comunicacional aludiría a la posibilidad de generalizar más allá del espacio terapéutico los logros alcanzados en la terapia, en este caso, más allá del espacio grupal. Se trataría así de conectar con la experiencia de que son los contextos relacionales los que nos permiten aprender y matizar cómo funciona el mundo.

De una forma congruente con estos tres sistemas comunicacionales, la MBT-TF se plantea como un tratamiento grupal que se desarrolla en tres fases bien establecidas y bien diferenciadas, tres fases que son explicadas a cada uno de los pacientes con antelación con el objetivo de que el tratamiento sea en todo momento predecible, algo esencial en pacientes para los que resulta fundamental disponer de un espacio terapéutico seguro.

Fase 1

La primera fase incluiría tanto las primeras entrevistas individuales de evaluación y formulación (Grove y Smith, 2022; Ramos García, 2023), como las primeras sesiones grupales, en las que cobra gran importancia la construcción de un espacio seguro, confiable y predecible, así como la facilitación de una primera experiencia de sintonía epistémica. La formulación de cada uno de los pacientes puede discutirse grupalmente a lo largo de estas primeras sesiones, mientras que el pasaporte o carnet de identidad relacional se dibujará tratando de dar respuesta a las siguientes seis preguntas: ¿Cuáles crees que son tus dificultades fundamentales en las relaciones? ¿Cuáles crees que son tus puntos especialmente sensibles? ¿Qué cosas deberíamos saber de ti para poder hacerte sentir bien en este grupo? ¿Cómo te ves a ti mismo en el aspecto relacional? ¿Cómo crees que te ven los demás? ¿Cuáles serían tus objetivos en lo que tiene que ver con lo relacional? Conviene no olvidar que el objetivo esencial tanto de la formulación como del carnet de identidad relacional es favorecer el proceso mentalizador, dado lo cual no es tan importante cumplir con la tarea de dar una respuesta concreta a las preguntas como mantener activa la reflexión acerca de esas preguntas.

Otro elemento que debe incluirse en esta primera fase es el establecimiento de los valores que deben regir el grupo para que éste pueda ser un espacio seguro para la reconexión social y la mentalización de experiencias traumáticas. Se propone así el grupo como un espacio confiable en el que está garantizada la confidencialidad; como un lugar de respeto, de cuidado y de interés por uno mismo y por los restantes miembros del grupo. Se aclara que se trata de un espacio “libre de consejos” donde el objetivo no es decirle a nadie qué debe hacer, sino entender por qué hace lo que hace, o por qué le es difícil cambiar su forma de funcionar. El grupo es un espacio compartido, en el que se deben tolerar las diferencias y en el que es preciso que cada uno tenga su espacio para hablar, por lo que se deben respetar los turnos de palabra. La intención es trabajar con buena intención y con amabilidad, y se anima a los pacientes a comunicar al grupo posibles sentimientos de incomodidad o malestar. Es importante que cada cual hable en primera persona (“yo creo”, “a mí me parece”, “lo que a mí me pasa”) y que diga lo que realmente piensa. Parte de la tarea es tratar de entender cómo se sienten los demás, así como de expresar las reflexiones que puedan hacerse acerca de las cosas que cuentan los demás, pero siempre con respeto. Todos estos valores deben discutirse grupalmente, en un proceso de reflexión conjunta que puede enriquecerse con sugerencias y aportaciones de los pacientes.

Finalmente, esta primera fase se completará con elementos psicoeducativos propios de la MBT-I (fase “informativa” de la MBT realizada en formato grupal como paso previo a la intervención psicoterapéutica MBT propiamente dicha), con explicaciones por parte de los terapeutas sobre el modo en que transcurrirá el tratamiento (de nuevo es importante que éste sea predecible), de qué forma estará éste estructurado y en qué consistirá el trabajo, añadiendo también nociones hasta cierto punto teóricas pero muy útiles de cara a la tarea, y que incluirían una exposición sobre qué es la mentalización, cómo funciona el apego, cuáles son las emociones básicas o el modo en que las experiencias de trauma en el vínculo pueden afectar a la mentalización o a los estilos relacionales de cada persona.

Fase 2

Podemos entender esta fase como la fase nuclear de la intervención, por cuanto es la que se centra en el procesamiento del trauma, y en ella cada paciente va a tomar la palabra para poder construir un relato que será escuchado y mentalizado por el resto del grupo.

Mentalizar el trauma sería poder reflexionar sobre el impacto psicológico y relacional de la experiencia traumática, algo que pasaría por poder pensar en las experiencias traumáticas de una forma coherente y emocionalmente conectada. Incluiría tener la capacidad de identificar estados mentales relacionados con el trauma, tomar conciencia de que la experiencia vivida fue abusiva o negligente, reconocer el impacto de esas experiencias traumáticas en el desarrollo y ser consciente de las repercusiones del trauma en el funcionamiento general de la persona, todo lo cual permitiría desplegar un sistema protector que neutralizaría el riesgo de recrear y repetir una y otra vez la experiencia traumática.

La tarea se detalla de forma pormenorizada ya en las primeras entrevistas individuales realizadas durante la fase 1, y se recuerda al comenzar cada una de las sesiones que componen la fase 2.

La idea que se propone es que cada paciente elija alguna situación biográfica especialmente relevante por su dificultad y por la huella que ha podido dejar en el/la paciente. Se trata de poder pensar en algún acontecimiento cuyo impacto en el/la paciente haya generado no solo un momento de sufrimiento puntual, sino que haya comprometido también de un modo importante el funcionamiento posterior del/la paciente, con afectación de su forma de estar en el mundo en el plano psicológico, emocional, relacional. Con esta propuesta en mente, a lo largo de esta segunda fase, se distribuirán las fechas a lo largo de un calendario prefijado, sabiendo de antemano cada paciente cuál será el día en que asuma ese lugar protagonista para contar su historia (de este modo, contaríamos también con un paciente de reserva en caso de que se produjese ese día la ausencia del/la paciente que ha de relatar su historia). En nuestra experiencia, en un dispositivo ambulatorio del Hospital Universitario La Paz, en Madrid, en una propuesta grupal que desarrollamos a lo largo de 9 meses y con una frecuencia quincenal, nos ha resultado útil enviar siempre, unos días antes de cada sesión, un correo electrónico a todos los miembros del grupo recordando que el siguiente será “el día de tal paciente concreto”, enfatizando de este modo que se abrirá ese día un espacio para él/ella, subrayando la tarea de escucha activa y mentalizante por parte de los demás como tarea grupal imprescindible. Ésta será una forma de actualizar el compromiso con el tratamiento, de fortalecer la adherencia, y un modo de expresar que los terapeutas (un psicólogo clínico y una residente de Psicología Clínica) tienen en mente al grupo y, en especial, al paciente cuya narración será escuchada en esa sesión.

Ya en sesión, al principio de ella, se recuerda la que será la tarea del/la paciente protagonista ese día, y también la correspondiente a los restantes miembros del grupo. El/la paciente que narrará la situación biográfica a trabajar, tendrá a su disposición la ayuda de uno de los terapeutas, quedando el otro terapeuta encargado de atender y regular el nivel de activación emocional del resto del grupo. Este aspecto, el de la modulación del nivel de activación emocional, resulta crucial en estas sesiones, ya que es importantísimo que el/la paciente que cuenta su historia pueda estar conectado emocionalmente (es decir, que no esté pseudomentalizando, que no hable desde un *pretend mode*¹), pero sin llegar por ello a desbordarse afectivamente. No es sencillo mantener el nivel de activación dentro de ese rango óptimo que permite abrir una ventana para la mentalización, y no debemos olvidar que la experiencia traumática empuja muchas veces al paciente a la disociación, algo que puede suceder también en el espacio terapéutico, cuando se trata de recordar, relatar y mentalizar esa experiencia. En tales casos, pueden aparecer fenómenos de desrealización o despersonalización en el/la paciente, pero pueden observarse también momentos en los que el/la paciente relata acontecimientos aterradores o dolorosos con una llamativa frialdad. Podemos sospechar entonces que el/la paciente construye el relato, al menos en lo aparente, con una buena capacidad narrativa, pero sin la conexión afectiva que requiere la mentalización, y será entonces tarea del terapeuta ayudarle a conectar con esas emociones que son llamativas precisamente por su ausencia. Lógicamente, el terapeuta mentalizante no deberá abandonar en ningún caso la posición de no saber, y deberá acompañar activamente al/la paciente en esa investigación de los afectos desde la curiosidad, sin mentalizar por él/ella, sin imponer sus conocimientos, sin dar por supuestas sus emociones, y sin dejarse arrastrar por la no mentalización en caso de que ésta aparezca (Bateman. 2025).

En el acompañar el relato del/la paciente, la directriz fundamental, tanto para el resto de componentes del grupo como para los propios terapeutas, será hacerlo desde el respeto, el interés y la curiosidad, con las

¹ El *pretend mode* es un modo prementalizador o no mentalizador en el que la apariencia de mentalización en lo cognitivo contrasta con la falta de conexión emocional, de modo tal que la reflexión, brillante a veces, no se acompaña de cambios terapéuticos reales.

mínimas interrupciones posibles, situándonos al lado del/la paciente, tomando partido por él/ella desde la validación, pero sin caer en intervenciones excesivamente tranquilizadores o apaciguadores, que pueden resultar contraproducentes.

El objetivo es que el/la paciente que relata su experiencia traumática pueda empezar a hablar desde un *I-mode*², narrando el modo en que pudo experimentar la situación traumática (no se trata tanto de describir lo que sucedió, sino el modo en que el/paciente vivió lo que sucedió), incluyendo en su relato los aspectos emocionales de esa experiencia. Se trata de acceder a una afectividad mentalizada, de tal modo que se pueda “pensar el sentimiento” al tiempo que es sentido, conectando con una emoción sobre la cual, al mismo tiempo, es posible reflexionar. En este punto, el grupo, con ayuda de uno de los terapeutas, debe ofrecer una escucha atenta y respetuosa, con mínimas interrupciones. El otro terapeuta ha de ayudar mientras al/la paciente, con tacto y amabilidad, a narrar su historia, atendiendo al posible riesgo de *pretend mode*, de disociación o de desbordamiento.

Durante la narración del/la paciente, el grupo tiene como tarea la mentalización de lo narrado, y se anima explícitamente, al principio de cada sesión, a una mentalización controlada del paciente que está hablando. Cada participante ha de intentar entender cómo pudo sentirse el paciente en aquellos momentos, qué pudo pensar, por qué se comportó como lo hizo, intentando ponerse en el lugar de la persona que está hablando, sin perder contacto con lo que a cada uno le puede suscitar en lo emocional lo que el narrador está exponiendo. Todos estos elementos son de la máxima importancia para afrontar la siguiente tarea, consistente en que los miembros del grupo que han aportado su escucha puedan comentar de qué modo han podido mentalizar la historia relatada. Ese ejercicio, en el que se hace esencial el cuidado y la empatía, va a facilitar que el paciente que ha hecho su exposición pueda revisar y matizar la esfera *Me-mode*³ a través de una reflexión acerca del impacto que el trauma ha tenido en su vida, incorporando también las sensaciones que puede haberle suscitado la manera en que ha podido ser escuchado por el grupo. Este último aspecto, la posibilidad de vivir cómo otras mentes están disponibles para una escucha reparadora, resulta muchas veces el elemento más potente de la intervención, por cuanto hace posible, tal vez por primera vez en la vida del paciente, el acceso a la experiencia (insistimos, posiblemente inédita) de que hay otros seres humanos como él/ella con la voluntad de prestar esa escucha de la que habitualmente han carecido. Esta experiencia inaugura un camino de reconexión social y de reparación salutogénica, atenuándose la vergüenza, matizándose la visión que uno tiene de sí mismo y de los otros, flexibilizándose la utilización de estrategias relacionales secundarias de corte evitativo, reactivándose la posibilidad de confiar epistémicamente en el otro.

Finalmente, la posibilidad de escuchar la reflexión de los demás, de atender a la perspectiva de los restantes miembros del grupo en relación a lo relatado permite abrir una vía para una mentalización en *We-mode*⁴, ese “modo nosotros” que nos es negado cuando nos vemos abocados al aislamiento y la retracción social. Esta mentalización relacional es la que hace posible que la persona, sin dejar de estar conectado con su propia visión de las cosas, sin dejar de contemplar su propia perspectiva, pueda tomar en consideración también la perspectiva de los demás. Y esta experiencia, la de que la propia mente pueda encontrarse con otras mentes en un “nosotros” que piensa y siente de un modo que va más allá del propio pensar y sentir, en un “nosotros” del que uno puede sentirse parte (Gallotti y Frith, 2013), resulta esencial para los seres humanos, ya que en ella se sitúa la piedra angular para la transmisión del conocimiento y la cultura humana desde el pleistoceno tardío (Fonagy y Allison, 2014).

La adversidad vivida en soledad, sin un “nosotros” que permita la mentalización de lo sucedido, nos arrastra a la vergüenza que conlleva la vivencia penosa de una herida que no ha podido ser mentalizada ni sanada por la

² En mentalización, el *I-mode* haría referencia a un modo en que la persona se centra en sus pensamientos, sus sentimientos, sus experiencias internas. Es una forma de mentalización en la cual la persona está fundamentalmente conectada con su mundo interno, con su experiencia, con la forma en que vive las cosas, en detrimento en ocasiones de la posibilidad de considerar la perspectiva de los demás.

³ El *Me-mode* se refiere al modo en que la persona se percibe a sí misma, algo íntimamente relacionado con la forma en que siente que es percibido por los demás. Esta vertiente de la mentalización, muy vinculada con el sentimiento de identidad, es fundamental de cara a la comprensión de uno mismo.

⁴ El *We-mode* sería una modalidad de la mentalización que hace posible nuestras acciones, pensamientos y sentimientos estén alineados con otras personas que conforman un grupo humano del que nos sentimos parte. Esto permite compartir intenciones u objetivos comunes, así como perseguir metas compartidas.

presencia de otra mente con la que encontrarnos, otra mente dispuesta a acoger nuestra mente. Ése es el potencial salutogénico fundamental del grupo, que se ofrece como un “nosotros” del que uno puede sentirse parte al ser escuchado, y del que uno forma parte al escuchar. Efectivamente, en nuestra experiencia, tan salutogénica resulta la escucha mentalizante del grupo como el sentir la confianza de ese otro que te concede el privilegio de hacerte partícipe de su historia, siendo muy frecuente escuchar cómo algunos pacientes sentían que solo en el momento en que los demás se abrían a contar sus relatos, solo en ese momento, y no antes, se sentían ellos también parte de ese “nosotros”.

En esta fase 2 sería deseable disponer de dos rondas para el relato de cada paciente, de tal modo que cada paciente dispusiese de dos oportunidades para relatar sendas situaciones traumáticas a trabajar. La confianza epistémica crece a lo largo de la andadura grupal, y muchas veces hay aspectos extraordinariamente sensibles que no es posible relatar en la primera ronda y sí pueden ser mostrados en una segunda instancia, en el momento en que se ha fortalecido ese sentimiento de formar parte de la tarea colectiva del “nosotros”. Por otro lado, en los trastornos por trauma complejo, solo en el relatar y en el escuchar el relato de otros se van haciendo accesibles recuerdos y experiencias que han permanecido ocultas, olvidadas, escondidas para el propio paciente.

Fase 3

Es la fase final de la intervención, y supone enfrentar de forma explícita la tarea del cierre, la terminación y la despedida. La tarea pasa por trabajar en lo emocional y en lo cognitivo la finalización de un recorrido compartido con un grupo de personas con el que han podido tejerse lazos afectivos muy importantes. Esto implica, sin duda, un duelo que no puede ser obviado, y que debe ser elaborado en lo posible. En nuestra experiencia, los sentimientos de tristeza, de miedo y de rabia son habitualmente protagonistas, así como las quejas por un cierre que se siente muchas veces como prematuro. La vivencia es con frecuencia “que ha faltado tiempo”, “que queda mucho trabajo por hacer”, “que todo ha sido excesivamente breve”. No es rara la solicitud de prolongación del grupo, y los terapeutas han de tener ahí la capacidad para terminar esta experiencia terapéutica (Juul et al., 2020).

En este punto es importante señalar que esta fase debe incluir como objetivo fundamental la revitalización y generalización de las experiencias reparadoras que hayan podido tener lugar durante todo el proceso terapéutico. De forma congruente con ese tercer sistema comunicacional al que hacíamos referencia más arriba, la idea es propiciar en esta tercera fase una reconexión social que vaya más allá del grupo y del espacio terapéutico. No nos debe sorprender el escepticismo inicial de pacientes que, tras el esfuerzo realizado para recuperar una cierta confianza epistémica dentro del grupo, se declaran incapaces de llevar los límites de esa confianza a otros territorios humanos. Las expresiones que más habitualmente escuchamos serían, por ejemplo, “no podría hablar fuera de aquí de las cosas que hablo aquí”, “no podría fiarme de nadie lo suficiente como para contarle lo que os he contado a vosotros”, “solo aquí, con gente como vosotros, que sabe lo que son estos sufrimientos, puedo hablar”.

Se abre aquí en ocasiones la posibilidad de que el grupo, más allá de su finalización dentro del espacio terapéutico, pueda organizarse como una suerte de grupo de apoyo mutuo que siga en contacto después del fin de la terapia. Esto es algo que puede resultar de ayuda, al modo de un espacio transicional (Winnicott, 1971/1979), pero que también puede conllevar complicaciones, como puede ser el de que se dificulte la generalización de la confianza epistémica y de la experiencia reparadora a otros vínculos humanos.

Impresiones clínicas para una conclusión esperanzadora

La MBT-TF se despliega como una adaptación de la MBT diseñada específicamente para enfrentar el sufrimiento de pacientes seriamente dañados y que arrastran biografías traumáticas que les han marcado profundamente. Pacientes que se han visto abocados a enfrentar tempranamente la aspereza de la vida, sintiéndose además terriblemente solos en esa tesitura. Sus cuidadores, aquellos de lo habría cabido esperar protección y consuelo, han actuado de forma negligente, mostrándose dolorosamente ausentes cuando directamente hostiles,

llegando a ser ellos mismos los causantes directos del daño en estos pacientes. De forma absolutamente comprensible, las víctimas de estas crianzas disfuncionales, carentes de una respuesta mentalizante cuando ésta más necesaria era, no solo sufren las carencias que conlleva el insuficiente desarrollo de la capacidad de mentalizar, sino que, de manera defensiva, han inhibido muchas veces de forma activa esa capacidad (ya que puede resultar insoportable pensar acerca de las intenciones de estos cuidadores perturbados), protegiéndose de esos entornos enloquecedores con una coraza de desconfianza epistémica que los convertirá en adelante en “pacientes de difícil acceso” (Bateman et al., 2023). Con estos pacientes, la posibilidad de un trabajo grupal que construye un espacio confiable y previsible y que posibilita una experiencia relacional reparadora aparece como una oportunidad terapéutica de indudable valor. En nuestra experiencia, conmovedora muchas veces, el diseño de un plan de trabajo bien estructurado, que atiende a la necesidad de crear un espacio seguro para acometer una tarea cuidadosamente detallada y claramente explicitada conlleva la posibilidad de suturar heridas muy severas en lo que atañe a la posibilidad de confiar. Es posible desde ahí construir un “nosotros” que rompa con el aislamiento para relanzar un proceso de reconexión social, en una experiencia vincular mentalizante y reparadora. Nuestra impresión es que el trabajo de “creación de grupo” con valores consensuados hace posible la tarea de procesamiento del trauma, al tiempo que esa tarea de procesamiento, tan organizada en un calendario ordenado, hace posible la consolidación del grupo, con una adherencia al tratamiento llamativa en una población que tiende con frecuencia al abandono y al “efecto contagio” de los abandonos (Bateman et al., 2023). Seguramente aún es necesario disponer de evidencias empíricas más consistentes, pero no cabe duda de que nos hallamos ante una posibilidad terapéutica ciertamente esperanzadora para pacientes muy necesitados de esperanza.

Referencias

- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. John Wiley & Sons Ltd.
- Allen, J. G. (2005). *Coping with trauma: Hope through understanding*, (2nd ed.). American Psychiatric Association Publishing.
- Allen, J. G. (2013). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. Karnac Books Ltd.
- Allen, J., Fonagy, P. y Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A. (2023). *Mentalizing and Trauma. A Clinical Approach* [Webinar]. Anna Freud Centre. .
- Bateman, A. (2025). Taller de MBT Focalizada en el Trauma [Taller]. MBT y Trauma, Madrid, España.
- Bateman, A. y Fonagy P. (eds.). (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A. y Fonagy P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders*. Oxford University Press.
- Bateman, A. y Fonagy P. (eds.). (2019). *Handbook of mentalizing in mental health practice*, (2nd ed.). American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A, Fonagy P, Campbell C, Luyten P, Debbané M. (2023). *Cambridge guide to mentalization-based treatment (MBT)*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108896054>
- Bion, W. R. (1963). *Elements of psychoanalysis*. Heinemann.
- Bleiberg, E. (2019, 24 de abril). Entrevista realizada por Javier Ramos a Efraim Bleiberg. *Aperturas Psicoanalíticas*, 61. <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0001075#contenido>
- Ferenczi, S. (1932). *Confusión de lenguas entre los adultos y el niño*. En *Obras Completas*, Tomo IV. Espasa-Calpe.
- Fonagy, P. y Allison E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372-380. <https://doi.org/10.1037/a0036505>
- Fonagy, P. y Target, M. (2008). Attachment, trauma, and psychoanalysis: Where psychoanalysis meets neuroscience. En E. L. Jurist, A. Slade, y S. Bergner (Eds.), *Mind to mind: Infant research, neuroscience, and psychoanalysis* (pp. 15-49). Other Press.
- Ford, J. D. y Courtois, C. A. (Eds.). (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. The Guilford Press.

- Freud, S. (1895). Estudios sobre la histeria. En Obras completas. Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado en 1973).
- Freud, S. (1897). Carta a Fliess de 21 de septiembre. En Los orígenes del psicoanálisis. En Obras completas. Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado en 1973).
- Freud, S. (1905). Análisis fragmentario de una histeria (caso Dora). Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado en 1973).
- Freud, S. (1914). Introducción al narcisismo. En Obras completas. Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado en 1973).
- Freud, S. (1920). Más allá del principio de placer. En Obras completas. Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado en 1973).
- Freud, S. (1925). Inhibición, síntoma y angustia. En Obras completas. Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado en 1973).
- Gallotti, M. y Frith, C. D. (2013). Social cognition in the we-mode. *Trends in Cognitive Science*, 17(4), 160-165. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2013.02.002>
- Grove, P. y 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>
- Gunnar, M. (1992). Reactivity of the hypothalamic pituitary adrenocortical system to stressors in normal infants and children. *Pediatrics*, 90(3 Pt 2), 491-497.
- Gunnar M. y Donzella, B. (2002). Social regulation of the cortisol levels in early human development. *Psychoneuroendocrinology*, 27(1-2), 199-220.
- Gunnar, M. y Nelson C. (1994). Event-related potentials in year-old infants: relations with emotionality and cortisol. *Child Development*, 65(1), 80-94.
- Gunnar, M., Mangelsdorf, S., Larson, M. y Hertsgaard, L. (1989). Attachment, temperament and adrenocortical activity in infancy: A study of psychoendocrine regulation. *Developmental Psychology*, 25(3), 355-363. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.3.355>
- Juul, S., Simonsen, S. y Bateman, A. (2020). The capacity to end: Termination of mentalization-based therapy for borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(4), 331–338. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09456-6>
- Luyten, P., Campbell, C. y Fonagy, P. (2020). Borderline personality disorder, complex trauma, and problems with self and identity: a social-communicative approach. *Journal of Personality*, 88(1), 88–105. <https://doi.org/10.1111/jopy.12483>
- Lyons-Ruth, K. (2006). The interface between attachment and intersubjectivity: Perspective from the longitudinal study of disorganized attachment. *Psychoanalytic Inquiry*, 26(4), 595-616. <https://doi.org/10.1080/07351690701310656>
- Khan, M. M. R. (1963). The Concept of Cumulative Trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18(1), 286–306. <https://doi.org/10.1080/00797308.1963.11822932>
- Spangler, G. y Grossmann, K. E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, 64(5), 1439-1450. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1993.tb02962.x>
- Ramos García, J. (2023). Carta abierta a mi paciente. La formulación en terapia basada en la mentalización. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, 19(octubre), 1-26.
- Winnicott, D. W. (1971). Objetos transicionales y fenómenos transicionales. En *Realidad y juego*. Gedisa. (Original publicado en 1979).
- Winnicott, D. W. (2002). La teoría de la relación entre progenitores-infante. En *Los procesos de maduración y el entorno facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Paidós. (Original publicado en 1960).

Artículo recibido: 9/06/2025

Artículo aceptado: 7/07/2025