

## La mentalización como condición de posibilidad del insight

Gustavo Lanza Castelli<sup>1,1</sup>

R. Argentina

El trabajo comienza postulando que la teoría de la mentalización es ignorada en diversos círculos psicoanalíticos, o es tildada de superficial, debido a que se la ubica en el mismo eje que el conflicto psíquico. Se propone que dicha teoría debe ser ubicada en otro eje, el de la estructura, según la división postulada por el Grupo de Trabajo del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado entre el eje del conflicto, el de la estructura y el de las relaciones interpersonales. Se diferencian así dos ámbitos: el de las patologías por conflicto y el de las patologías por déficit estructural, que en la práctica suelen combinarse. En el artículo se toma en consideración el eje del conflicto, para trabajar con el cual se utiliza habitualmente la interpretación que busca promover el insight. Se postula, en relación a dicho insight, que para que sea posible el trabajo que busca promoverlo, es un requisito que exista una buena capacidad de mentalizar. Se busca ilustrar esta propuesta mediante la comparación de dos casos clínicos tratados con una terapia que busca promover el insight. Uno de ellos fue exitoso y el otro fracasó debido a las diferencias en cuanto a la capacidad mentalizadora de ambos pacientes.

**Palabras clave:** Mentalización, Insight, Conflicto Psíquico

This paper begins by stating that Mentalization Theory is either ignored in the various psychoanalytic circles or considered superficial as it is placed in the psychic conflict axis. It is proposed that such theory should be considered on a different axis, the one of the structure, according to the division proposed by the Operationalized Psychodynamic Diagnostic working group. Two fields are differentiated: conflict pathologies and structural deficit ones, which in the clinical arena tend to combine. The present paper considers the conflict axis in which interpretation is used to promote insight. It is stated that to promote such insight, a good mentalizing capacity is required. We try to illustrate this proposal by comparing two clinical cases treated with an insight seeking therapy. One of them was successful and the other one failed due to the differences in the mentalizing capacities of each patient

**Key Words:** Mentalization, Insight, Psychic Conflict

**English Title:** Mentalization as condition of possibility of insight

### **Cita bibliográfica / Reference citation:**

Lanza Castelli, G. (2016). La Mentalización como condición de posibilidad del Insight. *Clínica e Investigación Relacional*, 10 (3): 665-684. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.info](http://www.ceir.info)] DOI: 10.21110/19882939.2016.100304

---

<sup>1</sup> Psicoanalista. Psicoterapeuta acreditado por la Federación Latinoamericana de Psicoterapia y el World Council for Psychotherapy. Presidente de la Asociación Internacional para el Estudio y Desarrollo de la Mentalización (<http://asociacion-mentalizacion.com/>). Información completa en nota final. Correo electrónico: [gustavo.lanza.castelli@gmail.com](mailto:gustavo.lanza.castelli@gmail.com)

En los colegas que suscriben el marco psicoanalítico más clásico, como así también en aquellos que abrevan en las fuentes del psicoanálisis francés contemporáneo, es frecuente observar un marcado desconocimiento referido a la teoría de la mentalización.

Esto ocurre a pesar de que dicha teoría, así como la práctica que de ella deriva, se ha expandido de manera exponencial en los últimos diez años en distintos países, entre los cuales podríamos citar a Alemania, Estados Unidos, Inglaterra, España.

En los casos en que esta teoría es mencionada en esos círculos, suele tildársela de superficial, en la medida en que parece privilegiar lo preconscious sobre lo inconsciente, no poner suficientemente el acento en el concepto de defensa, desaconsejar la asociación libre, etc. (Green, 2001).

Por mi parte, en un trabajo anterior (Lanza Castelli, 2015) sostuve que dicho mote de "superficial" incurre en el malentendido de ubicar a este enfoque y al psicoanalítico sobre un mismo eje, el de la primera tópica freudiana (Cc., Prec., Inc.), signada por la presencia del conflicto psíquico.

Postulé también que ambas teorías deberían situarse en ejes diferentes: el psicoanálisis en el eje del conflicto ("...el conflicto es el eje definidor del psicoanálisis" Smith, 2003, p. 49), la teoría de la mentalización en el eje de la estructura, basándome en la importante diferenciación entre los ejes del conflicto, la estructura y las relaciones interpersonales, desarrollada pormenorizadamente por el Grupo de trabajo del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2) (2006).

La mentalización, por tanto, se ubica en el eje de la estructura, entendida ésta como un conjunto de funciones y capacidades.

Según Rudolf, el concepto de estructura puede ser descripto como "el self en su relación con el objeto" (2007, p. 89). También puede caracterizarse como "...la disponibilidad de funciones psíquicas que son necesarias para la organización del self y su relación con los objetos internos y externos" (2004, p. 58), con cuya ayuda la persona puede asegurar su equilibrio interior y su capacidad para vincularse con los demás.

Según Fonagy, Rudolf y otros, las perturbaciones en la estructura (o en el mentalizar) son responsables de aquellas patologías más graves, como los así llamados trastornos de la personalidad (Fonagy et al., 1993; Grupo de Trabajo OPD, 2006), mientras que el conflicto psíquico lo es principalmente de la patología neurótica.

Quedan diferenciados así dos ámbitos, el de las patologías por conflicto y el de las patologías por déficit estructural, que en los hechos clínicos concretos suelen combinarse de diversos modos (De la Parra, Gómez-Barris, Dagnino, 2016; Killingmo, 1989; Stauss, Fritzsche, 2008).

Ahora bien, en el presente trabajo, y considerando que más que oponer mentalización y psicoanálisis reviste la mayor utilidad el intento de articularlos, deseo dar un paso más en esta dirección. Dicho paso consiste en proponer que si tomamos en cuenta el eje del conflicto, en el que encontramos -como técnica privilegiada- a la interpretación que intenta promover el insight en el paciente, la mentalización puede proponerse como un requisito esencial para que dicho insight sea posible.

Expresado de un modo más pertinente, mi propuesta consiste en postular que para que pueda tener lugar el trabajo que conduce al insight, es necesario que existan ciertas condiciones estructurales que se cumplen cuando existe una buena capacidad de mentalizar.

Cuando no es éste el caso, el intento de promover dicho insight se enfrenta con perturbaciones en el funcionamiento mental, de tal índole, que tornan necesario un trabajo previo de otro orden, a los efectos de restablecer la capacidad de mentalizar y volver así transitable el camino que lleva al insight.

En lo que sigue caracterizo brevemente el concepto mentalización y posteriormente analizo con cierto detalle dos casos clínicos en los que intento puntualizar en qué sentido ha de entenderse la propuesta que aquí sostengo.

### **La mentalización:**

Podemos caracterizar sucintamente a la mentalización diciendo que consiste en la capacidad para comprender el comportamiento propio y ajeno en términos de estados mentales. Esta capacidad es un determinante clave para la organización del self, la regulación emocional y el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias. Su adquisición tiene lugar en el interior de las relaciones de apego tempranas.

Para trazar una semblanza de la misma resulta útil diferenciar en el marco teórico que la sustenta, tres teorías evolutivas y tres funciones o capacidades centrales.

Las teorías evolutivas, íntimamente interrelacionadas y basadas en gran parte en la psicología del desarrollo son: la teoría de los distintos estadios en la constitución del self, la teoría de la constitución de las representaciones secundarias para simbolizar la experiencia emocional, la teoría acerca de la naturaleza de la subjetividad previa al reconocimiento de la mente como agente representacional.

Las tres funciones son: la comprensión de la mente ajena, la comprensión de la mente propia (que incluye la mentalización de la afectividad) y los procesos de regulación atencional y emocional.

Dada la amplitud de estas conceptualizaciones, me ceñiré en este trabajo a caracterizar someramente sólo las dos últimas teorías mencionadas.

La mente como agente representacional (mentalizante) y los estadios prementalizados de la subjetividad:

La mentalización adecuada supone la habilidad para diferenciar los propios pensamientos de la realidad efectiva, de modo tal que el sujeto aprehende (aunque sea de modo implícito) el carácter meramente representacional de aquéllos (Allen, Fonagy, Bateman, 2008).

De este modo, podemos decir que mediante el adecuado funcionamiento de la mentalización se discierne (de modo explícito o implícito) la vigencia de un territorio cualitativamente diferenciado: *el territorio de lo mental, consistente en un espacio interno en el que se afirma la realidad psíquica (Freud), en tanto diferente de la realidad material, aunque relacionada con la misma.*

En este espacio interno pueden operar una serie de procesos (cognitivos y reguladores) sobre los contenidos (representaciones y afectos) que en él se encuentran (prestar atención, identificar, denominar, reflexionar sobre, etc., contener, modular, traducir en acción, etc.).

Podríamos decir también que en dicho espacio pueden tramitarse los estados mentales en tanto eventos subjetivos, lo cual incluye el procesamiento simbólico de la experiencia personal, mediante el cual ésta adquiere un carácter “como-sí”, necesario para que sea tolerada y para que sea posible articularla cognitivamente (Lecours, 2007).

Esta modalidad mentalizada de funcionamiento mental es precedida en el desarrollo por modos prementalizados de experimentar la subjetividad. Distinguimos tres de ellos:

- 1) En el “modo de equivalencia psíquica” el niño considera que sus pensamientos no son representaciones de la realidad, sino copias de la misma, necesariamente verdaderos y compartidos por todos.
- 2) En el “modo hacer de cuenta” (pretend mode), el niño logra discernir -particularmente durante el juego- el carácter meramente representacional de sus pensamientos (por ejemplo, de sus fantasías) pero con la condición de que estén rígidamente dissociados del mundo real.

3) En el “modo teleológico”, la acción se convierte en el criterio central. Así, el sujeto evalúa las acciones en función de sus resultados y no de las intenciones subyacentes (Allen, Fonagy, Bateman, 2008).

Cuando hay fallas o déficits en el mentalizar, se combinan dos aspectos imbricados: la pérdida de la capacidad de mentalizar y la reactivación de modos prementalizados de experimentar la subjetividad (Bateman, Fonagy, 2004; 2006; Fonagy et al., 2002).

*La constitución de las representaciones para simbolizar los afectos:*

El enfoque basado en la mentalización postula que los afectos consisten inicialmente en una activación fisiológica y visceral que el niño no puede controlar ni significar (experiencia emocional primaria). Para ello hace falta la respuesta de la figura de apego a la exteriorización de dichos afectos. Esta respuesta, cuando es adecuada, consiste en un reflejo o espejamiento (mirroring) del afecto en cuestión: la madre manifiesta su captación y empatía con expresiones faciales y verbales acordes al afecto experimentado por el niño, de forma exagerada o parcial y con el agregado de algún otro afecto combinado simultánea o secuencialmente (por ej. el reflejo de la frustración del niño, combinada con preocupación por él) y con claves conductuales, como las cejas levantadas que encuadran la expresión ofrecida a la atención del infans. La observación de este reflejo parental ayuda al niño a diferenciar los patrones de estimulación fisiológica y visceral que acompañan a los distintos afectos y a desarrollar un sistema representacional de segundo orden para sus estados mentales, mediante la internalización de dicho reflejo. Estas representaciones secundarias que simbolizan la experiencia emocional, están en la base de la posibilidad de identificar, regular y expresar adecuadamente dicha emoción en un contexto interpersonal (mentalización de la afectividad) (Fonagy et al., 2002).

Cuando debido a traumas tempranos en el apego se ven perturbados los procesos mencionados, se producen diversos déficits en el mentalizar y en la simbolización de la experiencia emocional. Tienen lugar entonces una serie de manifestaciones clínicas que encontramos en los pacientes borderline y en diversos trastornos de la personalidad (experiencias confusas y difusas de su mundo mental, dificultad para identificar sus emociones o sus necesidades corporales, merma en la posibilidad de considerar sus pensamientos como meros pensamientos y para anticipar el efecto de las propias acciones en los demás, dificultad para construir un modelo adecuado de la mente del otro que sirva para entender y prever su conducta, desregulación emocional, impulsividad, inestabilidad

básica del self e intento de remediarla por medio de diversas acciones, etc.) (Bateman, Fonagy, 2004; 2006; Fonagy Luyten, 2009, 2010).

### **Ejemplos clínicos:**

Las dos viñetas clínicas que reseño a continuación están tomadas de un trabajo de Honos-Web y Stiles, publicado en 1998 y basado en una investigación que se llevó a cabo a los efectos de comparar los procesos de cambio en PEP y en la terapia centrada en el cliente.

PEP (Process-Experiential Psychotherapy) es una terapia híbrida que sintetiza aspectos de la terapia centrada en el cliente y de la Gestalt. Utiliza técnicas tomadas de la Gestalt, como el diálogo de las dos sillas, en el que dos voces que se hallan en conflicto en el paciente son separadas imaginariamente y se expresan alternativamente desde cada una de las sillas. También puede utilizarse el diálogo con la silla vacía, en la que se imagina la presencia de un otro significativo.

Los autores dicen que los dos pacientes de las viñetas fueron elegidos porque encarnaban el proceso más exitoso y el menos exitoso, respectivamente.

La idea central del artículo de Honos-Web y Stiles es aplicar el modelo de asimilación de Stiles (que había sido ya probado en la terapia psicodinámica y en la cognitiva) a la PEP.

Dicho modelo propone una escala de 8 peldaños, denominada "Escala de asimilación de experiencias problemáticas", que se supone que el paciente recorre en un proceso terapéutico exitoso.

En el primero de ellos el paciente no es consciente del problema. En el segundo aparecen pensamientos no deseados (derivados de la experiencia problemática), que son displacenteros. En el tercero hay una vaga conciencia de los mismos. En el cuarto el problema ya puede ser planteado claramente. En el quinto la experiencia problemática es incluida en un esquema y comprendida (momento del insight). En el sexto la comprensión obtenida se aplica en la resolución de problemas. En el séptimo los pacientes encuentran una solución para un problema específico. En el octavo, por último, los pacientes aplican las soluciones en situaciones nuevas.

Como cada peldaño está numerado (de 0 a 7) es factible indicar desde qué peldaño partió un paciente en relación a una experiencia problemática determinada y hasta cuál llegó.

El punto central de toda la escala es el que tiene que ver con el insight. Hasta él conducen los peldaños anteriores y de él se siguen los posteriores.

El carácter empírico de este método, así como las investigaciones que con él se han llevado a cabo, lo ubica como un modelo interesante para ser utilizado por distintas terapias orientadas al insight. De ahí que haya tomado estos ejemplos, aunque mi planteo inicial se refería al psicoanálisis. Considero que, por más que puedan encontrarse muchas diferencias teóricas y técnicas entre uno y otro modelo (el psicoanalítico y el de la PEP), el que ambos pongan el énfasis central en la procuración del insight, los torna comparables en este punto específico, que es aquél sobre el que pongo el foco en el presente trabajo.

En lo que sigue hago uso de los dos ejemplos clínicos (el exitoso y el no exitoso), a los efectos de leerlos a la luz de la hipótesis propuesta más arriba, según la cual el mentalizar es un requisito para que pueda llevarse a cabo el trabajo que conduce al insight.

*Lisa, el caso exitoso:*

Lisa tenía 27 años en el momento de consultar, estaba casada y tenía dos hijos en edad escolar. No trabajaba al comienzo del tratamiento, pero encontró un empleo part time durante el mismo.

Recibió un diagnóstico de episodio depresivo mayor. Al comienzo de la terapia atribuyó su depresión, en primer término, a la adicción al juego de su esposo.

Fue asignada al azar a un tratamiento de PEP y se le brindaron 15 sesiones, con las cuales logró un nivel de mejoría mayor que cualquiera de los otros participantes en el proyecto de investigación.

Uno de los temas centrales que se pusieron en juego en la terapia fue la toma de conciencia de su hostilidad hacia su madre, su padre y su esposo. Lisa comenzó el tratamiento con un sentimiento de resentimiento hacia su familia, que no se permitía expresar ni vivenciar plenamente, debido a que entraba en conflicto con su creencia en el valor del perdón. En la medida en que fue tomando conciencia vivencial de su resentimiento, en el curso de la psicoterapia, identificó con claridad el conflicto entre dicho resentimiento y su creencia en la importancia de perdonar. Comprendió también que el intento de pasar por alto sus sentimientos, era maladaptativo (Honos-Webb, Stiles, 1998, p. 272).

Al final de la sesión número 15 dijo que todavía sentía dolor y que su situación matrimonial no había mejorado. Sin embargo, había experimentado una marcada mejoría en su depresión. Refirió sentirse mucho más fuerte, más independiente y en control, y con el sentimiento de que la terapia la había ayudado, aunque no se había modificado en nada lo

que había señalado como la raíz de su depresión: la adicción al juego de su marido (Cf. más adelante una reflexión sobre este último punto).

Como fue dicho, su breve tratamiento fue todo un éxito y pudo aprovechar al máximo la ayuda que se le brindó.

En su caso encontramos los siguientes *indicadores de buena capacidad de mentalizar*, en el comienzo mismo del tratamiento, lo cual significa que dicha capacidad no se logró como resultado del proceso terapéutico, sino que era preexistente al mismo. A los efectos de los comentarios, utilizo algunas veces la expresión Función Reflexiva (FR), que consiste en la operacionalización de la mentalización, a los efectos de su evaluación y puntuación.

1) Interés en focalizar en los estados mentales propios (Fonagy et al., 1998) ("Lisa presentaba una depresión y el deseo de comprender por qué se sentía de ese modo" p. 272), por más que estos sean problemáticos ("Sin embargo, fue ella, más que el terapeuta o que las circunstancias externas, quien planteó las emociones problemáticas" p. 273).

Este último aspecto es crucial y tiene que ver con la capacidad para tolerar las emociones displacenteras (Krystall, 1988) en lugar de huir de ellas, sofocarlas o evacuarlas. Es sólo a partir de esta capacidad que se vuelve posible interrogarse por ellas y trabajarlas en algún sentido. Dicha capacidad forma parte de la afectividad mentalizada (Lecours, Sanlian, Bouchard, 2007).

2) Identificación de un conflicto interno (Fonagy et al., 1998) entre la hostilidad hacia sus padres y su marido (de la cual tiene en ese momento un registro incipiente) y un no querer sentir esa hostilidad ("No quiero odiarlos", p. 273).

Identifica también un conflicto entre pensamientos opuestos. Hablando de la madre, Lisa dice (L: "La otra voz dice: Tiene que ser castigada (...) Y la otra es como, usted sabe: Perdónala! Es tu madre!" (pp. 274-275).

La detección de un conflicto interno es considerado como indicador de un nivel de FR notable, según expresan Fonagy et al. en su manual de 1998, y debe ser puntuado con 7, en una escala que va de -1 a 9.

3) Capacidad para aprehender el carácter meramente representacional de los pensamientos (Fonagy et al., 2002). En el ejemplo recientemente citado, Lisa puede considerar que los pensamientos que surcan su mente son sólo representaciones, construcciones de su propia mente, que pueden ser vistos desde otro punto de vista, contradichos, etc. Éste es una de las características más esenciales del mentalizar y se encuentra en la base de que sea posible trabajar, desde el punto de vista de la búsqueda del insight, con tales representaciones.

En otros casos, en que los pensamientos son vividos, no como construcciones acerca de los hechos, sino como un reflejo de los mismos, vale decir, cuando la dimensión representacional de la mente es reemplazada por la equivalencia psíquica (Lanza Castelli, 2013) no es posible proceder a la búsqueda del insight.

4) Capacidad para aprehender la interpretación del terapeuta y compararla con la propia experiencia interna (Bateman, Fonagy, 2006) (T: "Y sin embargo tiene resentimiento" L: "Sí, lo tengo, pero estoy dispuesta a perdonar (...) lo contengo...no sé por qué", p. 273). Esta capacidad se encuentra en la base del trabajo terapéutico, ya que es necesaria dicha comparación para que la intervención del terapeuta, si es acertada, pueda ser integrada por el paciente.

En este punto cabe hacer un comentario un poco más extenso, ya que es posible postular que aquellos consultantes que tienen una reducida capacidad para identificar los estados mentales propios y ajenos, difícilmente podrán beneficiarse de una terapia que esté orientada al insight, como la que lleva a cabo la terapeuta de Lisa.

Esto se debe -entre otras cosas- a que cuanto más débil sea la percepción de la propia subjetividad que tenga un paciente (no por la acción de una defensa, sino por déficit en la constitución de las representaciones secundarias para simbolizar los afectos), más difícil le resultará integrar sus propias experiencias con la versión de aquéllas que le presenta su terapeuta.

Cuando el terapeuta le presenta -a un paciente que tiene una percepción débil de sus estados internos- una versión coherente y pertinente de sus estados mentales y de su funcionamiento mental, dicho consultante no estará en condiciones de comparar la representación que le es ofrecida con un modelo autogenerado de su propia experiencia mental (debido al déficit mencionado), por lo que se verá perturbado y confundido, o aceptará sin mayores cuestionamientos lo que dice el terapeuta (por vía de sobreadaptación), o lo rechazará en bloque.

Por esa razón, el que Lisa sea capaz de llevar a cabo dicha comparación, supone una adecuada constitución de sus estados internos y una fuerte percepción de los mismos, en la medida en que son removidas las defensas que dificultan su percatación.

5) A la vez, Lisa muestra que es consciente de las limitaciones de su comprensión de sí misma, esto es, advierte que los estados mentales (propios y ajenos) son opacos (Fonagy et al., 1998). Esta comprensión acerca de este aspecto de la naturaleza de dichos estados es también indicadora de buen nivel de mentalización ("lo contengo...no sé por qué", p. 273).

6) Capacidad para identificar los propios afectos, lo que da cuenta de un buen nivel de constitución de las representaciones secundarias para simbolizarlos, lo que hace que en lugar de ser confusos, sean claros para la paciente. La constitución adecuada de estas representaciones constituye la base de que dichos afectos puedan ser identificados, diferenciados entre sí, nombrados y regulados (Bateman, Fonagy, 2004) (L: "Lo comprendo. Pero luego, sabe, la ira y el resentimiento están todavía allí (...) y no se van") (p. 273).

De todos modos, el registro de dichos afectos era, al comienzo de la terapia, incipiente, debido a la acción de la defensa, por lo que fue necesaria la ayuda del terapeuta para que la paciente pudiera experimentarlos plenamente y para que identificara con mayor claridad el conflicto entre ellos y su creencia en la importancia de perdonar.

En este punto se advierte cómo, cuando están dados los requisitos de un buen mentalizar, de modo tal que es posible trabajar con una terapia orientada al insight, las intervenciones adecuadas que tienen lugar en dicha terapia optimizan el mentalizar (Hörz-Sagstetter et al., 2015). Por esa razón, el mentalizar aparece no sólo como un requisito de un buen proceso terapéutico en este tipo de terapias, sino también como un resultado del mismo (Slagstadt Gullestad & Wilberg, 2011).

7) Capacidad para identificar la naturaleza defensiva de ciertas actitudes o estados mentales (Fonagy et al., 1998) (L: "Estoy cansada de cubrir, de ser falsa y de pretender que todo está OK. Pero no es así") (p. 275).

8) En el contexto de la secuencia de verbalizaciones de la paciente y de comentarios de los autores del trabajo, la frase citada implica "...una comprensión nueva de la naturaleza potencialmente disfuncional de su esquema de perdonar" (p. 275).

Esto implica la capacidad de adoptar puntos de vista diferentes respecto a determinadas realidades internas, en este caso, su tendencia a perdonar.

Esta flexibilidad respecto al punto de vista propio es un rasgo inherente al buen mentalizar, al que se le contraponen la rigidez en los casos en que dicho mentalizar se encuentra en déficit (Bateman, Fonagy, 2006).

Dicha flexibilidad es también esencial para que sea posible el insight, el cual implica, justamente, un punto de vista nuevo sobre la propia realidad psíquica. Según los autores del trabajo en el que figuran los casos de Lisa y George "Los insights son puntos en la terapia en los que el cliente entiende algo de una manera nueva, sugiriendo con ello que una experiencia problemática ha sido asimilada en un esquema modificado" (Honos-Web, Stiles, 1998, p. 270).

g) Otro aspecto que muestra su buen nivel mentalizador es el trabajo que puede hacer sobre sí misma, mediante el cual reestructura su creencia de que hay que perdonar, en la medida en que advierte que muchas veces ha actuado de manera falsa en ese sentido. Por lo demás, advierte también que mantener ese esquema en forma rígida, complica las cosas y la hace sentir mal (Allen, Fonagy, Bateman, 2008).

Reestructura, entonces, el esquema y puede integrar en él el resentimiento que siente, mediante una acomodación de aquél. Sigue pensando en el valor del perdón, pero entiende también que puede ser maladaptativo y falso si no integra la hostilidad y, en lugar de ello, la sofoca.

Vale decir que esta reestructuración del esquema ha ido de la mano del reconocimiento de su hostilidad (insight) y del incremento del registro de la misma (mentalización de la afectividad).

Podríamos decir, entonces, que en el caso de Lisa, hemos encontrado los siguientes indicadores de una buena capacidad de mentalizar, *la cual hizo posible, tanto el trabajo dirigido al logro del insight, como la consecución de este último*:

- Interés en focalizar en los propios estados mentales.
- Capacidad para identificar conflictos internos.
- Capacidad para aprehender el carácter meramente representacional de los pensamientos.
- Capacidad para aprehender la interpretación del terapeuta y compararla con la propia experiencia interna.
- Capacidad para advertir la opacidad de los estados mentales.
- Capacidad para identificar los propios afectos.
- Capacidad para identificar la naturaleza defensiva de ciertas actitudes o estados mentales.
- Capacidad para adoptar puntos de vista diferentes respecto a determinadas realidades internas.
- Capacidad para trabajar sobre sí misma y reestructurar esquemas mentales disfuncionales.

Cabe destacar que todas estas capacidades se traducen en procesos que se ponen en juego en un espacio interno, el cual forma parte de un buen mentalizar. El conflicto se juega en ese espacio y es tramitado en el interior del propio psiquismo, con el aporte del terapeuta.

En relación a este punto, cabe hacer algunas consideraciones. Si bien Lisa atribuyó inicialmente su depresión a la adicción al juego de su marido, ya en la primera sesión pudo focalizarse en sus estados mentales, particularmente en el conflicto entre su hostilidad no plenamente consciente y su esquema de que hay que perdonar.

Aunque estos sentimientos, creencias y pensamientos estaban -sin duda- relacionados con los objetos de la realidad exterior (esposo y padres), no obstante constituían para Lisa representaciones y afectos, vale decir, "realidades psíquicas" que no dependían para su modificación de que hubiera, o no, cambios en el mundo externo. *Dichas "realidades psíquicas" fueron trabajadas y modificadas en ese espacio interno, el cual tenía, por tanto, un grado importante de autonomía respecto a los avatares de la realidad exterior.*

Tanto es así, que los autores del trabajo mencionan al final lo siguiente: "El caso de Lisa ilustra cómo el cambio terapéutico y el alivio de los síntomas no requiere de cambios en las circunstancias objetivas. Su esposo no dejó de jugar y su matrimonio continuó siendo difícil, pero sus problemas perdieron parte de su poder para controlar su estado emocional y su malestar ya no incluyó más la depresión.

Su mejoría sintomática parecía comprensible como reflejo de la asimilación de sus experiencias problemáticas en esquemas emocionales modificados, que incluían el self y la responsabilidad.

Lisa no realizó cambios audaces en su vida (por ej. dejar a su esposo), pero resolvió tareas terapéuticas relevantes, una de las cuales era el conflicto entre su enfado y su necesidad de perdonar, y mostró una mejoría impresionante en las evaluaciones de la intensidad de sus síntomas" (Honos-Web, Stiles, 1998, p. 282).

Podríamos sintetizar estas consideraciones diciendo que *cuando hay un buen nivel mentalizador*, el sujeto cuenta con un espacio interno en el que puede resolver conflictos, modificar sentimientos displacenteros, etc., con independencia de las modificaciones sobrevenidas en el mundo externo y sin necesitar, por tanto, de estas últimas para lograr los cambios internos mencionados.

Por el contrario, *cuando hay déficits importantes en la capacidad de mentalizar*, el sujeto no cuenta sino mínimamente con este espacio interno y con la posibilidad de trabajar en él, por lo que los cambios deseados en el estado anímico son vividos por él como altamente dependientes de las modificaciones que puedan lograrse en el mundo externo.

Esto es lo que se observa en el caso de George.

*George, el caso no exitoso:*

George era un hombre de 64 años que se había criado en una familia rica y que había asistido a una prestigiosa escuela. Sus padres se divorciaron cuando tenía dos años de edad.

Estaba casado y tenía dos hijas.

También a él se le diagnosticó un episodio depresivo mayor. Atribuía su depresión a su inseguridad financiera y a su sentimiento de ser un fracaso, por trabajar en lo que consideraba una posición clerical de baja categoría.

Fue asignado al azar a una PEP, a la que asistió a lo largo de 19 sesiones. Fue el caso menos exitoso de todos los que participaron de la investigación.

En su caso encontramos los siguientes indicadores de déficits en la capacidad de mentalizar, en el comienzo del tratamiento.

1) Según los autores, George atribuyó su depresión -a lo largo de toda la terapia- a sus limitaciones financieras. Citan un intercambio interesante que tuvo lugar en la sesión 10. "G: En todos estos problemas hay un único hilo que los recorre a todos, que es realmente el problema de la falta de dinero. Independientemente de cómo usted manipule ese pensamiento, usted sabe, en cada caso puede ser levemente diferente, pero en general significa mi falta de habilidad para proveerlo".

El terapeuta sugirió que: "me ha parecido que el dinero era un hilo, pero a menudo era más simbólico"

George respondió: "Le puedo asegurar que está lejos de ser simbólico, es bien real. Yo literalmente me gano la vida a duras penas de un sueldo al otro"

Los autores agregan que George consideraba que los altos niveles de toxicidad en sus intestinos, revelados por el diagnóstico médico, podrían haber contribuido a su depresión (Honos-Web, Stiles, 1998, p. 277).

En ambas afirmaciones del paciente encontramos con claridad un pensamiento concreto, algunas de cuyas características son: la atribución de causas físicas a los estados mentales (la toxicidad del intestino produce la depresión). Una falla generalizada para apreciar los estados mentales y prestarles atención. El privar a dichos estados de su status especial, de "realidad psíquica", y considerados reflejos de la realidad física. La explicación del comportamiento en base a variables situacionales o restricciones físicas o económicas, y no

en base a estados mentales. El apego a los hechos concretos, físicos, mensurables y la dificultad para apreciar la dimensión simbólica.

Una característica central es su falta de flexibilidad: la limitación para comprender los pensamientos y sentimientos (propios y ajenos), sumada a la dificultad para adoptar un punto de vista diferente sobre el mismo hecho, lo torna particularmente rígido (Bateman, Fonagy, 2006).

2) En la 5ta sesión y utilizando la técnica de las dos sillas, el terapeuta le interpretó al paciente que se dedicaba a mirar la televisión y a jugar con la computadora (cosa que su esposa le reprochaba) para huir de la relación con su familia. George, hablando desde la silla que representaba a su mujer, esto es, hablando como si fuera ella, agregó, dirigiéndose a la silla que lo representaba a él: "Sí, y de tus responsabilidades: limpiar el túnel, limpiar el garaje, limpiar el sótano, limpiar. Haz el trabajo de la casa, tú sabes".

T: y su sentimiento es...?

G: No. Ésas son cosas que me interesan (las que mira en la TV), que atrapan mi atención, y las miro. No las uso para evadir las responsabilidades o las personas"

En este fragmento nos encontramos con otra manifestación de déficits en la mentalización, consistente en el énfasis que pone George en el tema de las responsabilidades que, por lo demás, tienen que ver con acciones concretas (limpiar) y no con estados mentales.

En efecto, el enfoque que se centra en las obligaciones, responsabilidades, pautas, etc., enfoca el comportamiento humano desde ese punto de vista, con lo cual soslaya enfocarlo desde el punto de vista de los estados mentales. Se trata, entonces, de un enfoque no mentalizador (Bateman, Fonagy, 2006).

Continuando con la misma sesión, encontramos una intervención del terapeuta en la que le propone que le diga a la esposa lo que acaba de decirle a él (esto es, que desde su silla le hable a la silla que representa a su esposa). George lo hace en forma muy similar a como lo hizo con el terapeuta. Entonces éste le pregunta: "T: qué está sintiendo?" "G: frustración. Y dale con lo mismo. No cambia nada. Es el mismo patrón de: demanda, no cumplimiento, frustración, rabia, explosión" (p. 279).

Es interesante que esta intervención del terapeuta, no interpretativa sino que interroga por los sentimientos, elicitó una respuesta diferente en George, en la cual son verbalizados estados emocionales y, además, es descrita la secuencia habitual de los mismos en el vínculo con su esposa.

Si comparamos esta respuesta con la anterior, en la que habla de las responsabilidades, vemos que en la segunda respuesta la capacidad de mentalizar de George ha experimentado un leve incremento (identificación de estados mentales y de su secuencia), debido al tipo de intervención del terapeuta, que inquiriere por el estado emocional del paciente. En su intervención anterior, si bien el terapeuta también utiliza la expresión "sentir", parecería que con ello alude a lo que George "opina" de lo que acaba de decir en representación de su esposa. Al menos, así lo entiende George, según se advierte en su respuesta.

Más clara todavía resulta la contraposición si comparamos la intervención en que el terapeuta explora el estado emocional del paciente, con aquella otra en que le dice que el hilo de lo económico "era más simbólico". Esta intervención parece incidir negativamente en la capacidad de mentalizar de George y estimular en él un incremento del pensamiento concreto: "Le puedo asegurar que está lejos de ser simbólico, es bien real".

Estos breves ejemplos ilustran dos formas de intervención diferentes, cuyos resultados son opuestos (una refuerza el pensamiento concreto, la otra estimula el mentalizar), en un paciente con una capacidad de mentalizar tan deficitaria como la de George.

3) En la sesión 7, George dice: "No poseo una casa, no poseo un auto, no poseo nada de estatura o estatus (...) Pero traté, traté de proveer para la familia, y fue un fracaso miserable.

T: ayúdeme a entender.

G: Me hubiera gustado tener una casa, así al menos mi familia, y mi mujer en particular, tendrían algo para mostrar que yo era capaz de proveer para ellos. Pero no hay nada.

T: eso lo hace sentir bastante mal.

G: Sí. Así es (...) su mera presencia es un recordatorio de ese fracaso.

T: su esposa.

G: sí.

T: entonces la mira y se siente mal.

G: Sí, así es. Y muchas veces he pensado que debería irme y perderme en la multitud. Pero nunca he tenido el coraje para hacerlo"

En este pasaje se advierte que George persevera en la misma relación que ha planteado de entrada: la falta de dinero (o de objetos comprados con él) lo hace sentir un fracasado. Esta rigidez sin matices en el enfoque de su problema, es un indicador de un mentalizar en déficit.

Junto a ello encontramos una inmovible ligazón entre la falta de dinero, o de posesiones, como algo concreto, y su sentirse mal, su depresión.

Podríamos retomar en este punto las consideraciones hechas con anterioridad respecto al espacio interno. Vemos que en George este espacio es mínimo, lo suficiente como para que pueda identificar algunas emociones (Cf. más arriba) y algunos pensamientos (“recordatorio de ese fracaso” “he pensado que debería irme”), estimulado en este caso, tal vez, por las intervenciones del terapeuta que focalizan en su estado de ánimo (“eso lo hace sentir bastante mal”, “entonces la mira y se siente mal”).

Pero su convicción acerca de que la razón de su depresión radica en su falta de dinero, testimonia que -desde su punto de vista- *la única forma de modificar dicha depresión se encuentra ligada a un cambio en las circunstancias externas*: si comenzara a ganar dinero, comprara una casa, etc., dejaría de estar deprimido.

Vale decir que todo se desenvuelve en el espacio exterior y George no cuenta con un espacio interno en el que pueda reflexionar acerca de, por ejemplo, las razones por las que tiene un único parámetro (el económico) para sentir que ha fracasado en la vida, en el que pueda abrirse a otras escalas valorativas, a otro punto de vista sobre su realidad, etc.

Esta configuración mental, este déficit en el mentalizar torna imposible todo trabajo que tienda a promover el insight, como medio para modificar su estado anímico. Como vimos en el caso de Lisa, este trabajo requiere de una serie de requisitos que se podrían cifrar en la expresión: capacidad de mentalizar.

4) Es interesante también en este fragmento de sesión que el proveerles la casa no parece tener para él el significado de cuidado, protección o seguridad, lo que estaría dando cuenta de sentimientos tiernos en relación a su familia y de su capacidad de empatizar con el eventual deseo de ellos de tener un hogar propio, lo que hablaría de su capacidad de mentalizar.

El significado principal, en cambio, consiste en que pudieran mostrarla y con ello testimoniar de su propia capacidad (de George) para proveerlos de ella, lo que indica el foco en lo externo y la falta de interés por los estados internos del otro.

Este énfasis en las acciones y en lo externo, sin referencia alguna a los estados mentales, son indicadores también de déficits en el mentalizar y de pensamiento concreto.

El resto del material que figura en el artículo no presenta variaciones de estilo y sólo muy pocas variaciones temáticas. Todo sigue girando sobre lo mismo, mientras es enfocado del modo ya comentado, sin la más mínima variación o apertura a algo diferente.

Antes de sacar mayores conclusiones de la comparación que podemos establecer entre Lisa y George, vale la pena hacer una breve reseña de las consideraciones que realizaron los autores del artículo, desde su punto de vista, consistente en que toda perturbación se debe

a la existencia de experiencias problemáticas que han sido sofocadas y que se trata entonces de ir favoreciendo que se hagan conscientes, a los efectos de que los síntomas remitan. Lo que podríamos también llamar, la teoría del conflicto como raíz de toda perturbación, y del insight como factor principal del cambio.

“¿Por qué George no progresó más de lo que lo hizo?. Consideramos tres posibles aportes relacionados: el tiempo limitado del tratamiento, la fuerza o debilidad de la alianza terapéutica, y la investidura u oposición de George al trabajo terapéutico” (Honos-Web, Stiles, 1998, p. 283).

Según el primer aporte, los autores destacan que George ingresó a la terapia con niveles más bajos en la escala de asimilación de experiencias problemáticas, que Lisa. Por esa razón habría necesitado más tiempo para llegar hasta el punto al que ella llegó.

Otro aporte posible sería que una ruptura en la alianza terapéutica condujo a un impasse en la terapia, pero los autores se apresuran a aclarar que tal cosa no sucedió. Por el contrario, la alianza terapéutica se mantuvo en un alto nivel desde el comienzo hasta el final del tratamiento.

El tercer aporte indica que el progreso a lo largo de la escala, requiere que el paciente se focalice de modo sostenido en los tópicos penosos, tal como hizo Lisa. Pero George viraba su atención hacia otro tópico cuando el anterior resultaba penoso. Los autores lo resumen diciendo que en George había una oposición a la expresión de los afectos penosos y una oposición al insight, a los que consideran dos subtipos de resistencias.

Resulta del mayor interés advertir que la restricción del punto de vista de los autores a sólo la teoría del conflicto, el insight y las resistencias, los lleva a trabajar en la terapia buscando exclusivamente el insight y, cuando éste no se logra, a explicar dicho fracaso apelando a la teoría de las resistencias, sin tomar en cuenta otras dimensiones del funcionamiento mental de George, que parecen ser las verdaderas responsables del mal resultado terapéutico.

Por mi parte, en función de todo lo comentado hasta aquí, considero que es posible postular que hay una serie de *requisitos*, de *condiciones de posibilidad*, para que el trabajo que busca promover el insight pueda tener lugar, y que esos requisitos pueden sintetizarse en la expresión: capacidad de mentalizar.

La comparación de las terapias de Lisa y George nos permite advertir que en Lisa tales requisitos se cumplían con creces, dada su elevada capacidad mentalizadora, que hemos caracterizado con algún detalle al exponer su caso.

Así, por tomar sólo un aspecto de los comentados, el poseer un espacio interno en el cual poder trabajar sobre representaciones y conflictos también internos, con independencia de

los avatares de las circunstancias externas, la capacitó para el logro del insight y la modificación de su estado depresivo inicial.

En el caso de George, por el contrario, la estrechez de dicho espacio y el anudamiento rígido de su malestar a factores físicos, externos a su psiquis (falta de dinero, toxicidad en sus intestinos) tornó imposible dicho trabajo enderezado a la consecución del insight.

Por esa razón, en este tipo de casos (nada infrecuentes en la práctica clínica de nuestros días) en los que déficits en el mentalizar tienen como consecuencia la falta de aquellos requisitos que son necesarios para trabajar buscando el insight, se impone otra estrategia.

Esta estrategia es aquella que se dirige a favorecer en primer término una elevación en la capacidad mentalizadora del paciente y que supone una teoría específica (la teoría de la mentalización), así como una actitud determinada del terapeuta y una serie de técnicas específicas para el abordaje clínico (Bateman, Fonagy, 2004, 2006).

Y es sólo después que dicha capacidad se haya incrementado, que podrán introducirse, paulatinamente, intervenciones que tiendan a procurar el insight, si tal cosa fuese necesaria, ya que hay perturbaciones en las que el conflicto no parece desempeñar un papel demasiado relevante en la génesis del trastorno, el cual obedece, en lo esencial, a déficits estructurales, esto es, a déficits en la capacidad de mentalizar (Bateman, Fonagy, 2006; Fonagy et al., 1993; Grupo de trabajo del OPD, 2006; Stauss, Fritzsche, 2008).

Entre las sugerencias que derivan del enfoque basado en la mentalización, se encuentra el evitar intervenciones (como aquella en que el terapeuta dice que el hilo del dinero ha de ser más simbólico) que requieren un alto nivel mentalizador por parte del paciente para mostrarse productivas, y que en casos como el de George, refuerzan el déficit en el mentalizar, volviéndose, por tanto, iatrogénicas (tal como fue comentado más arriba).

En este enfoque se postulan más bien intervenciones que no sobrepasen las capacidades mentalizadoras del paciente y que focalicen en los estados mentales. Así, la intervención en que el terapeuta le pregunta qué está sintiendo, produce un leve incremento del mentalizar, como fue señalado ya.

Son múltiples las intervenciones de este estilo que son propuestas en este abordaje, cuyo número y variedad hace imposible ni siquiera nombrarlas en este breve espacio (Bateman, Fonagy, 2004, 2006; Debanné, 2016).

Espero haber mostrado en los ejemplos clínicos y en las consideraciones precedentes que el enfoque basado en la mentalización, lejos de ser un enfoque superficial que merecería el desdén por parte de aquellos terapeutas enrolados en abordajes psicoterapéuticos centrados en la búsqueda del insight, merece la mayor atención para el tratamiento de

aquellos casos en los que diversos déficits en la capacidad de mentalizar tornan inviable, o dificultan, el trabajo que busca promover el insight.

## REFERENCIAS

- Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A. (2008) *Mentalizing in Clinical Practice* American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A, Fonagy, P (2004) *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-based Treatment*. Oxford: Oxford University Press
- Bateman, A., Fonagy, P. (2006) *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder. A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Debbané, M. (2016) *Mentaliser. De la théorie à la pratique clinique*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur s.a.
- De la Parra, G. Gómez-Barris, E., Dagnino, P. (2016) Conflicto y estructura en psicoterapia dinámica: el diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2) *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*. Año III – Número II - Abril 2016.
- Fonagy, P; Luyten, P (2009) A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology* 21, 1355–1381
- Fonagy, P; Luyten, P (2010) Mentalization: Understanding Borderline Personality Disorder, en Fuchs, Sattel, Henningsen (eds) *The Embodied Self. Dimensions, Coherence and Disorders*. Schattauer
- Fonagy, P., Moran, G.S., Edgcombe, R., Kennedy, H., Target, M. (1993) The Roles of Mental Representations and Mental Processes in Therapeutic Action. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 48:9-48.
- 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.
- Fonagy, P, Gergely, G, Jurist, E, Target, M (2002) *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Green, A. (2001) La crise de l'entendement psychanalytique. *Revue Française de Psychanalyse*. Numéro Hors Série, 2001.
- Grupo de Trabajo OPD (2006) Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2) Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia. Barcelona: Herder Editorial, 2008.
- Honos-Webb, L., Stiles, W.B. (1998) Assimilation Analysis of Process-Experiential Psychotherapy: A comparison of two cases. *Psychotherapy Research* 8 (3) 264-286.
- Hörz-Sagstetter, S., Mertens, W., Isphording, I., Buchheim, A., Taubner, S. (2015) Changes in Reflective Functioning during Psychoanalytic Psychotherapies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2015 Jun;63(3):481-509.
- Killingmo, H. (1989): Conflicto y déficit.: implicaciones para la técnica, *Libro Anual de Psicoanálisis*, vol.15: 112-126.
- Krystall, H. (1988) *Integration & Self-Healing. Affect, Trauma, Alexithymia*. New York: Routledge, 2009 (Reprinted).
- Lanza Castelli, G. (2013) El pasaje de la mentalización a la equivalencia psíquica: sus consecuencias clínicas. *Querencia. Revista de Psicoanálisis*. Nro 15, 2013.

- Lanza Castelli, G. (2015) Conflicto, estructura y mentalización: interrelaciones y complementariedades. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis*, Nro. 50.
- Lecours, S. (2007) Supportive interventions and nonsymbolic mental Functioning. *International Journal of Psychoanalysis*, 88; 895-915.
- Lecours, S., Sanlian, N., & Bouchard, M.-A. (2007). Assessing verbal elaboration of affect in clinical interviews. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71, 227-247.
- Rudolf, G. (2004) *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. (2007) Strukturbezogene Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. En Dammann, G. & Janssen, P.L. (2007) *Psychotherapie der Borderline-Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis störungsspezifisch und schulübergreifend*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG, pp. 89-98.
- Slagstad Gullestad, F. & Wilberg, T. (2011) Change in reflective functioning during psychotherapy – A single-case study. *Psychotherapy Research*, 21: 1, 97-111.
- Smith, H.F., (2003), Conception of conflict in psychoanalytic theory and practice. *Psychoanalytic Quarterly*. 72: 49-96.
- Stauss, K., Fritzsche, K. (2008) Der Wechsel von konflikt- zu strukturbezogener Psychotherapie, *Die Psychodynamische Psychotherapie*, 2008 (Vol. 7): No. 2; 66-75

Original recibido con fecha: 2-8-2016

Revisado: 30-9-2016

Aceptado: 31-10-2016

#### NOTAS:

---

<sup>1</sup> Gustavo Lanza Castelli es Psicoanalista. Psicoterapeuta acreditado por la *Federación Latinoamericana de Psicoterapia* y el *World Council for Psychotherapy*. Presidente de la *Asociación Internacional para el Estudio y Desarrollo de la Mentalización* (<http://asociacion-mentalizacion.com/>). Vicepresidente de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina (<http://www.apra.org.ar/>). Es director de *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia* (<http://revistamentalizacion.com/>). Es director de la *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina* (<http://www.revistadeapra.org.ar/>). Es autor de múltiples trabajos, publicados en revistas nacionales y extranjeras, sobre psicopatología, análisis del discurso, escritura y psicoterapia, mentalización y psicoterapia. Es compilador y co-autor del libro *La escritura como herramienta en la psicoterapia*, en coautoría con Héctor Fernández Álvarez y Héctor Forini, editado en 2011 por Psimática (España). Ha diseñado dos pruebas para evaluar la mentalización: a) El Método para la Evaluación de la Mentalización en el Contexto Interpersonal (MEMCI) (junto con Itziar Bilbao Bilbao), que ha sido recientemente validado. Ha sido publicado en la *Psychoanalytic Psychotherapy Review, European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy*; b) El Test de Situaciones para la Evaluación de la Mentalización (TESEM). Se encuentra en proceso de validación. Ha sido publicado en la *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*. Año IV, Nro 2. Correo electrónico: [gustavo.lanza.castelli@gmail.com](mailto:gustavo.lanza.castelli@gmail.com) Página web: [www.mentalizacion.com.ar](http://www.mentalizacion.com.ar)