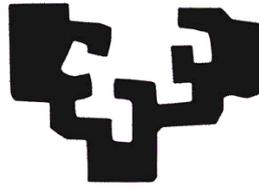


eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

FACULTAD DE MEDICINA Y ENFERMERÍA.
DEPARTAMENTO DE NEUROCIENCIAS. SECCIÓN PSIQUIATRÍA

TRADUCCIÓN CUALIFICADA AL
CASTELLANO Y EVALUACIÓN
PSICOMÉTRICA DEL *REFLECTIVE
FUNCTIONING QUESTIONNAIRE* EN
POBLACIÓN GENERAL Y EN
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD
ESPAÑÓLES ADULTOS

TESIS DOCTORAL

Doctorando: Eduardo Ruiz Parra

Director: Dr. Miguel Ángel González Torres

Bilbao, 2021

A Miriam, Alba y Andrés

Agradecimientos

A Miguel Ángel González Torres, sin cuyo constante estímulo, apoyo y orientación sin duda no hubiera sido posible esta tesis.

A Amaia Bilbao González por su inestimable ayuda con todos los análisis estadísticos.

A Guadalupe Manzano García por su innegable compromiso con este proyecto.

A todo el equipo de compañeros y compañeras del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Basurto y de la Unidad Docente de Basurto, actuales y pasados, por aportarme diariamente la vitalidad y el entusiasmo necesario para afrontar este y otros proyectos, y por hacerme sentirme parte de un gran equipo. Espero que podamos volver a tomar un café todos juntos cuando pase el covid19.

A todos los profesores y compañeros del *IPA Research Training Program* de Berlín, incluido el recién fallecido Dr. Horst Käechele, anfitrión del mismo, por todas las enriquecedoras ideas que me aportaron, algunas de las cuales están hoy plasmadas en esta tesis.

A mis padres, Felipe y M^a Ángeles, por proveerme de una infancia feliz y por transmitirme el amor al trabajo y la responsabilidad.

A mis amigos Joserra y Alejandra, que tanto me han animado con este proyecto.

A mis pacientes, que tanto han compartido conmigo y con los que tanto he aprendido.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS	vii – viii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix – x
ACRÓNIMOS	vi - xiv
ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL	1 – 144
La mentalización	3 – 24
Antecedentes del concepto	4 – 9
- La mentalización para la escuela psicosomática de París	
- Los trabajos sobre teoría de la mente	
- La necesidad de un nuevo concepto de mentalización	
La teoría de la retroalimentación social	9 – 12
La teoría del desarrollo de la realidad psíquica	12 – 15
- El modo de experimentar la realidad psíquica como equivalencia psíquica	
- El modo simulado de experimentar la realidad psíquica	
- La integración de los modos duales de la experiencia	
Características de la mentalización	16
Facetas de la mentalización y polaridades en su expresión ...	16 – 18
Hipomentalización e hipermentalización. Relación entre los fallos de la mentalización y la patología mental	19 – 20
La reemergencia de los modos no mentalizadores y su interés en psicoterapia	20 – 23
- Equivalencia psíquica	
- Modo teleológico	
- Modo simulado	
Áreas de investigación relacionadas con la mentalización	23 – 24

El apego	25 – 44
Antecedentes históricos	25 – 27
El apego y los modelos internos de trabajo. De las manifestaciones conductuales al nivel de representación	27 – 28
Estilos de apego en la infancia	29 – 30
Estilos de apego en adultos	30 – 32
Instrumentos para la medida del apego	32 – 35
- Instrumentos de medida del apego infantil	
- Instrumentos de medida del apego adulto	
La relación entre el apego y la mentalización	35 – 44
- Modelos mediadores	
- Proceso común favorecedor del apego seguro y de la mentalización	
Algunos constructos relacionados de interés	45 – 80
Empatía	45 – 49
<i>Mindfulness</i>	49 – 50
Teoría de la mente (ToM)	50 – 57
Ceguera mental	58 – 59
Lectura de la mente	59 – 60
Cognición social	60 – 65
Alexitimia	65 – 68
Metacognición	68 – 70
Identidad y difusión de identidad	70 – 80
- Aportaciones al constructo de identidad desde la teoría de las relaciones objetales	
- Identidad y mentalización	

La medida indirecta de la mentalización	81 – 92
La función reflexiva, la escala de función reflexiva y otras formas de medida de la misma	93 – 108
¿Cómo surgió el concepto de función reflexiva?	93 – 95
La <i>Reflective Functioning Scale</i> aplicada a las transcripciones de la <i>Adult Attachment Interview</i>	95 – 104
- Dimensiones de la función reflexiva	
- Preguntas que demandan reflexión versus preguntas que permiten la reflexión	
- ¿Cómo se puntúan las respuestas? Anclajes	
- Puntuación global de la escala. Clasificación en tipos y subtipos de FR	
- Datos sobre la validación de la RFS	
Función reflexiva y función reflexiva parental	105
Otros instrumentos de medida de la función reflexiva	105 – 108
- Sistemas de codificación de narrativas	
- Evaluación de la FR mediante cuestionarios	
El cuestionario de función reflexiva	109 – 144
Cuestionarios de función reflexiva de 46 y de 54 ítems	109 – 110
El cuestionario de función reflexiva de 8 ítems	110 – 112
Los estudios iniciales de evaluación psicométrica del RFQ8 ...	112 – 123
- Muestras utilizadas en los diferentes estudios	
- Análisis de la estructura factorial del RFQ8	
- Fiabilidad de las escalas del RFQ8	
- Validez de constructo	
Investigación realizada utilizando el RFQ8	124 – 130
Estudios más recientes de validación del RFQ	130 – 140
- Estructura factorial y propiedades psicométricas de la versión griega del RFQ8	

- Validación de la versión alemana. Problemas encontrados, soluciones aportadas y reflexiones en torno a la escala

* El estudio de Carsten Spitzer y sus colaboradores

* Las reflexiones y el estudio de replicación de Sacha Müller y sus colaboradores

Justificación del estudio	141 – 144
OBJETIVOS E HIPÓTESIS	145 – 150
Objetivos	147 – 148
Hipótesis del estudio	149 – 150
MATERIAL Y MÉTODOS	151 – 164
Participantes	153
Selección del tamaño muestral	154
Traducción del cuestionario	154 – 155
Medidas	155 – 161
Variables sociodemográficas	156
Cuestionarios autoaplicados	156 – 161
Análisis de los datos	161 – 164
Fiabilidad	162
Validez de constructo	162 – 164
RESULTADOS	165 – 176
Datos sociodemográficos	167
Efectos suelo y techo	167
Análisis de la estructura factorial del cuestionario	167 – 169
Análisis factorial exploratorio	167 – 168
Análisis factorial confirmatorio	168 – 169
Fiabilidad	170

Validez de constructo	170 – 175
Validez convergente	170 – 172
- Constructos relacionados con la mentalización	
- Correlación con medidas de psicopatología	
Validez de grupos conocidos	172 – 175
- Categorías de alexitimia, depresión y disfunción de la personalidad	
- Discriminación entre grupo no clínico y grupo de pacientes con trastorno de personalidad	
Síntesis de los resultados	175 – 176
DISCUSIÓN	177 – 198
Proceso de traducción del cuestionario, equivalencia con el cuestionario original, y análisis de la validez aparente y de contenido	179 – 182
Equivalencia conceptual, semántica y operativa de la traducción	179
Validez aparente y de contenido	179 – 182
Otras cuestiones relacionadas con el número de ítems	182
Características de las muestras	183
Efectos suelo y techo	184
Estructura factorial del cuestionario	184 – 187
Análisis factorial exploratorio	184 – 185
Análisis factorial confirmatorio	185 – 187
Fiabilidad	187
Validez convergente	187 -
La escala RFQi y su correspondencia con los constructos relacionados	187 – 190

La escala RFQc y su correspondencia con los constructos relacionados	190 – 193
Correlación de las escalas del RFQ8 con las medidas de psicopatología	193 – 196
Validez de grupos conocidos	196 – 197
El RFQ como medida de mentalización <i>offline</i>	197 – 198
CONCLUSIONES	199 - 204
BIBLIOGRAFÍA	205 - 234
ANEXOS	235 - 242
The Reflective Functioning Questionnaire	237 – 238
Cuestionario de Función Reflexiva	239 – 240
Sintaxis para corregir las 2 escalas del RFQ8	241 – 242

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Facetas de la mentalización.

Tabla 2: Dimensiones de la mentalización.

Tabla 3: Instrumentos de medida de la función reflexiva y variables relacionadas, en inglés y otros idioma distintos del español.

Tabla 4: Instrumentos de medida de la función reflexiva y variables relacionadas, en español.

Tabla 5: Puntuación global de la *Reflective Functioning Scale*. Tipos y subtipos de función reflexiva.

Tabla 6. Correspondencia entre los ítems del RFQ54, el RFQ46 y el RFQ8.

Tabla 7: Características de las muestras de los estudios.

Tabla 8: Análisis de la estructura factorial mediante el uso de análisis factorial confirmatorio.

Tabla 9: Análisis de la invarianza factorial mediante el uso de análisis factorial exploratorio-multigrupos.

Tabla 10: Datos sobre la consistencia interna de las dos escalas en los distintos estudios.

Tabla 11: Datos sobre la fiabilidad test-retest de las dos escalas en los distintos estudios.

Tabla 12: Cuestionarios utilizados en el estudio 1 de la validación original del RFQ, y correlación con las variables relacionadas con la mentalización y las características clínicas.

Tabla 13: Cuestionarios utilizados en el estudio 2 de la validación original del RFQ

Tabla 14: Cuestionarios utilizados en la validación al francés del RFQ, y correlación con las variables relacionadas con la mentalización y las medidas de psicopatología.

Tabla 15: Cuestionarios utilizados en la validación al italiano del RFQ y correlación con las variables relacionadas con la mentalización.

Tabla 16: Estudios realizados utilizando el RFQ.

Tabla 17: Metodología empleada en la traducción.

Tabla 18: constructos relacionados y sentido de la relación (validez convergente).

Tabla 19: Análisis factorial confirmatorio (patrón de factores rotados): coeficientes de regresión estandarizados y estimaciones de la comunalidad.

Tabla 20. Análisis factorial confirmatorio en la muestra no clínica: índices de bondad de ajuste (cada factor por separado)

Tabla 21. AFC en la muestra no clínica: cargas factoriales (cada factor por separado).

Tabla 22. Índices de fiabilidad (consistencia interna y estabilidad temporal) para lo grupos no clínico y clínico.

Tabla 23. Correlaciones entre la certeza (RFQc) y la incertidumbre (RFQi) sobre los estados mentales y las medidas de los constructos relacionados con la mentalización en las muestras no clínica y clínica.

Tabla 24. Correlaciones entre la certeza (RFQc) y la incertidumbre (RFQi) acerca de los estados mentales y las medidas de psicopatología en las muestras no clínica y clínica.

Tabla 25. Validez de grupos conocidos (muestra no clínica).

Tabla 26. Diferencias de grupo entre las muestras no clínica y clínica.

Tabla 27: Síntesis de los resultados.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Internalización de la representación de un estado emocional por la función especular de la madre.

Figura 2: Modelo de la muñeca rusa de la evolución de la empatía.

Figura 3: Tarea de Sally y Anne.

Figura 4: Diada objetal relacional.

Figura 5: Organización psíquica escindida.

ACRÓNIMOS

AAI	<i>Adult Attachment Interview</i> (Entrevista del Apego Adulto)
AFC	Análisis factorial confirmatorio
AFE	Análisis factorial exploratorio
AQ	<i>Autistic Spectrum Quotient</i>
ASR	<i>Adult Self-Report</i>
ASWB	<i>Amsterdam Scale of Well-Being</i>
BDI	<i>Borderline Disorder Inventory</i>
BED-II	<i>Beck Depression Inventory II</i> (Inventario de Depresión de Beck II)
BES	<i>Basic Empathy Scale</i>
BN	Bulimia nerviosa
BSI	<i>Brief Symptom Inventory</i>
CAI	<i>Child Attachment Interview</i>
CCI	Coeficiente de correlación intraclase
CRF	<i>Computerized Reflective Functioning</i>
CRFS	<i>Child Reflective Functioning Scale</i>
DE	Desviación estándar
DID	<i>Diagnostic Inventory for Depression</i>
EAT	<i>Eating Attitudes Test</i>
EII	Enfermedad inflamatoria intestinal
EIT	Esquizofrenia de inicio temprano
EQ	<i>Empathy Quotient</i>
FR	Función reflexiva
GAD	<i>Anxiety Scale of the Patient Health Questionnaire-4</i>
GBB-8	<i>Gießener Beschwerdebogens-8</i> [Lista de Quejas Subjetivas de Gießener]
gl	Grados de libertad
IAC	Índice de ajuste comparativo
IANN	Índice de ajuste no normalizado o índice de Tucker-Lewis
IAPS	<i>International Affective Picture System</i>
IC	Intervalo de confianza
IIP32	<i>Inventory of Interpersonal Problems 32 - Circumplex</i> (Inventario de Problemas Interpersonales 32 - Circumplejo)

IIP64	<i>Inventory of Interpersonal Problems 64 - Circumplex</i> (Inventario de Problemas Interpersonales 64 - Circumplejo)
IMSP	Índice de Malestar por Síntomas Positivos
IPO	<i>Inventory of Personality Organization</i> (Inventario de la Organización de la Personalidad)
IPO83	<i>Inventory of Personality Organization 83</i> (Inventario de la Organización de la Personalidad 83)
IRI	<i>Interpersonal Reactivity Index</i> (Índice de Reactividad interpersonal)
ISG	Índice de Severidad Global
KIMS	<i>Kentucky Inventory of Mindfulness Skills</i>
MAAS	<i>Mindful Attention Awareness Scale</i>
MASC	<i>Movie for the Assessment of Social Cognition</i>
MEMCI	Método para la Evaluación de la Mentalización en el Contexto Interpersonal
MIS	<i>Multi-Impulsivity Scale</i>
MSA	<i>Mentalizing Stories for Adolescents</i>
MSAS	<i>Metacognition Self-Assessment Scale</i>
OPD-SF	<i>Operationalized Structural Questionnaire Short-Form</i>
PCEI	Promedio de la correlación entre los ítems
PDI-R	<i>Parental Development Interview - Revised</i> (Entrevista Parental del Desarrollo - Revisada)
PHQ-2	<i>Depression Scale of the Patient Health Questionnaire-4</i>
PHQ-4	<i>Patient Health Questionnaire-4</i>
PID5	<i>Personality Inventory for DSM 5</i> (Inventario de la Personalidad para el DSM 5).
PID5-BF	<i>Personality Inventory por DSM 5 - Brief Form</i> (Inventario de la Personalidad para el DSM 5 - Versión Breve).
PRFQ / CFRP18	<i>Parental Reflective Functioning Questionnaire</i> / Cuestionario de Función Reflexiva Parental
PSE	Procedimiento de la Situación del extraño
PTS	<i>Perspective Taking Subscale</i> (Subescala de Toma de Perspectiva)
RECM	Residuo estandarizado cuadrático medio
RECMA	Raíz del error cuadrático medio de aproximación
RFQ	<i>Reflective Functioning Questionnaire</i> (Cuestionario de Función Reflexiva)
RFQ-Y	<i>Reflective Functioning Questionnaire - Youth</i>
RFQ46	<i>Reflective Functioning Questionnaire 46</i> (Cuestionario de Función Reflexiva de 46 ítems)
RFQ54	<i>Reflective Functioning Questionnaire 54</i> (Cuestionario de Función Reflexiva de 54 ítems)

RFQ6	<i>Reflective Functioning Questionnaire 6</i> (Cuestionario de Función Reflexiva de 6 ítems)
RFQ8	<i>Reflective Functioning Questionnaire 8</i> (Cuestionario de Función Reflexiva de 8 ítems)
RFQc	Escala de Certidumbre del Cuestionario de Función Reflexiva
RFQi	Escala de Incertidumbre del Cuestionario de Función Reflexiva
RFS	<i>Reflective Functioning Scale</i> (Escala de Función Reflexiva)
RG	Rechazo de género
RMET	<i>Reading the Mind in the Eyes Test</i>
RPRCM	Raíz ponderada del residual cuadrático medio
SCID-I	<i>Structured Clinical Interview for DSM IV - I</i> (Entrevista Clínica Estructurada del DSM IV - I)
SCID-II	<i>Structured Clinical Interview for DSM IV - II</i> (Entrevista Clínica Estructurada del DSM IV - II)
SCL10-R	<i>Symptom Checklist 10 R</i> (Inventario de 10 Síntomas R)
SCL90-R	<i>Symptom Checklist 90 R</i> (Inventario de 90 Síntomas R)
SHI	<i>Self-Harm Inventory</i>
SLC	<i>Short List of Complaints</i>
STAXI	<i>State Trait Anger Inventory</i> (Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo)
SWAP	<i>Schedler-Western Assessment Procedure</i>
TA	Trastorno de alimentación
TAS20	<i>Toronto Alexitimia Scale</i> (Escala de Alexitimia de Toronto)
TCC	Terapia cognitivo conductual
TDAH	Trastorno por déficit de atención hiperactividad
TEQ	<i>Toronto Empathy Questionnaire</i>
TESEM	Test de Situaciones para la Evaluación de la Mentalización
TI	Transfobia internalizada
TLP	Trastorno límite de la personalidad
ToM	Teoría de la mente
TP	Trastorno de personalidad
TPHLP	Tratamiento psicodinámico hospitalario a largo plazo
TRE	Terapia racional emotiva
TSP	Total de los Síntomas Positivos
TUS	Trastorno por uso de sustancias
UCL	University College London
WLEIS	<i>Wong and Law Intelligence Scale</i>

YSR *Youth Self-Report*

ZAN *Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder*

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL

LA MENTALIZACIÓN

La mentalización, en el sentido en el que va a ser entendida en el presente trabajo, es un constructo que fue propuesto por Peter Fonagy en el año 1989 (Fonagy, 1989). Fonagy y su grupo utilizan el término mentalización para referirse al proceso mental por el cual percibimos e interpretamos nuestros propios comportamientos o los de los demás como dependientes de o relacionados con **estados mentales subjetivos e intencionales**. Estos estados mentales subyacen al comportamiento y lo dotan de sentido; e incluyen deseos, necesidades, sentimientos, creencias y razones personales (Bateman & Fonagy, 2004). Mentalizar implica focalizarse en los estados mentales de **uno mismo** o de los **otros**, particularmente para explicar el comportamiento (Bateman & Fonagy, 2006).

La mentalización es una actividad mental imaginativa, basada en hipótesis, de que los estados mentales influyen en la conducta humana. Aunque exige procesos cognitivos complejos, es una actividad principalmente preconsciente. Por lo general, requiere de un análisis de las circunstancias en las que se producen las acciones, de las pautas conductuales previas y de las experiencias a las que la persona se ha visto expuesta (Bateman & Fonagy, 2016).

Como resultado de la mentalización, el comportamiento y las experiencias emocionales propios y los de los demás se tornan más significativos y predecibles, especialmente en el contexto de las relaciones cercanas e íntimas (Bateman & Fonagy, 2004, 2006).

Una característica fundamental del constructo, tal y como lo entienden estos autores, es que se considera que la capacidad de mentalizar se desarrolla siempre en el contexto de las relaciones de **apego** y es dependiente de la calidad de las mismas. Se ha evidenciado que las desviaciones significativas de las relaciones de apego se asocian a deficiencias en la mentalización. A su vez, una

mentalización adecuada nos permite regular las emociones y establecer relaciones interpersonales satisfactorias (Fonagy et al., 2002).

Un termino asociado al de mentalización es el de **función reflexiva** (FR). La FR es una operacionalización¹ con propósitos de investigación de las capacidades mentales que generan mentalización (Fonagy et al., 1998, 2002). Por ello los términos mentalización y FR son comúnmente utilizados como sinónimos.

Antecedentes del concepto

La mentalización para la Escuela Psicosomática de Paris.

El término mentalización fue introducido como tal por primera vez en los años 50 del siglo XX por el grupo de Pierre Marty y la Escuela Psicosomática de Paris, consolidándose su conceptualización en los años 70. Para dicha escuela, la mentalización hace referencia a los aspectos del aparato mental que conciernen a la cantidad y la calidad de las representaciones psíquicas de los individuos (Marty, 1990). En realidad, el concepto original hacía referencia a una falta de esta capacidad, la desmentalización. Esta consistía en una ausencia de capacidad para producir representaciones psíquicas que se apreciaba en ciertos pacientes psicosomáticos.

La noción de mentalización deriva de la propuesta de Sigmund Freud de que la principal función del aparato psíquico era la de regular el flujo de excitaciones que surgen en el cuerpo. A dicha idea estaban ligados los conceptos freudianos de ligazón, que se refiere a la operación que tiende a limitar el flujo libre de excitaciones, a unir las representaciones entre sí y a construir y mantener formas relativamente estables (Laplanche & Pontalis, 1996); y de elaboración

¹ La operacionalización de una variable es un proceso por el cual esta se convierte de un concepto abstracto en uno empírico, susceptible de ser medido por medio de la aplicación de un instrumento.

psíquica, que se refiere al trabajo realizado por el aparato psíquico con vistas a controlar las excitaciones, que consiste en integrar las excitaciones en el psiquismo y establecer entre ellas conexiones asociativas (Laplanche & Pontalis, 1996).

Serge Lecours y Marc André Bouchard nos ofrecen una definición que nos aclara este concepto de mentalización:

El proceso de mentalización se refiere a una función de conexión del yo o del preconscious, que consiste en conectar las excitaciones corporales con representaciones endopsíquicas... Esto requiere una metabolización mental de las excitaciones somáticas-corporales, una transformación de la excitación en pulsiones y afectos psíquicamente activos. Con la progresiva complejización de las redes de representaciones, se producen contenidos y estructuras mentales elaboradas a un nivel mayor (Lecours & Bouchard, 1997, pp. 855-856).

Es decir, que la transformación de las excitaciones en un flujo libre de representaciones (el proceso de mentalización) sería lo que permite al aparato psíquico llevar a cabo su función adecuadamente.

Para Marty, una mentalización efectiva resultaría de tres características formales del sistema preconscious: (a) el espesor, que se refiere a que durante el desarrollo psíquico normal se forman sucesivas capas de representaciones mentales que actúan como barrera mental protectora²; (b) la fluidez de los vínculos entre las representaciones, que asegura una libertad en el uso de las asociaciones; y (c) la constancia, por la cual la función asociativa ha de mostrar cierta permanencia y estabilidad (Lecours & Bouchard, 1997).

Para una revisión en profundidad sobre esa primera acepción del término se remite al lector a la exhaustiva revisión de Lecours y Bouchard (1997).

² Frente a las excitaciones que surgen del cuerpo.

Gustavo Lanza Castelli (Lanza Castelli, 2013) ha llamado a este tipo de mentalización *transformacional*, para diferenciarla de la *mentalización reflexiva*.

Los trabajos sobre Teoría de la Mente³

Por otro lado, en los años 80, los investigadores sobre el desarrollo, en base a los trabajos pioneros de David Premack y Guy Woodruff (1978), desarrollaron un modelo para comprender los estados mentales internos denominado Teoría de la Mente (ToM). La ToM se refiere a la habilidad para comprender y predecir la conducta de otras personas, sus conocimientos, sus intenciones, sus emociones y sus creencias. Hace referencia a la capacidad cognitiva para atribuir estados mentales a los demás (Goldman, 2012) y para entender el comportamiento como motivado por dichos estados mentales no directamente observables. Permite comprender y predecir el comportamiento de otras personas y reaccionar apropiadamente en un contexto social. En un sentido más amplio, también incluiría la capacidad para atribuirse estados mentales a uno mismo.

Los investigadores de ToM comenzaron a evaluar la capacidad cognitiva del niño para interpretar que un comportamiento relevante pudiera estar basado en **creencias erróneas** mediante pruebas diseñadas al efecto (Baron-Cohen et al., 1985; Wimmer & Perner, 1983). Predecir que el otro pueda llevar a cabo comportamientos en base a creencias erróneas es un indicio de la adquisición de una ToM (Dennett, 1987). Una gran parte de los estudios de ToM se centraron precisamente en esto, en entender en que momento se adquiere la ToM; y la entendieron como un constructo unitario, focalizándose exclusivamente en aspectos cognitivos y enfocados en el otro (pensar acerca de los pensamientos, intenciones y creencias del otro). Así, a pesar de lo ambicioso de la definición del concepto de ToM, en la práctica el concepto quedó significativamente restringido.

³ Más adelante se abordará con mayor extensión la ToM. Lo siguiente valga como introducción para entender la necesidad del concepto de mentalización.

La necesidad del nuevo concepto de mentalización

Los desarrollos más recientes de la ToM tienen en cuenta la evidencia sobre la naturaleza multidimensional del constructo (Dvash & Shamay-Tsoory, 2014) e incluyen aspectos emocionales (Baron-Cohen, 2005) y *procesos de auto-atribución* (Goldman, 2006), e incluso prefieren el uso del término mentalización sobre el de ToM, al no estar limitado a tareas específicas ni grupos de edad particulares. Con todo, precisamente las dificultades presentadas por el concepto clásico de ToM fueron un impulso relevante para el desarrollo del nuevo concepto de mentalización tal y como lo entiende el grupo de Fonagy.

Fonagy y sus colaboradores tomaron como punto de partida una crítica a este concepto de ToM:

Los modelos actuales del desarrollo de la teoría de la mente tienden a retratar al niño como a un procesador de la información aislado, que construye una teoría de la mente utilizando mecanismos biológicos que tienen una tasa de fallo esperable cuando la dotación del niño está por debajo de un nivel óptimo (Fonagy et al., 2002, p. 30).

Los modelos de ToM se preguntaban sobre cómo y cuándo se adquiriría un conocimiento de los otros en un sentido abstracto, pero no se preguntaban que sentía el niño sobre los estados mentales que encontraba. El niño podía saber lo que el otro sentía, pero no importarle; o lo contrario, *que esta información fuera una cuestión de supervivencia*. Aunque era razonable pensar que el significado emocional de los estados mentales determinaba la evolución de la capacidad o la estructura disponible para procesarlos, generalmente no era abordado por el modelo de ToM (Fonagy et al., 2002).

La visión de la ToM ignoraba el papel central de la relación emocional del niño con sus padres para promover la capacidad de entender las relaciones en términos psicológicos. Sin embargo, *el desarrollo de la capacidad para comprender los estados mentales está enclavado en el mundo social de la familia, con su red de relaciones*

cargadas emocionalmente y complejas, que es, en gran parte, lo que hay que comprender (Fonagy et al., 2002, p. 30).

Peter Fonagy y sus colaboradores apoyan estas afirmaciones en distintos estudios observacionales que sugieren que la naturaleza de las interacciones familiares, las características del control parental (Dunn et al., 1991), el que los padres hablen sobre las emociones (Denham et al., 1994) y la profundidad de las discusiones de los padres en relación al afecto (Dunn et al., 1991), se asocian con la adquisición de una posición intencional⁴ en los hijos. Además, el hecho de que la presencia de hermanos mayores mejore el desempeño de los niños en tareas que evalúan las falsas creencias (es decir, favorezca un desarrollo más precoz de la ToM) (Jenkins & Astington, 1996; Perner et al., 1994; Ruffman et al., 1998) refuerza la idea de que la adquisición de la capacidad de mentalizar depende del papel desarrollado por la familia.

Vemos así como la mentalización, como desarrollo de la capacidad para atribuir estados mentales, depende en gran parte de la socialización, en el contexto de una **relación segura con las principales figuras de apego** en la etapa de la infancia temprana. Este es el motivo por el cual la mentalización, desde este punto de vista, es un concepto indisolublemente vinculado con la teoría del apego, la psicología del desarrollo y el psicoanálisis (Fonagy et al., 2002); que se diferencia del concepto de ToM, que surge como una propiedad de la maduración, que aparece por sí misma durante el desarrollo del niño excepto en algunos casos de patología (por ejemplo en el autismo). Además, la mentalización incluye elementos emocionales y la atribución de estados mentales a uno mismo.

El modelo de la mentalización fue esbozado por vez primera durante un estudio que evaluaba la transmisión intergeneracional del apego (Bateman & Fonagy, 2016). En el mismo se apreciaba que la **seguridad del apego de los bebés** hacia sus padres no solo se podía predecir por la seguridad del apego de sus padres

⁴ Esta implica que podemos deducir el comportamiento de los deseos o creencias que le atribuimos a los seres humanos (Dennett, 1987).

durante el embarazo (Fonagy et al., 1991), sino que también parecía relacionarse con la **capacidad de sus padres para comprender su propia infancia** y la relación con sus propios padres desde el punto de vista de los estados mentales⁵ (Fonagy et al., 1991).

La investigación posterior a ese estudio, alentada por el mismo, puso de manifiesto que la capacidad de mentalización, que emerge en el contexto de las relaciones tempranas de apego, es un determinante fundamental de la **organización del *self***⁶ y de la **regulación de los afectos** (Fonagy et al., 2002). El concepto de mentalización se basa en la idea de que la comprensión de los demás depende de si nuestros propios estados mentales fueron entendidos adecuadamente por adultos cariñosos, atentos y no amenazadores.

Este concepto de mentalización desarrollada en un contexto relacional se nutre de dos teorías diferentes pero complementarias: la teoría de la retroalimentación social (Gergely & Watson, 1996) y la teoría del desarrollo de la realidad psíquica (Fonagy & Target, 1996; Target & Fonagy, 1996).

La teoría de la retroalimentación social

La teoría de la retroalimentación social (Gergely & Watson, 1996) se centra en las interacciones tempranas entre el infante y su cuidador y cómo éstas constituyen los aspectos reguladores del afecto en esta relación inicial.

⁵ Se hará una mayor referencia a este estudio más adelante, al hablar desarrollar el concepto de FR.

⁶ Se entiende por *self* las creencias, conceptos y representaciones subjetivas que tiene la persona de sí misma; o la conciencia de uno mismo. Fonagy entiende el *self* como agente mental (como actor y pensador) y como representación. La mentalización implica un componente de reflexión sobre uno mismo y uno interpersonal que, combinados, proporcionan al niño la capacidad de distinguir la realidad interna de la externa, los procesos mentales y emocionales intrapersonales de las comunicaciones interpersonales. La comprensión del *self* como agente mental (la representación de los propios estados intencionales) surge de la experiencia interpersonal (las relaciones de objeto primario). Para poder atribuirse estados mentales intencionales a uno mismo ha de estar presente el *self* agente (Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy et al., 2002).

Esta teoría plantea la existencia de un complejo sistema biosocial en la cual los bebés comunican instintivamente cambios afectivos a través de su comportamiento y cómo la madre (o el cuidador) responde a estos reflejando el estado afectivo del bebé de una forma marcada y contingente.

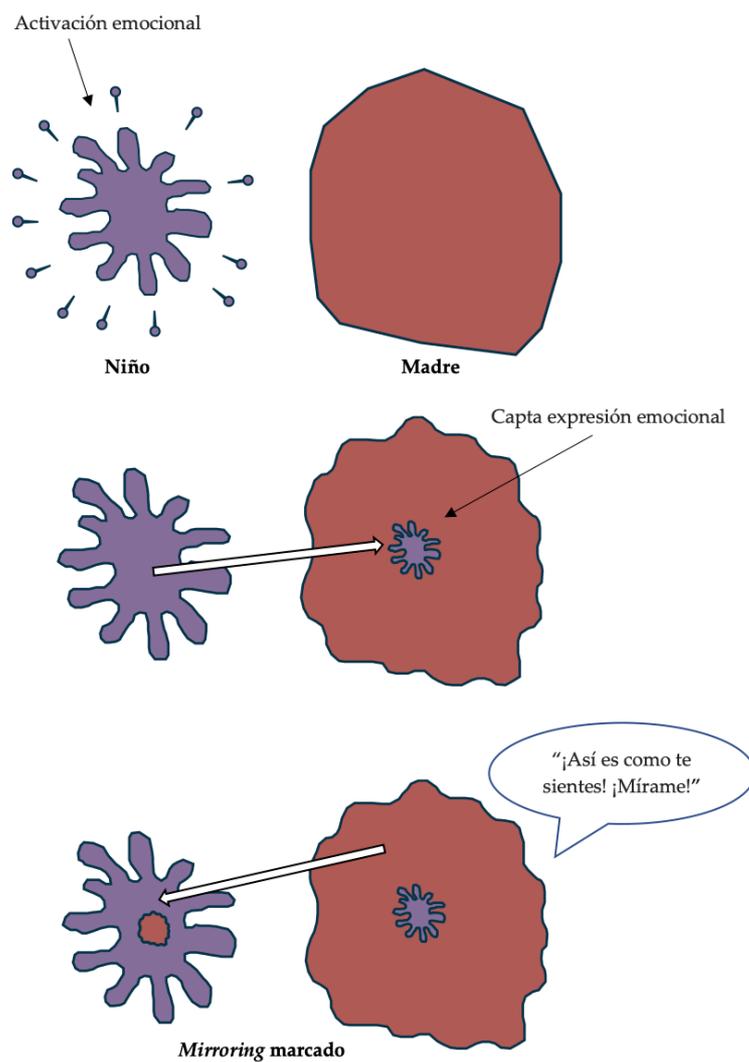
Cuando el niño de 0 a 18 meses presenta una activación psicológica, no la puede modular ni significar; requiere de una figura de apego que le ayude a modularla. La función de la madre es esencial para regular los afectos del niño. La madre capta la expresión emocional del niño y reacciona de forma contingente reflejando la expresión emocional del bebé a través de su propia expresión emocional (es lo que se ha denominado *mirroring* o **función especular**), en forma de actitudes, gestos y después palabras. El niño encuentra a un cuidador que se comporta de forma contingente con sus estados mentales. La madre genera un formato en el que los estados mentales del niño pueden ser representados. De esta forma, el niño enlaza sus estados fisiológicos internos con los externos, los ofrecidos por la madre. La respuesta de la madre se internaliza como parte del propio *self*, generándose así una ilusión de coherencia del propio *self* (figura 1). Es importante que la respuesta sea **marcada**⁷ para comunicar al bebé que la reacción de la madre no es representativa de su propio estado afectivo. Al internalizar la representación del cuidador como una representación secundaria, el bebé incorpora ésta en la representación de su propio *self*. Mediante este proceso, repetido una y otra vez, el niño acaba pudiendo desarrollar una narrativa coherente entre lo que le está pasando y como se siente en el contexto de experiencias emocionales.

Este proceso dota al sujeto de una capacidad de autorregulación emocional porque, por ejemplo, ante situaciones que convocan una emoción negativa: (a) entiende la emoción como parte de su propia experiencia, (b) entiende que lo que

⁷ El marcaje implica que la madre presenta la respuesta de un modo que le señala (le marca) al niño que no es un estado mental que pertenece a la madre, sino a él. Por ejemplo, la madre puede hablar con un tono de voz distinto – y gesticulando con la cara de una forma particular – cuando habla de los estados mentales del bebé que cuando habla de los suyos propios.

está viviendo es un estado emocional y (c) puede experimentar el estado emocional sin sentirse amenazado.

Figura 1: Internalización de la representación de un estado emocional por a la función especular de la madre (modificada de por el autor de Orgaz Barnier, 2016).



Las dificultades de mentalización aparecerían en este modelo cuando la expresión emocional de niño se ve **inadecuadamente reflejada**, bien porque se refleja una emoción incongruente con la reacción del niño; o porque se produce un reflejo amplificado, no marcado o no contingente. El niño podría entonces

internalizar representaciones del estado de los progenitores, no de su propio estado reflejado. Internalizaría un *alien self*⁸. En situaciones traumáticas, esta parte ajena del *self* podría llegar a adoptar una forma persecutoria.

En este segundo caso, cuando el sujeto se ve enfrentado, en otros momentos de su vida, con situaciones estresantes, tendrá graves problemas porque: (a) la emoción no será percibida como parte de su propia experiencia, (b) habrá una fragmentación del *self*, al romperse la ilusión de coherencia del *self*, (c) presentará alteraciones en la forma en la que percibe su propia identidad y (d) aparecerán modos de experimentar la realidad interna prementalizados.

La teoría del desarrollo de la realidad psíquica

La percepción del niño de la realidad psíquica cambia durante su normal desarrollo, con un cambio fundamental en torno a los 4 años, cuando adquiere la habilidad para atribuirse estados mentales intencionales (metas, deseos y creencias) a sí mismo y a los demás como una forma de explicar las acciones. Aunque la habilidad para desarrollar la capacidad de mentalizar es innata, la adquisición de una capacidad de mentalizar plena es el resultado de distintos pasos evolutivos y depende de la calidad de los cuidados que recibe el niño.

El niño muy pequeño utiliza dos formas de realidad psíquica, la **equivalencia psíquica** y el **modo simulado**, que difieren entre sí en la relación que se asume que existe entre la realidad interna y la realidad externa. La integración de estas dos modalidades en un modo reflexivo único se completa normalmente a los 4 años, con el afecto por delante de la cognición: en primer lugar, el niño entiende que las personas tienen diferentes sentimientos respecto a una realidad externa y, en un segundo tiempo, que pueden pensar de forma diferente respecto a la misma realidad (Fonagy & Target, 1996).

⁸ Se usa comúnmente el término en inglés. Se podría traducir como *self* o sí mismo ajeno o extraño

Algunos investigadores del desarrollo creen que los precursores de la capacidad para atribuir estados intencionales pueden estar presentes tan temprano como a los 4 meses de edad, dado que hay comportamientos observables (señalar y mirar al otro, o comprobar la reacción del cuidador a situaciones extrañas) que podrían implicar un conocimiento de la mente de los demás en el primer año de vida (Butterworth et al., 1991; Klinnert et al., 1983; Stern, 1991). György Gergely y sus colaboradores (1995) demostraron empíricamente que los bebés de 6-9 meses son capaces de atribuir un propósito a los eventos. Poco después del final del primer año, el niño implícitamente muestra una conciencia parcial de la diferencia entre las representaciones internas y la realidad. Vasudevi Reddy (1991) interpreta así el deleite de los niños cuando no imaginaban que su madre les fuera a dar toda la barra dulce para ellos, o les permite salir corriendo o andar a través de un camino sin ir de la mano.

Para los tres años, los niños son capaces de distinguir entre los sueños, los pensamientos y las cosas reales, empiezan con el juego simulado y aprecian con facilidad la intención de alguien de imitar o simular algo (por ejemplo, cuando su padre hace de perro). Sin embargo, el sentido de la realidad psíquica de un niño de 2-3 años tiene un **carácter dual**. El niño actúa habitualmente en modo de equivalencia psíquica, en el que no se siente que las ideas sean representaciones, sino réplicas directas de la realidad y, consecuentemente, son siempre ciertas; sin embargo, en otros momentos utiliza el modo simulado, en el que se considera que las ideas son representaciones, pero no se examina su correspondencia con la realidad.

El modo de experimentar la realidad psíquica como equivalencia psíquica

El niño pequeño no considera sus estados mentales como intencionales, sino como parte de una **realidad física u objetiva**. Se comporta como si su experiencia interna fuera equivalente a la realidad externa o la reflejara, y que, por extensión,

otros tuvieran las mismas experiencias que uno está teniendo. El sentido subjetivo de unicidad de lo interno y lo externo es una fase universal del desarrollo. El niño pequeño no tiene todavía la capacidad de apreciar la naturaleza puramente representacional de sus ideas y sentimientos. Si piensa o siente algo, automáticamente es real (Fonagy & Target, 1996).

Un problema que se deriva de esta forma de experimentar el mundo interno es que puede resultar aterradora, dado que el niño siente que tanto sus fantasías, como aquello que venga del mundo que lo rodea, tienen un impacto mutuo, poderoso, directo e inevitable (Fonagy et al., 2002; Fonagy & Target, 1996).

El modo simulado de experimentar la realidad psíquica

El **juego** tiene un papel fundamental en el desarrollo del pensamiento y de la experiencia emocional, y particularmente en su integración (Fonagy & Target, 1996), y permite observar de forma muy evidente la forma en la que se presenta el modo simulado.

Cuando está jugando, el niño es capaz de ver su mente representando ideas, deseos y otros sentimientos. Sin embargo, en este modo de pensar que se manifiesta en el juego, hay una condición indispensable: no tiene que haber ninguna conexión entre el mundo simulado en el juego y la realidad externa (Fonagy et al., 2002; Fonagy & Target, 1996). La diferencia entre el modo equivalente y el modo simulado ha de estar claramente delimitada, y la falta de correspondencia con la realidad actual es frecuentemente exagerada (Fonagy & Fonagy, 1995). Si no se asegura esta separación, rápidamente se hace presente cuan amenazante es el isomorfismo de las realidades interna y externa para el niño, que tiene un conocimiento limitado de las implicaciones y los riesgos reales de muchas situaciones (Fonagy & Target, 1996).

Aunque el niño en el juego pueda reflexionar sobre estados mentales, incluidas las falsas creencias, no puede hacer esto fuera del juego. De hecho, puede pensar

en los pensamientos como pensamientos porque están claramente y deliberadamente desprovistos de su conexión con el mundo real de las personas y las cosas. La comprensión de los estados mentales puede ser aparecer antes en el desarrollo del niño, a través del juego, precisamente por la segregación de dicha comprensión de los estados mentales de la realidad externa. Esta segregación permite evitar del sentido de intrusión mutua entre el pensamiento y la realidad, propio de la equivalencia psíquica. Además, el niño, durante el juego, solo puede reflexionar sobre pensamientos y emociones sobre situaciones de la vida real si está presente un adulto que le proporciona un marco necesario y lo aísla del carácter apremiante de la realidad externa (Fonagy & Target, 1996).

La integración de los modos duales de experiencia

En el cuarto y quinto año de vida los modos de equivalencia psíquica y simulado se **integran** progresivamente, y se establece un modo reflexivo de experimentar la realidad psíquica (Gopnik, 1993). El niño comprende que su comportamiento y el de los demás tiene sentido en términos de estados mentales, y, además, es capaz de reconocer que dichos estados son representaciones que pueden ser erróneas o cambiar (Fonagy & Target, 1996).

Para conseguir integrar los dos modos de experiencia previamente mencionados y crear una realidad psíquica completamente mentalizada, el niño necesita experimentar una y otra vez tres cosas: (a) sus sentimientos y pensamientos actuales, (b) que esos estados mentales sean representados en la mente del cuidador, y (c) el marco que representa la perspectiva normalmente orientada a la realidad del adulto. Este marco es una parte esencial del modelo. El niño necesita a alguien mayor que él que pueda representar la fantasía o la idea del niño en su mente, para poder entonces *reintroyectarla* y usarla como una representación de su propio pensamiento (Fonagy & Target, 1996).

Características de la mentalización

Una idea central para entender la mentalización es la de que los estados mentales son **opacos**, por lo cual solo podemos hacer inferencias al respecto de los mismos. Como las inferencias están sujetas a errores, no es difícil que en algunas ocasiones la mentalización sea incorrecta.

A diferencia de muchos aspectos del mundo físico, los estados mentales son relativamente **fáciles de modificar**. Por ejemplo, uno puede cambiar una creencia si se le demuestra que es errónea.

Dado que la mentalización concierne a una representación de la realidad, y no a la realidad en sí, es más frecuente cometer **errores** si nos centramos en los productos de la mentalización que si nos centramos en las circunstancias físicas.

En la mentalización se adopta una **actitud indagadora**, definida por una conducta interpersonal caracterizado por la expectativa de que la mente puede verse influenciada, sorprendida, alterada o ilustrada por el aprendizaje acerca de otra mente (Bateman & Fonagy, 2016).

Facetas de la mentalización y polaridades en su expresión

Se han descrito varias facetas de la mentalización (Allen et al., 2008), que incluyen los contenidos que abarca, los niveles de representación que utiliza, en que objeto se aplica, el marco temporal al que se dirige, y el grado de alcance o transversalidad de la misma (tabla 1).

Tabla 1: Facetas de la mentalización (traducido por el autor de Allen et al., 2008)

Faceta	Aspectos
Contenido de los estados mentales	Necesidades, deseos, sentimientos, pensamientos, alucinaciones, etc.
Niveles de representación	Más explícita (narrativa) versus más implícita (intuitiva).
Objetivo	Uno mismo versus los demás
Marco temporal	Presente, pasado o futuro
Amplitud o alcance	Más estrecho (estado mental presente) versus más amplio (contexto autobiográfico)

Además, se han identificado distintas dimensiones en la expresión de la mentalización en base a cuatro polaridades: la mentalización puede estar focalizada en **uno mismo** o en los **demás**; ser **automática o implícita**, la más común, o **controlada o explícita**; puede centrarse en los **procesos afectivos** o en los **cognitivos**; y, por último, puede estar basada en el **mundo interno** de la persona o en las **manifestaciones externas** (Bateman & Fonagy, 2016) (tabla 2). En dependencia del contexto, se precisa de una **flexibilidad** en el uso de estas dimensiones para una mentalización efectiva (Lanza Castelli, 2011; Sánchez Pascual et al., 2015). Un ejemplo ilustrativo de la necesidad de esta flexibilidad es el siguiente:

Un adulto está jugando activamente con un niño y ambos están disfrutando de la actividad. El adulto puede mantener activo un modo de mentalización automática con respecto al niño, rápido e intuitivo, reflejo, que requiere un mínimo esfuerzo atencional. Es una situación conocida, familiar, no problemática. Si, de repente, el niño, de forma poco esperable, se pone a llorar, la nueva situación exigiría del adulto un cambio en el modo de mentalización a uno controlado o explícito, que le permita reflexionar sobre lo que puede estar causando el malestar del niño.

Tabla 2: Dimensiones de la mentalización: (tabla personal elaborada sobre Bateman & Fonagy, 2016)

Automática o implícita	Controlada o explícita
<ul style="list-style-type: none"> - Proceso rápido e intuitivo, tiende a ser un acto reflejo. - Alta sensibilidad a las señales no verbales. - Preconsciente. Exige poca atención, conciencia, intención o esfuerzo. - Predomina en nuestra vida cotidiana y en las interacciones sociales ordinarias. La mayoría de los intercambios directos no requieren mayor atención. - En un entorno de apego seguro, sin problemas interpersonales. 	<ul style="list-style-type: none"> -Proceso lento, en secuencia. -Verbal -Requiere reflexión, atención, conciencia, intención y esfuerzo. - Se activa en entornos de apego no seguros, cuando surgen problemas interpersonales, errores y malos entendidos en la mentalización, o esta presente ansiedad o inseguridad.
Focalizada en el otro	Focalizada en uno mismo
<ul style="list-style-type: none"> - Precisión en la lectura de las mentes ajenas, sin necesidad de comprensión del propio mundo interno. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de mentalizar el propio estado, con capacidad o interés limitados para percibir los estados ajenos.
Interna	Externa
<ul style="list-style-type: none"> - Se averigua la experiencia interna propia o del otro en base a lo que sabemos de la persona y de la situación en la que se encuentra, los estados internos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se hacen inferencias basadas en los indicadores externos de los estados mentales de uno mismo o los otros: lo que percibimos y las características externas (expresiones faciales, comportamiento...). - Mayor sensibilidad a la comunicación no verbal.
Cognitiva	Afectiva
<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de razonar, reconocer y nombrar los estados mentales - Se asocia a menor empatía emocional - Orienta “leer la mente” hacia un ejercicio intelectual y racional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de comprender el sentimiento que acompaña a los estados mentales - Mayor susceptibilidad al contagio emocional - Hipersensibilidad a las señales emocionales.

Hipomentalización e hipermentalización. Relación entre los fallos de la mentalización y la patología mental.

En la mentalización genuina el individuo combina una habilidad observable para conformar modelos relativamente precisos (certeros) sobre la mente, junto con una consciencia y un reconocimiento de que su certeza está condicionada por la inevitable opacidad de los estados mentales (Allen et al., 2008; Fonagy et al., 2002).

Se han descrito dos tipos generales de fallos en la FR, que han sido relacionados con una mayor vulnerabilidad a presentar psicopatología: la hipomentalización y la hipermentalización (Fonagy et al., 2002; Fonagy & Luyten, 2016).

La **hipomentalización**, o pensamiento concreto o de equivalencia psíquica, refleja una incapacidad para considerar modelos complejos de la propia mente y/o la de los demás. Se ha relacionado con la vulnerabilidad para un amplio rango de trastornos, incluidos el trastorno límite de la personalidad (TLP) (Fonagy & Luyten, 2016), los trastornos de alimentación (Cucchi et al., 2018; Sacchetti et al., 2019; Skårderud, 2007), la depresión (Lemma et al., 2011; Luyten & Fonagy, 2014), el trastorno por uso de sustancias (Macfie et al., 2020), el trastorno por estrés postraumático (Huang et al., 2020), el trastorno por déficit de atención hiperactividad (Perroud et al., 2017) y el juego patológico (Ciccarelli et al., 2020).

La **hipermentalización**, también llamada pseudomentalización o mentalización excesiva, es la producción de representaciones mentales de las acciones en ausencia de evidencia apropiada disponible para apoyar estas interpretaciones (Sharp et al., 2011). Esta tendencia a desarrollar modelos imprecisos de la mente de uno mismo o de los demás se refleja típicamente en relatos excesivamente detallados con poca o ninguna relación con la realidad observable.

Los fallos en la mentalización podrían estar relacionados de forma diferenciada con distintos tipos de psicopatología (Sharp et al., 2011; Sharp & Fonagy, 2008),

incluso podrían tener diferentes fundamentos neurobiológicos y del desarrollo (Fonagy & Luyten, 2016; Ha et al., 2011, 2013). Los individuos con TLP pueden mostrar tanto hipomentalización como ocasional hipermentalización, en dependencia del contexto emocional. Por otro lado, los individuos con anorexia nerviosa con frecuencia muestran hipermentalización marcada (Bers et al., 2013). Además, se ha sugerido que los cambios producidos como resultado del proceso de maduración o de intervenciones psicosociales podrían diferir entre ambos tipos de fallo de la mentalización (Peter Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016).

La reemergencia de modos no mentalizadores y su interés en psicoterapia

Previamente se ha hablado de los modos de equivalencia psíquica y simulado como modos de experimentar la realidad psíquica en las etapas evolutivas previas a la adquisición de una capacidad mentalizadora plena. Sin embargo, durante el proceso de evaluación y tratamiento de algunos trastornos psicológicos, se ha apreciado como los pacientes muestra fallos de la mentalización, retornando a modos de funcionamiento mental prementalizadores. Este uso de modos no mentalizadores es, por lo general, dependiente del contexto, produciéndose típicamente en situaciones de aumento del *arousal*⁹. Además de los **modos de equivalencia psíquica** y **simulado**, se añadiría aquí un tercer modo, que también tiene su correspondencia evolutiva, el **modo teleológico** (Bateman & Fonagy, 2004). Anthony Bateman y Peter Fonagy (2016, 2004) han desarrollado un método de tratamiento psicológico orientado a identificar las dificultades mentalizadoras en los pacientes y ayudarles a resolverlas. En este sentido, han propuesto, entre otras, intervenciones específicas dirigidas a reconducir estos modos prementalizadores hacia modos de mentalización más maduros ¹⁰.

⁹ Activación general fisiológica y psicológica.

¹⁰ La descripción de las técnicas de manejo psicoterapéutico de dichos modos está fuera del propósito del presente trabajo.

Equivalencia psíquica

Cuando el sujeto adopta este modo, es extremadamente difícil para el individuo poder concebir que existen perspectivas alternativas. Los pensamientos se experimentan como si fuesen reales, el sujeto tiene una certeza absoluta sobre la propia experiencia subjetiva y no hay espacio para la duda. Lo interno y lo externo no están diferenciados, y es la experiencia interna la que gobierna cualquier interpretación del mundo. Generalmente, dicha experiencia es vivida con gran vivacidad e intensidad emocional.

Modo teleológico

En el modo teleológico los estados mentales solo son reconocidos y asumidos como reales si sus resultados son físicamente observables, en forma de acciones contingentes a los deseos, sentimientos, creencias o anhelos (Martínez Ibáñez, 2016). El sujeto depende de forma exagerada de lo que es físicamente observable, y solo se entiende a sí mismo o a los demás en términos de sus comportamientos; todo lo demás no se considera un indicador de las intenciones que uno o los demás pudieran tener (Bateman & Fonagy, 2016).

Típicamente, el terapeuta tiene la sensación de que el paciente le demanda, implícita o explícitamente, que haga algo en el plano físico (no mediante el uso de la palabra) de forma inmediata y visible. Por ejemplo, el paciente no puede experimentar la posibilidad de que el otro esté preocupado por él si no lleva a cabo una acción en la que demuestre su preocupación. En ocasiones, el sujeto actúa de tal manera que prueba al otro para que este le demuestre (o no) su estado subjetivo a través de la acción; por ejemplo, puede hacer cosas preocupantes para que el otro se vea forzado a hacer algo que le demuestre en el mundo físico su preocupación (Bateman & Fonagy, 2004). La mentalización está extremadamente sesgada hacia el polo externo y automático (Bateman & Fonagy, 2016).

El modo teleológico se corresponde evolutivamente a una etapa que podría iniciarse en torno a los ocho o nueve meses de vida (Bateman & Fonagy, 2004). En dicha etapa adquiere una comprensión de la autoría basada en los efectos sobre el mundo físico. Gergely y sus colaboradores (Gergely et al., 1995) demuestran que los bebés de 12 meses son capaces de desarrollar expectativas sobre como un objeto percibido como agente racional se comportará en un futuro. Pueden identificar el objetivo del dicho objeto-agente e interpretar sus acciones causalmente en relación con dicho objetivo (Gergely & Csibra, 1997). Según Gergely:

... el niño de 1 año interpreta las acciones de un agente en relación con un objetivo de forma causal ... el bebé puede llegar a representar la acción del agente como intencional sin atribuir realmente a la mente del agente una representación mental del estado futuro del objetivo ... los hallazgos parecen suficientemente explicados por la hipótesis de que el infante aplica un paradigma de 'causalidad teleológica' ... para interpretar la acción (Gergely et al., 1995, p. 188).

El niño aplica una postura interpretativa pero no mentalista en la que representa una acción como si estuviera relacionada teleológicamente con algún estado futuro del objetivo. Atribuir un objetivo a una acción implica que se evalúa la racionalidad de la acción en relación con las condiciones en las que se desarrolla ¹¹.

En el desarrollo las interpretaciones teleológicas se irán progresivamente transformando en interpretaciones mentalistas causales, dando lugar a la posición intencional (Gergely & Csibra, 1997).

¹¹ Fonagy propone que el fallo de un niño en demostrar la adquisición de ToM en las tareas de creencias erróneas (como la tarea de Maxi, de la que hablaremos en las pp. 41-42), se puede explicar desde este modo teleológico de funcionamiento, dado que el niño supondrá que el otro hará lo más racional para conseguir su meta, dada la realidad externa, sin tener en cuenta que los estados mentales (la creencia falsa en este caso) puedan condicionar las decisiones (Fonagy, 1999).

Modo simulado

En el modo simulado el sujeto mantiene una tendencia a la hipermentalización o pseudomentalización. Muestra una charla inconsecuente o con inferencias infundadas sobre los estados mentales, sin afecto asociado, en ocasiones de una forma un tanto intelectualizada. Hay una falta de conexión entre la realidad interna y la externa. El razonamiento sobre las creencias y los deseos es pobre. Este modo refleja que la mentalización explícita está dominada por un foco en lo interno implícito e inadecuado (Bateman & Fonagy, 2016).

Las áreas de investigación relacionadas con la mentalización

Deborah Badoud y sus colaboradores (2015) dividen la investigación centrada en el concepto de mentalización (mediante el uso de su forma operativizada, la FR) en tres grandes áreas:

1. La identificación de alteraciones en capacidad mentalizadora y sus diferencias en individuos con distintos **trastornos psiquiátricos**, tanto en la edad adulta (trastorno límite de la personalidad, psicosis, depresión, trastorno de pánico, trastornos de alimentación con o sin autolesiones, trastorno por uso de sustancias, trastorno por déficit de atención hiperactividad), como en la adolescencia (rasgos límites, juego patológico, comportamiento agresivo) (Bateman & Fonagy, 2012; Ciccarelli et al., 2020; Cucchi et al., 2018; Ha et al., 2013; Handeland et al., 2019; Huang et al., 2020; Katznelson, 2014; Macfie et al., 2020; Perroud et al., 2017; Sacchetti et al., 2019; Taubner, White, et al., 2013; Taubner & Curth, 2013).
2. La mentalización como una variable de cambio en los **procesos psicoterapéuticos** (Carrera et al., 2018; De Meulemeester et al., 2018; Frolli et al., 2020; Karlsson & Kermott, 2006; Levy et al., 2006; Taubner et al., 2011; Vermote et al., 2010).

3. El impacto de mentalización de los padres sobre las características del **desarrollo** de sus **hijos**¹² (Benbassat & Priel, 2012; Carlone & Milan, 2020; Peter Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016; Grienberger et al., 2005; Handeland et al., 2019; Slade et al., 2005).

Por su especificidad, se podría añadir una cuarta área de investigación a las propuestas por el grupo de Badoud; aquella que evalúa la mentalización como una **variable mediadora** en la expresión de síntomas en algunos trastornos mentales (Badoud et al., 2018; Brugnera et al., 2020; Cosenza et al., 2019; Euler et al., 2019; Gambin et al., 2020; Huang et al., 2020; Kristiansen et al., 2019; Li et al., 2019; Macfie et al., 2020; Morosan et al., 2020; Penner et al., 2019; Salaminios et al., 2020; Scandurra et al., 2020).

¹² La mentalización puede ser el factor que permite la transmisión intergeneracional de los patrones de apego entre padres e hijos.

EL APEGO

Antecedentes históricos

El fundador de la teoría del apego fue John Bowlby. A pesar de su formación psicoanalítica kleiniana¹³, desarrolló una teoría en las antípodas de dicha escuela. Para Bowlby, las experiencias de la vida real en la infancia tenían un efecto destacado sobre el desarrollo de la personalidad.

Hasta mediados de los años 50 del siglo XX, se creía que el establecimiento del vínculo del niño con su madre era estrictamente secundario a la satisfacción instintiva. La relación del niño con su madre surgía porque la madre lo alimentaba, y el placer asociado a la satisfacción del instinto se acababa asociando a la presencia de la madre (Cassidy, 2008).

Por otro lado, Melanie Klein veía la patología como la consecuencia de un conflicto entre los instintos de vida y de muerte. Para ella, los conflictos quedaban representados en forma de fantasías. Las relaciones con los demás eran vistas como epifenómenos de procesos internos autogenerados, más que como una parte integral de la interacción interpersonal. Dicho de otro modo, la causa de la psicopatología estaba en la fantasía y en los procesos psíquicos internos autogenerados (Marrone, 2014)

La experiencia de Bowlby en la *London Child Guidance Clinic*, estudiando los efectos de la ruptura relacional y el malestar en los niños durante la Segunda Guerra Mundial, consolidó su idea de que la psicopatología se originaba en las experiencias reales de la vida interpersonal (Owen, 2017). Bowlby, junto a su colega, el trabajador social James Robertson, observó que los niños experimentaron un malestar intenso cuando fueron separados de sus madres,

¹³ Melanie Klein fue su supervisora y su psicoanalista fue Joan Rivière, alineada con la escuela kleiniana.

incluso aunque fueran alimentados y cuidados por otros. Aparecía una y otra vez un patrón predecible de protesta y enfado, seguido por una fase de desesperación (Robertson & Bowlby, 1952).

Bowlby recibió una gran influencia de los ya clásicos estudios etnológicos de *imprinting* de Konrad Lorenz (Lorenz, 1935), en los que los gansos quedaban apegados a sujetos de otra especie, e incluso a objetos, que no les alimentaban; y de Harry Harlow (Harlow, 1958), en los que las crías de monos *rhesus*, sujetas a condiciones de estrés, no preferían a la *madre* de malla de alambre que les proporcionaba comida, sino la *madre* cubierta de tela que les proporcionaba comodidad al contacto. También era un acérrimo admirador de Charles Darwin, de quién llegó incluso a escribir una biografía.

En base a estas influencias Bowlby propuso que el mecanismo que subyacía al vínculo del bebé con su madre surgía originalmente de presiones evolutivas, de un **deseo de proximidad biológicamente condicionado** que aparecía a través del proceso de selección natural; no de la necesidad de satisfacción instintiva (Bowlby, 1958).

También Bowlby fue el primero en describir el concepto de la **base segura**, pero fue Mary Ainsworth (1913-1999), la segunda figura de más relevancia en la teoría del apego, quien, conduciendo dos estudios naturalísticos pioneros (en Uganda y en Baltimore) aplicando los principios etológicos de la teoría del apego a la observación de madres y sus hijos, expandió el concepto y demostró que la base segura es un fenómeno genuino (Ainsworth & Bowlby, 1991). En los momentos de necesidad, los niños buscan el cuidado y la presencia reconfortante de sus padres o un miembro de la familia disponible. En el proceso seguro, los adultos preocupados y sensibles al malestar del niño alivian la angustia infantil, tal y como el niño espera. Así, los niños aprenden a buscar ayuda de la figura de apego cuando se sienten frustrados o amenazados. Ser tranquilizados por la presencia y los cuidados de la figura de apego les permite volver a otras actividades como jugar con juguetes y seguir explorando el mundo. Ainsworth

también diseñó un procedimiento de evaluación del apego infantil y definió los estilos de apego en la infancia (Cassidy, 2008).

Por último, Mary Main es actualmente la figura más activa en teorización e investigación sobre el apego. Ha realizado aportaciones relevantes tanto al campo del apego infantil (Main & Solomon, 1986), como con respecto a la evaluación, la clasificación de los estados de la mente en relación al apego en los adultos y la relación entre dichos estados y los estilos de apego en los hijos (Main et al., 1985; Main & Goldwyn, 1994; Main & Solomon, 1986).

El apego y los modelos internos de trabajo. De las manifestaciones conductuales al nivel de representación

Los seres humanos nacen con un sistema comportamental del apego que incluye **componentes conductuales** y elementos organizativos internos y que hace que durante sus primeros años de vida se establezcan unos fuertes vínculos con sus figuras de referencia, principalmente padres, cuidadores, tutores, pero también con hermanos y otras figuras próximas. Opera para promover proximidad con el cuidador principal. Algunas condiciones ambientales (no disponer de la presencia del cuidador y situaciones no familiares) y situaciones internas (enfermedad, hambre, dolor, frío, ...) activan los comportamientos de apego (llorar, llamar, sonreír, ...), que pueden hacerse más activos al madurar. La interacción entre el niño y sus figuras de apego, las experiencias de vinculación que el niño vive, generan **modelos internos de trabajo**¹⁴ – que son representaciones mentales (internas) de la figura de apego, de uno mismo, de la relación interpersonal y del ambiente – que permiten predecir y organizar planificadamente el comportamiento, generándose expectativas sobre la disponibilidad y respuesta del cuidador (Ainsworth et al., 2015).

¹⁴ Los también llamados modelos internos operativos, de funcionamiento o de apego (*Internal Working Models* en inglés).

Las cada vez más sofisticadas capacidades cognitivas y lingüísticas que el niño va desarrollando influyen en como se manifiesta el apego. Gracias a las mismas, el niño puede ir confiando más en la disponibilidad del cuidador que en su proximidad física, tolerando progresivamente la separación del mismo, y disponiendo de una mayor capacidad de regulación emocional, que a su vez será menos dependiente de la respuesta del cuidador. Por todo ello, muchas situaciones dejarán de ser percibidas como una amenaza y cada vez será más difícil activar conductualmente el apego. Las nuevas capacidades le permiten al niño anticipar y coordinarse más y mejor con la figura de apego (Román Rodríguez, 2016). Esto y un repertorio conductual cada vez más extenso y flexible produce que a partir de los tres años las conductas de apego vayan perdiendo sensibilidad (Solomon & George, 2016) y se hagan menos evidentes.

Los modelos internos de apego se van automatizando y se ponen en marcha inconscientemente, generando expectativas y patrones de relación que permiten al niño manejarse con las relaciones sociales y crear una imagen del mundo como un lugar en el que se puede confiar o no. Según el niño crece, sus experiencias de vinculación se van integrando y el sistema de apego adquiere un carácter más abstracto, generando unos modelos internos cada vez más generalizados. El sistema de apego deja de estar tan ligado a personas específicas y adquiere un carácter cada vez más global. Todo esto obliga a que, si queremos evaluar el sistema de apego tengamos que pasar de hacerlo en un nivel comportamental a hacerlo en un **nivel representacional** según el niño vaya creciendo (Main et al., 1985). Maite Román Rodríguez lo describe así:

La creciente dificultad para observar las conductas de apego, unida a las nuevas capacidades cognitivas y lingüísticas, sobre todo las relacionadas con los logros en la capacidad simbólica, permiten que, a partir de los 3-4 años, la evaluación pueda efectuarse desde un nivel representacional (Román Rodríguez, 2016, p. 51).

Estilos de apego en la infancia.

Ainsworth y sus colaboradores evaluaron la calidad del apego durante los dos primeros años de vida mediante un procedimiento que denominaron Procedimiento de la Situación del Extraño (PSE) (Ainsworth et al., 2015).

Estos autores observaron el modo en que el niño organizaba su conducta en relación con su madre durante una serie de escenarios estresantes ensayados y de corta duración. Estos episodios incluían una situación desconocida, el encuentro con una persona desconocida, y finalmente la separación de su madre por un corto espacio de tiempo. Establecieron una distinción fundamental entre apego seguro e inseguro, a través la capacidad del niño para utilizar la figura de apego como base para explorar su entorno y desde su forma de reaccionar ante el retorno de la madre.

Además de los tipos de apego seguro e inseguro, dentro de este último, también distinguieron otros dos tipos: ansioso-ambivalente y huidizo-evitativo. Posteriormente, Mary Main y Judith Solomon introdujeron un nuevo tipo de apego, el inseguro desorganizado (Main & Solomon, 1986).

En el **apego seguro**, el niño tiene confianza en la disponibilidad, comprensión y ayuda y cuidados que las figura parentales le darán en situaciones adversas. Se siente animado a explorar el mundo. Este esquema se lo proporciona una figura parental (generalmente la madre) que sea fácilmente disponible, atenta a las señales del niño y preparada a responder. Manifiesta una búsqueda activa de contacto con la madre y ofrece respuestas adecuadas ante ella. Expresa una amplia gama de sentimientos positivos y negativos. Este tipo de apego evoca sentimientos de pertenencia, de aceptación de sí mismo y de confianza básica.

En el **apego inseguro evitativo**, el niño tiende a ignorar o esquivar a su madre (por ejemplo, evitando el contacto o la mirada). Muestra mayor ansiedad o al menos igual comportamiento ante sus padres que ante figuras extrañas. Manifiestan una impresión general de ser indiferentes o fríos con el adulto.

Parece intentar vivir la propia vida emocional sin el apoyo y el amor de los otros, desde una tendencia a la autosuficiencia, y con una ausencia casi total de expresiones de miedo, malestar o rabia.

En el **apego inseguro ansioso**, el niño no tiene la certeza de que la figura parental esté disponible o preparada a responder. La presencia de la madre no le calma después de una ausencia corta. Manifiesta ambivalencia: puede reaccionar hacia su madre con cólera, rechazando el contacto o la interacción, y enseguida buscar ansiosamente el contacto. Se da una oscilación entre búsqueda y rechazo de la madre. Propenso a la angustia de separación. Por ello, tienden a aferrarse a la madre. La exploración del mundo les genera ansiedad, que genera a su vez una ausencia de conductas exploratorias.

El **apego inseguro desorganizado** se genera en el contexto de un modelo relacional de carácter caótico, cambiante e indiscriminado (se apegan, se desapegan para apegarse a otro, pero siempre de manera superficial), en el que se produce un modelo de vinculación *utilitario* ante las rupturas previas, para protegerse de la frustración y vulnerabilidad. En el mismo se produce, por lo tanto, una relación desorganizada y cambiante con los adultos, mediante comportamientos esporádicos aparentemente confusos y desorganizados. Hay una oscilación desorganizada entre la búsqueda y la evitación.

Estilos de apego en adultos.

Carol George, Nancy Kaplan y Mary Main (1985) diseñaron un cuestionario estructurado, el *Adult Attachment Interview* (AAI), que, mediante el uso de un sistema estandarizado de evaluación, puntuación y clasificación, sirve para evaluar el modelo interno activo de las personas adultas. En este cuestionario se pregunta al sujeto por el recuerdo de las experiencias de apego durante su infancia, así como por la valoración de estas experiencias. No se trata de evaluar las experiencias objetivas del sujeto sino la interpretación y elaboración que

hace de las mismas. A partir de este cuestionario se han propusieron las siguientes categorías (Main & Goldwyn, 1994):

1. **Apego seguro/autónomo:** Para estas personas, en la AAI, la presentación y evaluación de las experiencias es internamente consistente. Dan respuestas claras, relevantes y razonables; de lo cual se deduce que la coherencia global de la transcripción y coherencia global de la mente (dos variables que mide el sistema de puntuación) son altas. Las personas clasificadas con este estilo de apego comparten y expresan abiertamente sus sentimientos, aprecian y valoran las relaciones y experiencias de apego, describen de forma verosímil las relaciones actuales con su familia como relaciones de confianza y apoyo, y evalúan sus experiencias del pasado reflejando aceptación y gratitud hacia sus figuras de apego (independientemente de si éstas han sido o no satisfactorias). Estos modelos se corresponderían con el tipo de apego seguro encontrado en niños. Estos padres suelen mostrarse sensibles y afectuosos en sus relaciones con sus hijos, que suelen ser clasificados como seguros en la Situación del Extraño.

2. **Apego descartante:** En la AAI estas personas tienden a infravalorar o rechazar las experiencias y relaciones de apego. Los términos positivos para describir a los progenitores no son fundamentados o son ampliamente contradictorios. Con frecuencia insisten en su falta de memoria (dicen tener pocos recuerdos del pasado). También pueden idealizar a los progenitores, o bien mostrar rechazo o indiferencia hacia sus figuras de apego. No suelen confiar en los miembros de su familia. Son autosuficientes e independientes y controlan sus emociones. El comportamiento de estos padres con sus hijos, que suelen generalmente considerados como inseguros-evitativos, suele ser frío.

3. **Apego preocupado:** Las personas clasificadas dentro de esta categoría en la entrevista AAI muestran preocupación confusa enfadada o pasiva con las figuras de apego; tienden a no ser colaboradores en su discurso; hacen uso de jerga psicológica, o bien de lenguaje infantil, o usan palabras sin sentido; utilizan muchas descripciones sobre las interacciones recientes para hablar de las cuestiones acerca de las relaciones tempranas. También hablan mucho más

allá de su turno de conversación. Son personas que valoran sus relaciones de apego, pero tienden a sentirse excesivamente preocupadas por otros miembros de su familia, expresan temor a ser abandonados y tienen escasa autonomía. Sus recuerdos del pasado incluyen algún tipo de rechazo o interferencia de sus padres, y suelen reflejar resentimiento en relación con las experiencias pasadas de apego. En su relación con sus hijos muestran unas interacciones confusas o caóticas, responden poco a la interacción infantil e interfieren frecuentemente con la conducta exploratoria del niño. Sus hijos suelen ser considerados como inseguros-ambivalentes.

4. Apego no resuelto/desorganizado: Estas personas se caracterizan por ser incapaces de mantener una estrategia de apego coherente. Durante los relatos de sucesos potencialmente traumáticos muestran fallos en el control del razonamiento o del discurso. Los fallos y los lapsus pueden representar la interferencia de sistemas normalmente disociados de memoria o absorciones no usuales que involucran a recuerdos traumáticos. Se asocia con conductas desorganizadas/desorientadas en el infante

Instrumentos para la medida del apego.

Existen una gran cantidad de instrumentos para evaluar el apego tanto en la infancia (fundamentalmente en niños más pequeños, pero también en niños mayores y adolescentes), como en la edad adulta. Para conocer más a fondo los instrumentos de evaluación del apego remitimos al lector interesado a los detallados trabajos de revisión de Judith Solomon y Carol George (2016), y de Félix Loizaga Latorre (2016), para el apego infantil y del adolescente; y de Erik Hesse (2016), para el apego adulto.

Instrumentos de medida del apego infantil.

Dentro de todos los instrumentos disponibles hay que destacar el **Procedimiento de la Situación del Extraño (PSE)** (Ainsworth et al., 2015) por tratarse, sin duda, del instrumento más utilizado para evaluar el apego infantil.

La Situación del Extraño es una situación de laboratorio de unos veinte minutos de duración que consta de ocho secuencias. La madre y el niño son introducidos en una sala de juego en la que se incorpora una persona desconocida. Mientras esta persona juega con el niño, la madre sale de la habitación dejando al niño con la persona extraña. La madre regresa y vuelve a salir, esta vez con la desconocida, dejando al niño completamente solo. Finalmente regresan la madre y la persona extraña. Ainsworth encontró que los niños exploraban y jugaban más en presencia de su madre, y que esta conducta disminuía cuando entraba la desconocida y, sobre todo, cuando salía la madre. A partir de estos datos, concluyó que el niño utiliza a la **madre como una base segura** para la exploración, y que **la percepción de cualquier amenaza activa las conductas de apego y hace desaparecer las conductas exploratorias.**

Instrumentos de medida del apego adulto.

En el caso del apego adulto, el instrumento más conocido es la **Adult Attachment Interview (AAI)** (George et al., 1985; Main & Goldwyn, 1994).

La AAI consiste en 23 preguntas que se presentan en un orden de exploración estandarizado. A los entrevistados se les pide que describan la relación durante su infancia con sus padres, eligiendo cinco adjetivos para describir la relación y añadiendo recuerdos específicos que apoyen estas definiciones. Para obtener información relacionada con el apego se les pregunta por cómo reaccionaban sus padres cuando se encontraban una situación de aflicción o angustia física o emocional (por ejemplo, durante las veces en las que estaban molestos, heridos o enfermos durante la infancia). También se les pregunta sobre recuerdos de

separación, pérdida, experiencias de rechazo, y momentos en los que hayan podido sentirse amenazados, incluyendo (pero sin limitarse a) aquellos que implican abuso físico o sexual. Esta entrevista requiere que los participantes reflexionen sobre las pautas de crianza de sus propios padres, y que consideren cómo las experiencias de infancia con sus padres pueden haber influido en su propia personalidad. Además, se requiere a los entrevistados que describan cómo la relación con sus padres ha cambiado a lo largo del tiempo y comentar cómo es esa relación en la actualidad, así como su relación actual con una pareja. Finalmente, se pide a los entrevistados que reflexionen sobre sus propios hijos (reales o imaginados) y cómo sus experiencias de infancia influirán en su propio rol y conductas como progenitor.

La técnica de la entrevista tiene el efecto de *sorprender al inconsciente* (George et al., 1985) y proporcionar varias oportunidades para el entrevistado para hacer una mayor elaboración, contradecirse o fallar al intentar respaldar sus declaraciones previas. De esta forma se facilita que se evoque el estilo de apego del entrevistado.

En la AAI se evalúan varios grupos de escalas con un sistema de codificación estandarizado llevado a cabo por evaluadores con alto grado de fiabilidad (con un entrenamiento intensivo y una evaluación-ajuste de su capacidad evaluadora, ambos estandarizados). Dichas escalas permiten clasificar y subclasificar el texto de la entrevista realizada al sujeto en distintas categorías de **estados de la mente con respecto al apego**.

No es el objetivo del presente trabajo hacer una descripción exhaustiva de la AAI. Sin embargo, merece la pena mencionar, por la relevancia que tienen en el desarrollo del concepto de FR, tres escalas vinculadas con procesos mentales que se encuentran subyacentes al lenguaje que utiliza el entrevistado al dar sus respuestas en la AAI. Estas tres **escalas** son las **de coherencia de la transcripción, coherencia global de la mente y monitorización metacognitiva**.

Para evaluar la coherencia de la transcripción, se considera hasta qué punto la entrevista concuerda con las **máximas de Grice** (1989) (pragmática conversacional o reglas de conversación colaborativa). Estas reglas son 4:

- La máxima de calidad: el emisor debe ser veraz (no decir aquello que crea falso, tener evidencia de lo que afirma).
- La máxima de cantidad: debe haber una economía en la cantidad de información (no decir ni demasiado ni demasiado poco).
- La máxima de relevancia: ha de haber un grado de conexión, relación o relevancia de las informaciones nuevas con respecto a las anteriores.
- La máxima de modo o modalidad: se refiere a la elección de las palabras o el modo en que se expresan las ideas (evitar expresiones oscuras o complicadas, y ambigüedades; ser breve y ordenado).

Para calificar la coherencia de la mente, se tienen en cuenta aspectos como la falta de escolarización o el lenguaje sofisticado, y se hace una valoración sobre el pensamiento esencial que está detrás del discurso, preguntándonos si es organizado y estable.

En cuanto a la metacognición o monitorización metacognitiva, se considera que es la capacidad que utiliza el entrevistado para monitorizar su discurso y que permite, cuando es necesario, corregir su discurso para permanecer fiel a las máximas de la pragmática conversacional.

La relación entre el apego y la mentalización

Los estudios sobre la relación entre la seguridad del apego y el desempeño en tareas de ToM¹⁵ (Fonagy, 1997; Meins et al., 1998) parecen orientar en el sentido

¹⁵ Es necesario recalcar que gran parte de las conceptualizaciones sobre la relación entre el apego y la mentalización se basan en estudios que evalúan las relaciones entre el apego y el

de que el apego seguro está vinculado de forma significativa con el desarrollo de habilidades de simbolización en general y con la adquisición de una capacidad mentalizadora precoz en particular (Meins et al., 1998).

Probablemente el esfuerzo más ambicioso de revisión, clarificación y reflexión sobre la relación entre el apego y la mentalización se llevó a cabo en un texto ya clásico de Fonagy y sus colaboradores (2002) *Affect regulation, mentalization and the development of the self*, que sentó las bases conceptuales del concepto de mentalización. No es de extrañar, por lo tanto, que a lo largo de las próximas páginas, volvamos una y otra vez a este texto.

Fonagy y sus colaboradores (2002) consideran que las siguientes explicaciones sobre la relación entre el apego seguro y la comprensión de las creencias falsas son triviales o escasamente transcendentales: (a) la presencia de la asociación de ambas con un tercer factor desconocido y no medido (por ejemplo, el temperamento); y (b) el efecto facilitador del apego seguro debido a la presencia de una actitud más relajada frente a la tarea, a una facilidad general para implicarse en una tarea que demanda habilidades cognitivas, o a una habilidad para relacionarse con un adulto de una forma exploratoria y lúdica. Frente a estas explicaciones consideran dos posibles explicaciones verdaderamente relevantes:

1. Que el apego seguro en la infancia predispone a que el niño se beneficie de los procesos sociales implicados en el desarrollo de las habilidades reflexivas y de comprensión social. A este modelo se le ha denominado mediador.
2. Que los procesos sociales que aceleran la cualidad mentalizadora de la organización del *self* son los mismos que favorecen el apego seguro. Aquí, el apego seguro es un indicador de la calidad de la relación del niño con su cuidador, la cual facilita la comprensión psicológica.

desempeño del niño en las tareas de falsas creencias (que exploran la adquisición de una ToM).

Modelos mediadores

Estos modelos incluyen 3 mediadores potenciales:

1. El **juego simulado**: los niños con un apego seguro muestran un juego simbólico más rico y complejo que los que muestran apego evitativo (Main et al., 1985). Además, los niños que se tienden más a unirse en interacciones cooperativas y juego simbólico muestran un mejor desempeño en la comprensión de las emociones y la lectura de la mente (Astington & Jenkins, 1995; Dunn et al., 1991; Taylor & Carlson, 1997; Youngblade & Dunn, 1995). El propio hecho de compartir el juego simbólico sugiere la existencia de mecanismos incipientes de una ToM (Leslie & Keeble, 1987).
2. El **habla**: oír hablar o tener oportunidades de conversar sobre las emociones y los estados mentales parece favorecer el desarrollo de la mentalización en los niños (Appleton & Reddy, 1996; Brown et al., 1996; Denham et al., 1994; Dunn & Brown, 1993). Además, la experiencia de implicarse en conversaciones alerta al niño de que las personas dan y reciben información, se esté hablando sobre estados mentales o no (Harris, 1996). Por otro lado, un apego seguro puede dar lugar a un mayor número de intercambios verbales entre niño y cuidador que favorecen el pensar sobre sentimientos e intenciones (Fonagy et al., 2002).
3. Las **interacciones con el grupo de pares y mayores**: la interacción del niño con sus hermanos probablemente mejora el desempeño en ToM (Jenkins & Astington, 1996; Perner et al., 1994). Además, hay evidencia específica sobre la presencia de hermanos mayores como un factor que mejora el desempeño del niño en las tareas de falsa creencia (Ruffman et al., 1998). Charlie Lewis y sus colaboradores (1996) han hallado evidencia de que el desempeño del niño en las tareas de falsa creencia correlaciona con el tiempo que el niño pasa con niños mayores que él y con familiares adultos, y no solo con sus hermanos mayores. Por otro lado, los niños con apego seguro tienden a ser más populares, empáticos y sociables en su grupo, y tienen una mayor capacidad para la reciprocidad (Lieberman, 1977; Pancake, 1985; Park & Waters, 1989). Es posible

que la mayor tendencia que tienen los niños con un apego seguro a explorar e interactuar socialmente sea responsable de sus mejores habilidades mentalizadoras (Fonagy et al., 2002). Se podría decir que el mundo social, y en un primer momento los padres, promueven la percepción del niño de sus propios estados mentales mediante procesos lingüísticos e interactivos complejos, comportándose con el niño de una manera que le lleva a compartir la suposición de que su propio comportamiento y el de los demás puede ser comprendidos en términos de estados mentales (Fonagy et al., 2002). La adquisición del niño de una psicología popular o del sentido común podría entenderse como un proceso de *pupilaje*, en el cual los niños más mayores y los cuidadores estimulan la adopción por parte del niño de conceptos mentalizadores (Astington, 1996; Lewis et al., 1996). Si esto es así:

*... entonces el apego seguro puede ser considerado una forma de **catalizador** de este proceso de aprendizaje. La mayor disponibilidad con la que el niño seguro explora y se vincula con el mundo social podría explicar su competencia relativa en actividades mentalizadoras (Fonagy et al., 2002, p. 51).*

Los modelos mediadores no tienen que ser excluyentes, sino que pueden ser complementarios entre sí: la simulación puede implicar el uso de lenguaje sobre los estados mentales, y la interacción con pares puede incluir el lenguaje y la simulación. Cuanto más interacciones sociales tenga el niño en diferentes contextos, más desarrollará la comprensión social. Además, la interacción social será más accesible en las familias de niños con apego seguro (Fonagy et al., 2002). Sin embargo, hay autores (Dunn, 1996) que nos recuerdan que parece que los distintos contextos correlacionan pobremente entre sí, y que el comportamiento del niño varía en dependencia de las distintas personas con las que se relaciona y las distintas situaciones que vive con ellas. Esto podría sugerir que hay varios caminos independientes, operando simultáneamente, entre el apego y las situaciones sociales (Fonagy et al., 2002).

Proceso común favorecedor del apego seguro y de la mentalización

Podía haber una **relación causal directa** entre el apego y la lectura de la mente. La experiencia con el cuidador podría crear la base para la competencia en ToM. En apoyo de esta idea estaría la evidencia de que la clasificación del apego materno antes del nacimiento del hijo es un potente predictor de la competencia en ToM del niño a los 5 años (Fonagy, 1997). Sin embargo, también hay evidencia de que el cuidador aporta algo a la relación paterno-filial, que es evidente incluso antes del nacimiento del niño, que es crítico para que el niño establezca tanto un apego seguro como una mentalización apropiada. Este algo puede ser la **función reflexiva**. En el *London Parent-Child Project*¹⁶, el estudio en el que se operacionalizó por primera vez la mentalización, la **capacidad de los cuidadores de reflexionar sobre sus experiencias con sus propios padres**¹⁷ era capaz de **predecir la seguridad del apego del niño** con cada uno de sus progenitores (Fonagy et al., 1991). Adicionalmente, las puntuaciones de la FR de las madres **predecían las habilidades en lectura de la mente** en sus hijos; y las de la FR de los padres, el desempeño en tareas cognitivas emocionales en los hijos. El uso de un procedimiento de análisis de ruta determinó que la calidad del apego de la madre con el niño predecía la proporción de la varianza compartida entre la capacidad reflexiva (sobre su propia infancia) de la madre y el desempeño del niño en tareas de ToM. Otro análisis de ruta más complejo evidenció que la capacidad para mentalizar de la madre tenía tanto una relación tanto directa como indirecta con la ToM del niño. De todo esto se podría deducir que **la capacidad mentalizadora en el niño no solo depende de la seguridad del apego infantil, sino, además, de la capacidad de la madre para entender a su hijo como una entidad con mente** (Fonagy et al., 2002).

Fonagy y sus colaboradores (2002) ofrecen un modelo explicativo para la relación directa entre el apego y la capacidad de mentalizar¹⁸. Proponen que la

¹⁶ Se hablará más extensamente de este estudio más adelante, al desarrollar el concepto de función reflexiva.

¹⁷ Las mismas se exploraban mediante el uso de la *Adult Attachment Interview*.

¹⁸ Entendiendo, por otro lado, que hay otras relaciones posibles.

adquisición de una ToM es parte de un proceso intersubjetivo entre el niño y su cuidador. El cuidador facilita la creación de modelos mentalizadores mediante una serie de procesos lingüísticos y cuasi-lingüísticos complejos, comportándose con el niño de tal forma que este es conducido a postular que su propio comportamiento podría ser mejor entendido si asume que tiene ideas, creencias, sentimientos, y deseos, que determinan sus acciones; y que las reacciones de los demás pueden ser generalizadas a otras personas.

El cuidador sensible vincula la realidad física con la realidad interna¹⁹ de forma suficiente para que el niño identifique contingencias entre la experiencia interna y la externa. El niño acaba llegando a la conclusión de que si supone la presencia de un estado interno de creencias o deseos en el cuidador, puede entender como racional la reacción del cuidador hacia él. El cuidador, de forma no consciente, se comporta de tal manera que adscribe constantemente un estado mental al niño, lo trata como un agente mental. Esto es percibido por el niño y le permite la elaboración de modelos teleológicos y el desarrollo de un sentido fundamental de ser un individuo organizado en términos mentalísticos.

Por lo tanto, en el niño, el desarrollo y la percepción de estados mentales en sí mismo y en los demás, depende de su observación del mundo mental de su cuidador. Es capaz de percibir estados mentales, pero solo en tanto en cuanto el comportamiento de su cuidador implique dichos estados. Esto sucede en cualquier experiencia intersubjetiva compartida, como cuando el cuidador está *jugando* con el niño en modo simulado, o cuando interactúa de otras maneras o habla con él.

La capacidad del cuidador para observar los cambios en el estado mental del niño en cada momento es crítica para el desarrollo en el niño de una capacidad mentalizadora. Su adecuada percepción del niño como un ser intencional es la

¹⁹ Por ejemplo, preguntándole al niño: “¡Ohh! ¡Cariño, estás incómodo!, ¿verdad? ¿Quieres que te cambie el pañal?” O: “¡Estás disgustado, mi amor, te has quedado solito mucho tiempo!”.

base de un cuidado sensible del mismo, que, a su vez, es la piedra angular del apego seguro.

El apego seguro proporciona una base psicológica para adquirir una comprensión de la mente. El **niño con un apego seguro** se siente a salvo realizando atribuciones acerca de los estados mentales para explicar los comportamientos del cuidador. Por lo contrario, el **niño con apego evitativo**, deja a un lado, hasta cierto punto, el estado mental del otro; y el **niño ambivalente** se centra en su propio estado de malestar, excluyendo los intercambios intersubjetivos cercanos (Fonagy et al., 2002).

Chris Taylor (2012) nos señala como los niños con apego evitativo aprenden a utilizar estrategias de desactivación con las que minimizan y niegan sus sentimientos y necesidades de apego y dependencia. Adoptan una vía cognitiva para pensar sobre las relaciones que está desconectada de la afectividad, evitando mentalizar sobre las relaciones interpersonales. Pueden no prestar atención a lo que los demás piensan o no tener interés por lo que piensen de ellos, subrayando su independencia y falta de necesidad de apoyo por parte de los otros. Pueden ser capaces de pensar sobre los estados mentales de los demás y, en cierta medida, sobre los suyos propios, pero sobre la base de una mentalización controlada (Vrticka et al., 2008) y excesivamente cognitiva, incluso adquiriendo las características del modo simulado (Midgley et al., 2019). Además, si el estrés es alto, pueden tener más dificultades para recuperar su capacidad para mentalizar que los niños con apego seguro (Mikulincer & Shaver, 2007).

Por otro lado, los niños con apego ambivalente tienen un umbral muy bajo cuando se enfrentan a situaciones estresantes, pasando de una mentalización reflexiva a modos no mentalizadores y volviéndose dependientes de los demás para regularlos (Fonagy, Luyten, Allison, et al., 2016). Por lo general, estos niños entienden que hay estados mentales detrás de las acciones de la gente, pero es probable que los malinterpreten (Taylor, 2012). Cuando a estos niños se

les pide que reflexionen sobre las relaciones de apego, se advierten dificultades para mentalizar la emoción (Target et al., 2003).

Fonagy y sus colaboradores (2002) nos señalan que el **niño con apego desorganizado** se muestra hipervigilante con el comportamiento del cuidador, puede estar más sensibilizado a los estados intencionales y estar más dispuesto a explicar el comportamiento del cuidador de forma mentalizada; pero la mentalización no tiene el papel central para la organización del *self*, que tendía en los niños con apego seguro.

Para el desarrollo de una organización del *self*, lo más importante es la exploración del estado mental del cuidador sensible. Esta permite al niño encontrar en la mente del cuidador una imagen de sí mismo como motivado por creencias, sentimientos e intenciones (el niño se ve reflejado en la mente del cuidador). Por lo contrario, el niño con apego desorganizado no encuentra en la mente del cuidador un reflejo de sus propios estados mentales, sino los estados mentales del cuidador que amenaza con socavar el *self* del niño. Los estados mentales del cuidador pueden llegar a constituir dentro de la mente del niño una presencia extraña²⁰, que puede ser tan insoportable que su comportamiento de apego se acabe organizando en torno a re-externalizar estas partes del *self* en las figuras de apego, más que alrededor de la internalización de la capacidad para contener los afectos.

Las razones para que el niño con apego desorganizado a pesar de disponer de la capacidad de leer la mente, no pueda utilizarla para organizar su propio *self* pueden ser: (a) que el niño tenga que usar desproporcionadamente sus recursos en entender el comportamiento del otro, a expensas de reflexionar sobre sus propios estados; (b) que sea menos probable que su cuidador sea contingente y fiable en la respuesta a los estados del niño, y que sea más probable que muestre sesgos sistemáticos en su percepción de y reflexión sobre los estados del niño; (c) que el estado mental del cuidador provoque una intensa ansiedad

²⁰ El denominado *alien self*.

en el niño, bien por la presencia de comportamiento atemorizante, que sugiera malevolencia hacia el niño, bien por la presencia de un comportamiento que sugiera que el cuidador está atemorizado (Fonagy et al., 2002).

Por lo tanto, los niños con apego desorganizado pueden ser, bajo ciertas circunstancias, lectores perspicaces de la mente de sus cuidadores bajo, pero pobres lectores de sus propios estados mentales (Fonagy et al., 2002).

Adicionalmente, se ha sugerido que los niños con apego desorganizado pueden utilizar un modo de teoría de la teoría para el desarrollo de ToM, pero están limitados para utilizar la simulación²¹ con la misma confianza que los niños con apego organizado, dado que esta solo estaría disponible para niños cuyas relaciones de apego tempranas hagan esta estrategia más atractiva y deseable (Fonagy et al., 2002).

En los niños con apego desorganizados, cuando se producen situaciones de estrés, precisamente cuando más necesaria es la capacidad para mentalizar, se produce frecuentemente una desorganización total de la mentalización (Midgley et al., 2019).

Chris Taylor (2012), a partir de su experiencia con niños de acogida, describió como los niños con apego desorganizado, al llegar a la edad escolar, pueden hacer juicios superficiales sobre los otros basados en la apariencia y tienen escasa capacidad para la toma de perspectiva. En estos niños, no solo la tensión interpersonal más evidente, como los conflictos, los rechazos o la crítica, pueden activar con facilidad estados desorganizados; sino que también los retos más aparentemente sencillos, que son percibidos subjetivamente como abrumadores, activan estos estados.

²¹ Más adelante, en el apartado que explicara la ToM como constructo relacionado con la mentalización, se expondrán con detalle los procesos psicológicos que explican la ToM, entre los que se incluyen estos dos, la teoría de la teoría y la teoría de la simulación, junto a un tercero, la teoría modular.

ALGUNOS CONSTRUCTOS RELACIONADOS DE INTERÉS

Empatía

La empatía es la capacidad para identificarse con y comprender los sentimientos y motivos de los otros. El término es comúnmente utilizado en un sentido amplio para indicar la conciencia de y resonancia con un estado de malestar en otra persona (Bateman & Fonagy, 2006). Es un proceso que implica compartir (rápidamente) las emociones con otros individuos y poder adoptar su punto de vista. Esta valiosa capacidad nos permite relacionarnos con celeridad en relación a los estados de los demás, lo cual es esencial en nuestra especie, con procesos de cuidado parental prolongado y formas de trabajo cooperativas hacia objetivos comunes (Preston & de Waal, 2002).

En la auténtica empatía hay una conciencia de los estados mentales de los otros, junto a una respuesta emocional a los mismos. Teniendo en cuenta ambos aspectos, Baron-Cohen la define así:

Empatizar es el impulso a identificar las emociones y pensamientos de otra persona, y a responder a los mismos con una emoción apropiada. Empatizar no solo implica el frío cálculo de como piensa y siente alguien (o lo que en ocasiones es denominado lectura de la mente). Esto pueden hacerlo bien los psicópatas. Empatizar ocurre cuando sentimos una reacción emocional apropiada, una emoción estimulada por la emoción de la otra persona, y se hace para entender a la otra persona, predecir su comportamiento y conectar o resonar con ella emocionalmente (Baron-Cohen, 2003, p. 2).

Conviene diferenciar el contagio emocional de la empatía. El contagio emocional es un precursor de la empatía. Incluye una concordancia entre los estados emocionales del sujeto y del otro, pero carece de la diferenciación entre el sujeto y el objeto, esencial para la auténtica empatía (Allen et al., 2008).

El riesgo al estudiar la empatía ha sido el de centrarse casi en exclusiva en sus aspectos cognitivos o, por lo contrario, en los emocionales. Sin embargo, ya desde los años 80 del siglo XX, cuando Mark Davis conceptualizó la empatía como un constructo multidimensional y llamo la atención sobre el hecho de que sus componentes cognitivos y emocionales se influyen mutuamente (Davis, 1980), el esfuerzo por integrar ambos aspectos se ha mantenido.

La **empatía afectiva o emocional** supone la afectación emocional directa por el estado emocional percibido del otro, como resultado de sintonizar o sentir con el otro. La **preocupación empática** es una forma de empatía afectiva que implica una preocupación por el estado del otro como resultado de percibir su sufrimiento y puede asociarse a intentos de atenuar ese estado mediante, por ejemplo, comportamientos orientados a consolar al otro. La **empatía cognitiva** se deriva de un proceso de arriba abajo, en el cual el sujeto imagina como se siente el otro, incluso aunque este no esté presente o sus sentimientos no puedan ser observados directamente. La **toma de perspectiva**, una forma de empatía cognitiva, es la capacidad para ponerse espontáneamente en la perspectiva afectiva del otro: por ejemplo, comprendiendo su situación y necesidades específicas, separadas de las propias. Requiere de acceso a las representaciones mentales del estado del otro (de Waal & Preston, 2017).

Se ha sugerido que la empatía podría estar mediada por las neuronas espejo (Gallese et al., 2004) y se ha constatado que la observación de las expresiones faciales emocionales del otro activa en el observador las regiones cerebrales responsables de las emociones asociadas a dichas expresiones. Siguiendo esta idea, la comprensión de la mente de los otros sería una experiencia directa y, por lo tanto, no tendríamos que inferir sus estados mentales mediante un razonamiento conceptual.

Frans de Waal y Stephanie Preston (2017) entienden la empatía como un término *paraguas* que recoge todos los procesos que emergen del hecho de que los observadores comprenden los estados de los otros mediante la activación de sus propias representaciones personales, neurales y mentales de ese estado. La

empatía es definida por ellos como sensibilidad emocional y mental al estado del otro, que va desde ser afectado por y compartir este estado, a evaluar las razones del mismo y adoptar el punto de vista del otro.

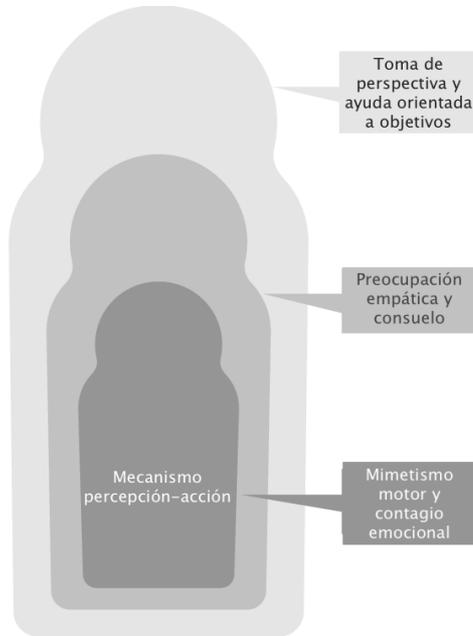
Para estos autores los componentes de la respuesta empática se han ido generando evolutivamente y organizado jerárquicamente sobre los niveles anteriores, a modo de capas que mantienen entre si una integración funcional (*modelo de las muñecas rusas* de la evolución de la empatía) (de Waal, 2007) (figura 2).

En el núcleo de este modelo esta el mecanismo percepción-acción, que induce un estado emocional similar tanto en el sujeto como en otro. Este modelo da un papel relevante a la atención y señala que la percepción atendida del estado del otro activa automáticamente la representación del estado del sujeto (Preston & de Waal, 2002). Estas representaciones activadas automáticamente son la base de la empatía y podrían tener un sustrato neurobiológico en las neuronas espejo.

Las expresiones más básicas del mecanismo percepción acción son el mimetismo motor (como la repetición espontanea en espejo de las expresiones faciales de otro o de sus movimientos, o el contagio del bostezo) y el contagio emocional.

Por otro lado, las capas más externas de la muñeca, tales como la preocupación empática y la toma de perspectiva, se construyen sobre esa base nuclear a la vez que requieren de mayor regulación emocional, distinción entre uno mismo y el otro, y capacidad cognitiva. Sin embargo, incluso aunque las capas externas de la muñeca, evolutivamente más tardías, dependen del funcionamiento prefrontal, permanecen fundamentalmente vinculadas al mecanismo de percepción acción nuclear.

Figura 2: Modelo de la muñeca rusa de la evolución de la empatía (traducido por el autor de: de Waal & Preston, 2017))



Este modelo explicativo de la empatía conecta en muchos puntos con el concepto de mentalización. De forma paralela a la distinción entre mentalización implícita y explícita, podríamos hablar de empatía implícita (intuitiva y automática) y explícita (Allen et al., 2008). La empatía cognitiva, tal y como se describe en este modelo, requiere una mentalización explícita, es decir, de trabajar activamente con representaciones imaginativas de la experiencia compartida (Allen et al., 2008). El nivel superior de la empatía requiere empatía cognitiva en el sentido de comprender las razones

de las emociones del otro, así como la atribución del estado mental en el sentido de adoptar plenamente la perspectiva del otro (de Waal, 2006). Además, el modelo nos abre a valorar el papel de la atención y de la imaginación puedan tener en la mentalización (Allen et al., 2008).

La empatía es, por un lado, un concepto más estrecho que la mentalización, dado que se refiere a la conciencia de los estados de las otras personas; pero por otro, va más allá de la mentalización, dado que invariablemente incluye una respuesta emocional apropiada a lo mentalizado (Allen et al., 2008).

Si asumiéramos el concepto más restringido de empatía de Vittorio Gallese, habríamos de asumir que para poder aprehender los estados mentales del otro, primero tendríamos de tomar conciencia de nuestros propios estados mentales, para luego poder atribuirlos al estado del otro. Además, habríamos de negar la posibilidad de una fase reflexiva o conceptual, dado que el modelo enfatiza una conciencia de correspondencia preconceptual inmediata (Bateman & Fonagy,

2006). Por contraste con estas ideas sobre la empatía, cabría decir que la mentalización de uno mismo no es un precursor obligatorio de la mentalización del otro; y que se espera que la mentalización avanzada incluya una fase reflexiva.

Mindfulness

El *mindfulness*, también llamado conciencia plena o atención plena, es un término que hace referencia a la conciencia que surge al **prestar atención** de manera intencional, abierta y receptiva, con curiosidad, a la experiencia **presente** (de los propios pensamientos, las emociones, las sensaciones corporales o elementos del ambiente circundante), sin juzgar, apegarse a, o rechazar dicha experiencia, con una actitud de aceptación.

La palabra *mindfulness* es una traducción aproximada al inglés del término *sati*, en pali, el idioma en el que se transcribieron originalmente las enseñanzas de Buda. En el budismo, el *sati* connota ser consciente, prestar atención y recordar (Siegel et al., 2009), pero no el pasado, sino recordarse constantemente a uno mismo estar en el presente, en el aquí y ahora. El término fue recuperado por Jon Kabat-Zinn en los años 70 del siglo XX, desligado de sus orígenes religiosos y para su aplicación en entornos terapéuticos, bajo una nueva definición: conciencia que surge de prestar atención intencionalmente, en el momento presente y de forma no enjuiciadora, al desarrollo de la experiencia momento a momento (Kabat-Zinn, 2003). Este *mindfulness* terapéutico connota de forma explícita algunas nuevas cualidades mentales que van más allá de las del *sati*, a saber: una actitud no enjuiciadora, la aceptación y la compasión (Siegel et al., 2009).

Algunos autores (Allen et al., 2008) han relacionado la mentalización con una forma restringida de *mindfulness*, el *mindfulness* de la mente (dado que, como tal, la atención plena no está restringida a un foco en particular, pudiendo tanto atender el sujeto a un objeto como a la propia respiración o, como es el caso, a

los propios estados mentales), y señalan como en la literatura de investigación sobre *mindfulness* podría estar incluida la mentalización por medio de conceptos como la atención receptiva a los estados psicológicos o la sensibilidad a los procesos psicológicos en curso (Brown & Ryan, 2003).

La conciencia plena es a la vez un concepto más amplio y más estrecho que la mentalización. Más amplio al abarcar más que los estados mentales y más estrecho al estar centrado en el presente. Por contraste, la mentalización puede ser dirigida hacia los estados mentales pasados y futuros (Allen et al., 2008). Además, la mentalización es explícitamente deliberativa, mientras que se entiende que la conciencia plena es pre-reflexiva, así como perceptiva y no evaluativa (Brown & Ryan, 2003). Por último, el *mindfulness* connota una toma de conciencia hasta cierto punto emocionalmente desapegada, mientras que se da una importancia especial al hecho de mentalizar en medio de estados emocionales intensos.

Al margen de estas distinciones conceptuales cabe señalar que el concepto de *mindfulness* captura de forma adecuada el espíritu atencional de la mentalización, esto es, ser plenamente consciente (*mindful*) de los estados mentales (Allen et al., 2008). Y es precisamente por este motivo que la medida de la atención plena puede arrojar luz, aunque de forma indirecta, sobre algunos aspectos de la naturaleza de la mentalización.

Teoría de la Mente (ToM)

Curiosamente, el término teoría de la mente (en adelante ToM) fue introducido por primera vez referido a los chimpancés, para discutir si eran capaces o no de representar las mentes de otros primates en términos de sus deseos, intenciones y creencias (Premack & Woodruff, 1978).

La ToM es la **capacidad cognitiva para atribuir estados mentales** a uno mismo o a los demás (Goldman, 2012) y **entender el comportamiento** como motivado

por dichos estados mentales (no directamente observables). Habilita al individuo para comprender y predecir el comportamiento de otra personas y, por lo tanto, le permite reaccionar apropiadamente en un contexto social. En la práctica, gran parte de la investigación sobre ToM la ha entendido como un constructo unitario, focalizándose en la mentalización cognitiva acerca de los otros (pensar acerca de los pensamientos, intenciones y creencias de otros). Sin embargo, hay una evidencia creciente sobre la naturaleza multidimensional de la ToM (Dvash & Shamay-Tsoory, 2014).

Se han utilizado muchos nombres distintos para explicar las capacidades incluidas en el término ToM: psicología del sentido común, psicología popular (*folk psychology*), psicología ingenua (*naïve psychology*), psicología intuitiva, lectura de la mente, etc. (Goldman, 2012; Marraffa, 2019). Algunos autores la han hecho equivalente al término mentalización, aunque por lo general se entiende que mantienen algunas diferencias.

La investigación en ToM se ha centrado en la valoración del desarrollo evolutivo de la misma durante el periodo infantil, principalmente mediante la evaluación de las **creencias falsas**. Fue el filósofo Daniel Dennett (1978) quien sugirió que la prueba más fehaciente de que alguien presenta una ToM podría ser comprobar si es capaz de predecir las acciones de otra persona sobre la base las creencias erróneas que esta pudiera tener. Esta idea, llevada a la investigación del desarrollo infantil de la ToM, se formula de la siguiente manera: el hecho de que un niño tenga la capacidad para interpretar que un comportamiento relevante puede estar basado en creencias erróneas implica que comprende de forma explícita la naturaleza de la representación de los estados mentales. Por ese motivo, se desarrollaron pruebas o tareas que miden la presencia o ausencia de esta capacidad. La pionera fue la de Heinz Wimmer y Josef Perner (1983), el Test de Comprensión de Creencias Falsas (Tarea de Maxi), que se pasa a describir:

Maxi esta ayudando a su madre a guardar la cesta de la compra. Él pone el chocolate dentro del armario verde. Maxi recuerda exactamente donde puso el chocolate, de tal

forma que puede volver luego y comer algo. Después, se va al parque. En su ausencia su madre necesita algo de chocolate. Saca el chocolate del armario verde y usa parte del mismo para hacer un pastel. Después, ella vuelve a meter el chocolate, pero no dentro del armario verde, sino dentro del armario azul. Se marcha para comprar huevos y mientras tanto Maxi vuelve del parque con hambre.

Pregunta del test: "¿Dónde buscará Maxi el chocolate?" (Perner, 1991, p. 179).

Los niños que todavía no han desarrollado una ToM representacional harán equivalentes sus propio conocimiento de la situación con las creencias de Maxi y contestarán que Maxi buscará el chocolate en el armario azul. Los niños que han adquirido una ToM deducirán que Maxi cree erróneamente que el chocolate persiste en el armario verde y esperará encontrarlo allí.

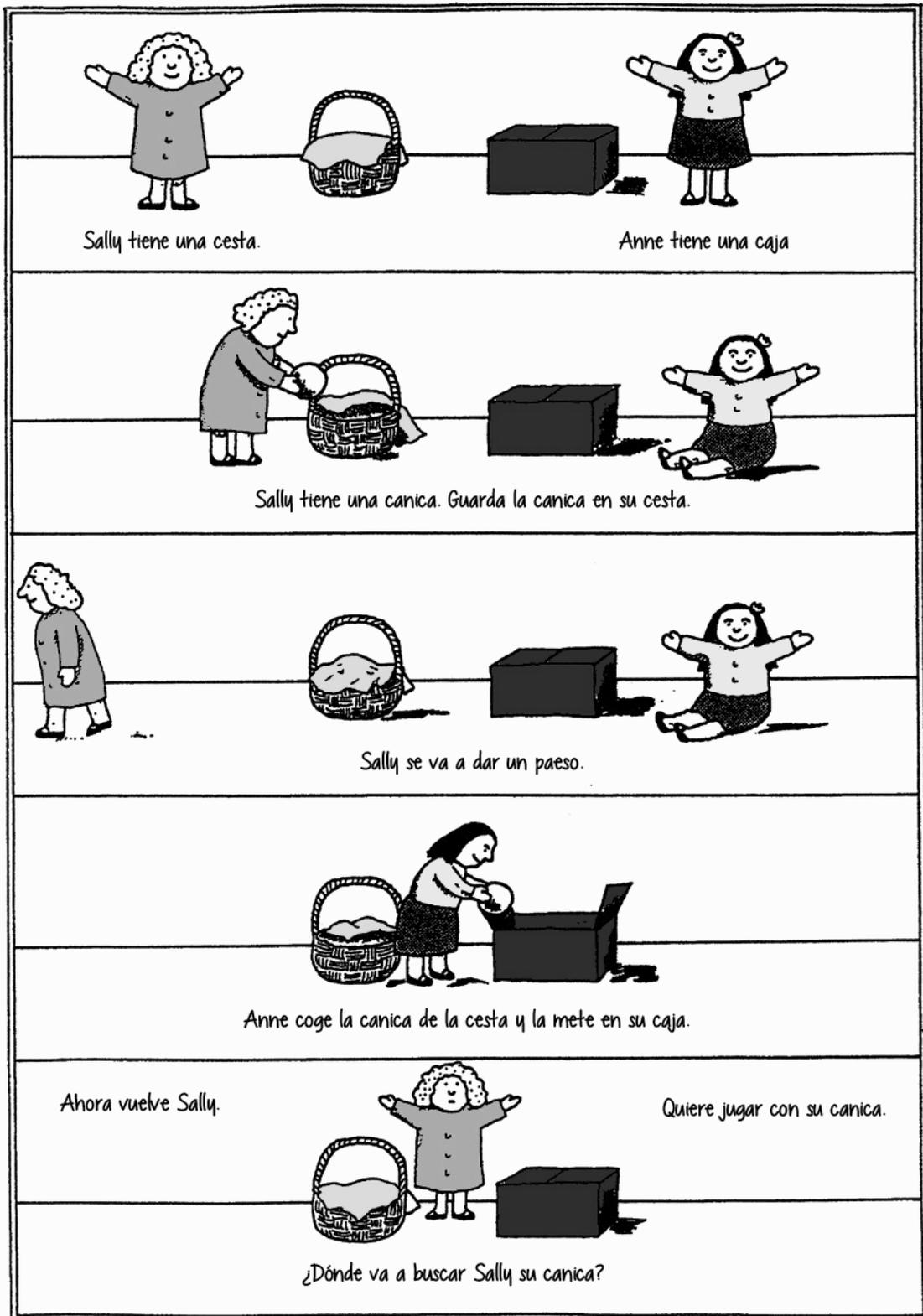
La mayoría de los niños no superan acertadamente esta tarea antes de los 3 años²², pero si a la edad de 4 años (Wellman & Lagattuta, 2000). No obstante, la investigación sobre las falsas creencias que utiliza tareas que no dependen de la capacidad verbal ha sugerido que los niños de 15 meses son capaces de distinguir implícitamente entre creencias verdaderas o falsas como determinantes del comportamiento (Onishi & Baillargeon, 2005).

Una adaptación más simplificada de la Tarea de Maxi es la **Tarea de Sally y Anne** (Baron-Cohen et al., 1985), que, dada la sencillez de su ejecución y el uso de materiales sencillos y accesibles (dos muñecas, una cesta, una caja y una canica), ha sido mucho más utilizada en la práctica (figura 3).

De forma paralela a la línea de investigación mencionada, la investigación en el área de los trastornos del espectro autista ha demostrado fallos prominentes en el desarrollo de una ToM (Baron-Cohen, 2000). La falta de una ToM en la mayoría de los niños autistas podría explicar los fallos en la comunicación y en la interacción social (Frith, 2001).

²² Fonagy señala que hasta entonces lo explica desde un modo teleológico, dado que el niño supondrá que el otro hará lo más racional para conseguir su meta (comer el chocolate), dada la realidad externa (que el chocolate está en el armario azul), sin tener en cuenta los estados mentales (la creencia falsa en este caso) (Fonagy, 1999)

Figura 3: Tarea de Sally y Anne. Imagen tomada de Frith (1992), realizada por el artista Axel Scheffler.



La investigación en ToM también ha abordado cuales son los procesos psicológicos que nos permiten mentalizar en la vida adulta. Se han propuesto al menos 3 teorías principales para explicar el desarrollo y empleo de la ToM: la teoría modular de la mente, la teoría de la teoría y la teoría de la simulación.

La **teoría modular** propone que las habilidades de ToM se desarrollan por la activación secuencial de una serie de módulos cognitivos innatos, cada uno de los cuales media una capacidad componente (por ejemplo, detectar el comportamiento intencional o compartir la atención). Baron-Cohen (1995) propuso 4 módulos:

1. Detector de **intencionalidad**: es un dispositivo perceptivo que interpreta los estímulos en movimiento en términos de estados mentales volitivos primitivos
2. Detector de **movimiento ocular**: detecta la presencia de los ojos o estímulos similares a los ojos, evalúa si la mirada está dirigida hacia uno mismo o hacia otro, e infiere que si la mirada del otro está dirigida hacia algo entonces ese organismo ve ese algo (atribuyéndole un estado perceptivo al otro).
3. Mecanismo de **atención compartida**: se desarrolla a partir del primer año de vida, implica la capacidad para participar del interés del otro, entendiendo que al cambiar la dirección de su mirada hacia algo, o señalarnos ese algo mediante gestos o la palabra, nos está invitando a compartir su interés por ese algo, orientando nuestra atención hacia ello. La atención compartida se consigue cuando un individuo muestra al otro un objeto de su interés y el otro responde mirando al objeto y luego nuevamente a quien se lo ha mostrado. Cada uno de los implicados debe comprender que el otro mira al mismo objeto, que es un elemento de interés común. Volver a mirar a quien muestra el objeto informa que se ha comprendido la consigna de que preste atención.
4. Mecanismo de **teoría de la mente**: es un sistema para inferir todo el rango completo de estados mentales del comportamiento. Tiene la doble

función de representar el conjunto de los estados mentales y, en base a estas representaciones, construir una teoría útil del comportamiento.

Más recientemente, el propio Baron-Cohen (2005) ha propuesto 2 módulos más para incorporar los aspectos emocionales: el **detector de emociones**, que representa los estados afectivos; y el **sistema de empatización**, que mediatiza una respuesta emocional apropiada a la percepción de emociones en los otros, junto a la motivación para llevar a cabo una acción correspondiente (por ejemplo, para aliviar el dolor ajeno).

La **teoría de la teoría** plantea que los niños son empiristas y desarrollan gradualmente una teoría acerca de los estados mentales para explicar el comportamiento a la manera de un científico o un psicólogo natural. Desarrollan una psicología popular (*folk psychology*) o del sentido común (teoría implícita que el común de las personas usa para explicar la conducta de sus semejantes en el día a día). Esta teoría postula que determinados elementos no observables (representaciones mentales y las leyes que las gobiernan) explican las acciones observables. A lo largo del desarrollo, sus teorías se van haciendo cada vez más refinadas y sofisticadas (Carruthers & Smith, 1996).

La **teoría de la simulación** propone que para comprender la mente de los demás la imaginamos como similar a las muestra y simulamos los estados mentales del otro empleando la proyección y la imaginación.

Se sabe que incluso los niños pequeños son capaces de observar sus propios estados mentales y son conscientes de su propia experiencia fenomenológica. Además, las habilidades de simulación se desarrollan tempranamente, en los años preescolares. Así que el niño puede imaginarse a si mismo teniendo las creencias y los deseos que tiene la otra persona, e imaginar lo que el mismo haría si poseyera esas creencias y deseos imaginados. Los niños son conscientes de esos estados en si mismos y no tienen, por lo tanto, que construirlos como teorías, como en el modelo anterior (Astington, 1996). Aunque la comprensión de los niños depende de un sistema de conceptos mentalistas (de creencia,

deseo, intención, etc.) los conceptos se derivan de la propia experiencia directa de los niños de tales estados.

A pesar del debate sobre si esta teoría puede explicar el desarrollo de la ToM o no, en general no se pone en cuestión que una vez adquirida una sólida ToM los adultos usan la simulación para mentalizar (Allen et al., 2008). Asimismo, se ha argumentado que la simulación (en tanto en cuanto que vinculada con la empatía, para algunos una forma de simulación mental) es fundamental para mentalizar (Stueber, 2006).

Alvin Goldman ha realizado interesantes aportaciones a esta teoría. Propone un modelo de simulación más proyección, en el que el sujeto toma uno de sus propios estados (simulación) y lo imputa al otro como un estado genuino. En este modelo hay un riesgo evidente de que los estados simulados estén excesivamente coloreados por los propios estados mentales del sujeto. En consecuencia, una simulación precisa requiere inevitablemente de un proceso de esfuerzo cognitivo para diferenciar los propios estados mentales de los del otro. El sujeto ha de *poner en cuarentena* los propios estados genuinos que no se corresponden con estados del otro, y evitar que dichos estados se incluyan en la simulación. Este proceso de cuarentena implica la **inhibición de la propia perspectiva**. Sin dicha inhibición, la simulación será inexacta. Por lo tanto, la mentalización precisa de los demás implica dos procesos distintos: primero, inhibir la propia perspectiva; y segundo, inferir la perspectiva de otra persona (Goldman, 2006). Parece que la evidencia neuropsicológica orienta a que estas dos facetas de la mentalización dependen de distintos procesos neuronales (Samson et al., 2005).

El concepto de mentalización, tal y como lo entienden Fonagy y sus colaboradores, esta íntima e indisolublemente conectado con la teoría del apego, la psicología del desarrollo y el psicoanálisis. Para ellos, la capacidad de mentalizar solo puede desarrollarse adecuadamente en el contexto de una

socialización que supla las necesidades físicas y emocionales del niño²³, en el intercambio con sus principales figuras de referencia durante los primeros años de vida (Fonagy et al., 2002). Por este motivo, dichos autores han criticado el concepto de ToM (tal y como se ha utilizado en investigación) al ser entendido como una cualidad que aparece por si misma, que viene dada como una propiedad esperable de la maduración, siendo que existen indicios de que su desarrollo depende de la socialización. Así, por ejemplo, los niños que crecen con hermanos mayores pueden comprender más pronto que otras personas pueden tener convicciones incorrectas (Jenkins & Astington, 1996; Perner et al., 1994; Ruffman et al., 1998).

Si tenemos en cuenta la visión unitaria que domina la literatura sobre ToM, el concepto de ToM es más estrecho que el de mentalización, al focalizarse en la mentalización cognitiva y acerca de los otros. Si nos basamos en ello, la mentalización es un concepto más amplio, al incluir también los elementos emocionales y la atribución de estados mentales a uno mismo (Allen et al., 2008). Sin embargo, los desarrollos más recientes de la ToM han explorado la naturaleza multidimensional de la misma, acercándola así al concepto de mentalización. Valgan de ejemplos el esfuerzo de Baron-Cohen (2005) por incluir los aspectos emocionales en su teoría modular, previamente comentados; o la inclusión del proceso de autoatribución por parte de Goldman (2006).

John G Allen y sus colaboradores (2008), de acuerdo con Beltram Malle (2004), entienden la ToM como un marco conceptual para la mentalización. La ToM es el marco conceptual psicológico popular del individuo para explicar el comportamiento en términos de estados mentales. Así, la actividad de mentalizar utiliza el propio marco de la ToM, y contribuye a su vez a su desarrollo y a su refinamiento. La teoría ToM, por muy adquirida y abarcadora que sea, no deja de ser el producto en constante evolución del desarrollo de la actividad mentalizadora (Allen et al., 2008).

²³ En el contexto de una relación segura con las figuras de apego

Ceguera mental

La ceguera mental (*mindblindness*) es un término que fue introducido por Baron-Cohen (1990) para explicar el déficit nuclear en el autismo. Señala la incapacidad de una persona de atribuir cualquier estado mental a si mismo o a los demás. El individuo es consciente de fenómenos físicos pero es ciego a la existencia de fenómenos mentales (pensamientos, creencias, conocimiento, deseos e intenciones). Se ve obligado a tener que generar **explicaciones no mentalísticas** a los fenómenos.

Para una persona con ceguera mental, incluso esta secuencia muy básica de actos ... es un auténtico misterio. Ahora imagine que sentido podría darle una persona con ceguera mental a una situación social infinitamente más compleja ... Joe y Tim miraron a los niños en el parque infantil. Sin decir una palabra, Joe le dio un codazo a Tim y miro en dirección a una niña pequeña que estaba jugando en la arena. Después volvió a mirar a Tim y le sonrió. Tim asintió con la cabeza y los dos se dirigieron hacia la niña en la arena... damos sentido a la situación en términos mentalísticos desde el principio... tal vez Joe y Tim tenían un plan para hacerle algo malo a la niña. Joe quería que Tim supiera que su víctima iba a ser la niña de la zona de arena y se lo ha indicado con la dirección de su mirada. Tim reconoció la intención de Joe y asintió para señalarle que había entendido el plan. Entonces fueron hacia la niña, que no sabía lo que estaba a punto de sucederle. O ... tal vez Joe quería señalarle a Tim con quien sería divertido jugar. Tim mostro su acuerdo con la idea de Joe, así que fueron a preguntarle a la niña de la zona de arena si deseaba jugar... ambas interpretaciones están contaminadas con conceptos sobre estados mentales y con términos que expresan esos conceptos... (Baron-Cohen, 1995, p. 3).

Baron-Cohen hace notar que es prácticamente imposible escapar de esta forma mentalística o intencional de dar sentido al comportamiento y alerta de las dificultades que entraña carecer de dicha capacidad:

¿Qué sentido le daría una persona con ceguera mental a (la interacción entre) Joe y Tim en la escena descrita? Muy poco, a mi juicio. ¿Porqué se sonreían entre si Tim y

Joe? ¿Qué significan esas miradas? ¿Porqué se dirigen juntos hacia la niña?
(Baron-Cohen, 1995, p. 4).

Una persona con ceguera mental puede no poder dar explicaciones a lo que observa en términos de razones o causas y quedarse en el nivel de solo poder realizar afirmaciones acerca de regularidades temporales (por ejemplo, saber que alguien hace algo todos los días a la misma hora) o secuencias rutinarias; o verse forzada a utilizar explicaciones difíciles de manejar que se asemejan a las que los psicólogos conductistas dan para explicar como se refuerzan los comportamientos.

En el contexto de una situación social siempre cambiante es necesario poder interpretar con rapidez las causas de las acciones. El individuo que no puede hacer esto tiene muy difícil poder hacerse cargo de las experiencias de socialización, en las que se sentirá con frecuencia confuso.

Los trastornos del espectro autista implican una ceguera mental relativamente estable con un grado variable de gravedad. Pero además, podemos utilizar el término ceguera mental para dar cuenta de daños en la mentalización funcionales, dependientes del contexto y transitorios, asociados con la patología del desarrollo (Allen et al., 2008). Todos seríamos propensos a una ceguera mental dinámica bajo determinadas circunstancias (Allen, 2006).

Lectura de la mente

Es un término estrechamente relacionado con el anterior. Para Baron-Cohen (1995), la ceguera mental es un fallo de la lectura de la mente (*mindreading*). El término lectura de la mente se utiliza en la literatura sobre teoría de la mente para referirse a la actividad humana de inferir los estados mentales de otras personas (Malle, 2005), la capacidad de imaginar o representar dichos estados mentales.

Atribuir estados mentales a un sistema complejo, como un ser humano, es de lejos la mejor forma de entenderlo, es decir, de generar una explicación del comportamiento del sistema y predecir que será lo siguiente que hará. Dennett (1987) llama a esta habilidad adoptar la **posición intencional**. El término se refiere a nuestra habilidad para atribuirle el conjunto completo de estados intencionales (creencias, deseos, pensamientos, intenciones, esperanzas, recuerdos, miedos, promesas, etc.), y no solo el estado mental específico de la intención. Hay dos alternativas a adoptar la posición intencional: intentar entender los sistemas en términos de sus características físicas (**posición física**) e intentar entenderlos en términos de su diseño funcional (**posición de diseño**). Con todo, la lectura de la mente (o adoptar la posición intencional) es una solución infinitamente más simple y más poderosa que las otras dos a la hora de explicar los comportamientos de otros seres humanos (Baron-Cohen, 1995).

A diferencia de la mentalización, la lectura de la mente, se refiere solo a los estados mentales de los otros (y no también de uno mismo). Por otro lado, la lectura de la mente es una actividad cognitiva que deja de lado la emoción (que es a su vez una faceta esencial de la mentalización) (Allen et al., 2008).

Cognición social

La cognición social es un término se originó dentro del campo de la psicología social a finales de los años 60 y principios de los 70 del siglo XX (Penn et al., 2008) para describir los variados procesos psicológicos que permiten a los individuos beneficiarse de formar parte de un grupo social (Frith, 2008).

El término cognición se refiere aquí a los diferentes procesos mediante los cuales los individuos comprenden y dan sentido al mundo que les rodea, y vino a sustituir en la literatura al término procesamiento de la información. La percepción o la planificación de la acción son ejemplos de procesos cognitivos. Dado que todos estos procesos son importantes para las interacciones sociales, la cognición social abordaría el estudio del procesamiento de la información

dentro del marco social (Frith, 2008). Así, el término cognición social nos sirve para designar al conjunto de **operaciones mentales** que subyacen al **comportamiento social**, que permiten percibir, interpretar y generar respuestas a las intenciones, disposiciones y comportamientos de los otros.

La cognición social utiliza el marco general cognitivo de estímulo-respuesta. Este marco nos dice que cuando el individuo interactúa con el ambiente recibe información del ambiente (*input*) en forma de señales, que son detectadas por los órganos sensoriales en forma de sensaciones; y transformadas por el sujeto en percepciones en base al conocimiento previo y el contexto de ese momento. A partir de ese punto, se generan decisiones sobre que sería mejor hacer con lo percibido, se planifican las acciones oportunas y, finalmente, se produce una respuesta motora (*output*). Dentro de este marco general estímulo-respuesta, podemos disponer de un subconjunto de procesos relacionados con los estímulos sociales, las decisiones sociales y las respuestas sociales, que conforman la cognición social (Frith, 2008). En el caso de la cognición social se asume una reciprocidad entre la percepción y la acción, con una transacción dinámica entre la persona y su ambiente social, y una relación de mutualidad e interdependencia entre ambos (Macrae & Miles, 2012).

Los individuos muestran una flexibilidad considerable a la hora de interpretar una situación social particular. Se han propuesto diferentes motivos que subyacen al proceso interpretativo y lo modulan. El proceso interpretativo puede priorizar la velocidad, como cuando necesitamos llegar a interpretaciones o decisiones muy rápidamente, en ese caso es crucial que los procesos cognitivos requieran poco tiempo y poco esfuerzo. En otras ocasiones, es preciso priorizar la precisión, que la interpretación sea absolutamente cierta y precisa. Por último, en ocasiones se prioriza la necesidad percibir el mundo como consistente (Greifeneder et al., 2018). En base a estas cualidades, la velocidad, la precisión, la consistencia se han propuesto diferentes

aproximaciones a como el individuo, el *pensador social*²⁴, interpreta las señales sociales como:

1. **Buscador de consistencia:** el individuo trata de percibir el mundo en cada nueva situación tal y como ya cree que es (Fiske & Taylor, 2017). La investigación ha demostrado que la necesidad de consistencia es una influencia importante en la forma en la que los individuos construyen la realidad social (Greifeneder et al., 2018). De entre los abordajes teóricos que incorporan dicha necesidad la teoría de la disonancia de Leon Festinger (1957) es el más prominente. Para Festinger la inconsistencia en el pensamiento social provoca un sentimiento aversivo, que motiva a los individuos a reducir la inconsistencia cambiando algún elemento de la misma o añadiendo elementos adicionales.

2. **Científico ingenuo:** el individuo reúne toda la información relevante de forma no selectiva y construye la realidad social de forma no sesgada. La interpretación del mundo estaría apenas influenciada por cualquier forma de ilusión y las conclusiones se elaborarían de una manera casi científica o lógica. Esta postura está articulada por las teorías atribucionales, que se orientan a explicar como la gente explica los comportamientos y los acontecimientos (Jones & Davis, 1965; Kelley & Michela, 1980; Kelley, 1987).

3. **Ahorrador cognitivo**²⁵: el individuo simplifica los procesos cognitivos mediante el uso de atajos cognitivos que previamente ha desarrollado, especialmente cuando dispone de poco tiempo o se ve confrontado a situaciones inusualmente complejas. Busca, como el científico ingenuo, precisión, pero lo hace con las limitaciones propias de estrategias que son más rápidas y requieren de menos esfuerzo. Los atajos mentales disponibles con frecuencia son muy útiles en el día a día para enfrentarse a numerosas tareas (Fiske & Taylor, 2017).

²⁴ En la literatura es frecuente utilizar el término *social thinker*.

²⁵ El término original es *cognitive miser*, que sería en realidad tacaño o avaricioso cognitivo, que el autor ha decidido traducir en un sentido no peyorativo.

4. **Táctico motivado:** el individuo tiene múltiples estrategias, que aplica dependiendo de los límites de la situación. La idea de diferenciar entre rutas de procesamiento simples y elaboradas ha llevado al desarrollo de modelos de procesamiento dual (Chaiken & Trope, 1999). Por ejemplo, en el campo de la persuasión, cuando los individuos perciben una situación como altamente relevante a nivel personal, es más probable que actúen como científicos ingenuos que como ahorradores cognitivos; por el contrario cuando son confrontados con una alta presión temporal, es más fácil que utilicen atajos (Chaiken, 1987; Petty & Cacioppo, 1986). Una lógica similar se ha aplicado en la percepción de otras personas, bien juzgando al otro en base a toda la información disponible, bien en base a estereotipos previos almacenados en la memoria (Macrae & Quadflieg, 2010).

5. **Actor activado** (Fiske & Taylor, 2017): la mayor parte del pensamiento y el comportamiento social del individuo es automático, dado que los procesos automáticos requieren una escasa inversión de tiempo y esfuerzo, permiten una evaluación rápida de las situaciones (Bargh, 2014; Bargh & Williams, 2006; Dijksterhuis, 2010). Esta perspectiva propone que los estímulos ambientales automáticamente traen a la mente conocimiento relevante sobre interpretaciones y comportamientos adecuados.

En realidad, aunque se han enfocado los procesos implicados en la cognición social como automáticos o controlados, los mismos se distribuyen en un rango que va desde una completa automatización (en forma de procesos no intencionales, incontrolables, autónomos, independientes de objetivos, en forma de respuestas rápidas, puramente conducidas por impulsos), hasta un control completo (en forma de respuestas intencionales con conocimiento plenamente consciente), pasando un buen número de grados intermedios. A medio camino entre los procesos relativamente automáticos y los relativamente controlados están los procesos automáticos conducidos por objetivos (un ejemplo de los mismos son los hábitos). Se entiende que los procesos más automáticos hacen la cognición social más eficiente y que los procesos más controlados flexibilizan la cognición social, dado que el intento consciente del

sujeto determina sustancialmente como funciona el proceso (Fiske & Taylor, 2017).

La ToM, que hemos abordado previamente, suele ser englobada dentro del *paraguas* más amplio de la cognición social. Algunos autores han subrayado el carácter dimensional de la cognición social y han propuesto una serie de funciones, además de la ToM, que quedarían englobadas dentro de la misma, integrando así diversos campos de la psicología social: el procesamiento emocional; la percepción y el conocimiento social; y los sesgos atribucionales²⁶ (Green et al., 2008; Penn et al., 2008).

Por un lado, la cognición social es un concepto más amplio que la mentalización en el sentido de que incluye procesos o abarca funciones que la mentalización no hace; ejemplos de esto son el análisis de las características de la percepción social, los procedimientos de planificación de respuestas o la respuesta comportamental del sujeto. Por otro lado, no deja de ser un concepto más restringido, dado que, en la práctica, la cognición social se orienta de forma prioritaria a los modelos cognitivos y a la interpretación del ambiente social. La mentalización abarcaría de forma más completa las dimensiones afectiva y centrada en el propio sujeto.

Conviene señalar que las similitudes y diferencias descritas previamente para la ToM son aplicables a la cognición social. De entre ellas, quizás la idea de que la mentalización como concepto está indisolublemente asociado al apego y sus vicisitudes destaca entre las demás a la hora de establecer diferencias entre mentalización y cognición social, menos interesada en los aspectos sociales del desarrollo vinculados con las figuras de apego.

²⁶ Los estilos atribucionales son las explicaciones que las personas se dan sobre las causas de los sucesos positivos o negativos que viven. Normalmente las personas atribuyen, con una tendencia sesgada, la responsabilidad de los sucesos positivos a si mismas y la de los eventos negativos a los demás o a las circunstancias.

No obstante, caben pocas dudas de que las teorizaciones e investigación aportadas desde el campo de la cognición social pueden enriquecer y ampliar el concepto de mentalización. Por ejemplo, la descripción, el análisis y la investigación de los diversos niveles de automatización/control de los procesos implicados en la cognición social, pueden enriquecer las ideas actuales sobre mentalización automática o controlada y sus aplicaciones prácticas.

Alexitimia

El término alexitimia es un neologismo que proviene del griego y significa ausencia de palabras para expresar las emociones (*a* significa no; *lexis*, palabra o acción de hablar; y *thymos*, emoción). Fue introducido por Peter Sifneos (1972) para describir un grupo de síntomas observados en pacientes con enfermedades psicosomáticas. La alexitimia denota una **dificultad para identificar y describir emociones**, así como una vida de fantasía interna empobrecida.

Los padres de la psicosomática americana atribuyeron los trastornos psicosomáticos a los conflictos psíquicos no expresados verbalmente y por ello descargados a través de los canales somáticos. Sobre esta observación se organizó la indicación de tratar a los enfermos psicosomáticos con psicoterapia (Alexander, 1962). La experiencia de tratar a estos pacientes con psicoterapia psicodinámica expresiva fue un fracaso (Ruesch, 1948), lo cual parecía estar en relación con las dificultades de los pacientes para poder verbalizar en la terapia experiencias con carga emocional.

Sifneos no creó un concepto nuevo, sino que organizó las observaciones clínicas previas sobre pacientes psicosomáticos en torno a una única entidad conceptual. Otros autores habían hablado ya del carácter vago e impersonal del discurso de estos pacientes (Polavsky, 1945), su pobreza en la simbolización (Ruesch, 1948), o de su incapacidad para desprenderse del impacto afectivo en las situaciones de estrés emocional y su tendencia a continuar tratando estas situaciones como si fueran normales (Groen & Bastiaans, 1951). Estos pacientes

habían sido descritos como iletrados emocionales (Freedman & Sweet, 1954), o con una incapacidad para expresar sus estados emocionales fuera del lenguaje de los órganos (McLean, 1949). La escuela psicósomática de París introdujo el concepto de pensamiento operatorio (Marty & de M'Uzan, 1963), un tipo de pensamiento que se limita a reduplicar la acción en sí misma, propio de los pacientes psicósomáticos. El sujeto describe sus acciones, hechos o gestos tal y como se producen pero sin integrar ninguna connotación afectiva. Los problemas concretos de cada momento ocupan todo el campo de la conciencia, excluyendo totalmente la emergencia de representaciones afectivas ligadas a los recuerdos.

En la actualidad, hay una controversia sobre la relación entre alexitimia y síntomas psicósomáticos, al no estar completamente demostrada empíricamente (Fernández-Montalvo & Yáñez, 1994); y se piensa que la alexitimia está extendida tanto en poblaciones de pacientes con trastornos psicósomáticos, como de aquellas que no los padecen (Rodrigo & Lusiardo, 1992).

En la definición inicial de alexitimia se diferenciaron tres componentes de la misma: una dificultad marcada para describir sentimientos, una ausencia o reducción marcada de la fantasía, y la manifestación de un pensamiento operatorio. Posteriormente se han ido añadiendo otros componentes, más o menos discutidos (Fernández-Montalvo & Yáñez, 1994). Los rasgos o características emocionales, cognitivos, fisiológicos, motores e interpersonales (Alonso-Fernández, 2011; García-Esteve et al., 1988), que puede llegar a incluir el concepto de alexitimia son los siguientes:

1. Dificultad para identificar, reconocer y verbalizar los propios sentimientos o emociones, y utilizarlos como señales internas.
2. Dificultad para captar de las emociones o los pensamientos ajenos. Dificultad para la empatía. Dificultades para establecer contacto afectivo con los otros y mantener una dinámica comunicacional.

3. Dificultad para diferenciar las emociones de las sensaciones corporales y para localizar las propias sensaciones corporales. Descarga de las emociones o los sentimientos a través de los canales vegetativos.
4. Pensamiento concreto, desprovisto de símbolos y abstracción, centrado en los detalles externos, sin conexión con el mundo vivencial interno. Reducción o anulación de la fantasía, los sueños, la ensoñación diurna y la vida imaginativa. Falta de capacidad para la introspección y la creatividad.
5. Tendencia a usar la acción como estrategia de afrontamiento principal en situaciones conflictivas.
6. Existencia regida por proyectos a corto alcance, programada y mecanizada.
7. Descripción prolija de los hechos. Discurso monótono, lento, pobre, detallista y aburrido.
8. Escasa expresividad. Rigidez en la comunicación no verbal, con escasez de mímica o movimientos corporales.
9. Relaciones interpersonales estereotipadas y rígidas, enmarcadas en la subordinación o la dependencia. Alto grado de conformidad social. Inclinación al aislamiento, sin tener una sensación de soledad.
10. Dar la impresión de ser una persona seria, adusta o aburrida.

Hay un debate abierto sobre si la alexitimia ha de ser considerada un rasgo de la personalidad, a situar dentro de un continuo; o un estado, a modo de condición o trastorno que uno tiene (Fernández-Montalvo & Yárnoz, 1994). La alexitimia no está incluida en las clasificaciones habituales de los trastornos mentales como una entidad discreta como tal.

Algunas dimensiones de alexitimia, que configuran de alguna manera su esencia, podrían ser un marcador de dificultades de hipomentalización emocional sobre uno mismo. Desde el punto de vista de su cualidad interpretativa, la mentalización tiende a ser un constructo más inclusivo que la alexitimia, al abarcar otras dimensiones (cognitiva, centrada en el otro,

implícita) y contemplar la posibilidad de dificultades por exceso (hipermentalización). Por otro lado, la alexitimia, como se ha reflejado, hace referencia a una multiplicidad de dimensiones no directamente relacionadas con la mentalización, que la diferencian como concepto único y diferenciado.

Metacognición

Metacognición significa **cognición sobre la propia cognición**. El término describe un conjunto de habilidades cognitivas de alto nivel y fue utilizado por vez primera por el psicólogo del desarrollo John H. Flavell (1976, 1979) para referirse tanto a al conocimiento que el sujeto tiene acerca de sus propios procesos y productos cognitivos, como a la supervisión activa, regulación y organización que lleva a cabo sobre los mismos. El concepto de metacognición se aplica de forma prioritaria tanto en los campos del aprendizaje y la educación; como en el de la salud mental. Se han descrito dificultades metacognitivas específicas en algunos grupos de pacientes, y se han diseñado intervenciones terapéuticas para rehabilitar o remediar dichas dificultades.

La metacognición incluye dos componentes, que han sido estudiados en psicología cognitiva de forma relativamente independiente (Saxe & Offen, 2010):

1. **Metacognición atributiva:** aspecto del conocimiento de uno mismo que incluye la habilidad para atribuirse creencias o deseos, o para explicar y justificar las acciones y las experiencias.

Podría explicar que corrí a casa porque pensé que había dejado las llaves en la puerta, o que cambié de trabajo porque quería un viaje más corto. Llamaremos a este aspecto del autoconocimiento metacognición atributiva (Saxe & Offen, 2010, p. 14).

2. Metacognición estratégica: aspecto del conocimiento de uno mismo que incluye la habilidad para monitorizar y controlar las actividades mentales en curso.

Podría decidir repetir una y otra vez un número de teléfono para recordarlo mejor, o pasar a pensar en una sección diferente de este capítulo para superar un bloqueo mental. Llamaremos a este segundo aspecto del autoconocimiento metacognición estratégica (Saxe & Offen, 2010, p. 14).

La metacognición atributiva difiere de la metacognición estratégica tanto en los objetos de su pensamiento (creencias y deseos en la primera, actividades mentales y planes en la segunda), como en las acciones llevadas a cabo (la atribución está al servicio de la explicación, la monitorización al del control). Además, ambas dependen de sustratos neurológicos independientes²⁷. Con todo, podrían ser dos habilidades relacionadas. Uno de los objetivos de la metacognición atributiva podría ser identificar los estados mentales para permitir a la persona vigilar y controlar dichos estados mentales.

En la literatura psicológica, la metacognición estratégica se relaciona estrechamente con la función ejecutiva, la habilidad para cambiar flexiblemente de una tarea u objetivo a otro, y de inhibir las opciones no deseadas; sin embargo, la metacognición atributiva se relaciona estrechamente con la ToM, la habilidad para atribuirnos estados mentales a nosotros mismos o a los demás (Saxe & Offen, 2010).

Aunque, en un sentido estricto, se tiende a entender la metacognición como pensar sobre el propio pensamiento, algunos autores han defendido una

²⁷ En el caso de la metacognición atributiva, los estudios de neuroimagen funcional han implicado la uniones temporoparietales derecha e izquierda, la corteza parietal media (incluyendo el cíngulo posterior y la precuña), y la corteza prefrontal media (sin incluir la corteza cingular anterior) (Gallagher et al., 2000; Saxe & Kanwisher, 2003). En el caso de la metacognición estratégica, han implicado a la corteza cingulada anterior, la corteza prefrontal dorsolateral, el lóbulo parietal superior, la corteza prefrontal ventrolateral, los campos oculares frontales bilaterales, el surco intraparietal y el opérculo frontal (Braver et al., 2001; Jiang & Kanwisher, 2003; Lau et al., 2006; Wager et al., 2005).

postura más expansionista, incluyendo en el término el pensar sobre las propias emociones, y sobre los pensamientos y emociones de los demás (Jost et al., 1998). En esta postura más amplia hay una casi equiparación del concepto metacognición con el de mentalización (Allen et al., 2008).

Identidad y difusión de identidad

La **identidad** es un término que define como las personas constituimos una representación mental sobre nosotros mismos a través del tiempo y en diferentes lugares y contextos. Refleja el conjunto de valores, metas, preferencias, necesidades, sentimientos y actitudes propios a partir del cual dotamos de significado primordial nuestra existencia y nuestro proyecto vital. El desarrollo de la identidad facilita que podamos tener un sentimiento de pertenencia sobre nuestra propia existencia a pesar de procedamos de formas distintas e incluso contradictorias en diferentes circunstancias (Frías et al., 2020). Dicho de otra forma, la identidad es lo que reconocemos como propio, muestra esencia, y lo que nos diferencia y hace únicos como personas y se mantiene a pesar de lo cambiante de las circunstancias.

Sin embargo, Joan Coderch nos recuerda que, a pesar de su relativa estabilidad, la identidad tiene un carácter dinámico y depende del contexto:

La identidad, aunque creo que debiéramos hablar siempre de sentimiento de identidad no es algo estático, sino que es un proceso que continua durante toda la vida. Podemos definirla como un continuum de experiencias subjetivas, unas conscientemente reflexivas y otras implícitas y pre-reflexivas a través del cual cada individuo se asigna a sí mismo una constelación de atributos que, a la vez, le asemejan a los otros en unos aspectos y le distinguen de los demás en otros, de una manera relativamente, estable pero que va modificándose a lo largo del tiempo. Por tanto, queda claro que la identidad siempre está íntimamente vinculada con relación al contexto en el que se encuentra el sujeto (Coderch, 2012, p. 220).

El principal teórico sobre la identidad fue Erik Erikson (Erikson, 1950), que popularizó el término en su discusión sobre la crisis de identidad de la adolescencia. Erikson fue el primero en desarrollar los conceptos de identidad del yo normal, crisis de identidad y difusión de identidad, como las características fundamentales, respectivamente, del desarrollo normal, de la adolescencia y de los trastornos de personalidad graves.

Para Erikson, la identidad incluía los compromisos con el papel que uno desempeña; un sentido de continuidad y coherencia del yo a lo largo del tiempo, de ser la misma persona a través de distintas situaciones; un sentido de agencia interna²⁸; y cierto grado de reconocimiento de los compromisos propios del papel que uno desempeña y de cómo le ven a uno en su comunidad.

En una línea similar, Tess Wilkinson-Ryan y Drew Westen nos ofrecen una precisa descripción de las características de la identidad (sana):

... un sentido de continuidad a lo largo del tiempo; un compromiso emocional con un conjunto de representaciones de uno mismo, de relaciones de rol, y de valores nucleares y estándares personales ideales, que lo definen a uno; el desarrollo o la aceptación de una visión del mundo que le da sentido a la vida; y cierto reconocimiento del papel que uno ocupa en el mundo para las personas significativas (Wilkinson-Ryan & Westen, 2000, p. 529).

En su revisión de la literatura sobre la identidad, Teresa Ribalta (2018) nos propone como componentes de una identidad sana: (a) una identidad corporal realista; (b) un sentimiento sostenido de ser uno mismo, (c) unas actitudes y comportamientos persistentes (no camaleónicas); (d) una continuidad temporal de la experiencia; (e) la presencia de autenticidad, con un reconocimiento de rasgos positivos y negativos de uno mismo; (f) una conciencia clara del propio género y la orientación sexual; y (g) la presencia de conciencia moral, con capacidad para experimentar culpa y poder reparar.

²⁸ De que uno es capaz de determinar sus propias acciones.

Erikson proponía que los adolescentes de muchas culturas experimentaban un periodo de **crisis de identidad**, un periodo en el que la visión del adolescente por las personas de su entorno, derivada del pasado, no se corresponde con la cambiante experiencia que el adolescente tiene de sí mismo. Es un periodo que se entiende como transitorio del cual se emerge, si se resuelve la crisis, con una identidad sana, que incluye la habilidad para desarrollar la capacidad vocacional, lograr la intimidad con el otro y encontrar su lugar en la sociedad.

Podemos apreciar aquí que en el desarrollo de la identidad tienen un papel relevante la influencia del otro – los padres, la familia, el grupo de pares, el grupo más amplio... – de quién tomamos y de quien nos diferenciamos, y a quién hemos de tener en cuenta para poder desarrollar nuestro propio proyecto.

Cuando el sujeto fracasa en alcanzar una identidad sana se produce lo que Erikson llamó **difusión de identidad**, que se manifiesta en un sentido subjetivo de incoherencia; una dificultad para comprometerse con roles y elecciones ocupacionales; y una tendencia a confundir, en las relaciones íntimas, los propios atributos, sentimientos y deseos con los de la otra persona y, por lo tanto, un temor a perder la propia identidad personal cuando la relación finaliza (Wilkinson-Ryan & Westen, 2000). Algunos individuos escapan de este estado rechazando los roles asignados socialmente y estableciendo su identidad sobre identificaciones con lo socialmente inaceptable, conformando lo se ha venido a llamar identidad negativa (Kernberg, 2006).

James Marcia (Marcia, 1987; Marcia et al., 1993) es uno de los autores que más ha ampliado la obra de Erikson. Definió la identidad como una organización interna, construida por uno mismo y dinámica, de impulsos, habilidades, creencias e historia individual; y distinguió cuatro tipos o **estatus de la identidad**: la consecución de la identidad, la moratoria de la identidad, la

identidad hipotecada²⁹ y la difusión de identidad. Para lograr la identidad, una persona a de enfrentarse con cuestiones relacionadas con la familia, la profesión, la religión y los valores, y llegar a algún tipo de solución de compromiso. En el estado de moratoria se ha pospuesto la resolución de los problemas de identidad y la persona permanece en un estado de constante búsqueda de la identidad. En la identidad hipotecada el sujeto no ha experimentado una crisis de identidad, ni ha hecho una exploración de los conflictos propios de la misma, ha asumido una identidad de facto, permaneciendo arraigado en los roles y valores de las figuras de identificación de su infancia, o adhiriéndose rígidamente a una identificación con un grupo, o mostrando una combinación de aislamiento y sumisión a la figura de un líder (Kernberg, 2006). Por último, los problemas de identidad más graves se encuentran en las personas con difusión de identidad, que pueden haber tenido múltiples crisis, haber elegido una sucesión de carreras o religiones, o que ni siquiera son conscientes de su falta de identidad cohesiva.

Aportaciones al constructo de identidad desde la teoría de las relaciones objetales

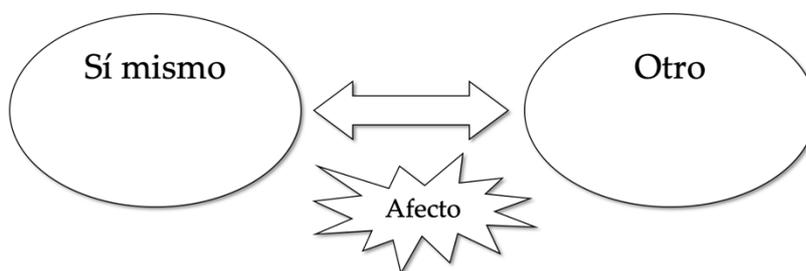
Otto Kernberg (1987, 1994, 2005) ha aplicado la teoría contemporánea de las relaciones objetales a la comprensión del desarrollo de la identidad normal y patológica, y definido y explorado las características de la difusión de identidad.

Según la **teoría contemporánea de las relaciones objetales**, las internalizaciones de las relaciones con otras personas significativas tienen características diferentes según la interacción se produzca en condiciones de afecto máximo o de bajo afecto. En condiciones de baja activación afectiva, se da un aprendizaje cognitivo orientado a la realidad y controlado por la percepción,

²⁹ En realidad, por el término utilizado en inglés, *foreclosure*, tal vez se podría traducir mejor como embargada. Sin embargo, en los textos en castellano comúnmente se utiliza el término identidad hipotecada.

influenciado por el temperamento (la reactividad afectiva, cognitiva y motora del bebé) lo que lleva a definiciones de sí mismo y de los demás diferenciadas y que se desarrollan gradualmente. Estas definiciones se inician con la percepción de las funciones corporales, la posición del yo en el espacio y el tiempo, y las características permanentes de los demás. Según estas percepciones se integran y se vuelven más complejas, las interacciones con los demás se registran y evalúan cognitivamente y se establecen modelos de trabajo de las mismas. En cambio, en condiciones de activación afectiva (positiva o negativa) máxima, se dan internalizaciones específicas enmarcadas por la naturaleza diádica de la interacción entre el bebé y el cuidador, que llevan al establecimiento de estructuras de memoria afectiva específicas. Las estructuras están constituidas por una representación de sí mismo en interacción con una representación del otro, bajo el dominio de un estado afectivo máximo – las llamadas **diadas objetales relacionales** – (figura 4) Estas estructuras son el elemento más básico del sistema motivacional psíquico primario. La motivación se orienta hacia aquello que le acerque a uno a, mantenga o incremente las condiciones que generan estados de afecto máximos positivos; y que disminuya , evite y permita escapar de las condiciones que generan estados de afecto negativo máximo.

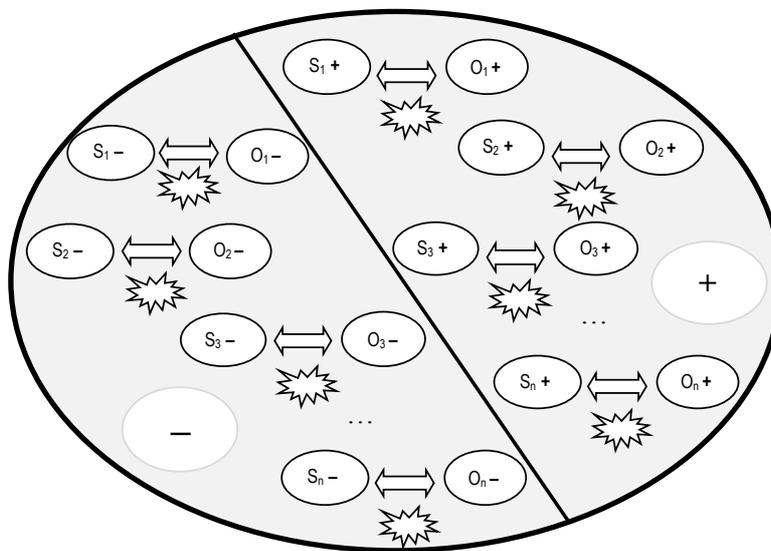
Figura 4: Diada objetal relacional



La teoría de las relaciones objetales asume que estos recuerdos afectivos positivos y negativos en un primer momento se agrupan por separado al ser interiorizado y, más tarde, se escinden o disocian activamente entre sí en un

esfuerzo por mantener un dominio de la experiencia de la relación entre el sí mismo y los otros ideal, y por escapar de las aterradoras experiencias de los estados afectivos negativos. Los estados afectivos negativos tienden ser proyectados, a evolucionar hacia el temor a los objetos externos malos, mientras que los estados afectivos positivos evolucionan hacia el recuerdo de una relación con objetos ideales. Este desarrollo da como resultado dos dominios de la experiencia psíquica temprana mutuamente divididos, uno idealizado – que incluye solo representaciones positivas del *self* y el otro – y otro persecutorio o paranoide – que incluye representaciones negativas del otro y amenazadas de sí mismo – (figura 5). Esta experiencia de separación cumple una función defensiva, protegiendo de las experiencias negativas hasta poder tolerar el malestar³⁰.

Figura 5: Organización psíquica escindida.



El esperable predominio de las experiencias idealizadas lleva a tolerar e integrar las paranoides, que quedan neutralizadas en el proceso. El niño reconoce que tiene aspectos buenos y malos y que lo mismo sucede con los

³⁰ Esto se corresponde con la denominada fase esquizoparanoide de Melanie Klein (1948).

otros significativos; y los aspectos buenos predominan lo suficiente como para tolerar una visión integrada de sí mismo y de los demás³¹.

En condiciones normales, es a partir de este punto que la identidad normal puede quedar determinada por un sentido integrado de sí mismo – con aspectos positivos y negativos – rodeado de representaciones integradas de los otros, que también se diferencian entre sí en sus características de género y de estatus o rol (Kernberg, 2006).

En opinión de Kernberg (2006), el concepto de identidad del yo de Erikson incluía en su definición la **integración del concepto del sí mismo**. La teoría de las relaciones objetales contribuye a la definición añadiendo la necesidad de una **integración del concepto de los otros**. Además, desde esta teoría se explica la difusión de identidad en los siguientes términos:

... cuando no se alcanza esta etapa de desarrollo de integración de la identidad normal, persiste la etapa de desarrollo anterior de disociación o división entre un segmento de experiencia idealizado y uno persecutorio. En estas condiciones, múltiples representaciones no integradas del sí mismo, escindidas en un segmento idealizado y otro persecutorio; y múltiples representaciones de los otros significativos, escindidas en líneas similares; constituyen conjuntamente el síndrome de difusión de la identidad (Kernberg, 2006, p. 977).

El grupo de Otto Kernberg otorga al síndrome de difusión de identidad un papel central en el diagnóstico de la **organización estructural de la personalidad**. El diagnóstico de las organizaciones límite de la personalidad vendría dado por el síndrome de difusión de identidad, al que inevitablemente se asocian mecanismos de defensa primitivos, y una prueba de realidad normal o alterada solo en contextos de intensa activación emocional (Yeomans et al., 2016). Además, han desarrollado instrumentos de evaluación de dicha organización (y sus dimensiones), que incluyen apartados para evaluar su aspecto central, el síndrome de difusión de identidad. Las principales

³¹ Se pasa, por lo tanto, a la fase depresiva de Melanie Klein (1948).

herramientas desarrolladas son la entrevista estructural (Kernberg, 1987; Yeomans et al., 2016), una entrevista clínica semiestructurada exhaustiva; el *Structured Interview of Personality Organization – Revised* (STIPO-R) (Clarkin et al., 2019), una entrevista semiestructurada de investigación; y el *Inventory of Personality Organization* (IPO) (Lenzenweger et al., 2001), un cuestionario autoaplicado.

Una aportación reciente es el interesante trabajo de Álvaro Frías y sus colaboradores (2020) que, de forma novedosa, proponen una **taxonomía** de las alteraciones de la identidad en el grupo de pacientes con trastorno límite de la personalidad. Describen las siguientes categorías:

1. Ausencia de identidad: supone una falta de reconocimiento de la propia existencia, de familiaridad con uno mismo y una falta de percepción que las decisiones que uno ha ido dando le pertenezcan a uno. Estos sujetos refieren no saber quienes son y vagan por la vida sin un proyecto.
2. Identidad simbiótica: no hay una identidad propia que se diferencie de la de los demás, no hay individuación. Solo existe un nosotros, sin un tú o un yo distintivos. Puede darse en forma de una disposición completa a las necesidades del otro, o, por lo contrario, de insignificancia del otro, que solo está al servicio de nuestras necesidades y es una prolongación del yo.
3. Identidad contextual: la persona está adaptada en exceso y se mimetiza con el ambiente en el que se desenvuelve. Lo que se aprecian son proyecciones externas que representan lo que el sujeto piensa que el otro o la sociedad esperan de él en cada momento.
4. Restricción de la identidad: la identidad está vinculada con un área limitada, que excluye las demás. El sujeto queda absorbido por una meta vital.
5. Identidad autodevaluada: hay una discrepancia marcada entre como se percibe uno a si mismo y sus expectativas y exigencias ideales para consigo.

6. Imagen corporal alterada: se dedica una gran energía en pensar en aspectos corporales que se ven como defectuosos, con rumiaciones constantes que condicionan la vida emocional y conductual.
7. Género difuso: no constituye para los autores una alteración de la identidad per se. Implica una identificación parcial con ambos géneros.
8. Identidad fragmentada: se presentan identidades múltiples polarizadas en conflicto.
9. Disgregación de la identidad: hay una grave confusión entre el mundo interno y el mundo externo. Distintos componentes del psiquismo son depositados en el exterior, fuera del alcance de la consciencia. Dejan entonces de formar parte de su identidad y se sumergen en lo que el sujeto considera que es su mundo externo.
10. Identidad inestable: los criterios del sujeto dependen de forma muy marcada por los estados emocionales, mostrando por lo general falta de regulación emocional.
11. Despersonalización: el sujeto siente una sensación de desapego hacia uno mismo. Siente un distanciamiento subjetivo del propio ser, su persona y su identidad. Hay una falta de sensación de pertenencia y de familiaridad hacia sí mismo y se reduce la sensación de agencia o control sobre las propias acciones.

Identidad y mentalización

La capacidad de mentalización es lo que permite el desarrollo del sentimiento de identidad (Coderch, 2012). Joan Coderch lo explica de la siguiente manera:

... mentalizar es pensar en los propios pensamientos y pensar en las emociones que se sienten. Esta capacidad incluye la de poder pensar en los pensamientos y las emociones de los otros. Y este poder pensar en los propios estados mentales constituye el primer

germen del sentimiento de identidad. Es algo así como: “yo soy quien tiene estos pensamientos, deseos y emociones que se representan en el rostro de mis padres, pero que son míos, no de ellos.” Por tanto, junto a la comprensión de los estados mentales tiene lugar el desarrollo del si-mismo o self y del primer sentimiento de identidad (Coderch, 2012, p. 221).

Rossella Guerini y sus colaboradores (2015) mantienen que la mentalización sobre uno mismo no es solo una cuestión de atribuirse a uno mismo los propios estados mentales actuales; es más bien una actividad mentalista de orden superior que da forma a una *autoconciencia* psicológica (en oposición a la corporal). Además, la mentalización no puede separarse del contexto de la construcción y la defensa de la identidad subjetiva. Muestra de ello es que en los pacientes con TLP las alteraciones de la mentalización y las alteraciones de la identidad están entrelazadas.

Merece la pena señalar aquí que en la exploración de la identidad y su patología en un entorno clínico o de investigación se exige una constante activación por parte del sujeto de su capacidad mentalizadora. Por poner un ejemplo sencillo, en la entrevista estructural un aspecto clave de la exploración de la identidad es pedirle al sujeto que nos haga una descripción breve pero suficientemente esclarecedora sobre si mismo (Kernberg, 1987; Yeomans et al., 2016), se utiliza, más o menos, la siguiente fórmula:

Me gustaría saber ahora más de usted como persona, la forma en la que se percibe a si mismo, la manera en que sienten que los demás le perciben, lo que usted piense que me ayudaría a formarme una imagen de usted en profundidad, dentro del tiempo limitado del que disponemos.

Posteriormente, en la línea señalada por la teoría de las relaciones objetales, se formularía una pregunta similar sobre algún otro significativo.

Para poder responder bien a estas preguntas y demostrar así una identidad sana, el sujeto necesita parar, tomar distancia de sí mismo y reflexionar sobre

sus estados mentales: ¿qué pienso de mi mismo?, ¿qué es esencial y que es superfluo?, ¿cómo explico mis contradicciones?, ¿desde que punto, valores ideas, forma de ser..., tomo mis decisiones?, ¿cómo interpretan los demás lo que yo hago, digo,...? Es una pregunta que *sorprende al inconsciente* y puede crear una cierta tensión en el sujeto (al estilo de las preguntas que se formulan, por ejemplo, en la Entrevista del Apego Adulto). Probablemente, un fallo en la función reflexiva se haría evidente en la respuesta, sobre todo si el entrevistador, como suele ser el caso, explora las contradicciones que se hubieran podido dar entre la respuesta, y los comportamientos y verbalizaciones previas en la entrevista. Es decir, la exploración de la identidad requiere de la capacidad mentalizadora.

La investigación ha asociado las alteraciones de la función reflexiva, sobre todo la hipomentalización, con la difusión de identidad y con las organizaciones psicológicas que la incluyen, seguramente desde una perspectiva causal o mediadora (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016; Penner et al., 2019). Con todo, puede merecer la pena pensar en la identidad como un constructo que permita evaluar indirectamente la mentalización. Identidad y mentalización son dos constructos diferenciados, pero al evaluar la identidad probablemente se hagan evidentes los fallos de mentalización.

LA MEDIDA INDIRECTA DE LA MENTALIZACIÓN

Como se ha descrito previamente, la mentalización en su conjunto, aspectos de la misma o sus dificultades han sido relacionados con otros conceptos paralelos, como la empatía, la toma de perspectiva, la atención plena o *mindfulness*, la teoría de la mente, la lectura de la mente, la cognición social, la metacognición, la alexitimia, la orientación mental hacia lo psicológico³², la simbolización³³, la identidad... Aunque no son conceptos equivalentes, al disponer en su mayoría de instrumentos de medida adecuados y de aplicación relativamente sencilla (como cuestionarios autoaplicados), en ocasiones han sido utilizados como medida indirecta de la mentalización o alguna de sus áreas (Luyten et al., 2012). Sin embargo, aunque estas medidas son más factibles y estadísticamente fiables, se ven limitadas por el hecho de que solo proveen de una medida parcial e indirecta de la FR y de que parten de otras bases teóricas (Badoud et al., 2015).

En las tablas 3 y 4 se describen los instrumentos validados que miden mentalización y sus conceptos relacionados, así como las dimensiones de la mentalización sobre las que parecen informar de forma más o menos directa. Se han ampliado y actualizado las revisiones de referencia sobre el tema de Patrick Luyten y sus colaboradores (2012) y de María Sánchez Pascual y sus colaboradores (2015).

De especial interés para el presente estudio son aquellos instrumentos validados en castellano para población española. Dichos instrumentos tienen una utilidad potencial en la evaluación de la validación conceptual de cualquier instrumento de medida directa de la mentalización en castellano,.

³² Capacidad de relacionar las acciones con los pensamientos y los sentimientos.

³³ Construcción de significados, capacidad de usar un objeto para representar a otro (en ocasiones también se emplea el término para señalar la fluencia en el lenguaje de los estados mentales).

Tabla 3: Instrumentos de medida de la función reflexiva y variables relacionadas, en inglés y otros idioma distintos del español. Traducido, adaptado y ampliado por el autor, de Luyten et al. (2012).

	Dimensiones							
	Si mismo-otro		Cognitivo-afectiva		Interna-externa		Automática-controlada	
	Si mismo	Otro	Cognitiva	Afectiva	Interna	Externa	Automática	Controlada
CUESTIONARIOS								
<i>Beliefs about Emotions Scale</i> (Rimes & Chalder, 2010)	X	(X)	X	X	X			X
<i>Toronto Alexithymia Scale (TAS)</i> (Bagby, Parker, et al., 1994; Bagby, Taylor, et al., 1994)	X		X	X	X			X
<i>Kentucky Mindfulness Scale- subescalas Describe y Act with Awareness</i> (Baer et al., 2004)	X		X	X	X		(X)	X
<i>Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)</i> (Brown & Ryan, 2003)	X		X	X	X		(X)	X
<i>Levels of Emotional Awareness Scale</i> (Lane et al., 1990)	X	X	X	X	X			X
<i>Psychological Mindedness Scale</i> (Shill & Lumley, 2002)	X	X	X	X	X			X

	Dimensiones							
	Si mismo-otro		Cognitivo-afectiva		Interna-externa		Automática-controlada	
	Si mismo	Otro	Cognitiva	Afectiva	Interna	Externa	Automática	Controlada
<i>Perspective Taking Scale del Interpersonal Reactivity Index (IRI)</i> (Davis, 1980)		X	X	X	X			X
<i>Empathy Quotient (EQ)</i> (Lawrence et al., 2004)	X	X	X	X	X		(X)	X
<i>Basic Empathy Scale</i> (Jolliffe & Farrington, 2006)		X	X	X	X			X
<i>Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test</i> (Salovey & Grewal, 2005)	X	X	X	X	X	X	(X)	X
<i>Metacognition Self-Assessment Scale (MSAS)</i> (Pedone et al., 2017)	X	X	X	X	X			X
<i>* Mentalization Stories Test for adolescents</i> (Vrouva & Fonagy, 2009)		X	X	X	X		(X)	X
<i>* Reflective Functioning Questionnaire</i> (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016)	X	X	X	X	X		(X)	X
<i>** Parental Reflective Functioning Questionnaire</i> (Luyten et al., 2017)	X	X	X	X	X		(X)	X

	Dimensiones							
	Si mismo-otro		Cognitivo-afectiva		Interna-externa		Automática-controlada	
	Si mismo	Otro	Cognitiva	Afectiva	Interna	Externa	Automática	Controlada
ENTREVISTAS O SISTEMAS DE CODIFICACIÓN DE NARRATIVAS								
<i>* Adult Attachment Interview- RFS</i> (Fonagy et al., 1998)	X	X	X	X	X	(X)	(X)	X
<i>** Parent Development Interview- RFS</i> (Slade, Aber, et al., 2004)	X	X	X	X	X	(X)	(X)	X
<i>** Working Model of the Child Interview- RFS</i> (Grienenberger et al., 2005)	X	X	X	X	X	(X)	(X)	X
<i>Computerized Reflective Functioning (CRF)</i> (Fertuck et al., 2012) +								
<i>Toronto Structured Interview for Alexithymia</i> (Bagby et al., 2006)	X		X	X	X		(X)	X
<i>Mental States Measure and Grille de l'élaboration Verbale de l'Affect</i> (Bouchard et al., 2008)	X	X	X	X	X	X	(X)	X
<i>Metacognition Assessment Scale</i> (Semerari et al., 2003)	X	X	X	X	X		(X)	X
<i>Intentionality Scale</i> (Hill et al., 2007)		X	X	X	X	(X)	(X)	X

	Dimensiones							
	Si mismo-otro		Cognitivo-afectiva		Interna-externa		Automática-controlada	
	Si mismo	Otro	Cognitiva	Afectiva	Interna	Externa	Automática	Controlada
<i>Internal State Lexicon</i> (Beeghly & Cicchetti, 1994)	X	X	X	X	X		(X)	X
*** <i>Child Reflective Functioning Scale (CRFS)</i> (Ensink et al., 2015) aplicada a la <i>Child Attachment Interview (CAI)</i> (Target et al., 2000)	X	X	X	X	X		(X)	X
TAREAS EXPERIMENTALES-OBSERVACIONALES								
<i>Reading the Mind in the Eyes Test</i> (Baron-Cohen et al., 2001)		X	X	X			X	X
<i>Reading the Mind in Voice Test</i> (Golan et al., 2007)		X	X	X			X	X
<i>Reading the Mind in Films Task</i> (Golan et al., 2006, 2008)		X	X	X	X		X	X
<i>International Affective Picture System (IAPS)</i> (Lang et al., 2005)		X	X	X			X	X
<i>NimStim Set of Facial Expressions</i> (Tottenham et al., 2009)		X	X	X			X	X
<i>Face Morphs</i> (Bailey et al., 2008)	X	X	X	X			X	(X) X

	Dimensiones							
	Si mismo-otro		Cognitivo-afectiva		Interna-externa		Automática-controlada	
	Si mismo	Otro	Cognitiva	Afectiva	Interna	Externa	Automática	Controlada
<i>Dynamic Body Expressions</i> (Pichon et al., 2009)		X	X	X		X	(X)	X
<i>Electromyography of facial mimicry</i> (Sonnby-Borgström & Jönsson, 2004)	(X)	X	(X)	X		X	X	
<i>Affect labeling</i> (Lieberman et al., 2007)		X	X	X		X		X
<i>Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC)</i> (Dziobek et al., 2006)		X	X	X	X	X	(X)	X
<i>Trust Task</i> (King-Casas et al., 2008)	(X)	X	X	X	X			X
<i>Interoceptive Sensitive</i> (Barrett et al., 2004)	X	X	X	X	X			X
<i>Empathy for Pain in Others</i> (Hein & Singer, 2008)	(X)	X	X	X		X	X	X
<i>Manipulating Body Consciousness</i> (Brass et al., 2007; Lenggenhager et al., 2007)	X	X	X	X	X	X	X	X

	Dimensiones							
	Si mismo-otro		Cognitivo-afectiva		Interna-externa		Automática-controlada	
	Si mismo	Otro	Cognitiva	Afectiva	Interna	Externa	Automática	Controlada
<i>Animated Theory of Mind Inventory for Children</i> (Beaumont & Sofronoff, 2008)		X	X	X	X	X	(X)	X
<i>Maternal Mind Mindedness</i> (Meins & Fernyhough, 2010)	X	X	X	X	X	(X)	(X)	X
<i>Maternal Accuracy Paradigm</i> (Sharp et al., 2006)		X	X	X	X	(X)	(X)	X
<i>Strange Stories Task</i> (Happé, 1994)		X	X	X	X			X
TEST PROYECTIVOS								
<i>Thematic Apperception Test</i> (Morgan & Murray, 1935; Luyten et al., 2012)	(X)	X	X	X	X	X	(X)	X
<i>Projective Imagination Test</i> (Blackshaw et al., 2001)	(X)	X	X	X	X	X	(X)	X

Nota: X: aplicable; (X): aplicable parcialmente; RFS: Reflective Functioning Scale; *: evalúa directamente FR; **: evalúa directamente FR Parental; ***: evalúa directamente la FR infantil; +: no se asimila a las categorías de la presente tabla. Evalúa indirectamente la FR detectando un vocabulario característico que correlaciona con una medida general de mentalización (como la proporcionada por la RFS, que incorpora todas las dimensiones), sin informar sobre dimensiones concretas.

Tabla 4: Instrumentos de medida de la función reflexiva y variables relacionadas, en español (adaptado y ampliado por el autor, a partir de: (Sánchez Pascual et al., 2015))

	Dimensiones							
	Si mismo-otro		Cognitivo-afectiva		Interna-externa		Automática-controlada	
	Si mismo	Otro	Cognitiva	Afectiva	Interna	Externa	Automática	Controlada
CUESTIONARIOS								
Escala de Alexitimia de Toronto (TAS) (Moral de la Rubia & Retamares Rojas, 2000)	X		X	X	X			X
Versión Española de la <i>Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)</i> (Soler et al., 2012)	X		X	X	X		(X)	X
Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) (Pérez-Albéniz et al., 2003)	X	X	X	X	X			X
Versión Española del <i>Empathy Quotient (EQ)</i> (Redondo & Herrero, 2018)	X	X	X	X	X		(X)	X

	Dimensiones							
	Si mismo-otro		Cognitivo-afectiva		Interna-externa		Automática-controlada	
	Si mismo	Otro	Cognitiva	Afectiva	Interna	Externa	Automática	Controlada
Versión Española de la <i>Basic Empathy Scale</i> (Villadangos et al., 2016)		X	X	X	X			X
Versión Española del <i>Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test</i> (Pacheco et al., 2006)	X	X	X	X	X	X	(X)	X
** Versión Española del Parental Reflective Functioning Questionnaire (CFRP18) (Gordo et al., 2020)	X	X	X	X	X	(X)		X
ENTREVISTAS O SISTEMAS DE CODIFICACIÓN DE NARRATIVAS								
* Método para la Evaluación de la Mentalización en el Contexto Interpersonal (MEMCI) (Bilbao et al., 2016)	X	X	X	X	X	X	X	X
* Test de Situaciones para la Evaluación de la Mentalización (TESEM) (Lanza Castelli, 2011)	X	X	X	X	X	X	(X)	X

	Dimensiones							
	Si mismo-otro		Cognitivo-afectiva		Interna-externa		Automática-controlada	
	Si mismo	Otro	Cognitiva	Afectiva	Interna	Externa	Automática	Controlada
** Versión Española del Parent Development Interview-Revised (Golanó Fornells et al., 2018)	X	X	X	X	X	(X)	(X)	X
TAREAS EXPERIMENTALES-OBSERVACIONALES								
Test de Lectura de la Mente en los Ojos (Fernández-Abascal et al., 2013)	X	X	X	X	X	X	X	X
Versión Española de la Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC) (Lahera et al., 2014)		X	X	X	X	X	(X)	X
Nota: X: aplicable; (X): aplicable parcialmente; ; *: evalúa directamente FR; **: evalúa directamente FR Parental.								

Sin lugar a dudas, la FR es un constructo psicológico con un gran relevancia potencial en la investigación de los trastornos psicopatológicos, la personalidad, las intervenciones psicoterapéuticas y la transmisión intergeneracional del apego. Esto indica la necesidad de medidas específicas para el constructo que tengan en cuenta su extensión, y sus particularidades y diferencias con respecto a otros constructos con algunos puntos de convergencia, pero que, como se ha señalado en el apartado de constructos relacionados de interés, al provenir desde distintos campos teóricos y de investigación, difieren en aspectos esenciales del concepto de mentalización. Solo el desarrollo de medidas que tengan en cuenta dichos aspectos esenciales, como, por citar algunos, su estrecha vinculación con los elementos emocionales implicados en las relaciones interpersonales (tanto durante el desarrollo como en el presente), o su carácter dinámico y contextual, puede permitir de una forma acorde con la complejidad del concepto, desplegar de forma plena el potencial del mismo en las áreas de investigación señaladas.

LA FUNCIÓN REFLEXIVA, LA ESCALA DE FUNCIÓN REFLEXIVA Y OTRAS FORMAS DE MEDIDA DE LA MISMA

Como se ha comentado previamente, la función reflexiva (FR) es una **operacionalización** de la variable mentalización a efectos de investigación. La operacionalización es el proceso mediante el cual se transforma la variable, de conceptos abstractos a términos concretos, observables y medibles, es decir, se transforma en dimensiones e indicadores. De esta forma se hace medible la variable. Por lo tanto, la FR permite hacer medible la mentalización.

¿Cómo surgió el concepto de FR?

El concepto de función reflexiva surgió en el marco de un proyecto de investigación de Peter Fonagy y sus colaboradores (1991), el *London Parent–Child Project*³⁴. El proyecto incluía un estudio prospectivo sobre la influencia de los patrones de apego de madres y padres, evaluados mediante la AAI, antes del nacimiento de su primer hijo, sobre el patrón de apego del niño a esa madre o padre, evaluado mediante el PSE, al año y a los 18 meses. El estudio incluyó a 100 madres y a 100 padres primerizos. En este estudio se desarrolló una nueva medida orientada a evaluar la capacidad de los padres para entender los estados mentales (denominada en el estudio *Reflective-Self Function*). En base a la misma, se evaluó en qué forma la capacidad del cuidador para concebir o pensar acerca de las relaciones en términos de procesos y funciones mentales, podría determinar la seguridad del niño respecto a dicho cuidador. Posteriormente, la escala desarrollada para medir el *self* reflexivo evolucionó y fue renombrada como *Reflective Functioning Scale* (RFS) (Fonagy et al., 1998), que se podría traducir como Escala de Función Reflexiva.

³⁴ En realidad el proyecto se llamaba el *Anna Freud Centre–University College London Parent–Child Project*, aunque comúnmente se abrevia en la literatura como *London Parent–Child Project*.

Al leer las transcripciones de la AAI, los autores se dieron cuenta de que había una gran variación en el grado en el que las respuestas de los participantes incluían intentos para comprender su propio comportamiento o el de los otros en términos de estados mentales (Steele & Steele, 2008). Este fenómeno parecía ser captado principalmente por la escala de monitorización metacognitiva de la AAI, que, como se ha señalado antes, mide la habilidad para observar y reflexionar sobre los procesos de pensamiento y del discurso propios (Main & Goldwyn, 1994). Sin embargo, esta escala tenía un alcance restringido al medir únicamente las reflexiones del entrevistado en el momento de la entrevista en el que se comentaba una contradicción o un cambio de perspectiva en el discurso de dicho entrevistado. El desarrollo de una escala específica que midiera la función reflexiva ofrecía una serie de ventajas innegables. Como señalan Svenja Taubner y sus colaboradoras:

Los evaluadores entrenados puntúan la FR de las transcripciones de la AAI, evaluando el grado en que el entrevistado tiene en cuenta sus propios estados mentales y los de los demás, mientras narra experiencias emocionalmente cargadas y potencialmente negativas... Esta aproximación empírica complementa los estudios de laboratorio sobre respuesta empática o las pruebas sobre la teoría de la mente... (a) proporcionando una evaluación verbal indirecta que no está sujeta a los sesgos característicos de las autoevaluaciones; (b) evitando proporcionar unas opciones fijas de respuesta y dejando, en cambio, el modo preferido de comunicación abierto a los sujetos; y (c) evaluando la mentalización en el contexto afectivo e interpersonal ecológicamente válido de una situación de entrevista sobre las figuras de apego (Taubner, Hörz, et al., 2013, p. 2).

Muchas medidas utilizadas para medir la mentalización o sus constructos relacionados evalúan solamente la mentalización controlada y necesitan ser adaptadas para evaluar la **mentalización automática** (por ejemplo, induciendo estrés al sujeto antes de la realización de la prueba). Es más, muchas medidas evalúan la mentalización *offline*³⁵ (de forma retrospectiva), en lugar de *online*³⁶ (a medida que evolucionan las interacciones sociales), dado que esta metodología

³⁵ Fuera de línea.

³⁶ En línea.

es, por lo general, más engorrosa. Sin embargo, evaluar la mentalización o su pérdida en condiciones de estrés podía ser clínicamente más relevante, dado que es en estas condiciones donde se producen de forma más evidente los fallos en la mentalización (Luyten et al., 2012). En este sentido, evaluar la mentalización mediante la RFS aplicada a las transcripciones de la AAI suponía la ventaja de evaluar no solo la mentalización controlada, sino también la automática, y de llevar a cabo la evaluación en una situación interpersonal que, al dar la oportunidad de elaborar temas afectivamente relevantes, implicaba un mayor nivel de estrés.

La Reflective Functioning Scale aplicada a las transcripciones de la Adult Attachment Interview

La puntuación por parte de evaluadores cualificados de la RFS sobre las transcripciones de la AAI constituye el estándar de oro de la evaluación de la mentalización. Es, sin embargo, un proceso costoso tanto por su duración, como por la necesidad de evaluadores bien formados y fiables.

Dimensiones de la Función Reflexiva

El sistema de codificación que se desarrolló para construir este instrumento se basó en las siguientes dimensiones, que en su extremo máximo, sugieren una FR más alta:

1. Conciencia de la naturaleza de los estados mentales:

... se evidencian pasajes de la transcripción que demuestran una conciencia de su opacidad, su susceptibilidad a la apariencia equívoca y su naturaleza potencialmente defensiva; o pasajes que demuestran una conciencia de las limitaciones para conocer dichos estados, o que hacen referencia explícita a reacciones normalmente esperables en situaciones específicas (Fonagy et al., 1998, p. 52).

2. Esfuerzos explícitos para desentrañar los estados mentales subyacentes a la conducta:

... incluyen la atribución precisa de estados mentales a los otros, el reconocimiento de diferentes perspectivas, el tener en cuenta como nuestros propios estados mentales afectan al comportamiento, tanto propio como de los otros; y a las percepciones, tanto de uno mismo como a las que tengan los demás de nosotros,... (Fonagy et al., 1998, p. 52).

3. Reconocimiento de los aspectos evolutivos de los estados mentales:

... aquí se pone el foco en como cambian y evolucionan los estados mentales... incluye afirmaciones que reflejan un conocimiento de las interacciones entre dos o familiares... el conocimiento de las influencias intergeneracionales ha de incluir referencias explícitas a estados mentales y su influencia sobre el comportamiento interpersonal...(Fonagy et al., 1998, p. 52).

Las experiencias durante el desarrollo influyen en como se entiende el mundo. Cuando un sujeto se da cuenta, en el curso de la AAI, de que las reflexiones que está teniendo sobre sus experiencias están mediatizadas por su pasado, está utilizando la monitorización cognitiva. Está requiere salir de uno mismo, reflexionar sobre uno mismo como un objeto con una línea de desarrollo propia y entender a donde ha llegado uno (Taubner, Hörz, et al., 2013).

4. Estados mentales en relación con el entrevistador:

... (se refieren al) crédito dado a los esfuerzos explícitos para hacer más claro y ayudar al entrevistador a seguir el material, las referencias explícitas y precisas al impacto probable sobre el entrevistador del material que el sujeto ha proporcionado, las afirmaciones que demuestran un conocimiento de que el entrevistador puede no compartir el estado mental del sujeto en relación a uno u otro tema (Fonagy et al., 1998, p. 53).

Preguntas que demandan reflexión versus preguntas que permiten la reflexión.

A la hora de evaluar la FR, no se concede el mismo valor en la evaluación a todas las preguntas de la AAI. Se diferencia entre preguntas que animan directamente al sujeto a reflexionar sobre los propios estados mentales o los de los demás (*preguntas que demandan*) y aquellas que no sondan la reflexión de los estados mentales, pero en las que se permite que el entrevistado pueda demostrar su mentalización (*preguntas que permiten*). Las preguntas que demandan tienen mayor peso en las puntuaciones, dado que todas las respuestas a estas preguntas son puntuadas, siempre.

En total, la AAI incluye ocho **preguntas que demandan** directamente que el sujeto utilice sus capacidades de mentalización. Se refieren a los siguientes aspectos (Taubner, Hörz, et al., 2013):

- A cuál de los progenitores se sentía más cercano el entrevistado.
- Si ha experimentado rechazo por parte de sus padres.
- Cómo interpreta la influencia de sus cuidadores en su desarrollo.
- Si hubo contratiempos durante la infancia.
- Por qué sus padres se comportaron como lo hicieron.
- Cómo reflexiona sobre las experiencias de muerte y pérdida.
- Cómo ha cambiado la relación con los padres desde la infancia a la edad adulta.
- Cómo reflexiona sobre la calidad de la relación actual con los padres y con la pareja.

¿Cómo se puntúan las respuestas? Anclajes.

Las respuestas se puntúan en una escala de -1 a 9. Se da una valoración a cada respuesta (generalmente al conjunto de la respuesta³⁷) a una pregunta que demanda. La valoración ha de reflejar el máximo nivel de funcionamiento reflexivo demostrado en la respuesta³⁸. Las respuestas a las preguntas que permiten solo se puntúan si recibirían por lo menos una puntuación de 3. Las respuestas que demuestran una FR negativa a las preguntas que permiten solo se tienen en cuenta (como moduladoras) cuando se agregan las puntuaciones de cada pasaje para generar una puntuación global de la escala (Fonagy et al., 1998).

Los autores de la escala han propuesto **6 anclajes** para 6 de las 11 puntuaciones posibles para cada pasaje: (-1) FR negativa; (1) FR ausente pero no rechazada; (3) FR cuestionable o baja; (5) FR definida u ordinaria; (7) FR marcada; y (9) FR completa o excepcional (Fonagy et al., 1998).

Excedería el propósito del presente trabajo el detallar en extensión cada anclaje, pero valga el siguiente ejemplo para apreciar la estructura de los anclajes:

7 FR marcada

La respuesta debe:

1) contener alguna característica que haga explícita la reflexión (es decir, una referencia explícita a la naturaleza o las propiedades de los estados mentales, a como los estados mentales se relacionan con el comportamiento o a estados mentales en relación con el entrevistador).

y

2) cumplir al menos uno de los siguientes. El pasaje:

³⁷ A menos que la respuesta incluya varias ideas claramente diferentes entre sí.

³⁸ Aunque la presencia de signos de reflexión negativa puede reducir la puntuación global del pasaje.

- es sofisticado (cumpliendo al menos 2 categorías de cualidades que sugieren FR de moderada a alta).
- es inusual o sorprendente, arrojando una perspectiva original (que es, sin embargo, fácilmente comprensible).
- es complejo o elaborado, descrito con un detalle inusual, con indicios de que se consideran múltiples estados mentales atribuidos a una persona en relación con otra.
- dispone los estados mentales en una secuencia causal. El sujeto considera como surgen los estados mentales, como influyen al comportamiento y que impacto tienen sobre las percepciones, creencias y deseos subsiguientes.
- proporciona evidencia de una perspectiva interactiva (remarcando las interacciones de los estados mentales entre dos personas o dentro de la mente de una única persona).
- contiene un reconocimiento de una situación particularmente dolorosa, con pensamientos y sentimientos apropiados (Fonagy et al., 1998, p. 55).

Puntuación global de la escala. Clasificación en tipos y subtipos de FR

La puntuación global de la escala va de -1 a 9, de menos FR a más FR. Se han definido, además, distintos tipos o grados de FR, así como distintos subtipos, en este caso solo para las FR medias y bajas. En la tabla 5 se señalan las correspondencias entre puntuaciones globales, tipos y subtipos de mentalización.

Tabla 5: Puntuación global de la RFS. Tipos y subtipos de FR

Puntuación global	Tipos comunes
<p>-1 FR baja o cuestionable</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alguna evidencia de consideración de los estados mentales a través de la entrevista, pero la mayoría de las referencias no son explícitas. - Contendrá algunos elementos de una posición reflexiva. - Puede incluir más de 1 ejemplo de puntuar 5 o más. - Debe contener al menos 3 ejemplos de puntuación 3 o 4. 	<p>A) Ingenua/simplista</p> <ul style="list-style-type: none"> - La entrevista muestra un entendimiento parcial de las intenciones de los otros, pero es probable que esta comprensión sea banal, un cliché, y excesivamente general y superficial. - La normalización de las experiencias va más allá de lo culturalmente aceptado. - La entrevista no se adentra dentro las complejidades de los estados mentales (conflictos, ambivalencias, etc.). - La mayoría de las puntuaciones bajas son pasajes ingenuos/simplistas. - Menos de 3 puntuaciones de 5 o más.
	<p>B) Excesivamente analítica/hiperactiva</p> <ul style="list-style-type: none"> - La entrevista puede haber tenido mayor profundidad de la que se hubiera esperado en el contexto la entrevista. - Sin embargo, la entrevista es difusa y los puntos de vista del sujeto no están integrados. - Hay al menos tres ejemplos en los que el sujeto es excesivamente analítico. - Considerar una puntuación de 1 o 2 si uno o más de esos ejemplos incluyen afirmaciones que son extrañas, distorsionadoras/al servicio de sí mismo.
	<p>C) FR baja miscelánea</p> <ul style="list-style-type: none"> - La transcripción no es particularmente ingenua ni excesivamente analítica - Esta puntuación puede ser un compromiso entre puntuar transcripciones que muestran un repudio marcado mezclado con evidencia definitiva de funcionamiento reflexivo (u otras incongruencias similares).

1 Falta de FR

- La FR está ausente de forma total o casi total.
- Se pueden mencionar los estados mentales, pero no hay referencias a las creencias y los sentimientos del sujeto o su cuidador que subyacen al comportamiento.
- La mentalización, está ausente en la narrativa y, si está presente una conciencia de la naturaleza de los estados mentales, no es explícita.

A) Repudio

- Relato estéril, ausencia de detalle en la mentalización.
- Al menos 3 ejemplos en los que se afirma ignorancia respecto a los estados mentales o ejemplos comparables de evasión (explicaciones fisicalistas, comportamentales o sociológicas, y afirmaciones generalizadas en relación a los estados psicológicos).
- No hay ejemplos de FR que puntúen por encima de 3.

B) Distorsionada/al servicio de sí mismo

- La intervención incluye una reflexión, pero la reflexión es defectuosa.
- Los pasajes reflexivos son egocéntricos, dados al enaltecimiento personal y al servicio de uno mismo hasta el punto en el que se podría poner en cuestión razonablemente la precisión de la representación de los estados mentales del otro.
- Al menos 3 ejemplos de dichas distorsiones intencionales en respuesta a las preguntas que demandan.

3 FR cuestionable o baja

- Alguna evidencia de consideración de los estados mentales a lo largo de toda la entrevista, pero la mayoría de las referencias no se hacen explícitas.
- Incluirá algunos elementos de una posición reflexiva.
- Puede incluir más de 1 ejemplo de puntuación de 5 o más.
- Debe contener al menos 3 ejemplos de puntuación de 3 o 4.

A) Ingenua/simplista

- La entrevista muestra una comprensión parcial de las intenciones de los otros, pero es probable que esta comprensión sea banal, un cliché, y excesivamente general y superficial.
- La normalización de las experiencias va más allá de lo aceptado culturalmente.
- La entrevista no se adentra dentro las complejidades de los estados mentales (conflictos, ambivalencias, etc.).
- La mayoría de las puntuaciones bajas son pasajes ingenuos/simplistas.
- Menos de 3 puntuaciones de 5 o más.

B) Excesivamente analítica/hiperactiva

- La entrevista puede haber tenido mayor profundidad de la que se hubiera esperado en el contexto la entrevista.
- Sin embargo, la entrevista es difusa y los puntos de vista del sujeto no están integrados.
- Hay al menos tres ejemplos en los que el sujeto es excesivamente analítico.
- Considerar una puntuación de 1 o 2 si uno o más de esos ejemplos incluyen afirmaciones que son extrañas, distorsionadoras/al servicio de sí mismo.

C) FR baja miscelánea

- La transcripción no es particularmente ingenua ni excesivamente analítica
- Esta puntuación puede ser un compromiso entre puntuar transcripciones que muestran un repudio marcado mezclado con evidencia definitiva de funcionamiento reflexivo (u otras incongruencias similares).

7 FR ordinaria

- Hay un número de ejemplos de funcionamiento reflexivo (y puede ser incitado, mas que espontaneo).
- El hablante tiene un modelo de la mente (propio y de las figuras de apego) que puede ser simple, pero es relativamente coherente, personal y bien integrado.
- Debe tener al menos 1 o 2 pasajes de 5 o más de forma clara. La mayoría de las entrevistas con esta puntuación tendrán respuestas en el rango de 3 a 7.
- Si hay alguna puntuación de -1 a 1, estas se equilibran con las de los pasajes inmediatamente posteriores o en cualquier momento que indican reflexión

A) Comprensión ordinaria

- El sujeto muestra una capacidad ordinaria para dar sentido a su experiencia en términos de pensamientos y sentimientos.
- El sujeto tiene un modelo consistente para los pensamientos y los sentimientos de sí mismo y el otro, que requiere de ninguna o escasa inferencia por parte del evaluador.
- Este modelo es limitado y no incluye la comprensión del conflicto o la ambivalencia.
- Hay al menos 3 pasajes puntuados 5.
- No hay una irrupción del rechazo, las explicaciones extrañas el repudio generalizado, etc.

B) Compresión inconsistente

- Uno o dos pasajes garantizan una puntuación de 7 o incluso mayor, pero no se puede mantener la comprensión en relación a una o más áreas problemáticas (es decir, una relación conflictiva con uno de los padres).
- Incluso las partes problemáticas de la entrevista no puntúan por debajo de una puntuación de 1 o 3.

Puntuación global para FR alta (sin subtipos)

7 FR marcada

- Ejemplos numerosos de funcionamiento reflexivo completo que sugieren un modelo psicológico estable de la mente (de uno mismo y de sus cuidadores) y de las reacciones a los estados mentales.
- En general, pasajes en los que el sujeto ha alcanzado una reintegración original de los estados de la mente (de sí mismo y/o de otros).
- Gran detalle en los pensamientos y los sentimientos.
- Se explican detalladamente de forma explícita las implicaciones de los estados mentales.
- Generalmente, se es capaz de mantener una perspectiva del desarrollo (interactiva).
- En la entrevista tomada como un conjunto, el sujeto aplica la posición reflexiva de forma bastante consistente para el menos un contexto, o menos consistentemente para varios contextos.
- Al menos 3 ejemplos, en cualquier punto de la entrevista, en los que se puntúa a 7 o más.
- Ningún pasaje es puntuado 1 o menos, a menos que no existan experiencias para puntuar.
- No más de 3 pasajes en los que la puntuación sea menos de 5 en respuesta a preguntas que demandan, en las que hay experiencias vitales relevantes.

9 FR excepcional

- La transcripción muestra una sofisticación excepcional, es comúnmente sorprendente, bastante compleja y elaborada, y manifiesta consistentemente razonamiento en sentido causal utilizando estados mentales.
- Muestra una posición reflexiva consistente a lo largo de todos los contextos.
- Tiene 3 o más ejemplos, en cualquier lugar de la entrevista, con una puntuación de 9 (es decir, la respuesta integra varios aspectos del funcionamiento reflexivo en una perspectiva fresca y unificada).
- Escasos pasajes puntúan 3 y la mayoría podrían puntuarse de 5 a 7.
- Si no se cumplen los criterios anteriores, pero el evaluador siente que la transcripción es excepcional, se considerará una puntuación de 8. (Para un 8, no habrá más de un par de pasajes puntuados 3 y habrá más de uno puntuado 8 o 9).

Traducción por el autor de Fonagy et al. (1998).

Datos sobre la validación de la RFS.

La validación inicial de la escala se basó en los datos del *London Parent–Child Project*. Su fiabilidad interevaluadores³⁹ en las madres se situó entre 0,59 y 0,84, mientras que, tras una revisión adicional de la escala, mejoró la fiabilidad de la RFS en los padres, situándose en puntuaciones de entre 0,79 y 0,89 (Fonagy et al., 1991, 1998; Katznelson, 2014; Steele & Steele, 2008). Otros análisis revelaron una relación entre fuerte y moderada de la RFS y la clasificación del apego infantil ($r^{40} = 0,51$ para las madres y $r = 0,36$ para los padres), sugiriendo que las habilidades de mentalización de los padres (evaluadas antes del nacimiento de su hijo) eran altamente predictivas de la medida en la cual sus niños tenían un apego seguro a la edad de un año (Katznelson, 2014).

Posteriormente, el estudio de Svenja Taubner y sus colaboradoras (2013) evaluó las características psicométricas de la RFS aplicada a las transcripciones de la AAI en una muestra combinada, clínica y no clínica, de 196 participantes. Llevaron a cabo un análisis factorial confirmatorio siguiendo un modelo unifactorial y otro bifactorial (FR basada en relaciones pasadas y FR basada en relaciones actuales). El modelo unifactorial fue superior y mostraba una mayor parsimonia, exhibiendo un buen ajuste de acuerdo con los estándares comunes ($\chi^2 = 28,3$; IAC = 0,981; IANN = 0,966; IAC = 0,981; RECMA = 0,046; IC 90% [0,000-0,072])⁴¹. Las cargas factoriales se situaron en valores entre 0,58 y 0,74. Se evidenció una fiabilidad interevaluadores con un CCI⁴² de 0,71 para la puntuación global, y una fiabilidad test-retest con una r de 0,64 para la puntuación global.

³⁹ No se ha publicado el tipo de estadístico utilizado

⁴⁰ r : coeficiente de correlación de Pearson.

⁴¹ IAC: índice de ajuste comparativo; IANN: índice de ajuste no normalizado o índice de Tucker-Lewis; RECMA: raíz del error cuadrático medio de aproximación; IC: intervalo de confianza.

⁴² CCI: coeficiente de correlación intraclase.

Función reflexiva y función reflexiva parental

Si orientamos de nuevo nuestra atención hacia el *London Parent–Child Project* vemos que, al basar la medida de la FR en las transcripciones de la AAI, es decir al evaluar las capacidades de mentalización de los padres a partir de las narraciones sobre su propia infancia, estamos infiriendo la habilidad de mentalizar con respecto a sus propios hijos, no observándola directamente mediante el uso de una medida que se enfoque en las representaciones que los padres tienen acerca de sus propios hijos (Katznelson, 2014). Por este motivo, en un segundo tiempo se llevó a cabo la operacionalización un nuevo constructo, la **FR parental**.

Se dispondría, por lo tanto, de dos constructos diferenciados, pero a menudo solapados (Katznelson, 2014): la FR del adulto, de la que ya hemos hablado previamente; y la FR parental, con un foco específico en la capacidad de los padres para mentalizar y reflexionar sobre la relación con sus propios hijos, y que fue valorada inicialmente mediante entrevistas sobre la paternidad, como la *Parent Development Interview-Revised* (PDI-R) (Slade, Aber, et al., 2004; Slade, Bernbach, et al., 2004).

Otros instrumentos de medida de la función reflexiva.

Sistemas de codificación de narrativas

Con el tiempo se diseñaron otras formas de medir la FR general en base a la **codificación de narrativas**, tomando como ejemplo el concepto original aplicado a la RFS sobre las transcripciones de AAI. Pasamos a describir las mismas:

1. Como se ha comentado antes, se desarrolló una modificación de la FRS, la *Parental Reflective Functioning Scale* para aplicarla a una narrativa sobre las

representaciones que los padres tienen de sus hijos, para evaluar al FR Parental. Se diseñó para tal efecto una entrevista semiestructurada, el PDI, que actualmente se usa en su versión revisada, el PDI-R (Slade, Aber, et al., 2004; Slade, Bernbach, et al., 2004), sobre la que se codifica la FR parental. Esta forma de evaluar la FR parental ha sido recientemente validada al castellano (Golanó Fornells et al., 2018).

2. En la misma línea que la anterior, se ha conseguido evaluar la FR parental mediante una modificación de la RFS (Grienenberger et al., 2005), que se aplica para codificar la *Working Model of the Child Interview*⁴³ (Zeanah et al., 1986), que es una entrevista semiestructurada que evalúa las representaciones internas de los padres o el modelo de trabajo de su relación con uno de sus hijos.

3. Más recientemente se ha desarrollado la escala *Child Reflective Functioning Scale* (CRFS) (Ensink et al., 2015), para codificar la *Child Attachment Interview* (CAI)⁴⁴ (Target et al., 2000), en la que los niños de 7 a 12 años se describen a sí mismos y sus relaciones con sus padres.

4. En nuestro país, el grupo de Itziar Bilbao y Gustavo Lanza Castelli ha desarrollado dos sistemas de codificación de narrativas, el **Método para la Evaluación de la Mentalización en el Contexto Interpersonal** (MEMCI) (Bilbao et al., 2016; Lanza Castelli & Bilbao, 2019) y el **Test de Situaciones para la Evaluación de la Mentalización** (TESEM) (Lanza Castelli, 2011). En ambos se codifica la narrativa del individuo en relación a una serie de preguntas estandarizadas. La evaluación está parcialmente basada en la escala de función reflexiva. En el MEMCI se pide al sujeto que relate varios episodios relacionales propios, sobre los que se aplican las preguntas. En el TESEM se presentan al sujeto una serie de historias o situaciones prefijadas, sobre las que se aplican las preguntas. Ambos son métodos de evaluación de la FR novedosos e interesantes. De hecho, como los propios autores señalan, el MEMCI puede utilizarse en las entrevistas iniciales para psicoterapia o durante las sesiones

⁴³ No está validada en nuestro medio.

⁴⁴ No están validadas en nuestro medio ni la escala ni la entrevista.

(Bilbao et al., 2016). Además, el MEMCI ha sido utilizado para evaluar la FR parental (Bilbao et al., 2014) y, en un sentido puramente clínico, para evaluar la indicación de psicoterapia (Bilbao, 2017). Sin embargo, ninguno de los dos instrumentos ha sido traducido y validado a otros idiomas y, desgraciadamente, la investigación que los utiliza está limitada al grupo original y a aspectos de validación o descripciones narrativas sobre los instrumentos.

5. El *Computerized Reflective Functioning* (CRF)⁴⁵ (Fertuck et al., 2012) es instrumento que mide la FR de una forma novedosa y creativa. Mediante el uso de un software informático de análisis de textos, se analiza la narrativa del sujeto detectando una serie de 54 marcadores lingüísticos de lenguaje asociado a alta FR. Este vocabulario característico⁴⁶ (que no guarda relación semántica con el concepto de mentalización) correlaciona fuertemente con una medida general de mentalización. Posteriormente, Michael Finn y sus colaboradores (2019) han diseñado una metodología para poder medir mejor la mentalización automática realizando la evaluación sobre las transcripciones de una entrevista incluida dentro de un protocolo de inducción de estrés psicológico, el *Trier Social Stress Test* (Kirschbaum et al., 1993).

Evaluación de la FR mediante cuestionarios

Según avanzaba la investigación en FR, se advirtió la necesidad de disponer de cuestionarios de fácil aplicación y menos complicados en su corrección. En general, se apreciaba que los instrumentos de codificación de narrativas eran complejos, y exigían unos importantes recursos de formación y tiempo. Esto se traducía en una dificultad para realizar estudios con muestras grandes (Taubner, Hörz, et al., 2013). Diseñar cuestionarios fiables y válidos se entendió como una necesidad para impulsar la investigación en el área. Se dispone hasta

⁴⁵ No está validado en nuestro medio.

⁴⁶ Por ejemplo, entre los marcadores de alta función reflexiva están las palabras (traduzco del inglés): y, el/la, de, un, ella, pero, con, muy, porque... La idea es que los discursos de las personas con alta FR utilizan distintas palabras que los de las personas con baja FR.

la fecha de tres cuestionarios de FR, uno que evalúa la mentalización en adolescentes, otro que evalúa la FR parental, y otro que evalúa la FR general y que dispone de dos versiones, una para adolescentes y otra para adultos.

Pasamos a describirlos:

1. La prueba *Mentalizing Stories for Adolescents* (MSA)⁴⁷ (Vrouva & Fonagy, 2009) consta de una serie de viñetas que representan situaciones comunes en la adolescencia y contienen un protagonista en una interacción o un intercambio verbal negativo con otro personaje de la historia. Para cada viñeta, los participantes responden a una pregunta de opción múltiple (3 opciones de respuesta) sobre el comportamiento del protagonista. Las posibles opciones de respuesta varían en su nivel de mentalización (de menor a mayor). Evalúa la mentalización controlada y explícita en adolescentes de entre 12 y 18 años (Rutherford et al., 2012).

2. El *Parental Reflective Functioning Questionnaire* (PRFQ) (Luyten et al., 2017) es un cuestionario autoaplicado de 18 ítems que evalúa la FR parental mediante el uso de 3 escalas: la escala de modos premetalizadores, la escala de certeza sobre los estados mentales, y las escala de interés y curiosidad. El PRFQ fue diseñado inicialmente para evaluar a padres con hijos entre 0 y 5 años de edad. Es un cuestionario muy sencillo de aplicar y corregir. Afortunadamente, el cuestionario ha sido traducido y validado recientemente en población española (Gordo et al., 2020).

3. El *Reflective Functioning Questionnaire* (RFQ) (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016) es un cuestionario autoaplicado que evalúa la FR de fácil aplicación y corrección que, desde su publicación, está siendo el instrumento de medida de la FR general más ampliamente utilizado. Dado que este cuestionario va a ser el objeto principal del presente estudio, se ampliará extensivamente la información disponible sobre le mismo en el próximo apartado.

⁴⁷ No esta validado en nuestro medio.

EL CUESTIONARIO DE FUNCIÓN REFLEXIVA

Recientemente se ha desarrollado en lengua inglesa el *Reflective Functioning Questionnaire* (RFQ), que se podría traducir al castellano como el Cuestionario de Función Reflexiva, un cuestionario autoaplicado para la evaluación de la FR (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016; Fonagy & Ghinai, 2008; Moulton-Perkins, et al., 2011). El RFQ evalúa todas las dimensiones de la mentalización excepto la mentalización automática, si bien su capacidad para evaluar la mentalización externa es solo parcial (Bateman & Fonagy, 2016).

Cuestionarios de Función Reflexiva de 46 y de 54 ítems

La primera versión del cuestionario contó con 46 ítems (RFQ46) (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016), que puntuaban en una escala tipo Likert de 6 puntos y que, tras los estudios pilotos iniciales, pasaron a puntuarse en una escala Likert de 7 puntos. Posteriormente, teniendo en cuenta los resultados de los estudios realizados sobre el RFQ46, se desarrolló una versión más extensa, de 54 ítems (RFQ54) (University College London, 2018). El RFQ54 mantuvo todos los ítems del RFQ46 y añadió 8 más. Los ítems siguieron puntuando en una escala tipo Likert de 7 puntos, que iba desde “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo”. El estudio por parte del equipo original de las propiedades psicométricas del RFQ54 todavía sigue en marcha (Moulton-Perkins, et al., 2011).

Durante el diseño inicial del cuestionario, se decidió que el RFQ se corregiría puntuando algunos ítems según un criterio de respuesta en forma de polos, en la que solo valores extremos reflejarían una adecuada FR⁴⁸; y otros con un

⁴⁸ Por ejemplo, en el ítem 21 del RFQ54, “suelo ser curioso acerca del significado que hay detrás de los actos de los demás”, responder “muy de acuerdo” indicaría una buena FR; o en el ítem 39 del RFQ54, “siento con frecuencia que mi mente está vacía”, responder “muy en desacuerdo” indicaría alta FR. Nótese que se ha decidido utilizar ejemplos tomados de la versión del cuestionario en castellano para facilitar una mejor comprensión durante la lectura.

criterio de respuesta central, en el que los valores intermedios reflejarían una buena FR⁴⁹ (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016).

El cuestionario tal vez podría haber arrojado una medida general de mentalización, pero finalmente se diseñó para medir dos escalas, que evaluaban la certeza (escala **RFQc**) y la incertidumbre (escala **RFQi**) acerca de los estados mentales de uno mismo y los otros. Las escalas indicaban el grado de confianza o duda subjetivas sobre el hecho de que las acciones estén mentalmente dirigidas. Sus puntuaciones extremas reflejarían, respectivamente, dos problemas en la FR: la **hipermentalización** y la **hipomentalización** (Badoud et al., 2015; Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016).

Dado que en los ítems con criterio de respuesta en polos se tendía a combinar la hipermentalización con la hipomentalización, se excluyeron de la evaluación de las escalas. Por consiguiente, solo se seleccionaron los ítems con criterio de respuesta central, 17 en el RFQ46 y de 26 en el RFQ54, para evaluar las escalas RFQc y RFQi (tabla 6). Se decidió, además, cambiar el sistema de calificación inicial de los mismos (central) a un sistema de respuesta polar, inverso para las dos escalas⁵⁰ (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016).

El Cuestionario de Función Reflexiva de 8 ítems

Posteriormente, con las muestras de los estudios iniciales, mediante el uso de análisis factorial exploratorio y confirmatorio, se seleccionaron los 6 ítems con

⁴⁹ Por ejemplo, en el ítem 10 del RFQ54, “soy capaz de decir cómo se siente alguien mirándole a los ojos” una respuesta intermedia denotaría buena FR y las respuestas “muy en desacuerdo” o “muy de acuerdo” señalarían baja FR.

⁵⁰ Por ejemplo: para la escala RFQc, el ítem 16 de la RFQ54, “no siempre sé por qué hago lo que hago”, se recodificó asignando las puntuaciones 2,1,0,0,0,0 en una escala Likert de 6 puntos, para posteriormente, tras el estudio piloto, hacerlo en una escala Likert de 7 puntos, asignando las puntuaciones 3,2,1,0,0,0,0; o para la escala RFQi, el ítem 44 del RFQ54, “a veces hago cosas sin saber exactamente por qué”, se recodificó con las puntuaciones 0,0,0,0,1,2, para posteriormente hacerlo con las puntuaciones 0,0,0,0,1,2,3.

Tabla 6. Correspondencia entre los ítems del RFQ54, el RFQ46 y el RFQ8 (se señala que ítems puntúan para las escalas de certidumbre e incertidumbre).

RFQ54	C/I	RFQ46	C/I	RFQ8	Cert	Inc	RFQ54	C/I	RFQ46	C/I	RFQ8	Cert	Inc
1	X	1	X	1	X		28	X	27	X	8		X
2	X						29		39				
3		3					30	X	30	X			
4		2					31		11				
5		45					32		38				
6	X						33		34				
7	X	46	X				34	X					
8	X	8	X	7		X	35	X	28	X			
9		44					36	X	29	X	4	X	X
10	X	37	X				37		13				
11		4					38	X	16	X			
12	X	10	X				39		32				
13		43					40	X	35	X	5	X	X
14	X						41		15				
15		5					42	X	25	X			
16	X	17	X	2	X	X	43	X	33				
17		42					44	X	36	X	6	X	X
18	X						45		18				
19		6					46		19				
20	X	22	X	3	X		47	X					
21		41					48		20				
22	X						49		21				
23		7					50		24				
24		23					51		26				
25		9					52	X	12	X			
26	X						53		31				
27	X	40	X				54		14				
							54	26	46	17	8	6	6

Nota: C/I: se indican los ítems que puntúan para ambas escalas; Cert: ítems que puntúan para la escala RFQc del RFQ8; Inc: ítems que puntúan para la escala RFQi del RFQ8

mayor carga en su respectivo factor para producir una versión breve del cuestionario, el RFQ8 (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016). La versión breve tenía 8 ítems dado que 4 ítems eran compartidos por ambas escalas. Los 8 ítems están incluidos tanto en el RFQ46 (Badoud et al., 2015;

Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016), como en el RFQ54⁵¹ (UCL, 2018). El RFQ8 incluye dos preguntas sobre los propios sentimientos en general, dos sobre sentimientos propios de enfado, una sobre sentimientos propios de inseguridad, una sobre pensamientos ajenos y dos sobre mentalización sobre los propios comportamientos. El RFQ8 se puntúa en la misma escala tipo Likert de 7 puntos y emplea el mismo sistema de recodificación al que se llegó por evolución en los cuestionarios previos. El hecho de que sus 8 ítems esten incluidos en las tres variantes del RFQ supone una ventaja, cualquier estudio que evaluara el RFQ46 o el RFQ54, lo haría a su vez con el RFQ8. En la tabla 6 se muestra que ítems de los cuestionarios contribuyen a la puntuación de las escalas y su correspondencia entre las distintas versiones del cuestionario.

Como más adelante tendremos ocasión de ver en profundidad, las dos escalas del RFQ8 han sido estudiadas y validadas; y cuentan con datos publicados de su versión original en población británica (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016), de su versión francesa en población suiza francófona (Badoud et al., 2015), y de su versión italiana en población italiana (Morandotti et al., 2018). La brevedad del cuestionario y los datos obtenidos hasta la fecha orientan a la conveniencia de priorizar su uso con respecto a versiones anteriores del RFQ, dada su mayor facilidad de aplicación con muestras amplias (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016).

Los estudios iniciales de evaluación psicométrica del RFQ8.

Hasta junio de 2020 se disponía de datos provenientes de 4 estudios, publicados en 3 artículos de investigación, todos ellos realizados o tutelados por el grupo de Peter Fonagy, Patrick Luyten y colaboradores. Los dos primeros estudios se centraron en el desarrollo y la validación de la versión original del cuestionario (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016); el tercero, en la validación de la versión francesa (Badoud et al., 2015); y el cuarto, en la validación de la versión

⁵¹ Son los ítems 1, 8, 16, 20, 28, 36, 40 y 44 del RFQ54.

italiana (Morandotti et al., 2018). En los mismos se evaluó la fiabilidad y la validez de constructo de las escalas RFQc y RFQi del RFQ8, incluyendo la validez estructural mediante el uso de un análisis factorial. En base a la metodología y los resultados de dichos estudios se diseñó el presente estudio⁵².

Muestras utilizadas en los diferentes estudios.

La validación de los cuestionarios se realizó sobre muestras de **población normal** y, en alguno de los estudios, además se utilizó **población clínica** (tabla 7). Todas las muestras utilizadas fueron de conveniencia.

Tabla 7: Características de las muestras de los estudios.

Estudio	Características de la muestra
(Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016) estudio 1	295 controles normales y 108 pacientes ambulatorios (TLP y TA asociados). Retest: 30 controles y 20 pacientes.
(Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016) estudio 2	281 controles normales * y 129 pacientes con TP **.
(Badoud et al., 2015)	Muestra comunitaria de 130 adolescentes y 253 adultos. Retest: 93 adultos.
(Morandotti et al., 2018)	154 controles sanos † y 59 pacientes con TLP ‡. Retest: 30 controles.

Notas: TLP: trastorno límite de la personalidad; TA: trastornos de alimentación; *: la submuestra de controles solo se utilizó para replicar la estructura factorial del RFQ y para establecer si las escalas del RFQ discriminaban entre muestra clínica y no clínica; TP: trastornos de personalidad; **: la submuestra clínica se utilizó para evaluar las relaciones entre las subescalas del RFQ y varios índices de funcionamiento clínico en pacientes con TP; †: en esta submuestra se evaluaron la estructura factorial y las correlaciones de las escalas del RFQ con constructos teóricamente relacionados; ‡: se añadió esta submuestra para valorar la capacidad del RFQ de discriminar entre controles sanos y muestra clínica, y su relación con la gravedad del TLP

Análisis de la estructura factorial del RFQ8.

Tres de los cuatro estudios analizaron la estructura factorial del RFQ8 mediante análisis factorial confirmatorio (AFC) para el modelo propuesto de **dos factores**.

⁵² Por ese motivo se explican por separado los tres últimos estudios de validación, del 2020.

En el primer estudio original (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016) se utilizaron los datos combinados de la muestra clínica y no clínica. En el segundo (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016), se analizaron independientemente los datos de ambas muestras. En el estudio de validación al francés (Badoud et al., 2015) se analizaron independientemente los datos de las muestras de adultos y de adolescentes. En los dos estudios originales, se llevó a cabo un AFC mediante el método estimación de máxima verosimilitud. Como el modelo inicial no proporcionó un buen ajuste de los datos, se utilizó un modelo que incluía las covarianzas de los errores entre varios ítems con contenidos o formulación similares⁵³. Finalmente, este modelo proporcionó un buen ajuste de los datos (tabla 8). En el estudio de validación al francés, en consonancia con los estudios originales, se utilizó el mismo modelo, que incluía las covarianzas de los errores entre los mismos ítems, evidenciándose también un buen ajuste de los datos (tabla 8).

Tabla 8: Análisis de la estructura factorial mediante el uso de AFC.

Estudios y origen de los datos usados	Índices de bondad de ajuste						
	χ^2	gl	χ^2/gl	IAC	IANN	RECMA (IC)	RPRCM
(Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016) E1 ϕ							
Combinados			2,2	0,95	0,93	0,06 (0,04-0,07)*	
(Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016) E2 ϕ							
Muestra clínica			1,86	0,93	0,90	0,07 (0,04-0,10)*	
Muestra no clínica			1,76	0,94	0,92	0,05 (0,03-0,07)*	
(Badoud et al., 2015) ψ							
Adultos	66,18	47	1,41	0,99	0,99	0,04 (0,01-0,06)†	0,67
Adolescentes	77,45	47	1,65	0,96	0,95	0,07 (0,04-0,10)†	0,73

AFC: análisis factorial confirmatorio; **χ^2 :** chi cuadrado; **gl:** grados de libertad; **IAC:** Índice de Ajuste Comparativo; **IANN:** Índice de Ajuste No Normalizado o Índice de Tucker-Lewis; **RECMA:** Raíz del Error Cuadrático Medio de Aproximación; **IC:** intervalo de confianza; *****: se indican valores para un IC del 95%; **†:** se indican valores para un IC del 90%; **RPRCM:** Raíz Ponderada del Residual Cuadrático Medio; **ϕ :** los índices de bondad de ajuste considerados aceptables en el estudio son $\chi^2/\text{gl} \leq 3$, IAC > 0,90, IANN > 0,90, RECMA 0,00-0,06 (0,00-0,08); **ψ :** los índices de bondad de ajuste considerados aceptables por los autores del estudio son IAC > 0,95, IANN > 0,95, RECMA < 0,08 para un ajuste razonable y < 0,05 para un buen ajuste, y RPRCM < 1.

⁵³ Es el caso de los ítems 2 y 6 del RFQ8, que se corresponden con el 17 y el 36 del RFQ54.

Estos tres estudios evaluaron además la invarianza factorial mediante el uso de análisis factorial confirmatorio multigrupo (AFC-multigrupo). En los dos estudios originales (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016), se compararon 5 modelos, de los cuales un modelo no constreñido fue el que mejor se ajustó a los datos, sugiriendo invarianza factorial a través de ambos grupos. La idoneidad de unos modelos frente a otros fue evaluada mediante la prueba de la diferencia de χ^2 . Todos los demás modelos se asociaban a un peor ajuste. En el estudio de validación al francés (Badoud et al., 2015) se examinó un modelo de invarianza configural, apreciándose unos índices de bondad de ajuste (tabla 9) que sugirieron de nuevo invarianza factorial a través de ambos grupos.

Tabla 9: Análisis de la invarianza factorial mediante el uso de AFC-multigrupos

Estudios	Índices de bondad de ajuste del modelo seleccionado \blacklozenge						
	χ^2	gl	χ^2/gl	IAC	IANN	RECMA (IC)	RPRCM
(Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016) E1 \blacklozenge			1,82	0,92	0,90	0,05 (0,03-0,06)*	
(Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016) E2 \blacklozenge			1,59	0,95	0,92	0,04 (0,03-0,05)*	
(Badoud et al., 2015) \blacklozenge	151.50	95	1,59	0,98	0,98	0,06 (0,04-0,07) \dagger	1,04

Notas: \blacklozenge : modelo según se describe previamente en el texto; **AFC**: análisis factorial confirmatorio; χ^2 : chi cuadrado; **gl**: grados de libertad; **IAC**: Índice de Ajuste Comparativo; **IANN**: Índice de Ajuste No Normalizado o Índice de Tucker-Lewis; **RECMA**: Raíz del Error Cuadrático Medio de Aproximación; **IC**: intervalo de confianza; *: se indican valores para un IC del 95%; \dagger : se indican valores para un IC del 90%; **RPRCM**: Raíz Ponderada del Residual Cuadrático Medio; \blacklozenge : los índices de bondad de ajuste considerados aceptables en el estudio son $\chi^2/\text{gl} \leq 3$, IAC > 0,90, IANN > 0,90, RECMA 0,00-0,06 (0,00-0,08); \blacklozenge : los índices de bondad de ajuste considerados aceptables por los autores del estudio son IAC > 0,95, IANN > 0,95, RECMA < 0,08 para un ajuste razonable y < 0,05 para un buen ajuste; RPRCM < 1.

A diferencia de los demás estudios, en la validación italiana del RFQ (Morandotti et al., 2018) se evaluó su estructura factorial mediante el análisis

del componente principal (ACP) de cada escala por separado, utilizando los datos de la muestra de pacientes sanos. Primeramente, de forma exploratoria se comprobó la adecuación de los datos para el análisis de factores: el valor de Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0,76 para la escala RFQc y de 0,80 para la RFQi; y la prueba de esfericidad de Barlett alcanzó significación estadística ($p < 0,05$) para ambas escalas. Posteriormente, la inspección de los gráficos de dispersión reveló la presencia de un componente con un eigenvalor > 1 , tanto para la escala RFQc, como para la RFQi. Las soluciones de un componente explicaban un total del 46,3 % de la varianza en las puntuaciones de la escala RFQc y de un 47 % de la varianza en las puntuaciones de la escala RFQi.

Fiabilidad de las escalas del RFQ8.

Se evaluó la consistencia interna del cuestionario en todos los estudios (tabla 10). Exceptuando el primer estudio con el cuestionario original (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016), todos los demás estudios posteriores mostraron unos valores $\geq 0,7$ para el coeficiente alfa de Cronbach para la escala RFQc, que sugieren una buena consistencia interna de la misma. La consistencia interna de la escala RFQi también fue buena en la muestra clínica, de nuevo con valores para el alfa de Cronbach $\geq 0,7$. En cambio, en la muestra no clínica, los resultados fueron más dispares. En dicha muestra, solo se apreció una consistencia interna apropiada ($\alpha = 0,77$) para la escala RFQi en la validación al italiano. En el resto de los estudios, en la muestra no clínica, el alfa de Cronbach para la escala RFQi quedó por debajo de los valores habitualmente entendidos como aceptables. En uno de los estudios (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016), para explicar el fenómeno, se planteó la hipótesis de que al puntuarse cada ítem un máximo de 3 en la corrección, podría haber producido una supresión de la consistencia interna por la limitación en el rango de puntuaciones, particularmente en la muestra no clínica.

Tanto en la validación al francés como al italiano se decidió evaluar la consistencia interna de ambas escalas mediante otro estadístico adicional, el

promedio de correlación entre ítems. El mismo se mantuvo dentro de unos valores de 0,26-0,36, que indicaban una buena consistencia interna para ambas escalas, tanto en población clínica como no clínica.

Tabla 10: Datos sobre la consistencia interna de las dos escalas en los distintos estudios.

Estudios y muestras en las que se evaluó la consistencia interna	RFQc		RFQi	
	α	PCEI	α	PCEI
(Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016) estudio 1				
Muestra clínica	0,65		0,77	
Muestra no clínica	0,67		0,63	
(Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016) estudio 2				
Muestra clínica	0,73		0,77	
Muestra no clínica	0,78		0,56	
(Badoud et al., 2015)				
Muestra no clínica adulta	0,72	0,30	0,64	0,28
Muestra no clínica adolescente	0,74	0,32	0,67	0,26
(Morandotti et al., 2018)				
Muestra no clínica	0,75	0,35	0,77	0,36

Nota: α : alfa de Cronbach (valores de 0,7-0,9 indican una buena consistencia interna); PCEI: promedio de correlación entre ítems (valores de 0,15-0,50 indican una buena consistencia interna)

Se evaluó la fiabilidad test-retest, mediante el uso del coeficiente de correlación de Pearson, para ambas escalas del RFQ en tres de los cuatro estudios (Badoud et al., 2015; Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016; Morandotti et al., 2018) (tabla 11). Se evidenció una buena estabilidad de la escala RFQc, con unos coeficientes de correlación de 0,70-0,81. Los estudios de validación original y en italiano demostraron también una buena fiabilidad test-retest de la escala RFQi, con unos coeficientes de correlación de 0,84-0,85. Sin embargo, en la validación al francés del cuestionario, el coeficiente de correlación bajó a un 0,54 para la escala RFQi.

Tabla 11: Datos sobre la fiabilidad test-retest de las dos escalas en los distintos estudios.

Estudios y muestras en las que se evaluó la fiabilidad test-retest	RFQc		RFQi	
	r	p	r	p
(Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016) estudio 1				
Muestra clínica y no clínica juntas	0,75	< 0,001	0,84	< 0,001
(Badoud et al., 2015)				
Muestra no clínica solo adultos	0,70	0,001	0,54	0,001
(Morandotti et al., 2018)				
Muestra no clínica	0,81	< 0,001	0,85	< 0,001

Nota: r: coeficiente de correlación de Pearson; p: significación estadística.

Validez de constructo

En un intento de determinar la validez convergente/divergente de las escalas del RFQ, se evaluaron las correlaciones de las mismas con una serie de constructos relacionados con la mentalización en tres de los cuatro estudios (Badoud et al., 2015; Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016; Morandotti et al., 2018) (tablas 12, 13, 14 y 15). La demostración de la validez convergente/divergente se llevó a cabo de forma prioritaria sobre muestra no clínica. De forma sintética, podemos resumir los hallazgos de la siguiente manera:

- a) En el caso de la escala RFQc, se apreció que correlaciona positiva y significativamente con algunas medidas indirectas de mentalización internamente basadas, como las medidas de empatía cognitiva y de atención plena, aunque no correlacionaba con otras, como la toma de perspectiva. Se advirtieron resultados dispares con respecto a la teoría de la mente (que se entiende podría servir como medida indirecta de mentalización externa), al correlacionar ligera pero significativamente en un estudio (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016), pero no hacerlo en otro (Morandotti et al., 2018).

Tabla 12: Cuestionarios utilizados en el estudio 1 de la validación original del RFQ, y correlación con las variables relacionadas con la mentalización y las características clínicas.

(Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016: estudio 1)

Muestra no clínica

Tipo	Variable	Cuestionario	RFQc	RFQi
Conceptos estrechamente relacionados con la FR (validez convergente / divergente)	Conciencia plena (Mindfulness)	<i>Mindful Awareness Attention Scale (MAAS)**</i>	+	-
	Empatía cognitiva	<i>Cognitive Subscale de la Basic Empathy Scale (BES) **♀</i>	+	(-)
	Toma de perspectiva	<i>Perspective Taking Subscale (PTS) del Interpersonal Reactivity Index (IRI) *</i>	(+)	-
	Teoría de la mente	<i>Reading the Mind in the Eyes Test (RMET) *♀</i>	+	-

Toda la muestra (clínica y no clínica)

Tipo	Variable	Cuestionario	RFQc	RFQi
Medidas de psicopatología (validez discriminante)	Problemas alimentarios	<i>Eating Attitudes Test (EAT) *</i>	(+)/(-)	+/(+)
	Impulsividad	<i>Multi-Impulsivity Scale (MIS) †</i>	-/-	+/+
	Gravedad de la depresión	<i>Beck Depression Inventory-II (BDI) *</i>	-/-	+/+
	Rasgos de personalidad límite	<i>Borderline Personality Inventory (BPI) †♂♀</i>	-/-	+/+

Nuestra clínica

Tipo	Variable	Cuestionario
Diagnóstico estandarizado	Trastorno límite de la personalidad	<i>Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN) †</i>

Notas: *: cuestionario validado en población española; **: al inicio del estudio el cuestionario no estaba validado en población española; †: no validado en población española; ♀: aunque los autores no las incluyen en las hipótesis del estudio, finalmente se decidió evaluar estas variables también en la muestra clínica; ♂: evaluación dimensional (las correlaciones de la tabla se describen en relación a este tipo de evaluación) pero también categorial, como caso o no caso de TLP; +: correlación positiva; -: correlación negativa; ♀: en la muestra clínica se halló una asociación entre las dos escalas del RFQ y la definición de caso de TLP mediante el uso de punto corte en el BPI; (+): escasa correlación positiva no significativa; (-): débil correlación negativa, tampoco significativa; x/x: sentido y significación de la correlación en la muestra clínica/ en la muestra no clínica. **Información adicional:** se evaluó la variable informada por el clínico "autolesiones", que solo correlacionó con la escala RFQi.

Tabla 13: Cuestionarios utilizados en el estudio 2 de la validación original del RFQ.

(Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016: estudio 2)			
Muestra clínica de pacientes con TP			
Variable	Cuestionario	RFQc	RFQi
Autolesiones	<i>Self-Harm Inventory (SHI) †</i>	(-)	+
Organización de la personalidad	<i>Inventory of Personality Organization (IPO) †</i>		
	- <i>Identity diffusion scale</i>	-	+
	- <i>Primitive defense mechanism scale</i>	-	+
	- <i>Impairments in reality testing scale</i>	-	+
	- <i>Total</i>	-	+
Depresión	<i>Diagnostic Inventory for Depression (DID) †</i>		
	- <i>Severity of depression scale</i>	(-)	+
	- <i>Psychosocial impairment scale</i>	(-)	+
	- <i>Quality of life scale</i>	(-)	-
Ira	<i>State-Trait Anger Inventory (STAXI) *</i>		
	- <i>State anger scale</i>	-	+
	- <i>Trait anger scale</i>	-	+
	- <i>Anger internal expression scale</i>	(-)	+
	- <i>Anger outside expression scale</i>	-	+
	- <i>Anger control scale</i>	+	-
Síntomas psicológicos	<i>Short List of Complaints (SLC) †</i>	-	+
Problemas interpersonales	<i>Inventory of Interpersonal Problems-Circumplex (IPP64) *</i>	-	+
Bienestar	<i>Amsterdam Scale of Well-Being (ASWB) †</i>	+	-

TP: trastorno de personalidad; †: no validado en población española; *: cuestionario validado en población española; +: correlación positiva; -: correlación negativa; (-): débil correlación negativa, no significativa.

Tabla 14: Cuestionarios utilizados en la validación al francés del RFQ, y correlación con las variables relacionadas con la mentalización y las medidas de psicopatología.

(Badoud et al., 2015)

Muestra comunitaria (de adolescentes y adultos)						
Tipo	Variable	Cuestionario	Adultos		Adolescentes	
			RFQc	RFQi	RFQc	RFQi
Conceptos estrechamente relacionados con la FR (validez convergente / divergente)	Conciencia plena (Mindfulness)	<i>Describing Subscale</i> y <i>Acting with Awareness Subscale</i> del <i>Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)</i> †	+	-	+	- /(-)
	Empatía cognitiva	<i>Cognitive Subscale</i> de la <i>Basic Empathy Scale (BES)</i> **	+	(-)	+	(-)
	Alexitimia	<i>Toronto Alexitimia Scale (TAS)</i> *	-	+	- /(-)	+ /(+)
Medidas de psicopatología (validez discriminante)	Rasgos de personalidad límite, incluyendo ALNS	<i>Borderline Personality Inventory (BPI)</i> † Ítem 20 dicotomizado para identificar a participantes con ALNS recientes.	-	+	-	+
	Síntomas internalizantes y externalizantes	<i>Youth and Adult Self-Reports (YSR/ASR)</i> */†	-	+	-	+

Notas: ALNS: autolesiones no suicidas; *: cuestionario validado en población española; **: al inicio del estudio el cuestionario no estaba validado en población española; †: no validado en población española; +: correlación positiva; -: correlación negativa; (+): escasa correlación positiva no significativa; (-): débil correlación negativa, tampoco significativa; x/x: sentido y significación de la correlación en las subescalas del KIMS *Acting with Awareness/Describing*; x/x/x: sentido y significación de la correlación en las subescalas de la TAS *Difficulties in Identifying Feelings/Describing Feelings/External Oriented Thinking*, solo cuando difieren entre ellas.

Los propios autores del cuestionario anticiparon correlaciones bajas para esta medida (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016), dado que el RFQ no fue diseñado como un buen instrumento de medida de la dimensión externa de la mentalización (Bateman & Fonagy, 2016). Por otro lado, la escala RFQc correlacionó negativa y significativamente con la alexitimia y con los rasgos autísticos.

Tabla 15: Cuestionarios utilizados en la validación al italiano del RFQ y correlación con las variables relacionadas con la mentalización

(Morandotti et al., 2018)

Muestra de individuos sanos

Tipo	Variable	Cuestionario	RFQc	RFQi
Conceptos estrechamente relacionados con la FR (validez convergente / divergente)	Conciencia plena (<i>Mindfulness</i>)	<i>Acting with Awareness Subscale</i> del <i>Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)</i> †	+	-
	Empatía	<i>Empathy Quotient</i> **	+	-
	Alexitimia	<i>Toronto Alexitimia Scale (TAS)</i> *	-	+
	Rasgos autísticos	<i>Autistic Spectrum Quotient (AQ)</i> †	-	+
	Teoría de la mente	<i>Reading the Mind in the Eyes Test (RMET)</i> *	(+)	(-)

Nuestra clínica

Tipo	Variable	Cuestionario
Diagnóstico estandarizado	Trastorno límite de la personalidad	<i>Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II)</i> *
	Trastornos psiquiátricos del Eje I	<i>Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)</i> *
Severidad TLP	Gravedad del TLP	<i>Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200)</i> †
Otra psicopatología	Ansiedad	<i>Hamilton Anxiety Scale</i> *
	Depresión	<i>Hamilton Depression Scale</i> *

Nota: *: cuestionario validado en población española; **: al inicio del estudio el cuestionario no estaba validado en población española; †: no validado en población española; +: correlación positiva; -: correlación negativa; (+): escasa correlación positiva, que no fue significativa tras la corrección de Bonferroni (el RFQ fue primariamente diseñado para evaluar la habilidad del individuo para focalizarse en los estados mentales internos, que no evalúa el RMET); (-): débil correlación negativa, tampoco significativa tras la corrección de Bonferroni.

b) En el caso de la escala RFQi correlacionó negativa y significativamente con las medidas de conciencia plena y de toma de perspectiva; y correlacionó positiva y significativamente con la alexitimia y los rasgos autísticos. Los resultados fueron dispares para las medidas de la empatía, con correlaciones negativas significativas en dos estudios (Badoud et al., 2015; Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016) (que utilizaron el mismo instrumento de medida y se centraron en la empatía cognitiva) y ausencia de correlación en el tercero (Morandotti et al., 2018); y de la teoría de la mente, con correlaciones negativas significativas en un estudio (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016) y ausentes en otro (Morandotti et al., 2018).

En otro orden de cosas, la RFQc correlacionó positiva y significativamente con rasgos límites e índices de funcionamiento de la personalidad no adaptativos, control de la ira y medidas de bienestar; de forma negativa y significativa con síntomas de internalización y externalización, y más débilmente negativa (aunque significativa) con la ira como estado, la ira dirigida hacia los otros, el malestar sintomático y los problemas interpersonales. La RFQi correlacionó negativa y significativamente con medidas de control de la ira, calidad de vida y bienestar; y de forma alta y significativa con rasgos de TLP y características nucleares típicamente asociadas al TP en general y el TLP en particular, como niveles de autolesión, índices de funcionamiento de la personalidad no adaptativos, gravedad de la depresión, afectación social, dificultades con la regulación de la ira, la impulsividad, niveles de malestar sintomático y problemas interpersonales. También correlacionó positivamente con síntomas inter y externalizantes, y rasgos de trastorno de alimentación.

En cuanto a la validez de grupos conocidos, tanto la escala RFQi ($t= 8,99$; $p< 0,001$) como la RFQc ($t= -0,209$; $p<0.04$) discriminaron entre pacientes y controles, aunque la escala RFQi fue superior, al estar más fuertemente relacionada con el diagnóstico de TLP.

Investigación realizada utilizando el RFQ8

A partir de la validación del RFQ8, en el año 2015, la revisión sistemática de la literatura revela, como se preveía, que la disponibilidad del cuestionario ha facilitado la investigación sobre mentalización (fuera de los propios estudios de validación), con un total de 25 estudios que han utilizado el RFQ8 (tabla 16). El primero fue un estudio añadido al estudio de validación original (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016).

Se ha llevado a cabo investigación utilizando el cuestionario tanto en poblaciones clínicas psiquiátricas – trastorno límite de la personalidad, trastorno de alimentación, trastorno por uso de sustancias, trastorno por déficit de atención hiperactividad, disforia de género, esquizofrenia de inicio precoz, síndrome de Asperger y juego patológico (Badoud et al., 2018; Carrera et al., 2018; Ciccarelli et al., 2020; Cucchi et al., 2018; De Meulemeester et al., 2018; Euler et al., 2019; Frolli et al., 2020; Gagliardini et al., 2020; Handeland et al., 2019; Huang et al., 2020; Kristiansen et al., 2019; Macfie et al., 2020; Penner et al., 2019; Perroud et al., 2017; Sacchetti et al., 2019; Scandurra et al., 2020) – y médicas – como población principal a estudio (Agostini et al., 2019) o como grupo control (Macfie et al., 2020) –; como en población general – como población principal a estudio (Brugnera et al., 2020; Carlone & Milan, 2020; Cosenza et al., 2019; Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016; Gambin et al., 2020; Li et al., 2019; Morosan et al., 2020; Salaminios et al., 2020) o como grupo control (Agostini et al., 2019; Badoud et al., 2018; Cucchi et al., 2018; Huang et al., 2020; Perroud et al., 2017; Sacchetti et al., 2019) –.

Los estudios se han orientado a:

(a) Definir las características de la mentalización en distintos grupos de pacientes (con trastornos de alimentación, trastorno por uso de sustancias, trastorno por déficit de atención hiperactividad, juego patológico o enfermedad inflamatoria intestinal) (Agostini et al., 2019; Ciccarelli et al., 2020; Cucchi et al.,

2018; Gagliardini et al., 2020; Macfie et al., 2020; Sacchetti et al., 2019), generalmente asociando la patología a hipomentalización.

(b) Utilizar la mentalización como una variable intermedia o de resultados de tratamientos psicoterapéuticos (Carrera et al., 2018; De Meulemeester et al., 2018; Frolli et al., 2020).

(c) Valorar las variables mediadoras en la expresión sintomática (Badoud et al., 2018; Brugnera et al., 2020; Cosenza et al., 2019; Euler et al., 2019; Gambin et al., 2020; Huang et al., 2020; Kristiansen et al., 2019; Li et al., 2019; Macfie et al., 2020; Morosan et al., 2020; Penner et al., 2019; Salaminius et al., 2020; Scandurra et al., 2020).

(d) Relacionar la FR general del adulto con la FR parental, y/o el apego filial u otras variables relacionadas con la descendencia (Carlone & Milan, 2020; Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016; Handeland et al., 2019).

De entre todos estos estudios merece la pena destacar el estudio de Deborah Badoud y sus colaboradores (2018), dado que en el mismo se propone una nueva forma de puntuar el RFQ8 que, a su juicio, aporta una mayor claridad al constructo mentalización. La llamada *puntuación de la diferencia/total* se obtiene de restar la puntuación de la escala RFQi a la de la escala RFQc, fusionando así las dos escalas en una única dimensión, que reflejaría la *mentalización calibrada*. El rango de puntuación es de -3 a +3. Los valores negativos caracterizarían a individuos que carecen de la capacidad de reconocer que las acciones propias y de los demás están dirigidas por estados mentales, y los valores positivos definen a personas que predominantemente confían en que los comportamientos se originan en estados mentales intencionales. Esta nueva medida, según algunos autores, reduciría la redundancia (Penner et al., 2019). Esta forma de puntuar ha sido utilizada ya en varios estudios de investigación, aplicándola tanto al RFQ8 como a la versión modificada para jóvenes del RFQ8 (Badoud et al., 2018; Gambin et al., 2020; Penner et al., 2019).

Tabla 16: Estudios realizados utilizando el RFQ (excluyendo los de validación).

Estudio	Muestra	Resultados
(Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016) estudio 3	136 madres y sus hijos de 10 meses de edad.	Las puntuaciones de la escala de certeza del RFQ de las madres predecían el apego seguro en sus hijos. Las de la escala de incertidumbre del RFQ no predecían el apego inseguro. Se evaluó la relación entre la RFQ y la PRFQ. La escala de certeza del RFQ correlacionaba positivamente con la escala de certeza de los estados mentales del PRFQ y negativamente con su escala de prementalización. La escala de incertidumbre del RFQ correlacionaba en el sentido inverso.
(Perroud et al., 2017)	101 adultos con trastorno por déficit de atención hiperactividad (TDAH), 108 con trastorno límite de la personalidad (TLP) y 236 controles	Una mayor gravedad del TDAH (más síntomas de hiperactividad e hiperactivo/impulsivos) correlacionaba con bajas puntuaciones de certeza y altas de incertidumbre en el RFQ8.
(De Meulemeester et al., 2018)	175 pacientes con TLP recibiendo tratamiento psicodinámico hospitalario al largo plazo (TPHLP).	El TPHLP de pacientes con TLP producía una disminución significativa de la hipomentalización y del malestar sintomático. Los niveles de mentalización y malestar sintomático previos no predecían dichos cambios. La mejora en la mentalización estaba fuertemente asociada con la tasa de disminución en el tiempo del malestar sintomático, lo cual sugiere que el aumento de la mentalización podría explicar el cambio terapéutico en el tratamiento de los TLP.
(Badoud et al., 2018)	160 mujeres adultas: 55 con TLP y 105 controles sanas.	Las TLP informaban predominantemente de apego inseguro, caracterizado por modelos internos de trabajo negativos de si mismas como sin importancia para los demás y no dignos de su amor, y una peor capacidad mentalizadora +. La capacidad mentalizadora media entre el apego inseguro adulto y el diagnóstico de TLP.
(Cucchi et al., 2018)	229 sujetos: 58 trastornos de alimentación (TA) que se autolesionan, 97 TA sin autolesiones y 74 controles.	Los pacientes con un TA que se autolesionaban mostraban fallos en la mentalización (en forma de hipomentalización) significativamente mayores que aquellos que no se autolesionan. Además, los TA, se autolesionaran o no, hipomentalizaban significativamente más que el grupo control.

(Carrera et al., 2018)	6 pacientes con TLP. Estudio pre-post.	Se evidenciaban cambios en la mentalización durante una intervención de tratamiento basada en la mentalización. Mejoraba significativamente la certidumbre de la mentalización y disminuía la incertidumbre de la mentalización.
(Cosenza et al., 2019)	418 adolescentes tardíos.	Los déficit en la mentalización (se apreciaban puntuaciones altas en la escala RFQi y bajas en la RFQc) tenían un efecto directo sobre la gravedad del juego patológico y mediaban la asociación entre la impulsividad problemática y el juego patológico.
(Euler et al., 2019)	210 pacientes con TLP.	La hipomentalización predecía los problemas interpersonales en pacientes con TLP, pero solo vía su efecto sobre la impulsividad y la regulación emocional.
(Huang et al., 2020)	296 participantes, TLP y controles de la comunidad, que hubieran tenido al menos un evento o experiencia vital traumático.	<p>El apego inseguro junto con la pobre mentalización (entendida como alta incertidumbre y baja certidumbre) mediaban la relación entre el trauma en la infancia y los síntomas de estrés postraumático.</p> <p>La mala mentalización mediaba la relación entre trauma infantil y experiencias disociativas en el vida adulta.</p>
(Sacchetti et al., 2019)	140 sujetos, mujeres mayoritariamente: 53 con bulimia nerviosa (BN) y 87 controles sanas.	<p>Las pacientes con BN puntuaban de forma significativamente más alta que el grupo control en la escala de incertidumbre del RFQ (presentan una disfunción de la mentalización en base a hipomentalización) y de forma significativamente más baja en la escala de certidumbre del RFQ.</p> <p>Tanto los síntomas del TA como los posibles síntomas de TLP comórbidos contribuían independientemente a la baja mentalización.</p>
(Penner et al., 2019)	107 adolescentes en hospitalización psiquiátrica con diagnósticos variados (trastornos afectivos, trastornos de ansiedad – incluido trastorno por estrés postraumático –, trastornos externalizantes y trastornos de alimentación.	<p>La función reflexiva * + mediaba la asociación entre el maltrato emocional y la difusión de identidad.</p> <p>También mediaba entre el nivel total de maltrato y la difusión de identidad.</p>

(Morosan et al., 2020)	1664 adolescentes de población general	<p>Un procedimiento de análisis de red evaluó como diferentes alteraciones de la mentalización (representadas los distintos ítems de la RFQi) se relacionaban directa o indirectamente con diferentes problemas de salud mental en la adolescencia. Había una fuerte relación con problemas de conducta.</p> <p>La impulsividad y la hiperactividad, el humor depresivo y la victimización por acoso mediatizaban la relación entre los ítems del RFQi y los problemas de conducta.</p>
(Handeland et al., 2019)	43 madres con trastorno por uso de sustancias (TUS).	<p>La escala de incertidumbre del RFQ correlacionaba negativa y significativamente con la función reflexiva parental, medida con la PDI-R, lo que indicaba que una FR incierta predice una FR parental deteriorada. La escala de certidumbre de la RFQ no correlacionaba con la FR parental.</p>
(Agostini et al., 2019)	96 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y 102 controles sanos.	<p>Aunque se intentaron demostrar diferencias en las escalas de mentalización entre el grupo de pacientes con EII y el grupo control, estas no fueron significativas.</p>
(Li et al., 2019)	205 participantes de población general.	<p>La hipermentalización y la hipomentalización eran factores mediadores entre el abuso emocional en la infancia y los síntomas de depresión en la vida adulta.</p>
(Kristiansen et al., 2019)	43 madres con TUS.	<p>La hipomentalización se asociaba significativamente en mujeres con TUS con trauma y alteraciones en la función ejecutiva. No se evidenció el mismo tipo de asociación con las puntuaciones de la escala de certidumbre del RFQ.</p>
(Macfie et al., 2020)	93 mujeres: 55 embarazadas con un trastorno por uso de opioides y 38 mujeres con alto riesgo médico (p. ej., una enfermedad cardíaca).	<p>Las mujeres que utilizaban opioides en el embarazo tenían una FR más pobre, mostrando puntuaciones significativamente mayores en la escala de incertidumbre del RFQ y, adicionalmente, puntuaciones más bajas en la escala de certidumbre, que el grupo de mujeres con alto riesgo médico.</p> <p>La función reflexiva era una variable mediadora de la relación entre una historia de maltrato en la infancia y la gravedad del uso de opioides.</p>
(Scandurra et al., 2020)	203 sujetos transgénero y no conformes con su género.	<p>El rechazo del género (RG) y la transfobia internalizada (TI) se asocian positivamente con el desarrollo de problemas mentales (depresión y ansiedad), y la TI media la relación entre el RG y los problemas mentales.</p> <p>Una mentalización genuina (evaluada con ambas escalas del RFQ) actúa como factor protector moderando el efecto del RG a través de la TI sobre la salud mental.</p>

(Gambin et al., 2020)	530 adolescentes.	<p>La seguridad del apego con ambos progenitores correlacionaba negativamente con el uso limitado de estrategias regulación emocional, pero solo el apego hacia el progenitor varón predecía las habilidades de mentalización +</p> <p>Las habilidades de mentalización mediaban la relación negativa entre la seguridad del apego con el progenitor varón y el uso limitado de estrategias de regulación emocional.</p>
(Carlone & Milan, 2020)	212 madres con hijos entre 8 y 18 años.	<p>Una FR más pobre (definida como altas puntuaciones en la escala RFQi y bajas en la escala RFQc) en las madres se asociaba con más síntomas externalizantes e internalizantes en los niños y una mayor necesidad percibida (por las madres) de tratamiento de estos.</p> <p>Las madres con alta incertidumbre o baja certidumbre que consideraban que su hijo necesitaba tratamiento psicológico usaban menos los servicios de salud mental infantil para sus hijos.</p>
(Brugnera et al., 2020)	416 psicoterapeutas	La función reflexiva (ambas escalas del RFQ8) mediaba la asociación entre la inseguridad del apego y el bienestar.
(Salaminios et al., 2020)	105 adolescentes.	La incertidumbre de la mentalización podría ser un mediador parcial entre la ansiedad social y el discurso extraño (entendidos como rasgos de personalidad esquizotípicos) y el riesgo de psicosis.
(Ciccarelli et al., 2020)	396 adolescentes que hubieran jugado al menos una vez en el año previo a un juego de azar.	La hipomentalización predecía, junto a las distorsiones cognitivas relacionadas con el juego y las dificultades para mantener el autocontrol al experimentar emociones negativas, el juego patológico en adolescentes.
(Frolli et al., 2020)	100 participantes: 25 con síndrome de Asperger (SA) y 25 con esquizofrenia de inicio temprano (EIT) en tratamiento con terapia racional emotiva (TRE) versus 25 con SA y 25 con EIT asignados a terapia cognitivo conductual (control). La TRE añadía un entrenamiento emocional (EE) a la TCC.	El EE de la TRE mejoraba la función reflexiva en el grupo de pacientes con EIR, según se reflejó en el estudio tanto en las puntuaciones de las escalas de certidumbre e incertidumbre del RFQ. No se demostró un cambio en la función reflexiva en el grupo de pacientes con síndrome de Asperger.

(Gagliardini et al., 2020)

157 pacientes con TA.

Se sugería la presencia en los pacientes con TA de 4 perfiles diferenciados de afectación de las dimensiones de la mentalización, al predominar, de forma no equilibrada, unas dimensiones de la mentalización en detrimento de otras. Los perfiles de mentalización eran: a) afectiva/centrada en sí mismo/automática, b) externa, c) cognitiva/centrada en sí mismo/automática, y d) cognitiva/centrada en el otro/automática.

Nota: +: Calcula una puntuación total para el RFQ8 restando la puntuación de la escala RFQi a la puntuación de la escala RFQc. Los niveles más altos de esta nueva puntuación reflejan buena mentalización; *: La FR se midió con el Reflective Functioning Questionnaire – Youth (RFQY).

Estudios más recientes de validación del RFQ

Entre junio y octubre de 2020 se publicaron los estudios de validación del RFQ tanto al griego (Griva et al., 2020), como al alemán (Müller et al., 2020; Spitzer et al., 2020), los cuales, por motivos obvios, no fueron utilizados como modelos para el diseño del presente estudio. Dado lo reciente de su validación no han dado pie a su uso en nuevos estudios en sus respectivos países e idiomas.

Estructura factorial y propiedades psicométricas de la versión griega del RFQ8.

El estudio de validación griego (Griva et al., 2020) utilizó sendas muestras de conveniencia, una de 102 adultos con diabetes tipo 1, con un 63% de mujeres y una edad media de 38,85 (DE=10,08) años; y otra muestra de 117 adultos sanos, con un 59% de mujeres y una edad media de 36,1 (DE=10,7) años, reclutada entre estudiantes de grado y postgrado.

Se llevó a cabo un análisis de componentes principales con rotación Promax, evaluándose la adecuación de la muestra con el test de Kaiser-Meyer-Olkin (con

coeficientes bueno para el grupo de diabéticos y aceptable para el grupo sano) y el test de esfericidad de Barret (con valores adecuados para ambos grupos).

Todos los ítems mostraban cargas factoriales que aseguraban su pertenencia a sus factores esperados en ambos grupos, si bien es cierto que el ítem 2 mostraba una carga factorial para el factor de certeza de la FR de 0,345 para el grupo de diabéticos y de 0,350 para el grupo de sanos; y que el ítem 7 mostraba una carga factorial para el factor de incertidumbre de la FR de 0,320 para el grupo de diabéticos. En este sentido, los autores proponían y referenciaban un punto de corte para la pertenencia a un factor de 0,32 (Tabachnick & Fidell, 1996).

Ambos grupos mostraban una buena consistencia interna de las dos escalas. En el grupo de diabéticos, la escala RFQc mostraba una α de Cronbach de 0,861 y un promedio de correlación entre ítems (PCEI) de 0,509; y la escala RFQi una α de 0,810 y un PCEI de 0,414. En el grupo de sanos, la escala RFQc mostraba una α de Cronbach de 0,806 y un PCEI de 0,405; y la escala RFQi mostraba una α de Cronbach de 0,791 y un PCEI de 0,389. No se evaluó la estabilidad temporal del cuestionario.

En el grupo de pacientes diabéticos, la escala RFQc correlacionaba negativamente con el malestar psicológico, medido con la *Symptom Checklist-10R* (SCL-10R) ($r=-0,470$; $p < 0,01$) y con todas las subescalas de la SCL10-R, excepto la de ansiedad. En el grupo de sanos, la escala RFQc correlacionaba negativamente con el malestar psicológico ($r=-0,320$; $p < 0,01$); y positivamente con la inteligencia emocional⁵⁴ ($r=0,390$; $p < 0,01$), y con la empatía⁵⁵ ($r=0,292$; $p < 0,01$). En el grupo de pacientes diabéticos, la escala RFQi correlacionaba positivamente con el malestar psicológico ($r=0,590$; $p < 0,01$) y con todas las escalas del SCL-10R. En el grupo de sanos, la escala RFQi correlacionaba positivamente con el malestar psicológico ($r=0,330$; $p < 0,01$); y negativamente con la inteligencia emocional ($r=-0,265$; $p < 0,01$); pero no correlacionaba con la empatía.

⁵⁴ Medida con la *Wong and Law Emocional Intelligence Scale* (WLEIS).

⁵⁵ Medida con el *Toronto Empathy Questionnaire* (TEQ).

No se evidenciaron diferencias significativas con respecto al género para ninguna de las escalas del RFQ8 en ninguno de los dos grupos. Sin embargo, los participantes más jóvenes mostraban una menor certeza en el grupo de diabéticos ($t^{56}=-2,133$; $p < 0,05$) y en el grupo sano ($t=-2,738$; $p < 0,05$), y una mayor incertidumbre en el grupo de diabéticos ($t=-2,480$; $p < 0,05$) y en el grupo sano ($t=-2,779$; $p < 0,05$), que los pacientes más viejos.

En resumen, este estudio se mantiene en la línea de los anteriores estudios de validación del cuestionario a otros idiomas confirmando los hallazgos previos. Las correlaciones de las escalas con el malestar psicológico, la inteligencia emocional y la empatía, aunque significativas, son bajas (Campbell & Swinscow, 2009), excepto para la correlación entre la escala RFQi en el grupo de pacientes diabéticos y las medidas de malestar psicológico, con un coeficiente de correlación de Pearson de 0,59. Como aspectos novedosos, el incluir una muestra de pacientes con una enfermedad médica y el incluir la edad en la validación de grupos conocidos, arrojando resultados significativos en este sentido.

Validación de la versión alemana. Problemas encontrados, soluciones aportadas y reflexiones en torno a la escala.

Se han publicado dos estudios que analizan las propiedades psicométricas de la escala. El primero de ellos (Spitzer et al., 2020) mostró puntos de divergencia claros con respecto a las validaciones anteriores del cuestionario. El segundo (Müller et al., 2020), tomo como punto de partida una reflexión crítica sobre el cuestionario y la metodología utilizada en los estudios de validación previos y trató de replicar y extender los hallazgos del primer estudio.

⁵⁶ Prueba t de Student

El estudio de Carsten Spitzer y sus colaboradores (2020)

El estudio original de validación alemana utilizó una muestra representativa de población general adulta elegida al azar. El número final de participantes que se incluyeron en la validación fue de 2447, de los cuales el 53% eran mujeres, y una edad media de 49,5 años (DE=17, rango 18-95).

El primer problema que afrontó el estudio fue que el cuestionario no se ajustaba al modelo bidimensional propuesto por el grupo original (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016). La aplicación de un **modelo unidimensional** al AFC mostró un buen ajuste del modelo ($\chi^2=299,85$; RECMA[90%IC]=0,078 [0,070-0,086]; IAC=0,990; y RECM⁵⁷=0,030), con cargas factoriales de los ítems que fueron en general altas (λ^{58} entre 0,68 y 0,88), excepto para el ítem 7, que no cargaba sustancialmente ($\lambda=0,14$) para el factor latente. La consistencia interna del factor fue buena, se utilizó el coeficiente omega de McDonald⁵⁹ (McDonald, 1999), con valores para ω de 0,82. El modelo inicial de Fonagy conducía a una estimación de parámetros inadecuada, ya que la correlación latente de los factores daba un valor mayor que 1 (1,86), el llamado caso de Heywood⁶⁰ (1931). Esto sugería que el modelo está mal especificado. Lo mismo se aplicaba a un modelo bidimensional AFE en el que se produjo una varianza residual negativa del ítem 4.

En base a todo ello, los autores propusieron excluir el ítem 7, al no representar adecuadamente el factor. Dado que los ítems 3 y 4 tenían varianzas del error correlacionadas y se superponían en términos de contenido se decidió excluir también uno de los dos. Ambos ítems no eran superiores el uno al otro, por lo que la decisión de excluir el ítem 4 recayó en la menor validez aparente del

⁵⁷ Residuo estandarizado cuadrático medio. Para algunos autores se considera que el ajuste es aceptable cuando no alcanza el 0,05 (Batista-Foguet et al., 2004), aunque Carsten Spitzer y sus colaboradores proponían que no alcanzara el 0,08.

⁵⁸ Carga factorial estandarizada.

⁵⁹ A diferencia del coeficiente α trabaja con las cargas factoriales, lo cual hace más estables los cálculos.

⁶⁰ Los casos de Heywood ocurren frecuentemente cuando se extraen demasiados factores o el tamaño de la muestra es demasiado pequeño.

mismo en términos de certeza/incertidumbre. Tanto con la presencia de 7 ítems (eliminando el ítem 7), como con 6 ítems (fuera el 3 o el 4), se evidenciaba una mejor consistencia interna ($\omega=0,88$ en los dos casos) para el cuestionario. Los autores propusieron, por lo tanto, después de eliminar los ítems 4 y 7 del original, un Reflective Functioning Questionnaire de 6 ítems (**RFQ6**). En coherencia con el modelo unifactorial propuesto, en la versión de 6 ítems del RFQ las puntuaciones bajas supuestamente reflejaban certeza acerca de los estados mentales y las altas incertidumbre acerca de los mismos.

En base a la nueva escala y a su nueva forma de entender las puntuaciones se evaluaron las diferencias entre variables sociodemográficas, y las correlaciones con depresión, ansiedad, malestar psicológico general y quejas físicas. Además, se describieron los valores de la escala para los distintos percentiles en la muestra estudiada, como tal representativa de la población alemana adulta en general.

Las mujeres difirieron significativamente de los hombres en los valores medios de la escala (2,17 versus 2,00; $U^{61}= 701\ 406$; $p=0,013$). También hubo diferencias de grupo estadísticamente significativas en los valores medios de las variables estado civil ($F^{62}(4, 2441) = 6,93$; $p <0,001$; $\eta=0,01$), formación académica ($F(4, 2437) = 3,64$; $p <0,001$; $\eta^{63}=0,01$), actividad remunerada ($F(9, 2437) = 12,7$; $p <0,001$; $\eta=0,05$) y grupo ocupacional ($F(18, 2428) = 3,62$; $p <0,001$; $\eta=0,03$).

Se evidenciaron correlaciones significativas entre las puntuaciones de la escala RFQ6 y depresión, medida con la subescala de depresión (PHQ-2) del *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4) ($\rho=0,43$; $p <0,001$); ansiedad, medida con la escala de ansiedad (GAD-2) del PHQ-4 ($\rho=0,42$; $p <0,001$); malestar psicológico general, medido con el PHQ-4 ($\rho=0,47$; $p <0,001$); y quejas físicas, medidas por el Gießener Beschwerdeboogens-8⁶⁴ (GBB-8) ($\rho=0,41$; $p <0,001$).

⁶¹ Prueba U de Mann-Whitney.

⁶² Prueba F de Fisher.

⁶³ Razón de correlación eta.

⁶⁴ Se podría traducir como lista de quejas subjetivas de Gießener.

Aunque la ansiedad aumentaba de forma no lineal al aumentar el valor del RFQ6, no se evidenciaron asociaciones no lineales en forma de U entre el RFQ y ninguna de las variables.

Las reflexiones y el estudio de replicación de Sascha Müller y sus colaboradores (2020)

Evaluación crítica de la RFQ

A la luz de los resultados del estudio anterior (recordemos que, por lo menos en la validación inicial alemana, el cuestionario se ajustaba mejor a un modelo unifactorial y quedaba reducido a 6 ítems), en este reciente artículo, Sascha Müller y sus colaboradores (2020) presentaban un examen y una discusión críticos sobre el RFQ8, al que añadían un estudio orientado a replicar los resultados de Spitzer y sus colaboradores (2020) e intentar evaluar algunas hipótesis generadas en la discusión.

Su principal preocupación tiene que ver con la particular manera en la que se puntúa el RFQ. Para ello conviene recordar que los ítems que acabaron puntuando tanto en el RFQ46⁶⁵, como en el RFQ54⁶⁶ y finalmente en el RFQ8, eran los denominados inicialmente ítems de respuesta central, que reflejaban una buena mentalización en sus valores intermedios, e hipo o hipermentalización en los extremos (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016). El problema que presentaba el puntuar las desviaciones desde el punto intermedio de una escala de 7 puntos (por ejemplo, 3, 2, 1, 0, 1, 2, 3) era que dicho método fracasaba a la hora de distinguir las características únicas de la hipomentalización de las de la hipermentalización, al coincidir las puntuaciones de la una con las de la otra. Los autores de los cuestionarios originales introdujeron un procedimiento para distinguir ambas características que consistía en puntuar dos veces los ítems seleccionados (hacer una doble

⁶⁵ Puntúan un total de 17.

⁶⁶ Puntúan un total de 26.

puntuación) según un sistema de respuesta polar (3, 2, 1, 0, 0, 0, 0; o 0, 0, 0, 0, 1, 2, 3), inverso para dos escalas que captaran la hipermentalización y la hipomentalización. Müller pone un ejemplo esclarecedor:

Así, siguiendo esta lógica, un fuerte rechazo del ítem 6 es puntuado de tal manera que es indicativo de certeza alta (=3) en la escala RFQc y al mismo tiempo es indicativo de baja incertidumbre (=0) en la escala RFQi, mientras que un fuerte acuerdo con el ítem 6 es puntuado como indicativo de certeza baja (=0) en la escala RFQc y, al mismo tiempo, como indicativo de incertidumbre alta (=3) en la escala RFQi (Müller et al., 2020, p. 2).

Según Müller, hacer una doble puntuación puede causar problemas psicométricos. Dado que los sujetos solo pueden dar una puntuación al ítem en una escala de 7 puntos, las puntuaciones resultantes de la RFQc y de la RFQi están *predeterminadas por sus derivaciones matemáticas* (por ejemplo, una puntuación de 3 en una de las escalas y de 0 en la otra) y *no son independientes entre sí*. Por este motivo:

..., cuando se restringen sus covarianzas residuales a cero en un AFC, esto producirá una correlación negativa artificial entre los factores que se supone que mide. Por este motivo, el hallazgo de dos dimensiones correlacionadas no puede ser interpretado como una evidencia a favor de la validación estructural del instrumento... y dichos resultados en relación a la estructura factorial deberían ser puestos en cuestión (Müller et al., 2020, p. 2).

Dicho de otra forma, los autores ponen en cuestión todas las referencias a dos dimensiones correlacionadas en los AFC realizados en los procedimientos de validación anteriores, y lo hacen en base al efecto problemático que sobre los análisis tiene el sistema de doble puntuación, que tiende a producir correlaciones artificiales entre los factores.

Por otro lado, sumándose a la evidencia presentada por Spitzer (2020) a favor de un modelo unifactorial para el RFQ en su versión alemana y teniendo en cuenta los problemas de doble puntuación, por lógica, Sascha Müller y sus

colaboradores proponían como hipótesis la utilidad de un sistema de puntuación unidimensional para el RFQ, operacionalizando los constructos hipermentalización e hipomentalización como polos de un continuo (la hipermentalización en el extremo más bajo y la hipomentalización en el más alto). La hipótesis incluía que el uso en el análisis de modelos estadísticos no lineales podría entonces predecir asociaciones en forma de U con características no adaptativas (por ejemplo, con depresión) y en forma de U invertida con características adaptativas (por ejemplo, con bienestar).

A juicio de estos autores, un análisis más pormenorizado de la escala RFQc señalaba inconsistencias conceptuales que mina la validez aparente de la misma. Todos los ítems que componen esta escala definen estados de incertidumbre, por lo que la certeza queda definida por la ausencia de incertidumbre. De hecho, el único ítem que define un estado de certeza, el 7, puntúa solo para la RFQi. Por otro lado, la investigación realizada generaba dudas sobre si los valores altos de la escala RFQc determinen la presencia de hipermentalización, dado que en algunos estudios se asociaba a salud mental (De Meulemeester et al., 2018; Euler et al., 2019; Li et al., 2019).

Otro problema señalado es que, en base a la frecuente asociación del RFQ con constructos psicopatológicos, que indica que la RFQi está asociada a una peor salud mental, Müller y sus colaboradores se preguntaban si la RFQ8 no estaría evaluando una forma amplia de afectación psicológica, más que los procesos de mentalización.

Nueva validación del RFQ6 y testado de las hipótesis propuestas

Se llevo a cabo un nuevo estudio de evaluación replicando la estructura factorial del RFQ6 y tratando de dar respuesta a las hipótesis formuladas en el apartado anterior.

El estudio utilizó dos muestras de conveniencia, una de ellas compuesta por **861 participantes hospitalizados**, principalmente con trastornos psicósomáticos, que recibían tratamiento individual y grupal orientado psicodinamicamente. La

muestra estaba compuesta por un 64% de mujeres y tenía una edad media de 34,0 años (DE=13,3, rango 18-68). Los 861 pacientes realizaron el RFQ8 al ingreso, pero solo 364 pacientes lo realizaron al alta. La otra muestra incluía **566 adultos jóvenes de población general**, y estaba compuesta por un 74% de mujeres y tenía una media de edad de 24,2 años (DE=3,13, rango 18-30). En esta muestra la mayoría de los participantes tenían un alto nivel educativo (bachillerato o grado universitario). El 20% manifestaban padecer un trastorno mental, de ellos el 52% un trastorno afectivo, un 16% un TLP y un 9% un trastorno de estrés postraumático.

Se realizaron varios AFC que replicaban el llevado a cabo por Spitzer y colaboradores.

En la muestra de pacientes, el modelo unidimensional de medidas repetidas de AFC mostraba un buen ajuste del modelo ($\chi^2(139) = 353,0$; $p < 0,001$; RECMA [90%IC] = 0,046 [0,041-0,052]; IAC = 0,98; y RECM = 0,06), con cargas factoriales de los ítems aceptables (λ entre 0,49 y 0,88), excepto para el ítem 7, que mostraba una carga débil para el factor latente ($\lambda=0,34$). La correlación residual especificada a priori entre los ítems 3 y 4 fue estimada en 0,60. En el modelo bidimensional de AFC y en el modelo de AFE bidimensional volvieron a aparecer casos Heywood (una correlación factorial > 1 en el AFC y una carga factorial estandarizada >1 para el ítem 4 en el AFE).

En la muestra de población general, el modelo unidimensional de AFC mostraba un buen ajuste del modelo ($\chi^2(19) = 91,8$; $p < 0,001$; RECMA [90%IC] = 0,08 [0,07-0,10]; IAC = 0,98; y RECM = 0,04), con cargas factoriales de los ítems aceptables (λ entre 0,51 y 0,87), mostrando el ítem 7 la carga más débil para el factor latente ($\lambda=0,45$). La correlación residual especificada a priori entre los ítems 3 y 4 fue estimada en 0,66. El modelo bidimensional de AFC no alcanzaba la convergencia y en el modelo de AFE bidimensional volvía a aparecer un caso Heywood (una carga factorial estandarizada >1 para el ítem 4).

Todo ello y los análisis previos de Spitzer sugerían fuertemente que la versión alemana del RFQ8 refleja un constructo unidimensional.

La consistencia interna del factor único era buena, con valores para ω de 0,79 (muestra clínica a la admisión); 0,81 (muestra clínica al alta); y 0,82 (muestra de población general). Para mejorar la consistencia interna se eliminaron los ítems 4 y 7, utilizando los mismos criterios que en el trabajo de Spitzer y colaboradores. El nuevo RFQ6 tenía una ω con valores de 0,82 para la muestra clínica y de 0,83 para la no clínica. Con todo, es de notar que los propios autores enfatizaban que el RFQ8 correlacionaba con el RFQ6 en un 0,97 en la muestra clínica y en un 0,98 en la no clínica, y que retener los ítems 4 y 7 producía resultados similares y conclusiones equivalentes en todos los análisis.

A pesar de sus hipótesis al respecto, los autores, como en el caso del estudio de Spitzer, no encontraron relaciones en forma de U (o U invertida) entre el RFQ6 e indicadores de psicopatología (o bienestar). Por contra, como también sucedía en el estudio de Spitzer, el RFQ6 exhibía asociaciones lineales con distintos signos y síntomas de psicopatología: en la muestra clínica, las correlaciones más fuertes las tuvo con medidas de patología de la personalidad, como el *Inventory of Personality Organization 16* (IPO-16) ($r = 0,72$) y el *Operationalized Structural Diagnostic Questionnaire – Short Form* (OPD-SFK) ($r = 0,65$); siendo estas significativamente mayores que las que tuvo con otras medidas, como el *Brief Symptom Inventory* (BSI) ($r = 0,54$) y el *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP-32) ($r = 0,54$).

Los autores utilizaron un modelo de ecuaciones estructurales de dos factores para estimar la redundancia del RFQ8 con dimensiones amplias de la patología de la personalidad, medidas con el *Personality Inventory for DSM-5 – Brief Form* (PID-5-BF). El factor general y los factores residuales, tomados en conjunto, explicaban el 70% de la varianza en el factor latente del RFQ. La varianza que se explicaba únicamente por el RFQ era tan solo del 13%.

Los autores dejan claro que todos los hallazgos están limitados a la versión alemana del RFQ y no se pueden generalizar a otras lenguas.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Como se ha podido apreciar a lo largo de las páginas anteriores, la **mentalización**, tal y como es comprendida por el grupo de Fonagy⁶⁷ (1989) podría ser vista como una reacción a, o, probablemente mejor, como una evolución radical del concepto de ToM. Este nuevo concepto de mentalización añade una **dimensión relacional, emocional y dinámica** en la manifestación y el desarrollo de la capacidad de entender los estados mentales intencionales propios y de los demás (Fonagy et al., 2002). Además, se fundamenta y explica en base a teorías sobre el desarrollo bien sostenidas empíricamente, como la teoría del apego (Fonagy et al., 1991; van IJzendoorn, 1995), la teoría de la retroalimentación social de la función especular parental del afecto (Gergely & Watson, 1996) y la teoría del desarrollo de la realidad psíquica (Fonagy & Target, 1996). Se ha mencionado también que el establecimiento de una adecuada capacidad mentalizadora solo se puede producir plenamente en el contexto de una relación de **apego** seguro; y que, a su vez, el desarrollo de esta capacidad, permite la adecuada regulación del afecto y un desarrollo del *self* armónico (Fonagy et al., 2002).

Este concepto de mentalización, mucho más sofisticado y complejo, ha sido aplicado, entre otras cosas, en: (a) la evaluación en entornos clínicos de los fallos de su funcionamiento en distintos **trastornos mentales** y del comportamiento⁶⁸; (b) la evaluación de sus efectos sobre la **parentalidad** y la crianza; y (c) el diseño de **intervenciones específicas** orientadas a resolver sus fallos.

Lógicamente, para poder desarrollar y explorar todas estas áreas de investigación, es necesario disponer de formas fiables y válidas de medir la mentalización. En este sentido, como también se ha señalado, existen múltiples constructos que guardan un cierto paralelismo con la mentalización en general

⁶⁷ Cabría también llamarla *mentalización reflexiva* (Lanza Castelli, 2013).

⁶⁸ A veces sugiriéndose un efecto directo y a veces un efecto modulador sobre la psicopatología.

o con aspectos de la misma. Además, muchos de estos constructos disponen de instrumentos de medida fiables y válidos. Sin embargo, amén de partir desde distintas posiciones teóricas, ninguno de estos constructos capta de forma suficientemente satisfactoria la complejidad del concepto de mentalización. Es por este motivo que Fonagy y sus colaboradores operacionalizaron el constructo, definiendo sus dimensiones e indicadores, y desarrollando una escala que medía esta variable operacionalizada, a la que se llamó **función reflexiva**.

La RFS aplicada a transcripciones de la AAI se convirtió en el estándar de oro en la medida de la FR, al evaluar la mentalización en un contexto afectivo e interpersonal ecológicamente válido, como el que supone la entrevista sobre las figuras de apego (Taubner, Hörz, et al., 2013). Sin embargo, el uso de **sistemas de codificación sobre narrativas**, aun constituyendo el estándar de oro en medida de FR, requiere de una compleja y extensa formación de los evaluadores y de algún grado de certificación supervisada para garantizar una adecuada fiabilidad de los instrumentos. Por otro lado, tanto las entrevistas como su transcripción estandarizada y el proceso de codificación resultan tremendamente laboriosos, consumiendo una gran cantidad de tiempo y recursos. Todo esto se ha traducido en dificultades para conseguir muestras grandes (Taubner, Hörz, et al., 2013). A esto se suma que la fiabilidad interevaluadores solo se garantiza y certifica para el idioma y la población original; y que, excepto el Parent Development Interview, en su versión revisada (PDI-R) (Golanó Fornells, Pérez Téstor, & Salamero Baró, 2018), ningún sistema de codificación de narrativas ha sido traducido cualificadamente al castellano ni validado en población hispanohablante.

Surgió así la necesidad de diseñar instrumentos de evaluación de la FR, con suficiente fiabilidad y validez, que fueran sencillos de aplicar y menos laboriosos, para poder facilitar la investigación en el área. El propio grupo de Fonagy desarrollo así el *Reflective Functioning Questionnaire*, un instrumento autoaplicado que dispone de adecuada fiabilidad y validez (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016). Como se ha podido comprobar, desde su

publicación, el cuestionario se ha utilizado como medida de la FR en numerosos estudios, de los que se ha dado habida cuenta previamente⁶⁹. La impresión es que la sencillez de aplicación del cuestionario y su brevedad están facilitando que la investigación en el área se este desarrollando de forma acelerada.

Varios autores han señalado la necesidad de disponer de instrumentos de medida de la mentalización reflexiva **en castellano** que sean fiables y válidos en **población española** (Sánchez Pascual et al., 2015). En ese sentido, en nuestro país y en idioma castellano, solo están disponibles dos instrumentos de medida de la FR general, que presentan algunas dificultades que abordaremos a continuación, y otros dos de la FR parental.

Con respecto a la FR general, están disponibles dos instrumentos desarrollados en nuestro propio país: (a) el Método para la Evaluación de la Mentalización en el Contexto Interpersonal (MEMCI) (Bilbao et al., 2016), que evalúa las respuestas espontaneas del entrevistado a una serie de preguntas estandarizadas sobre el relato del sujeto de varios episodios relacionales propios; y el Test de Situaciones para la Evaluación de la Mentalización (TESEM) (Lanza Castelli, 2011), que sigue el mismo procedimiento general, pero sobre una serie de historias o situaciones prefijadas que se le presentan al sujeto. La evaluación en ambos instrumentos está basada (solo parcialmente) en la escala de función reflexiva. Desgraciadamente, aunque ambos instrumentos podrían ser, en nuestro país, un sustituto apropiado a la evaluación con la RFS de las transcripciones del AAI (dado que no está validada), adolecen de los mismos problemas que el resto de los sistemas de codificación de narrativas. Otro problema añadido es que son instrumentos que no han sido validados a otros idiomas y que carecen de investigación consolidada sobre los mismos.

Con respecto a la evaluación de la FR parental, la situación es mejor, pues en nuestro país se dispone de dos instrumentos validos en castellano, que, además, previamente han sido utilizados para la investigación en otros idiomas, la

⁶⁹ Los estudios se han citado y explicado previamente, en el apartado correspondiente, por lo cual se ha decidido no referenciarlos en este apartado.

codificación de la FR parental mediante el uso del PDI-R (Golanó Fornells et al., 2018), y un cuestionario autoaplicado, el Cuestionario de Función Reflexiva Parental (CFRP-18) (Gordo et al., 2020). Sin embargo, como bien es sabido, la evaluación de la FR parental tiene sentido solo dentro de los estudios que evalúan aspectos de la parentalidad y la crianza, no permitiendo abordar otras áreas de investigación de la FR.

No se disponía, hasta la fecha, de una traducción estandarizada al castellano ni de una evaluación de las propiedades psicométricas en población española, del *Reflective Functioning Questionnaire* en ninguna de sus versiones. Con lo cual no se podía utilizar el instrumento en nuestro medio, a pesar de las evidentes ventajas de disponer de un cuestionario autoaplicado para la evaluación de la FR general. El presente trabajo viene a cubrir esa necesidad, al traducir el RFQ8 y evaluar sus propiedades psicométricas en nuestra población. La elección de la versión de 8 ítems tuvo que ver con que es la única que tiene publicados trabajos de validación y que ha sido la utilizada, de forma invariable, para realizar toda la investigación posterior. Se espera que la validación del presente cuestionario permita un rápido avance de la investigación en mentalización en nuestro medio.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

OBJETIVOS

1. **Traducir** el RFQ8 de su versión original en inglés a una versión equivalente en castellano.
2. Analizar la **estructura factorial** de la versión española del RFQ8.
3. Evaluar la **fiabilidad** de las escalas de la versión española del RFQ8.
4. Evaluar la **validez convergente** de las escalas de la versión española del RFQ8 con una serie de constructos relacionados (difusión de identidad, alexitimia, atención plena y toma de perspectiva), psicopatología y problemas relacionales.
5. Evaluar la **validez de grupos conocidos** (sujetos con o sin alexitimia, sujetos con o sin depresión, sujetos con o sin disfunción de la personalidad, población general versus sujetos con trastorno de personalidad) de las escalas de la versión española del RFQ8.

HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

1. Un procedimiento estandarizado de traducción y traducción inversa garantizará la equivalencia conceptual, semántica, operacional del RFQ en castellano, con un lenguaje comprensible, para la población española.
2. La versión española del RFQ8 mostrará una estructura bifactorial, tanto en un análisis factorial exploratorio (AFE), como en el confirmatorio (AFC):
 - * En el AFE:
 - Un modelo de dos factores será el más parsimonioso explicando un porcentaje adecuado de la varianza.
 - Las cargas factoriales de cada ítem demostraran su pertenencia al mismo factor que los otros ítems que componen su escala.
 - Todos los ítems mostrarán una comunalidad adecuada.
 - * En el AFC:
 - Se evidenciará un buen ajuste de cada una de las escalas del RFQ con su respectivo factor.
 - Las cargas factoriales de cada ítem demostraran la pertenencia a su correspondiente factor.
3. Ambas escalas de la versión española del RFQ8 mostrarán una consistencia interna adecuada.
4. Ambas escalas de la versión española del RFQ8 mostrarán una adecuada estabilidad temporal.
5. La escala RFQi de la versión española del RFQ8 mostrará una correlación significativa y adecuada con las medidas de difusión de identidad y alexitimia, y una correlación negativa significativa y adecuada con las medidas de toma de perspectiva y atención plena.

6. La escala RFQc de la versión española del RFQ8 mostrará correlaciones significativas y adecuadas con las medidas de los mismos constructos que la escala RFQi, pero en un sentido inverso.

7. La escala RFQi mostrará correlaciones significativas y adecuadas con las medidas de psicopatología general, alteraciones de la personalidad y dificultades interpersonales.

8. Ambas escalas de la versión española del RFQ8 discriminarán significativamente entre sujetos con alexitimia y aquellos sin ella; sujetos con síntomas depresivos y aquellos que no los tienen; y sujetos con rasgos de personalidad problemáticos y aquellos que no los tienen

9. Ambas escalas de la versión española del RFQ8 discriminarán significativamente entre pacientes con trastornos de personalidad y sujetos de población general.

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

Se seleccionó una **muestra no clínica de conveniencia**, de población general adulta, de distintas comunidades autónomas españolas (País Vasco, La Rioja, Murcia y Madrid). La muestra fue reclutada mediante charlas informativas a estudiantes de pre y postgrado en las facultades de medicina y de administración y dirección de empresas; y mediante el boca a boca, entre las plantillas de los hospitales y las universidades, sus familiares y sus amigos. Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años y haber dado consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron tener dificultades de comunicación verbal generales o en el idioma español, un diagnóstico clínico de trastorno cognitivo, o haber realizado tratamiento psiquiátrico o psicológico en un dispositivo de salud mental durante el año previo a la inclusión en el estudio. La muestra final incluyó a 602 participantes. Sobre la misma se seleccionó una submuestra de conveniencia de 113 sujetos para evaluar la fiabilidad test retest.

Por otro lado, se seleccionó una **muestra clínica de conveniencia** (en las comunidades autónomas de País Vasco y Madrid) de 41 participantes adultos con diagnóstico estandarizado, mediante la entrevista SCID-II (First et al., 1997), de trastorno de personalidad a efectos de evaluar las propiedades psicométricas del cuestionario en un grupo clínico y de determinar la validez de grupos conocidos comparando los resultados de esta muestra con los de la muestra no clínica.

El protocolo de estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Euskadi.

Selección del tamaño muestral

De cara a poder realizar el análisis factorial, la determinación del tamaño de la muestra no clínica se realizó sobre un número mínimo estimado de 200 participantes⁷⁰ (Comrey & Lee, 1992). A partir de este número mínimo estimado, se siguió la recomendación de usar una muestra tan amplia como fuera posible (Comrey & Lee, 1992; Hair et al., 2018). Dado que la muestra clínica fue utilizada para análisis que requieren un menor tamaño muestral, el mismo quedó determinado por un ratio mínimo de 5 sujetos por ítem (Kass & Tinsley, 1979).

Traducción del cuestionario

Se tradujo al español el RFQ original en inglés mediante un procedimiento estándar de traducción y traducción inversa dirigido a garantizar la equivalencia conceptual, semántica y operativa (Streiner et al., 2015) (tabla 17). Siguiendo las recomendaciones más comúnmente aceptadas, la traducción se llevó a cabo por traductores nativos españoles e ingleses independientes (Guillemin et al., 1993). Se evaluaron la claridad, la adecuación y la equivalencia del cuestionario por un grupo de expertos en evaluación psicométrica. También se incluyó una prueba piloto con 10 sujetos con un nivel académico máximo de Educación Secundaria Obligatoria o equivalente (en nuestro país la educación es obligatoria hasta los 16 años) para evaluar la comprensión. La versión final del cuestionario, empleada en la validación, está accesible en línea en la página *web* de la University College London (2018).

⁷⁰ Con frecuencia la literatura al respecto orienta sobre un mínimo de 100 participantes y/o un ratio mínimo de 10 participantes por ítem (Kline, 1994; Plichta et al., 2013), y otros autores disminuyen la exigencia, con un mínimo de 5 participantes por ítem. Por último, algunos autores proponen una mayor exigencia. Andrew Comrey y Howard Lee sugirieron que un tamaño muestral de 50 es muy pobre; de 100, pobre; de 200, adecuado; de 300, Bueno; de 500, muy bueno; y de 1000 o más, excelente (Comrey & Lee, 1992). Se ha optado en el análisis factorial por un enfoque de selección del tamaño muestral exigente.

Tabla 17: Metodología empleada en la traducción.

1. Discusión conceptual de cada ítem con los autores originales.
2. Dos traducciones independientes al español por nativos españoles.
3. Análisis y reconciliación, por un subgrupo de 5 investigadores, para producir la versión 1 del RFQ8, a partir del consenso sobre ambas traducciones.
4. Traducción inversa, realizada por traductores cualificados del *University College London*. Selección de la traducción y evaluación por los autores originales de su equivalencia.
5. Análisis, discusión y adecuación del material por el subgrupo de investigadores, para presentar la versión 2.
6. Evaluación de la versión 2 por cuatro expertos en evaluación psicológica y psicometría, y amplia experiencia clínica, puntuando en una escala de 3 puntos (1=pobre/inaceptable, 2= intermedio/aceptable, 3=bueno/apropiado) la claridad, adecuación y equivalencia semántica para la cultura española de cada ítem y de las instrucciones de realización (los ítems puntuados 1 o 2 fueron justificados y se aportaron comentarios y sugerencias).
7. Prueba piloto con 10 sujetos (adultos, nivel máximo de educación secundaria), que evaluaron cada ítem y las instrucciones de realización en una escala de 4 puntos (1=imposible de comprender, 2=confuso, 3=en duda sobre lo que significa, 4=comprendido), dando comentarios y sugerencias para los ítems puntuados 1, 2 o 3.
8. Análisis, discusión y adecuación del material recogido, por el subgrupo de trabajo, para producir la versión 3.
9. Prueba de lectura, con discusión y arreglo, orientada a la corrección de fallos gramaticales, para producir la versión 4 o final del RFQ8.

Medidas

Para garantizar la confidencialidad de los datos estos fueron recogidos en bases de datos disociadas. A cada sujeto participante, tras firmar consentimiento informado, se le asignó un código de identificación alfanumérico personal. A partir de ese momento, todos los datos recogidos quedaron asignados a dicho código. Los datos sociodemográficos se recogieron bien en grupo (en el caso de

grupos de estudiantes participantes), bien individualmente (en el caso de participantes de la muestra no clínica que no fueran estudiantes). Las respuestas a los cuestionarios autoaplicados se recogieron siempre de forma individual. El retest del RFQ8 se llevó a cabo (solo con grupos de estudiantes, para facilitar un seguimiento más estrecho de su realización) de dos a tres semanas después de la primera evaluación.

Variables sociodemográficas

Se incluyeron la edad, el género y la formación académica de los participantes.

Cuestionarios autoaplicados

Los sujetos realizaron una batería de cuestionarios, que incluía:

1. La versión española del **Cuestionario de Función Reflexiva** de 8 ítems (RFQ8): es un cuestionario autoaplicado que evalúa la mentalización. Fue desarrollado originalmente en inglés y ha sido traducido a varios idiomas (UCL, 2018). Se han evaluado sus propiedades psicométricas en población general adulta en inglés, francés italiano y griego; en población general adolescente en francés; en trastornos de personalidad adultos en inglés e italiano; y en población adulta con diabetes tipo I en griego (Badoud et al., 2015; Fonagy, Luyten; Griva, et al., 2020; Moulton-Perkins, et al., 2016; Morandotti et al., 2018). El RFQ8 contiene 2 subescalas, que evalúan la Certeza acerca de los Estados Mentales (RFQc) (ítems del 1 al 6) y la Incertidumbre acerca de los Estados Mentales (RFQi) (ítems 2, 4, 5, 6, 7 y 8). Cada ítem se evalúa con una escala tipo Likert del 1 al 7, que va de “muy en desacuerdo” a “muy de acuerdo”. Para captar mejor los niveles más extremos de la variable medida, los ítems de la escala RFQc son recodificados como 1=3, 2=2, 3=1, 4=0, 5=0, 6=0 y 7=0; y los de la escala RFQi son recodificados como 1=0, 2=0, 3=0, 4=0, 5=1, 6=2 y 7=3; excepto para el ítem 7, que es recodificado como 1=3, 2=2, 3=1, 4=0, 5=0, 6=0 y 7=0. El resultado de cada escala es la media de las puntuaciones de los ítems

que la componen (UCL, 2018). No se han definido puntos de corte para las escalas.

2. La subescala de **Toma de Perspectiva del Índice de Reactividad**

Interpersonal (IRI) (Davis, 1980): el IRI es una escala autoaplicada de 28 ítems que evalúa la empatía implícita. Se encuentra validada en población general española (Pérez-Albéniz et al., 2003). El IRI tiene 4 subescalas: Toma de Perspectiva, Fantasía, Preocupación Empática y Estrés Interpersonal. La Toma de Perspectiva indica la tendencia espontánea a adoptar el punto de vista psicológico de los otros⁷¹. Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta (A-E), que van desde “no me describe muy bien” hasta “me describe muy bien”, y que son recodificadas a de 0 a 4. Los ítems 3, 4, 7, 12, 13, 14, 15, 18 y 19 son recodificados al revés. El instrumento no está diseñado para producir una medida de empatía global y cada escala se mide de forma separada. Las puntuaciones de cada factor se pueden obtener de dos formas distintas: por la media de las puntuaciones de los ítems que incluye este factor (la utilizada en este estudio), o por la suma total de las puntuaciones de los mismos. Cada dimensión de la empatía se evalúa en un continuo y no se han definido puntos de corte que permitan establecer categorías. La subescala de Toma de Perspectiva se utilizó en la validación original del RFQ (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016).

3. La **Escala de Alexitimia de Toronto (TAS20)** (Bagby, Parker, et al., 1994; Bagby, Taylor, et al., 1994): es una escala autoaplicada de 20 ítems. Ha sido validada tanto en población general como en pacientes psicósomáticos españoles (Moral de la Rubia & Retamares Rojas, 2000). La TAS20 aporta puntuaciones totales de alexitimia y de tres factores de la misma: Dificultad para la Identificar Sentimientos, Dificultad para Describir Sentimientos y Pensamiento Orientado Externamente (orientado a detalles externos). Cada uno de sus ítems se evalúa según una escala tipo Likert del 1 al 6, que va desde “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo”, y que se recodifica a de 0 a 5.

⁷¹ En la versión española, el ítem 13 pertenece a la subescala de Preocupación Empática en vez de a la de Estrés Interpersonal.

Hay 5 ítems (4, 5, 10, 18 y 19) que se recodifican de forma inversa. La puntuación total de Alexitimia es la suma de las respuestas de los 20 ítems. Se han definido puntos de corte para la misma: una puntuación de ≤ 51 indica ausencia de alexitimia; una de 52-60 indica probable alexitimia; y una de ≥ 61 indica alexitimia (Taylor et al., 1997). La puntuación de cada subescala es la suma de respuestas de dicha subescala. La TAS20 se utilizó en la validación de las versiones francesa e italiana del RFQ (Badoud et al., 2015; Morandotti et al., 2018).

4. La versión española de la **Mindful Attention Awareness Scale** (MAAS) (Brown & Ryan, 2003; Carlson & Brown, 2005): es una escala autoaplicada de 15 ítems que evalúa la capacidad disposicional de un individuo de estar atento y consciente de la experiencia del momento presente en la vida cotidiana (atención plena o *mindfulness*). El cuestionario está validado en población clínica y en población general españolas (Soler et al., 2012). Se puntúa con una escala tipo Likert con un rango de 1 (“casi siempre”) hasta 6 (“casi nunca”). La puntuación se obtiene de la media aritmética de todos los ítems y las puntuaciones elevadas indican un mayor estado de conciencia plena. La escala sigue un modelo unifactorial. La MAAS se utilizó en los estudios de validación originales (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016).

5. El **Inventario de Organización de la Personalidad** de 83 ítems (IPO83) (Lenzenweger et al., 2001): es un inventario autoaplicado de 83 ítems, validado en población general y en población clínica españolas (Cosentino, 2017), que se compone de 3 escalas primarias que evalúan las dimensiones de la organización estructural de la personalidad: Difusión de Identidad (21 ítems), uso de Defensas Primitivas (16 ítems) y Prueba de Realidad (20 ítems). Los ítems se evalúan en una escala tipo Likert de 5 puntos, que va desde “nunca es cierto” hasta “siempre es cierto”. Adicionalmente, incluye otras 2 escalas secundarias, que evalúan otros aspectos del funcionamiento de la personalidad: Agresión (18 ítems) y Valores Morales (11 ítems, de los cuales 3 son compartidos con las escalas primarias) (Lenzenweger et al., 2001). Las puntuaciones más altas reflejan mayor patología. El inventario no aporta una medida global de la

personalidad. No se han definido puntos de corte para las escalas. Cada escala se evalúa separadamente y su puntuación se obtiene de la suma de todas las puntuaciones de los ítems de la escala, dividida por la suma de las puntuaciones máximas posibles los ítems de la escala⁷². Este resultado se puede multiplicar por 100 si se desea la puntuación en forma de porcentaje (la modalidad seleccionada en este estudio). El IPO83 se utilizó en los estudios de validación originales del RFQ (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016).

6. El **Listado de Comprobación de Síntomas Revisado (SCL-90-R)** (Derogatis, 1975): es una lista de comprobación de 90 síntomas/ítems ampliamente utilizada. Es autoaplicada. Ha sido validada en población general española (De las Cuevas et al., 1991; González de Rivera et al., 1989). Evalúa 9 escalas de patrones sintomáticos (escalas de Somatización, Obsesivo-compulsiva, de Sensitividad Interpersonal, de Depresión, de Ansiedad, de Hostilidad, de Ansiedad Fóbica, de Ideación Paranoide y de Psicoticismo) y 3 índices de malestar psicológico (el Índice de Severidad Global – ISG –, el Total de Síntomas Positivos – TSP – y el Índice de Malestar por Síntomas Positivos – IMSP –). Los ítems se evalúan en una escala tipo Likert de 5 puntos, que va desde 0 (“nada”) hasta 4 (“mucho”). La puntuación de cada escala es la media de los ítems que la componen. El ISG es la media de todos los ítems. El TSP se obtiene contando el número de ítems que puntúan positivamente (distinto de 0). El IMSP se obtiene dividiendo la suma de las puntuaciones de todos los ítems por el TSP.

7. El **Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)** (Beck et al., 1996): es una escala autoaplicada de 21 ítems que evalúa la presencia y severidad de síntomas depresivos. Ha sido validada en población española general y clínica (Sanz et al., 2005; Sanz, Navarro, et al., 2003; Sanz, Perdigón Viñuela, et al., 2003). Todos los ítems excepto el 16 y el 18 se puntúan en una escala tipo Likert de 4 puntos, que va desde una total ausencia del síntoma a la presencia más grave del mismo. Los ítems 16 (sueño) y 18 (apetito), incluyen 7 opciones de

⁷² Por ejemplo, la escala de Difusión de Identidad, compuesta por 21 ítems, tendría un denominador de $21 \times 5 = 105$.

respuesta, dado que se trata de establecer una graduación en síntomas que pueden ser patológicos tanto por defecto (insomnio, anorexia), como por exceso (hipersomnia, hiperfagia). De todas formas, en la corrección del cuestionario las puntuaciones de todos los ítems son convenientemente recodificadas a puntuaciones de 0 a 4. La puntuación total del BDI-II es la suma de las puntuaciones de todos los ítems. Las puntuaciones totales más altas indican síntomas depresivos más graves. Se han definido puntos de corte para la prueba: 0-13 indica depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave (Beck et al., 1996; Sanz et al., 2014). El BDI-II se utilizó en la validación original del RFQ (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016).

8. El Inventario de Personalidad del DSM-5 Versión Breve (PID-5-BF) (Krueger et al., 2013; Krueger et al., 2012): es una escala autoaplicada de 25 ítems, validada en población general y clínica española (Gutiérrez et al., 2017), que evalúa 5 dominios de rasgos de personalidad (Afecto Negativo, Desapego, Antagonismo, Desinhibición y Psicoticismo), variantes disfuncionales del modelo de los Cinco Grandes (Goldberg, 1990). Cada dominio está integrado por 5 ítems. Cada apartado de la medida se valora mediante una escala de 4 puntos, que va de 0 (“totalmente falso o a menudo falso”) a 3 (“muy cierto o a menudo cierto”). La puntuación total puede ir de 0 a 75, indicando las puntuaciones mayores una mayor disfunción general de la personalidad. La puntuación de cada dominio puede ir de 0 a 15. Además, se pide al evaluador que calcule y utilice las puntuaciones promedio de cada dominio y la total, lo cual permite al clínico pensar en la gravedad de la disfunción. Se han definido puntos de corte para la puntuación promedio total: < 0,75 indica una ausencia de disfunción de la personalidad; de 0,75 a <1,50, disfunción leve; de 1,50 a <2,25, disfunción moderada; y de 2,25 a 3, disfunción grave (Krueger et al., 2013).

El PID-5-BF fue diseñado, junto con su versión extendida, el PID-5, como un instrumento de apoyo al nuevo modelo alternativo mixto categorial-dimensional de los trastornos de personalidad del DSM-5. Dicho modelo obliga

a la evaluación en un continuo de los niveles de funcionamiento personal (identidad y autodirección) e interpersonal (empatía e intimidad), y la combina con la evaluación de 5 grandes factores o dominios de la personalidad y 25 facetas-rasgo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). En el presente estudio, en aras de evaluar las relaciones entre la hipo y la hipermentalización, y las distintas dimensiones de la personalidad; se ha decidido utilizar el instrumento de forma independiente de la evaluación del funcionamiento de la personalidad.

9. El **Inventario de Problemas Interpersonales** de 32 ítems (IPP-32) (Barkham et al., 1996): es un inventario autoaplicado que evalúa el funcionamiento interpersonal. Está validado en población general y clínica española (Salazar et al., 2010). Evalúa comportamientos interpersonales que el sujeto tiene dificultades para llevar a cabo o lleva a cabo de forma excesiva mediante una escala tipo Likert de 5 puntos, que va desde 0 (“nada”) a 4 (“mucho”). Proporciona una puntuación general y puntuaciones en ocho escalas que reflejan distintas dimensiones interpersonales (Dominante/Controlador, Entrometido/Necesitado, Sacrificado, Acomodaticio/Explotable, No Asertivo, Inhibido Social, Frio/Distante, Vengativo/Egoista) para medir el malestar interpersonal del individuo. La variante de 64 ítems del inventario (IIP-64) se empleó en los estudios de validación originales del RFQ, utilizándose la media de las puntuaciones de todos los ítems como una medida general de los problemas interpersonales (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016). En este estudio se ha seguido el mismo procedimiento pero con la versión reducida de cuestionario.

Análisis de los Datos

La descripción estadística de las variables clínicas y sociodemográficas, así como de los ítems y las puntuaciones del RFQ-8 se realizó mediante tablas de frecuencias, medias y desviaciones estándar (SD). Se compararon las características entre la muestra clínica y no clínica. Para la comparación de las

variables cualitativas se utilizó la prueba χ^2 o el test exacto de Fisher, y para la comparación de las cuantitativas se utilizó la prueba t-test o el test no-paramétrico de Wilcoxon. También se examinó el porcentaje de sujetos que obtuvieron una puntuación en el nivel más bajo posible de la escala (efecto suelo) y en el nivel más alto posible (efecto techo). Los efectos suelo y techo habrían de ser mínimos, y usaríamos como valor crítico para los mismos el 15% (Wyrwich et al., 1999).

Fiabilidad

Se examinó la fiabilidad en ambas muestras. La consistencia interna de las escalas del RFQ8 se evaluó con el coeficiente alfa de Cronbach (Cronbach, 1951). Un coeficiente $< 0,70$ se consideró aceptable (Nunnally & Bernstein, 1994). La estabilidad temporal del cuestionario se examinó llevando a cabo un estudio test-retest y calculando el coeficiente de correlación intraclase (CCI) entre ambas aplicaciones. Se consideró que valores para el CCI de $< 0,5$ a $0,75$ indicaban una fiabilidad moderada; de $< 0,75$ a $0,90$ indicaban una fiabilidad buena; y de $< 0,90$, una fiabilidad excelente (Koo & Li, 2016; Portney & Watkins, 2014).

Validez de constructo

Se estudió la validez estructural en la muestra no clínica mediante sendos análisis factorial exploratorio (AFE) y confirmatorio (AFC) orientados a investigar la hipótesis de una estructura de dos factores del RFQ8.

En el AFE, el número de factores latentes tenía que explicar al menos el 50% de la varianza. Se utilizó un método de rotación oblicua Promax. En base a la literatura disponible, se consideró que un ítem se mantenía en su factor si su carga factorial era $\geq 0,32$ (Tabachnick & Fidell, 1996) (criterio de exigencia mínima), aunque solo se consideró evidencia firme de pertenencia a su factor si su carga factoriales era $\geq 0,40$ (Staquet et al., 1998). Cargas de $\geq 0,32$ pero $< 0,40$

fueron consideradas como evidencia de pertenencia, pero más débil. Con respecto a la comunalidad, se esperaba que el modelo factorial explicara $\geq 0,40$ de la variabilidad de cada ítem (Costello & Osborne, 2005; Staquet et al., 1998); aunque, siguiendo un criterio conservador (Child, 2006), solo se valoraría desechar los ítems con comunalidades $< 0,2$.

En el AFC se evaluaron diferentes índices de ajuste, utilizándose los siguientes criterios (Batista-Foguet et al., 2004; Devins et al., 2001; Hatcher, 1994; Schumacker & Lomax, 2015): a) χ^2 dividido por los grados de libertad (gl), cuyo resultado tenía que ser ≤ 5 para ser aceptable; b) la raíz del error cuadrático medio de aproximación (RECMA), considerándose aceptable un valor $< 0,08$; y c) el índice de ajuste no normalizado de Tucker-Lewis (IANN) y el índice de ajuste comparativo (IAC), que tenían que ser $> 0,90$ para ser satisfactorios. También se examinaron las cargas factoriales, considerándose que un ítem se mantenía en el factor si su carga era $\geq 0,32$; pero entendiendo como evidencia firme de pertenencia a un factor una carga factorial $\geq 0,40$. Por lo tanto, si el modelo superaba todos estos criterios de aceptabilidad, se consideraba aceptable.

Dado que el patrón de oro para la medición de la función reflexiva, la *Reflective Functioning Scale* (Escala de Función Reflexiva), que evalúa la mentalización a partir de las transcripciones de la *Adult Attachment Interview* (Entrevista de Apego Adulto), no está traducida al castellano ni validada en la población española, no se evaluó la validez de criterio del RFQ.

Se evaluó la validez convergente y discriminante analizando la relación entre los dominios del RFQ8 y la Difusión de la Identidad, la Toma de Perspectiva, la Atención Plena y la Alexitimia, utilizando el coeficiente de correlación de Spearman. Se formuló la hipótesis de una correlación significativa de moderada a fuerte (0,40 a 0,79 en valor absoluto) (Campbell & Swinscow, 2009) entre las escalas RFQ8 y los constructos relacionados, en el sentido que se muestra en la tabla 18.

Tabla 18: constructos relacionados y sentido de la relación (validez convergente).

Variable	Instrumento de medida	RFQc	RFQi
Mindfulness	<i>Mindful Awareness Attention Scale (MAAS)</i>	+	-
Toma de Perspectiva	Escala de Toma de Perspectiva (TP) del IRI	+	-
Alexitimia	Escala de Alexitimia de Toronto (TAS20)	-	+
Difusión de Identidad	Escala de Difusión de Identidad (DI) del IIP083	-	+

Se evaluó la relación entre los dominios del RFQ8 y diferentes medidas de psicopatología (SCL-90, BIDII), dominios de personalidad (PID5BF) y funcionamiento interpersonal (IIP32), utilizando de nuevo el coeficiente de correlación de Spearman.

Se examinó la validez de grupos conocidos mediante la comparación de las escalas RFQ8 entre los diferentes grupos según las categorías de alexitimia, depresión y nivel de disfunción de la personalidad. Las categorías se establecieron en base a los criterios de corte previamente definidos para cada variable. También se realizó una comparación entre el grupo no clínico y el grupo clínico. Se propuso la hipótesis de que la comparación discriminará significativamente entre los grupos para todas las categorías. Para la comparación se utilizó la prueba t o el análisis de varianza utilizando la prueba de Scheffe para comparaciones múltiples, o la prueba no paramétrica de Wilcoxon o Kruskal-Wallis cuando no se cumplía la normalidad.

Los efectos se consideraron significativos para una $p < 0,05$. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el software estadístico SAS® para Windows, versión 9.4 (SAS Institute, Inc., Carey, NC).

RESULTADOS

RESULTADOS

Datos sociodemográficos

La muestra no clínica estaba compuesta predominantemente por mujeres (82,56%), la edad media de los participantes era de 24,28 años (DE=10,32) y el nivel educativo era alto (el 91,03% de la muestra tenía completados los estudios de bachiller o universitarios, y solo un 1,66% no habían llegado ni a obtener la titulación de estudios obligatorios), lo cual se explica porque gran parte de la muestra se reclutó entre estudiantes universitarios. La muestra clínica también estaba compuesta predominantemente por mujeres (78,05%), aunque la edad media de los participantes era más elevada, de 40,44 años (DE=10,66), y el nivel educativo era más variado, con un 19,51% de sujetos que no había llegado a obtener los estudios obligatorios, un 14,63% con titulación de educación secundaria, y un 29,25% con educación universitaria. Ambas muestras diferían significativamente en lo que se refiere a la edad ($p < 0,0001$) y el nivel educativo ($p < 0,0001$), pero no en cuanto al género ($p = 0,4645$).

Efectos suelo y techo

Ninguna de las escalas mostró efecto techo. Tampoco se evidenció efecto suelo para la escala RFQc. Sin embargo, se demostró un ligero efecto suelo para la escala RFQi (el 15,45% de los participantes obtuvo una puntuación de la escala en el nivel más bajo posible).

Análisis de la estructura factorial del cuestionario

Análisis factorial exploratorio

En la muestra no clínica, sobre un total de 602 cuestionarios, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio. Un modelo de dos factores explicó el 53,02% de la varianza.

Los ítems 3, 4, 5, 6 y 8 mostraron una carga factorial ≥ 0.40 , que sugería su pertenencia al factor 1, lo cual difería parcialmente respecto a las expectativas. A su vez, la carga factorial de los ítems 1, 2, 6 y 7 sugería su pertenencia al factor 2, también difiriendo en parte de lo esperado (tabla 19). La comunalidad de los ítems fue $\geq 0,40$ para todos los ítems excepto para el 1 y el 5 (tabla 19).

Tabla 19. AFE (patrón de factores rotados): coeficientes de regresión estandarizados y estimaciones de la comunalidad.

	Factor 1	Factor 2	Comunalidad
RFQ8_1	-0,048	0,526	0,263
RFQ8_2	0,343	0,564	0,563
RFQ8_3	0,890	-0,109	0,740
RFQ8_4	0,913	-0,192	0,755
RFQ8_5	0,468	0,174	0,303
RFQ8_6	0,557	0,430	0,652
RFQ8_7	0,121	-0,777	0,556
RFQ8_8	0,442	0,339	0,409

Nota 1: se consideró que el ítem pertenecía al factor si su carga factorial era ≥ 0.32 . Las cargas factoriales por debajo de este número han sido subrayadas en gris.

Nota 2: en el cuestionario original, los ítems del 1 al 6 pertenecen teóricamente a la escala RFQc; y los ítems 2 y del 4 al 8 pertenecen a la escala RFQi.

Nota 3: se espera una comunalidad de los ítems ≥ 0.40 . Sin embargo, solo se considera desechar un ítem con valores $< 0,2$.

Nota 4: Comunalidad total = 4,241

Análisis factorial confirmatorio

El AFC se llevó a cabo sobre la muestra no clínica. Se analizaron cada uno de los dos factores y los ítems que los componían por separado. En el caso de la escala

RFQc el ajuste al modelo propuesto fue bueno. El ajuste fue solo parcialmente bueno para la escala RFQi (tabla 20).

Tabla 20. AFC en la muestra no clínica: índices de bondad de ajuste (cada factor por separado)

	N	χ^2	gl	χ^2 /gl	RECMA (90%IC)	IANN	IAC
RFQ_C	602	13,83	8	1,73	0,03 (0,00-0,06)	0,99	0,99
RFQ_I	602	39,66	9	4,41	0,08 (0,05-0,10)	0,93	0,96

Nota 1: χ^2 : Chi cuadrado; gl: Grados de libertad; RECMA: Raíz del Error Cuadrático Medio de Aproximación; IC: Intervalo de confianza; IANN: Índice de Ajuste No Normalizado; IAC: Índice de Ajuste Comparativo.

Nota 2: Los índices no aceptables han sido subrayados en gris.

Todos los ítems de la escala RFQc, excepto el 1, mostraban una carga factorial que sugería su pertenencia al factor 1. Por otro lado, todos los ítems de la escala RFQi mostraban una carga factorial que confirmaba su pertenencia al factor 2 (tabla 21).

Tabla 21. AFC en la muestra no clínica: cargas factoriales (cada factor por separado)

	Factor 1	Factor 2
RFQc_1	0,236	
RFQc_2	0,670	
RFQc_3	0,543	
RFQc_4	0,501	
RFQc_5	0,427	
RFQc_6	0,881	
RFQi_2		0,684
RFQi_4		0,517
RFQi_5		0,460
RFQi_6		0,840
RFQi_7		0,356
RFQi_8		0,524

Nota 1: RFQc representa a los ítems de la escala de certeza y RFQi a los de la escala de incertidumbre.

Nota 2: se consideró que el ítem pertenecía al factor si su carga factorial era $\geq 0,32$. Los valores por debajo de este número han sido subrayados en gris.

Nota 3: todos los coeficientes fueron estadísticamente significativos ($p < 0,0001$)

Fiabilidad

Ambas escalas del cuestionario mostraron una buena consistencia interna, con valores superiores a 0,7, tanto para la muestra no clínica como para la clínica. La evaluación de la fiabilidad test-retest con una submuestra de la muestra no clínica demostró que esta era buena para la escala RFQc, y moderada para la RFQi (tabla 22).

Tabla 22. Índices de fiabilidad (consistencia interna y estabilidad temporal) para lo grupos no clínico y clínico.

		Fiabilidad	
		Alfa de Cronbach	CCI Test-Retest
Muestra no clínica	RFQ_C	0,737	0,784***
	RFQ_I	0,736	0,628***
Muestra clínica	RFQ_C	0,741	-
	RFQ_I	0,803	-

Nota 1: CCI: coeficiente de correlación intraclase

Nota 2: ***p<0,001

Validez de constructo

Validez convergente

Constructos relacionados con la mentalización

En la muestra no clínica, la escala RFQi correlacionó positivamente de forma moderada con la escala Difusión de Identidad del IPO83 y con las puntuaciones totales de la TAS20. Por otro lado, mostró una correlación negativa débil con la MAAS y muy débil con la escala Toma de Perspectiva del IRI. La escala RFQc correlacionó negativamente de forma moderada con la escala Difusión de Identidad del IPO83 y con las puntuaciones totales de Alexitimia. Solo mostró

una correlación débil con la MAAS y con la escala Toma de Perspectiva del IRI (tabla 24).

En la muestra clínica, la escala RFQc mostró una correlación en el sentido esperado entre moderada y fuerte con todos los constructos hipotéticos relacionados con la mentalización. La escala RFQi mostró una correlación entre moderada y fuerte con todos los constructos hipotéticos excepto con la Atención Plena, con la que mostró una correlación significativa pero débil (tabla 23).

Tabla 23. Correlaciones entre la certeza (RFQc) y la incertidumbre (RFQi) sobre los estados mentales y las medidas de los constructos relacionados con la mentalización en las muestras no clínica y clínica.

	RFQc				RFQi			
	No clínica		Clínica		No clínica		Clínica	
	n	rho	n	rho	n	rho	n	rho
IPO	258		41		258		41	
DI+		-0,450***		-0,703***		0,580***		0,739***
DP		-0,406***		-0,599***		0,492***		0,625***
Pr		-0,324***		-0,637***		0,376***		0,459**
A		-0,186**		-0,642***		0,343***		0,431**
VM		-0,273***		-0,657***		0,410***		0,671***
MAAS+	254	0,256***	41	0,576***	254	-0,259***	41	-0,370*
TP_IRI+	323	0,260***	41	0,422**	323	-0,154**	41	-0,417**
TAS	323		41		323		41	
T+		-0,423***		-0,683***		0,433***		0,626***
DIS		-0,490***		-0,754***		0,509***		0,699***
DDS		-0,201***		-0,430**		0,303***		0,442**
POE		-0,280***		-0,383*		0,141*		0,283

Nota 1: IPO: Inventario de la Organización de la Personalidad; DI: Escala de Difusión de Identidad; DP: Escala de Defensas Primitivas; PR: Escala de Prueba de Realidad; A: Escala de Agresión; VM: Escala de Valores Morales; MAAS: Mindful Attention Awareness Scale ; TP_IRI: Escala de Toma de Perspectiva del Índice de Reactividad Interpersonal; TAS: Escala de Alexitimia de Toronto; T: Total; DIS: Subescala de Dificultad para Identificar Sentimientos; DDS: Subescala de Dificultad para Describir Sentimientos; POE: Subescala de Pensamiento Orientado Externamente. +: Constructos hipotéticos a evaluar.

Nota 2: * $p < 0,01$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Nota 3: Coeficientes de Correlación de Spearman (rho) que muestran una correlación débil, insuficiente y/o no significativa están subrayados en gris.

Correlación con medidas de psicopatología

La escala RFQi mostró una correlación significativa con la gravedad de la psicopatología general medida mediante el Índice de Severidad Global del SCL-90-R, tanto en la muestra clínica, como en la no clínica. Asimismo, correlacionó de forma aceptable con cada una de las escalas específicas de síntomas en la muestra clínica, y con la mayoría de las mismas (excepto Somatización, Hostilidad y Ansiedad Fóbica) en la no clínica. En consonancia con los estudios previos, la escala RFQc correlacionó débilmente con las medidas de psicopatología general. Por otro lado, en la muestra clínica, solo la escala RFQi mostró una correlación moderada con la gravedad de la depresión, medida por el BDI-II (tabla 24).

Tanto la escala RFQc como la RFQi correlacionaron de forma moderada con la gravedad de la disfunción de la personalidad en la muestra no clínica.

Por último, solo se obtuvieron correlaciones significativas pero débiles entre las escalas del RFQ8 y las dificultades interpersonales generales, excepto en el caso de la escala RFQc en muestra clínica, con una correlación más fuerte (tabla 24).

Validez de grupos conocidos.

Categorías de alexitimia, depresión y disfunción de la personalidad

En la muestra no clínica se evaluó la validez de grupos conocidos en las categorías de alexitimia, depresión y disfunción de la personalidad. Dadas las características de la muestra se obtuvieron, como era esperable, un número relativamente bajo de sujetos que superaron el punto de corte para alexitimia confirmada. A efectos de análisis se decidió dividir la muestra en dos grupos: sujetos con Ausencia de Alexitimia y sujetos con Presencia de Alexitimia (que incluían alexitimia probable y confirmada). Por iguales motivos, se siguió el mismo procedimiento en lo que se refería a depresión y disfunción de la personalidad. En el caso de depresión se dividió la muestra en dos grupos:

Tabla 24. Correlaciones entre la certeza (RFQc) y la incertidumbre (RFQi) acerca de los estados mentales y las medidas de psicopatología en las muestras no clínica y clínica.

	RFQ_C				RFQ_I			
	No clínica		Clínica		No clínica		Clínica	
	n	rho	n	rho	n	rho	n	rho
SCL90R	293		40		293		40	
Som		-0,317***		-0,225		0,390***		0,530***
Obs		-0,315***		-0,327*		0,442***		0,681***
SI		-0,316***		-0,289		0,446***		0,575***
Dep		-0,300***		-0,258		0,435***		0,606***
Ans		-0,316***		-0,331*		0,449***		0,665***
Hos		-0,322***		-0,439**		0,355***		0,575***
Fob		-0,284***		-0,303		0,358***		0,590***
PP		-0,333***		-0,344*		0,445***		0,652***
PsicE		-0,283***		-0,302		0,431***		0,620***
ISGI+		-0,341***		-0,293		0,474***		0,646***
TSP		-0,352***		-0,294		0,433***		0,538***
BDI-II+	300	-0,215***	40	-0,318*	300	0,391***	40	0,457**
PID5BF	311				311			
PID5G+		-0,411***				0,439***		
AN		-0,413***				0,4426***		
Desap		-0,195***				0,227***		
Antag		-0,255***				0,218***		
Desin		-0,386***				0,379***		
PsicD		-0,282***				0,337***		
IIP-32	293		40		293		40	
IIPG+		-0,308***		-0,514***		0,387***		0,390**
D/C		-0,336***		-0,606***		0,315***		0,428**
E/N		-0,262***		-0,226		0,272***		0,016
S		-0,186**		0,079		0,280***		0,138
A/E		-0,174**		-0,424**		0,231***		0,415**
NA		-0,189**		-0,277		0,245***		0,333*
IS		-0,219***		-0,435**		0,281***		0,394*
F/D		-0,156**		-0,403*		0,246***		0,360*
V/E		-0,347***		-0,238		0,404***		0,109

Nota 1: SCL90R: Listado de Comprobación de Síntomas Revisado; Som: Escala de Somatización; Obs: Escala Obsesivo-Compulsiva; SI: Escala de Sensitividad Interpersonal; Dep: Escala de Depresión; Ans: Escala de Ansiedad; Hos: Escala de Hostilidad; Fob: Escala de Ansiedad Fóbica; PP: Escala de Pensamiento Paranoide; PsicE: Escala de Psicoticismo; ISG: Índice de Severidad Global; TSP: Total de Síntomas Positivos; BDI-II: Inventario de Depresión de Beck II; PID5BF: Inventario de Personalidad para el DSM5 Formato Breve; PID5G: Global; AN: Dominio de Afectos Negativos; Desap: Dominio de Desapego; Antag: Dominio de Antagonismo; Desin: Dominio de Desinhibición; PsicD: Dominio de Psicoticismo, IIP-32: Inventario de Problemas Interpersonales 32; IIPG: Global; D/C: Escala Dominante/Controlador Scale; E/N: Escala Entrometido/Necesitado; S: Escala Sacrificado; A/E: Escala Acomodaticio/Explotable; NA: Escala No Asertivo; IS: Escala Inhibido Social; F/D: Escala Frio/Distante; V/E: Escala Vengativo/Egoista. +: Correlaciones hipotéticas.

Nota 2: * $p < 0,01$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Nota 3: Coeficientes de Correlación de Spearman (rho) que muestran una correlación débil, insuficiente y/o no significativa están subrayados en gris.

Depresión Mínima (que es como clasifica el BDI-II la ausencia de depresión) y Presencia de Depresión (que reunía las categorías de depresión leve, moderada y grave). Con respecto a la disfunción de la personalidad se dividió la muestra en Ausencia de Disfunción y Presencia de disfunción (que incluía a los sujetos que puntuaban para disfunción leve, moderada o grave de la personalidad).

El análisis demostró que las puntuaciones medias de todos los grupos en comparación diferían de forma significativa para ambas escalas, o, lo que es lo mismo, que las puntuaciones de ambas escalas discriminaban entre cada uno de esos grupos (tabla 25).

Tabla 25. Validez de grupos conocidos (muestra no clínica).

	N	RFQc		RFQi	
		Media	DE	Media	DE
Alexitimia					
Ausente	281	0,88	0,66	0,65	0,58
Presente	42	0,44	0,51	1,29	0,57
			$p < 0,0001$		$p < 0,0001$
Depresion					
Ausente	220	0,92	0,66	0,60	0,55
Presente	80	0,56	0,60	1,12	0,65
			$p < 0,0001$		$p < 0,0001$
Disfunción Personalidad					
Ausente	151	1,07	0,78	0,50	0,50
Presente	160	0,59	0,55	0,97	0,67
			$p < 0,0001$		$p < 0,0001$

DE: desviación estándar

Discriminación entre grupo no clínico y grupo de pacientes con trastorno de personalidad.

En consonancia con las hipótesis realizadas, ambas escalas del cuestionario también discriminaron adecuadamente el grupo no clínico del grupo clínico, tal y como se puede apreciar en la tabla 26.

Tabla 26. Diferencias de grupo entre las muestras no clínica y clínica.

	N	RFQc		RFQi	
		Media	DE	Media	DE
No clínica	602	0,85	0,68	0,68	0,59
Clínica	41	0,63	0,73	1,36	0,89
			p=0,0106		p<0,0001

Síntesis de los resultados

A efectos de facilitar disponer de una visión sintética y global de los resultados se ha decidido poner a disposición del lector la tabla 27, con una descripción somera de los mismos.

Tabla 27: Síntesis de los resultados.

	Muestra no clínica	Muestra clínica
Análisis factorial		
AF Exploratorio	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo de 2 factores explica el 53% de la varianza. - Ítem 1 no carga para el factor 1. - Ítems 4 y 5 no cargan para el factor 2. -Ítems 1 y 5 comunalidad insuficiente. 	
AF Confirmatorio	<ul style="list-style-type: none"> - Ajuste bueno para su factor RFQc. - Ajuste parcial para su factor RFQi. - Ítem 1 no carga para el factor 1. - Todos sus ítems cargan para el factor 2. 	
Fiabilidad	<ul style="list-style-type: none"> -Consistencia interna buena para ambas escalas. - Test-retest fiabilidad buena para la escala RFQc, y moderada para la RFQi. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consistencia interna buena para ambas escalas.
Validez convergente		
Constructos	<ul style="list-style-type: none"> - RFQi correlación + con: <ul style="list-style-type: none"> -Difusión de identidad. -Alexitimia. - RFQi correlación – con: <ul style="list-style-type: none"> -Mindfulness. -Empatía cognitiva. 	Ídem.
Psicopatología	<ul style="list-style-type: none"> - RFQi correlaciona + con: <ul style="list-style-type: none"> -Psicopatología general -Disfunción de la personalidad. - RFQc correlaciona – con: <ul style="list-style-type: none"> -Disfunción de la personalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - RFQi correlaciona + con: <ul style="list-style-type: none"> -Psicopatología general -Depresión. - RFQc correlaciona – con: <ul style="list-style-type: none"> -Problemas interpersonales..
V. grupos conocidos	<ul style="list-style-type: none"> - Ambas escalas discriminan: <ul style="list-style-type: none"> -Alexitimia de no alexitimia. -Depresión de no depresión. -Disfunción de personalidad o no. <p>-----Ambas escalas discriminan pacientes de población general-----</p>	

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

Proceso de traducción del cuestionario, equivalencia con el cuestionario original, y análisis de la validez aparente y de contenido

Equivalencia conceptual, semántica y operativa de la traducción

En el presente trabajo se decidió realizar una traducción cualificada del RFQ8, para posteriormente evaluar sus propiedades psicométricas. Previamente se ha señalado de donde surgió la necesidad de desarrollar este estudio. En síntesis, el propósito era dotar a los investigadores de nuestro medio de un instrumento de medida de la mentalización que se había demostrado válido en otros ámbitos, de fácil administración y con una amplia aplicación en distintas áreas de investigación. En base al minucioso procedimiento de traducción, la versión definitiva traducida del cuestionario parece mostrar una adecuada equivalencia conceptual, semántica y operativa con el cuestionario original. Sin embargo, el cuestionario original, pese a sus evidentes ventajas, planteaba una serie de cuestiones relacionadas con su validez aparente y de contenido que, precisamente por la equivalencia mencionada, han sido, por decirlo de alguna manera, *heredadas* por el cuestionario traducido.

Validez aparente y de contenido

Para entender estas cuestiones conviene recordar que todos los ítems que componen el RFQ8 provienen del RFQ54. Los autores originales, tras realizar un análisis factorial del RFQ54, decidieron seleccionar los 8 ítems con mayor carga factorial para componer el nuevo cuestionario más breve, el RFQ8. Sin duda, reducir la medida de la mentalización de un cuestionario de 54 ítems a uno de 8 ítems ofrece una ventaja evidente, al aumentar la factibilidad del cuestionario. El procedimiento utilizado para generar el nuevo cuestionario fue

muy apropiado desde el punto de vista estadístico. Sin embargo, y como pasaremos a detallar a continuación, podríamos preguntarnos si este procedimiento de selección de los ítems fue el más apropiado (si tenemos en cuenta otros aspectos más allá de los puramente matemáticos) o se habría podido utilizar otro más ventajoso.

El RFQ54 es un cuestionario que cubre con sus preguntas una amplia variedad de facetas y dimensiones de la mentalización. Sus distintos ítems exploran: (a) la mentalización sobre uno mismo o sobre los demás; (b) la mentalización cognitiva y afectiva, (c) la certeza y la incertidumbre sobre los estados mentales; (d) la opacidad de los estados mentales; (e) la posibilidad de que los estados mentales cambien con el tiempo; (f) las actitudes generales respecto a mentalizar; (g) la consciencia de la utilidad del proceso mentalizador; (h) la perspectiva de los demás sobre nuestra propia capacidad de mentalizar; (i) la diversidad de estados mentales entre los distintos individuos frente a un mismo fenómeno y su vinculación con la historia personal; (j) la mentalización sobre distintos momentos temporales de la existencia; y (k) otros elementos asociados a la mentalización, como la sensación de vacuidad mental, la dimensión interpersonal de la mentalización, ... Aun teniendo en cuenta que en el cuestionario pedimos al sujeto mentalizar sobre la propia mentalización, lo cual implica utilizar la mentalización controlada, algunos ítems podrían explorar (parcialmente) la mentalización automática (por ejemplo, los que abordan como aprecian los demás nuestra capacidad reflexiva). Con todo, no cabe duda de que los ítems seleccionados cubren un amplio espectro del concepto de mentalización. Por decirlo de otra forma, los autores originales cuidaron de que el RFQ54 mostrara adecuada validez de contenido.

Repasemos ahora que explora el RFQ8. El RFQ8 incluye siete preguntas sobre el propio entrevistado y una sobre los demás. De las siete sobre sí mismo, cinco se refieren a sentimientos y dos a mentalización sobre los comportamientos. La pregunta sobre los otros evalúa sus pensamientos. Los ítems 2 y 6 abordan la misma cuestión con una ligera variación en la manera de formularla, es decir, son equivalentes en su contenido. Hay, por lo tanto, una evidente pérdida de la

validez de contenido con respecto al RFQ54. Además, todos los ítems se formulan de tal forma que evalúan un estado de incertidumbre, excepto el ítem 7 que, paradójicamente (dado que solo puntúa para la escala RFQi), evalúa la certeza sobre los propios sentimientos. Esto implica que la escala RFQc basa sus puntuaciones en evaluar inversamente un estado de incertidumbre, perdiendo en validez aparente. La escala RFQi, por lo contrario, tiene una mejor validez aparente, al prácticamente basar sus puntuaciones en evaluar directamente un estado de incertidumbre (excepto para el caso del ítem 7). Sascha Müller y sus colaboradores (2020) nos alertan sobre la posibilidad de que la complejidad de la definición de la función reflexiva no estuviera bien representada por los ítems propuestos.

No es infrecuente reducir el número de ítems de un cuestionario para producir una versión breve o reducida del mismo, más fácilmente aplicable, a expensas e reducir su validez de contenido. Sin embargo, por norma general se garantiza la validez del nuevo cuestionario para medir el constructo original comprobando que existe una fuerte correlación de sus escalas con las del cuestionario con más ítems. Esto permite utilizarlo *en sustitución* del mismo. En el caso del RFQ8, los autores del cuestionario no han aportado datos sobre dicha correlación. Por contraste, han validado el cuestionario en base a evaluar directamente la validez de constructo.

Por otro lado, bajo determinadas condiciones, es admisible que en el diseño de cuestionarios se renuncie en cierto grado a la validez aparente. Un ejemplo lo podemos encontrar cuando el cuestionario evalúa áreas sensibles, a las que es difícil que el sujeto responda con honestidad, que los ítems abordan de forma más indirecta (Streiner et al., 2015). Otro ejemplo lo tenemos precisamente en un instrumento desarrollado para evaluar la mentalización, el *Computerized Reflective Functioning (CRF)*⁷³ (Fertuck et al., 2012), que evalúa sobre la narrativa del sujeto una serie de marcadores lingüísticos que correlacionan fuertemente con una medida general de mentalización. Sin embargo, lo habitual es que la

⁷³ Se ha hecho referencia al mismo en la página 107.

mayoría de las escalas satisfagan unos estándares mínimos de validez aparente (Streiner et al., 2015).

Un enfoque en el desarrollo de la versión breve del RFQ54 (lo que finalmente fue el RFQ8) que no solo hubiera tenido en cuenta criterios matemáticos y de pura economía de ítems, habría podido mejorar su validez aparente y de contenido. Por ejemplo, se podrían (a) haber combinado los ítems con más carga factorial pero teniendo en cuenta las distintas dimensiones y facetas de la mentalización, (b) haber eliminado los ítems con contenidos redundantes, y/o (c) haber seleccionado los ítems de la escala RFQc en base a que expresaran certeza y los de la escala RFQi en base a que expresaran incertidumbre.

Con todo, la apuesta del grupo original por elegir la variante del cuestionario más breve posible es meritoria, porque tiene el atractivo de facilitar en extremo la investigación sobre función reflexiva y, aparte de ser una propuesta válida y fiable en el idioma original, no parece que, en la práctica, se comportara problemáticamente en las validaciones al francés y al italiano.

Otras cuestiones relacionadas con el número de ítems.

A las reflexiones anteriores sobre el número de ítems y la forma de seleccionarlos, conviene añadir que intentar aprehender la complejidad de un concepto como la función reflexiva con solo 8 ítems es una tarea que puede resultar problemática cuando el cuestionario se aplica a otras culturas y poblaciones. Al hacer depender la medición de tan pocos ítems, es más probable que aspectos relacionados con el idioma o cualquier variación propia de la cultura o la población en la que se aplica tengan unos resultados más directos en la medición.

Características de las muestras

Siendo que una gran parte de la validación se basa en la muestra no clínica (la muestra clínica se utiliza para evaluar si el cuestionario diferencia entre grupos conocidos y para contrastar la validez convergente), es de notar que esta dispone de un muy buen tamaño muestral (Comrey & Lee, 1992), que va a aportar de la suficiente robustez tanto a los análisis factoriales como al resto de análisis estadísticos.

Tanto en la muestra no clínica como en la clínica esta sobrerrepresentada la población femenina (82,56% y 78,05% respectivamente), lo cual potencialmente podría dar problemas en la aplicación de los cuestionarios a una población más homogénea con respecto a sexo. Sin embargo, no hay evidencia previa de que las puntuaciones de las escalas del RFQ8 difieran significativamente entre ambos sexos (Griva et al., 2020).

En la muestra no clínica está sobrerrepresentada una población joven y con un nivel educativo medio-alto. Esto, aun siendo un fenómeno común en la validación de cuestionarios, por la mayor accesibilidad a este tipo de población en dicho tipo de estudios, no deja de suponer un problema si aplicamos el cuestionario a poblaciones de más edad o educación más escasa. Probablemente sea necesario evaluar el comportamiento de la escala cuando se aplique el cuestionario a poblaciones que incluyan edades y niveles educativos más variados.

La muestra clínica difiere significativamente de la no clínica en lo que respecta a edad (mayor en la primera) y nivel educativo (más variado en la muestra clínica). Estas diferencias han de ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar los resultados estadísticos que evalúan la validez de grupos conocidos.

Efectos suelo y techo

El análisis revela un ligero efecto suelo para la escala RFQi, lo cual tiene sentido, sobre todo al aplicar el RFQ en población no clínica, dado que dicha escala capta mejor los déficits de mentalización severos (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016). La forma en la que se corrigen las puntuaciones de cada ítem⁷⁴ está diseñada para recoger mejor los extremos.

Estructura factorial del cuestionario

Análisis factorial exploratorio

El análisis factorial exploratorio parece sugerir un modelo de **dos factores**, acorde con el modelo propuesto en el cuestionario original, al explicar este el 53,02% de la varianza.

Sin embargo, el análisis de las **cargas factoriales** produce resultados inesperados. Recordemos aquí que en la corrección del RFQ8 los ítems 1 al 6 puntúan para la escala de certidumbre; y los ítems 2, 4, 5, 6, 7, y 8 para la escala de incertidumbre. Si se tiene en cuenta el criterio de que son necesarios valores de $\geq 0,32$ para retener a un ítem en su factor, el análisis factorial sugiere la pertenencia de los ítems 2, 3, 4, 5, 6 y 8 al factor 1; y de los ítems 1, 2, 6, 7 y 8 al factor 2. De forma inesperada, se sugiere que el ítem 1 no pertenece al factor 1, y de los ítems 4 y 5 no pertenecen al factor 2. También de forma inesperada, se sugiere la pertenencia del ítem 1 al factor 2 y del ítem 8 al factor 1. Esto último puede explicarse, al menos parcialmente, si se tiene en cuenta que en el cuestionario original (el RFQ54) del que se derivó el RFQ8, todos los ítems puntuaban para ambas escalas mediante el sistema de doble puntuación.

⁷⁴ Aunque cada ítem se contesta en una escala Likert de 7 puntos, se corrige asignando las puntuaciones 3,2,1,0,0,0,0; o 0,0,0,0,1,2,3; dependiendo del ítem y de la escala.

Si aplicamos el criterio de corte de $\geq 0,40$ para los valores de la carga factorial, solo habría evidencia firme de que los ítems 3, 4, 5, 6 y 8 pertenecen al factor 1; y de que los ítems 1, 2, 6 y 7 pertenecen al factor 2. Curiosamente y contra lo esperado, manteniéndose que el ítem 1 pertenece al factor 2, y que el ítem 2 pertenece al factor 1.

Con todo, en base a la literatura, el análisis de las cargas factoriales sugiere que ninguno de los dos factores evidenciados es débil o inestable, al retenerse al menos 3 ítems para cada uno de ellos (Costello & Osborne, 2005).

Con respecto a la **comunalidad**, conviene recordar que en las ciencias sociales las magnitudes entre bajas y moderadas de la misma son las más comunes, generalmente de entre 0,4 y 0,7. Si un ítem tiene una comunalidad de $< 0,4$ esto puede indicar que no está relacionado con los otros ítems o que habría que explorar la presencia de un factor adicional (Costello & Osborne, 2005).

Establecer la comunalidad mínima es una decisión arbitraria y los distintos autores disienten sobre la misma. Algunos autores (Zeller, 2005), han sugerido como puntos de corte comunalidades de 0,25; 0,275; y 0,30. Otros, más conservadores (Child, 2006), han sugerido que se desechen los ítems con comunalidades $< 0,2$. En este sentido, las comunalidades de los distintos ítems del RFQ8, excepto el ítem 1 y el ítem 5, entran dentro del rango esperable. Para estos ítems los dos factores explican entre el 0,65 y el 0,75 de su variabilidad. Sin embargo, el ítem 1 tiene una comunalidad el 0,26 y el ítem 5 una de 0,30. De acuerdo con lo expuesto anteriormente, esto sugiere la falta de relación de estos ítems con los demás; si bien, aun con todo y en base a una posición conservadora (Child, 2006), se ha decidido no desechar los ítems.

Análisis factorial confirmatorio

El AFC se llevó a cabo evaluando cada uno de los factores por separado, es decir, se comprobó si los ítems que componían cada escala ajustaban para su propio factor, de forma independiente.

El ajuste al modelo fue bueno para la escala RFQc. Sin embargo, la escala RFQi no mostró un ajuste completo con el modelo propuesto: la mayoría de los índices de bondad de ajuste, como el χ^2 normalizado (χ^2/gl), el índice de ajuste no normalizado de Tucker-Lewis (IANN) y el índice de ajuste comparativo (IAC) mostraron un ajuste satisfactorio; sin embargo, la raíz del error cuadrático medio de aproximación (RECMA) mostró valores levemente por encima de lo que delimitamos como aceptable. La RECMA es un estadístico muy sensible a los valores atípicos, dado que, en la misma, el efecto de cada error es proporcional al tamaño del error cuadrado, por lo que los errores mayores tienen un efecto desproporcionadamente intenso sobre su valor final. Sus valores se sitúan entre 0 y 1, y cuanto más bajos son sus valores mejor ajuste al modelo se entiende que hay. No parece cuestionable que los valores por encima de 0,1 indican un mal ajuste del modelo (MacCallum et al., 1996). En los últimos 20 años ha habido una tendencia a modificar a la baja las recomendaciones para los puntos de corte de la RECMA. Inicialmente se consideraba que un rango de entre 0,05 y 0,1 indicaba un ajuste apropiado (MacCallum et al., 1996). En el otro extremo, hay autores que abogan por valores de $\leq 0,06$ para demostrar un buen ajuste (Hu & Bentler, 1999). Los valores para la RECMA obtenidos en este estudio, aun fuera de los criterios propuestos en la metodología, no se desplazan por encima del 0,1; motivo por el cual, a la luz de los resultados de los demás índices de bondad de ajuste, merece la pena ser cautelosos a la hora de rechazar la hipótesis de ajuste del modelo únicamente en base a su estadístico más exigente.

Al examinar las cargas factoriales, no queda del todo demostrada la posibilidad de que todos los ítems que componen la escala RFQc puedan ser explicados por un factor subyacente, dada la escasa carga factorial del ítem 1. Este ítem mostraba una carga factorial de 0,236; lo cual sugería su no pertenencia al factor esperable en la versión española del RFQ8. Este punto replica lo sucedido para este ítem en el AFE. El resto de los ítems cargaban adecuadamente para su factor.

El análisis de las cargas factoriales de los ítems que componen la escala RFQi, sugería que todos estos ítems pueden ser explicados por un único factor subyacente, dado que todos ellos mostraban cargas factoriales superiores a 0,32. Además, casi todos los ítems que componen la escala RFQi mostraban una carga factorial $\geq 0,4$, mostrando así una evidencia fuerte de pertenencia a dicho factor. Solo el ítem 7 mostraba una evidencia más débil, aunque suficiente.

Fiabilidad

Los resultados del presente estudio demuestran que la versión española del RFQ8 es un instrumento fiable, con una buena consistencia interna para ambas escalas y una estabilidad temporal aceptable. En este sentido, reproducen los resultados de las demás validaciones en otros idiomas del cuestionario.

Validez convergente

En general, el estudio nos sugiere unos buenos resultados en este sentido. Las dos dimensiones de la función reflexiva parecen estar relacionadas con los constructos señalados.

La escala RFQi y su correspondencia con los constructos relacionados

Se confirma la hipótesis de que la escala RFQi, que mide la incertidumbre respecto a los estados mentales, correlaciona con el grado de **difusión de la identidad**, tanto en la muestra no clínica como en la clínica. Los resultados del estudio se alinean con los de la investigación cuantitativa previa, que relaciona la hipomentalización con la difusión de identidad y los trastornos en los que esta es predominante (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016; Penner et al., 2019). Dichos estudios entienden la hipomentalización como una variable causal o mediadora. No obstante, la capacidad mentalizadora y la identidad

probablemente están relacionadas entre sí de múltiples maneras. Por ejemplo, evolutivamente, la adquisición de la capacidad mentalizadora permite el establecimiento de un sentimiento de identidad (Coderch, 2012). Por otro lado, la evidencia clínica demuestra que en los pacientes con trastornos de personalidad las alteraciones de la mentalización y de la identidad están entrelazadas (Guerini et al., 2015). Por último, la exploración de la identidad requiere de la activación de la capacidad mentalizadora, pues exige pensar en términos de estados mentales con respecto a uno mismo. En este sentido, conviene recordar que el cuestionario elegido en el presente estudio para evaluar la difusión de identidad, el IPO83, no solo valora la identidad evaluando el grado de integración del concepto de uno mismo, sino que, siguiendo un modelo basado en la teoría de las relaciones objetales (Kernberg, 2006), también lo hace evaluando el de los otros; y exige, por lo tanto, pensar también en términos de estados mentales a los demás.

Merece la pena señalar que la escala del incertidumbre del RFQ8 no solo correlaciona con la escala de difusión de identidad del IPO83, sino que también lo hace con la escala de **defensas primitivas**. Esta correlación era esperable, dada la naturaleza estrechamente relacionada de la difusión de identidad y las defensas primitivas en el modelo en el que se basó el IPO83, que quedó reflejada en los análisis factoriales de dicho cuestionario (Lenzenweger et al., 2001). Algunos mecanismos de defensa primitivos, como por ejemplo, la escisión, pueden ligarse fácilmente a la hipomentalización; dado que la escisión implica la imposibilidad de acceder en un momento dado a una parte sustancial de la experiencia interna sobre sí mismo o sobre los demás, difícilmente el sujeto va a entenderse, o entender a los otros, en términos de estados mentales intencionales ricos y complejos; por lo contrario, con frecuencia se producirá un empobrecimiento de su perspectiva. Otros mecanismos de defensa, como por ejemplo la proyección, podrían asociarse a una actitud hipermentalizadora, la atribuirle a otro estados mentales con un exceso de certeza y sin una base sólida.

Como sería de esperar, las correlaciones de la escala RFQi con difusión de identidad y defensas primitivas son más fuertes en la muestra de pacientes con trastorno de personalidad que en la no clínica. También según lo esperable, la escala RFQi correlaciona más intensamente con difusión de identidad que con defensas primitivas.

El estudio también confirma la hipótesis de una correlación entre la escala RFQi y la **alexitimia**, reflejada a través de las **puntuaciones totales** de alexitimia. Cabe recordar aquí que la alexitimia; al suponer una dificultad para identificar, reconocer y verbalizar los propios sentimientos o emociones, y para utilizarlos como señales internas; podría ser entendida como una medida indirecta de ausencia de mentalización emocional respecto a uno mismo. El contenido del RFQ8 está sesgado hacia estas dos dimensiones de la mentalización, pues 5 de las 8 preguntas del RFQ8 evalúan la capacidad para mentalizar sentimientos o emociones sobre uno mismo. Además, esos 5 ítems están incluidos en la escala RFQi. No es de extrañar, por lo tanto, que, replicando los estudios de validación anteriores en otros idiomas (Badoud et al., 2015; Morandotti et al., 2018), se establezcan correlaciones de esta escala con alexitimia. Las correlaciones, según lo esperable, fueron mayores en la muestra clínica que en la no clínica.

Con respecto a las subescalas de la TAS20, la escala RFQi correlaciona específicamente con la **subescala de dificultad para identificar sentimientos**. Dicha subescala, aunque, fiel a la tradición psicósomática en la que se desarrolló el cuestionario, explora parcialmente la experiencia subjetiva de dificultad para reconocer las propias sensaciones físicas, se centra principalmente en la dificultad para reconocer los propios sentimientos o emociones. Es, por lo tanto, muy esperable que sea la escala con la que se produce una mayor correlación. La subescala de dificultad para expresar sentimientos de la TAS20 evalúa un comportamiento general de inhibición a la hora de expresar sentimientos por la sensación percibida de no poder expresarlos verbalmente de una forma apropiada. Se puede entender, por lo tanto, una menor correlación de la misma con la escala RFQi.

La escala RFQi solo mostró una correlación negativa significativa pero débil con la medida de **conciencia plena**, atención plena o *mindfulness*, tanto en la muestra no clínica, como en la clínica. Aunque los resultados no confirman los estudios previos sobre la correlación entre las medidas de ambos constructos (Badoud et al., 2015; Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016; Morandotti et al., 2018), tampoco son sorprendentes, y quizás puedan explicarse por las diferencias de énfasis entre los enfoques de mentalización y de atención plena. El *mindfulness*, a diferencia de la mentalización, es un concepto que define una actividad perceptiva y no evaluativa, que no solo abarca los estados mentales y que, además, está centrada puramente en lo que sucede en el momento presente.

La **toma de perspectiva**, una dimensión de la empatía cognitiva, solo mostró una correlación negativa aceptable con la escala RFQi en la muestra clínica, pero no en la muestra no clínica. Estos resultados contrastan con los del primer estudio de validación de Fonagy y sus colaboradores (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016), que apreciaron correlaciones negativas entre ambas escalas en población no clínica. Sin embargo, no difieren tanto de los estudios realizados utilizando medidas de empatía cognitiva más generales, que mostraban resultados más dispares (Badoud et al., 2015; Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016; Morandotti et al., 2018). La toma de perspectiva denota un esfuerzo consciente de ponerse en el lugar del otro y adoptar su punto de vista. En ese sentido, en el RFQ8 la mentalización sobre el otro está infrarrepresentada (solo se evalúa en una de los ítems, que, además, se refiere a la mentalización sobre sus estados cognitivos, sin referencia a su asociación con estados emocionales), lo cual podría dar buena cuenta de la inconsistencia de los resultados.

La escala RFQc y su correspondencia con los constructos relacionados

La escala RFQc correlaciona inversamente, tanto en la muestra no clínica como en la clínica, con las escalas difusión de identidad y defensas primitivas del

IPO83, con una magnitud de la correlación mayor para la primera escala y en la muestra clínica. Sin duda y en una primera lectura, los resultados esperados. En este punto, conviene recordar algunos aspectos sobre la escala RFQc, de cara a interpretar estos resultados más apropiadamente. En el diseño original del cuestionario, la escala RFQc trataba de captar una de las dimensiones problemáticas de la mentalización, la hipermentalización, en la que se aplica un grado de certeza excesivo a nuestras propias interpretaciones sobre los estados mentales. Sin embargo, como se ha señalado previamente, la escala basa sus puntuaciones en evaluar inversamente un estado de incertidumbre, aplicando el controvertido sistema de doble puntuación (Müller et al., 2020). Las puntuaciones resultantes de las escalas RFQc y RFQi no son independientes entre sí, pues una puntuación alta en una de las mismas automáticamente implica una menor puntuación en la otra, y viceversa. En definitiva, la escala RFQc podría estar reflejando un estado de baja incertidumbre. Por otro lado, gran parte de la investigación posterior usando el cuestionario tiende a sugerir que las puntuaciones altas en la escala RFQi, combinadas con puntuaciones bajas en la escala RFQc, indican una función reflexiva pobre; y, al revés, que las puntuaciones altas de la escala RFQc, junto a puntuaciones bajas de la escala RFQi, reflejan una adecuada mentalización (Badoud et al., 2018; Carlone & Milan, 2020; Carrera et al., 2018; Cosenza et al., 2019; Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016; Frolli et al., 2020; Gambin et al., 2020; Huang et al., 2020; Macfie et al., 2020; Penner et al., 2019; Perroud et al., 2017; Sacchetti et al., 2019; Scandurra et al., 2020). Todo esto lleva a preguntarse si las puntuaciones altas de escala RFQc reflejan en la práctica un problema en la mentalización o más bien lo contrario, ser indicativos de una mentalización más apropiada. En este sentido, los niveles más altos de certeza podrían estar indicando que la persona tiene una mayor confianza en que los comportamientos se originan en estados mentales intencionales (Badoud et al., 2018). También esto explicaría la falta de correlaciones en forma de U (y el mantenimiento de asociaciones lineales) del cuestionario unidimensional de Sascha Müller y sus colaboradores (2020) con las medidas de psicopatología. En el fondo, el RFQ6 mantiene la idea de que el cuestionario exprese polos problemáticos en la mentalización (en el extremo más bajo hipermentalización, en el más alto hipomentalización), en vez de la de

un continuo entre mentalización adecuada y dificultades de mentalización (¿solo hipomentalización?), que correlacionaría con un continuo entre salud y psicopatología⁷⁵. La propuesta de Deborah Badoud y sus colaboradores (2018) de una forma alternativa de puntuación del RFQ8, que refleje la *mentalización calibrada*, se orienta en este sentido.

Llegados a este punto y en relación con los resultados del estudio en lo que respecta a las correlaciones entre la escala RFQc y las escalas de difusión de identidad y defensas primitivas del IPO83, y las puntuaciones de alexitimia total y la subescala de dificultad para identificar sentimientos de la TAS20; sería de interés reformularlos de la siguiente forma: las puntuaciones altas de la escala de certidumbre se corresponden con niveles bajos de difusión de identidad y defensas primitivas; y las puntuaciones altas de la escala de certidumbre se corresponden a niveles bajos de alexitimia y de dificultad para identificar los sentimientos. Esto podría estar reflejando, en línea con todo lo expuesto anteriormente, que una mejor capacidad mentalizadora global (interpretando las puntuaciones de la RFQc en este sentido) o, simplemente, una ausencia de incertidumbre (si consideramos que esto es lo que refleja la escala RFQc), se traducen en una menor presencia del extremo patológico de distintas dimensiones de la personalidad (identidad, mecanismos de defensa, acceso al mundo emocional).

Los resultados con respecto a las medidas de conciencia plena y toma de perspectiva son paralelos a los de la escala de incertidumbre, pero en un sentido inverso. Como única diferencia, que se aprecia una correlación positiva mayor con conciencia plena en el grupo clínico, en el que, por lo tanto, se muestran correlaciones entre moderadas y fuertes con todos los constructos hipotéticos. Las disquisiciones sobre que mide la escala RFQc y como lo mide se pueden reproducir aquí. Las diferencias de correlación con conciencia plena en el grupo clínico, en el que las alteraciones de la misma son más marcadas,

⁷⁵ Conviene mencionar que el propio Müller (2020) señala que no encuentra evidencia de que su cuestionario evalúe la esperada forma problemática de certeza excesiva acerca de los estados mentales.

podrían dar cuenta de que la escala RFQc no solo mide la ausencia de incertidumbre sobre los estados mentales.

Correlación de las escalas del RFQ8 con las medidas de psicopatología

El estudio vuelve a confirmar la relación entre déficits en la mentalización y psicopatología. En concreto, y en consonancia a los estudios previos (en todos ellos es una constante), es la escala RFQi (que no la RFQc) la que muestra una correlación más evidente con diversas medidas de psicopatología, tanto globales como específicas. Esta correlación es especialmente fuerte cuando la escala se aplica a sujetos con trastorno de personalidad. En esta población no solo hay una asociación entre incertidumbre respecto a los estados mentales y gravedad de la psicopatología general (medida por el índice de severidad global del SCL-90-R) – dato que se recoge también en población no clínica – y gravedad de la depresión (medida por el BID-II), sino que, además, se aprecia una correlación con todas y cada una de las escalas específicas de medida de psicopatología del SCL-90-R, que cubren una amplia variedad de dimensiones sintomáticas, que incluyen depresión, ansiedad, fobias, clínica obsesivo compulsiva, somatizaciones, hostilidad, ideación paranoide, sentimientos de inferioridad e inadecuación, y psicoticismo (que incluye síntomas de soledad, esquizoides, alucinaciones y fenómenos de control del pensamiento). Llevando al extremo este fenómeno reiterado de asociación entre la RFQ8 y diversos constructos psicopatológicos.

Müller y sus colaboradores (2020) llevan a un extremo sus hipótesis sobre este fenómeno reiterado de asociación entre la RFQ8 y diversos constructos psicopatológicos. Estos autores llaman la atención sobre el hecho de que la validez del RFQ8 *se ha fundamentado* en un patrón general de asociaciones de la escala RFQi con constructos psicopatológicos⁷⁶, lo cual indica su relación con

⁷⁶ Esta afirmación de Müller es discutible, dado que, como se ha desarrollado previamente en el presente trabajo, las validaciones previas del RFQ8 han evaluado también la validación convergente con otros constructos (no psicopatológicos) relacionados con la mentalización.

problemas de salud mental. Plantean que no se puede descartar que el RFQ8 esté evaluando *una forma amplia de deterioro psicológico*, en lugar de procesos de mentalización en particular. Estos autores revisan los contenidos de algunos ítems para abordar la posibilidad de que estén midiendo otras características desajustadas. Ponen como ejemplo el ítem 4, que puede estar reflejando una tendencia a comportarse impulsivamente, y los ítems 2 y 6, que puede estar reflejando la presencia de experiencias disociativas⁷⁷. En base a estos ejemplos, plantean la posibilidad de que puntuar alto a estos ítems no necesariamente refleje una carencia de capacidad reflexiva, sino que, por ejemplo, los sujetos puedan no reflexionar porque actúan por impulso o porque tienen recuerdos contradictorios por la disociación. Siguiendo con su línea argumentativa, apelan a las propuestas de algunos autores sobre la posibilidad de que un *pobre control de las reacciones a la emoción* (dígase, la impulsividad) sea un factor supraordinado amplio que subyace a la toda la psicopatología general⁷⁸ (Carver et al., 2017; Caspi et al., 2014). Por último, proponen que las características desajustadas que puede estar midiendo la escala RFQi (distintas de la mentalización) pueden ser, como en el modelo de Charles Carver y sus colaboradores, las que expliquen las asociaciones con psicopatología general⁷⁹.

Aunque no dejan de ser interesantes, todas las afirmaciones del grupo de Müller son cuestionables. No todas las cuestiones que plantea el RFQ8 son tan equívocas. Por ejemplo, el ítem 7 (*siempre se lo que siento*) difícilmente puede no ser visto como prioritariamente explorando un alto grado de certeza sobre los propios estados mentales⁸⁰. Por otro lado, los fallos en la mentalización pueden originar o mediar la psicopatología y como esta se manifiesta. La propia impulsividad podría ser vista como una respuesta al aumento de la tensión

⁷⁷ Ítem 4: *Cuando me enfado digo cosas de las que luego me arrepiento*. Ítem 2: *No siempre sé por qué hago lo que hago*. Ítem 6: *A veces hago cosas sin saber exactamente por qué*.

⁷⁸ En realidad se basan en esta idea para incluir también a la disociación, dándole un valor similar a la impulsividad, pero sin fundamentarla adecuadamente.

⁷⁹ En este modelo, la dimensión impulsividad explica los trastornos internalizantes, los trastornos externalizantes y los trastornos del pensamiento.

⁸⁰ Es cierto que siempre, si lo forzamos mucho, podríamos acabar relacionando el ítem con una alteración psicopatológica. Por ejemplo, aquí el sujeto podría decir esto porque muestra una grandiosidad maniaca o narcisista.

emocional. Las dificultades para regular las emociones podrían estar más presentes en personas con impulsividad (que pueden utilizar sus respuestas impulsivas como forma de regular su tensión emocional) (Linehan, 1993). Como se ha desarrollado previamente en el presente texto, las dificultades para regular las emociones, a su vez, parecen depender evolutivamente, y en el momento presente, de las dificultades en la mentalización (Fonagy et al., 2002). Además, la mentalización es un concepto dinámico y sus fallos son dependientes del contexto. En situaciones de estrés y de activación emocional (que son las mismas en las que se produce la impulsividad) es más probable que se presenten fallos en la mentalización y aparezcan modos prementalizadores. A su vez, estos fallos pueden favorecer una peor gestión del estrés y la respuesta emocional, y favorecer una mayor probabilidad de responder impulsivamente. En definitiva, frente a la idea del grupo de Müller de que el sujeto puede no reflexionar porque actúa por impulso, se contrapone la idea contraria, mejor documentada a juicio del autor del presente trabajo, de que *actúa por impulso precisamente porque no puede reflexionar y carece así de una capacidad fundamental para poder regular las emociones*. Según esto, incluso en el hipotético caso de que se admitiera que la dimensión impulsividad es un factor supraordinado sobre el resto de la psicopatología, habría que entender a dicha impulsividad como la vía mediadora entre los fallos de la mentalización y la psicopatología general.

En la muestra no clínica, la escala RFQi mostraba una adecuada correlación con las puntuaciones globales del PID5BF⁸¹, que nos indican la gravedad de la disfunción de la personalidad; y con el dominio de afectos negativos de este inventario. Lo mismo, pero en un sentido inverso, sucedía con la escala RFQc. Las puntuaciones bajas de la misma (que podrían ser entendidas en la línea señalada previamente de una mejor función reflexiva) se correlacionan con una mejor gravedad de la disfunción de la personalidad y menores dificultades afectivas. Los estudios anteriores demostraban una correlación (con los mismos sentidos) entre ambas escalas y las dificultades de personalidad, que aquí se

⁸¹ Esta escala solo se utilizó con sujetos de la muestra no clínica.

ven confirmadas; sin embargo, estos estudios se centraban fundamentalmente en la evaluación de rasgos límites de la personalidad (Badoud et al., 2015; Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016; Morandotti et al., 2018)⁸². La correlación de las escalas con afectividad negativa está en consonancia con la hipótesis de que una inadecuada capacidad mentalizadora produce dificultades para la regulación emocional (Fonagy et al., 2002).

Las correlaciones entre ambas escalas y la presencia de problemas interpersonales fueron, en términos generales, significativas pero más débiles que las evidenciadas en un estudio previo (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, et al., 2016), no quedando establecida de forma suficientemente firme en este estudio la correlación. Solo en la muestra clínica la escala de certidumbre parece mostrar una correlación más fuerte.

Validez de grupos conocidos

Se definieron distintos grupos para los cuales se esperaba que las medidas de mentalización difirieran significativamente, comparándose en la muestra clínica los resultados en el cuestionario entre los grupos de sujetos con alexitimia, depresión y disfunción de la personalidad; y los grupos de sujetos sin alexitimia, sin depresión y sin disfunción de la personalidad, respectivamente. Además, se compararon los resultados entre el grupo no clínico y el grupo de pacientes con trastorno de la personalidad. Se esperaba encontrar diferencias significativas con respecto a la medida entre ambos grupos.

Los resultados en este sentido avalan la validez de las escalas, que discriminan bien entre todos los grupos.

Los sujetos con **alexitimia, depresión o disfunción de la personalidad** muestran una puntuación media de la escala RFQi significativamente superior

⁸² No se incluye aquí el estudio del grupo de Müller (2020), dado que, aunque utiliza el PID5BF, no mantiene el sistema de dos escalas del RFQ8 original.

que los sujetos sin alexitimia, sin depresión o sin disfunción de la personalidad. El patrón inverso se aprecia en relación a las puntuaciones medias de la escala RFQc, confirmándose de nuevo que los grupos con psicopatología muestran puntuaciones medias significativamente menores en esa escala, en línea con la idea de que bajas puntuaciones de la escala RFQc se asocian con mala salud mental.

Según lo esperado, las puntuaciones de ambas escalas también discriminan entre el grupo de **población de trastornos de personalidad y el grupo de población general**. La diferencia es más marcada en la escala RFQi, que, como hemos señalado, está más fuertemente asociada a la presencia de psicopatología; y las puntuaciones de la escala RFQc son significativamente menores en la población clínica, dirigiéndonos hacia la idea de que esta escala puede orientar hacia una mejor mentalización, bien porque indica una mayor confianza en que los comportamientos se originan en estados mentales intencionales, bien porque indica la falta de incertidumbre.

El RFQ como medida de mentalización *offline*

La evaluación de la mentalización mediante la RFS aplicada a las transcripciones de la AAI permite evaluar tanto la mentalización controlada, como la automática, en una situación interpersonal que lleva a elaborar temas afectivamente relevantes, e implica un mayor nivel de estrés. Es en estas condiciones en las que se hacen más evidentes los fallos de la mentalización (Luyten et al., 2012). Por el contrario, en el RFQ8, se pide que el sujeto evalúe reflexivamente su propia capacidad para mentalizar de una forma general, sin que dicha evaluación se ligue a un contexto interpersonal actual, afectivamente relevante y que garantice un mínimo nivel de estrés que favorezca que los fallos en la mentalización se hagan evidentes. Es decir, tiene una baja capacidad para incluir los elementos dinámicos y contextuales de la mentalización. Solo nos da una **visión global de la capacidad mentalizadora** del sujeto. Este es un problema del cuestionario original que, lógicamente, ha *heredado* su versión

española. Además, precisamente por esta forma general de abarcar la mentalización, es poco probable que sea útil aplicar, de forma previa a la realización del cuestionario, tareas estandarizadas que induzcan estrés y que permitan un aumento del *arousal*, en la línea de lo que hacen Finn y sus colaboradores (2019) con el *Computerized Reflective Functioning* para conocer si varía la capacidad mentalizadora, y en que forma lo hace, bajo estas condiciones.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. La Versión Española del *Reflective Functioning Questionnaire* de 8 ítems (Cuestionario de Función Reflexiva) es equivalente conceptual, semántica y operativamente al cuestionario original en inglés.
2. El análisis factorial exploratorio (AFE) del Cuestionario de Función Reflexiva, llevado a cabo sobre la aplicación del cuestionario en una muestra no clínica, indica que un modelo de dos factores explica el 53,02% de la varianza, replicando la estructura bifactorial del estudio original.
3. En el AFE ninguno de los dos factores es débil o inestable, al retener un número suficiente de ítems, pero las cargas factoriales sugieren que el ítem 1 no pertenece al factor 1, y los ítems 4 y 5 no pertenecen al factor 2.
4. En el AFE los ítems 1 y 5, a diferencia de todos los demás, demuestran unas communalidades bajas, sugiriendo su falta de relación con los demás ítems. Sin embargo, adoptando una posición conservadora acorde con la literatura, se ha decidido no desechar dichos ítems del cuestionario.
5. El análisis factorial confirmatorio (AFC), llevado a cabo sobre la aplicación del cuestionario en muestra no clínica, y realizado evaluando cada uno de los factores por separado, demuestra que la escala de certidumbre del Cuestionario de Función Reflexiva muestra un ajuste completo a su propio factor al utilizar los siguientes índices de bondad de ajuste: χ^2 normalizado, índice de ajuste no normalizado de Tucker-Lewis, índice de ajuste comparativo y raíz del error cuadrático medio de aproximación.
6. En el AFC, la escala de incertidumbre del Cuestionario de Función Reflexiva solo muestra un ajuste parcial a su propio factor, dado que la raíz del error cuadrático medio de aproximación muestra valores levemente por encima de lo que delimitamos como aceptable para el estudio (siguiendo una posición exigente dentro de lo sugerido en la literatura). El resto de los índices de bondad de ajuste indican un ajuste adecuado.

7. En el AFC, todos los ítems cargan adecuadamente a su factor, excepto el ítem 1, que carga insuficientemente para el factor 1, lo cual sugiere su no pertenencia a su factor esperable.

8. Ambas escalas del Cuestionario de Función Reflexiva muestran una buena consistencia interna tanto en su aplicación en una muestra no clínica, como en una muestra clínica con trastorno de personalidad.

9. Ambas escalas del Cuestionario de Función Reflexiva muestran una estabilidad temporal aceptable en su aplicación en una muestra no clínica.

10. La escala de incertidumbre del Cuestionario de Función Reflexiva correlaciona directa y significativamente con la gravedad de la difusión de identidad y con la intensidad de la alexitimia, fundamentalmente en lo que se refiere a la dificultad para identificar sentimientos.

11. La escala de incertidumbre correlaciona negativamente de forma significativa pero más débil con la conciencia plena. Además, correlaciona negativa y significativamente con la dimensión de la empatía toma de perspectiva, siendo la correlación débil en el grupo de participantes no clínico y más fuerte en el grupo de pacientes con trastorno de personalidad.

12. La escala de incertidumbre correlaciona significativamente con las medidas de psicopatología general. También correlaciona con la severidad de la depresión, si bien esta correlación es débil en el grupo no clínico. Además, correlaciona significativamente con la gravedad de la disfunción de la personalidad en el grupo de participantes no clínico.

13. La escala de incertidumbre correlaciona significativa pero débilmente con la severidad de los problemas interpersonales.

14. Como consecuencia de los cuatro puntos anteriores, se concluye que la escala de incertidumbre demuestra una adecuada validez convergente al ser aplicada tanto en una muestra no clínica, como en una muestra de trastornos de personalidad.

15. La escala de certidumbre del Cuestionario de Función Reflexiva correlaciona negativa y significativamente con la gravedad de la difusión de identidad y con la intensidad de la alexitimia, fundamentalmente en lo que se refiere a la dificultad para identificar sentimientos.

16. La escala de certidumbre correlaciona de forma significativa con la conciencia plena y con la dimensión toma de perspectiva, si bien la correlación es fuerte en el grupo de participantes clínico y débil en el grupo de participantes no clínico.

17. La escala de certidumbre correlaciona de forma negativa, significativa pero débil, con medidas de psicopatología general y de depresión. Además, correlaciona negativa y significativamente con las medidas de severidad de la disfunción de la personalidad en el grupo no clínico.

18. La escala de certidumbre correlaciona negativa y significativamente con problemas interpersonales, si bien la correlación es débil en el grupo no clínico.

19. Como consecuencia de los cuatro puntos anteriores, se concluye que la escala de certidumbre demuestra una adecuada validez convergente al ser aplicada tanto en una muestra no clínica, como en una muestra de trastornos de personalidad.

20. Ambas escalas del cuestionario muestran puntuaciones medias significativamente diferentes en la muestra no clínica entre los siguientes grupos en comparación: participantes con alexitimia versus participantes sin alexitimia, participantes con depresión versus participantes sin depresión, y participantes con disfunción de la personalidad y participantes sin disfunción de la personalidad.

21. Ambas escalas discriminan entre el grupo de participantes no clínico y el grupo de participantes con trastorno de personalidad, mostrando puntuaciones medias significativamente superiores en la escala de incertidumbre y significativamente inferiores en la escala de certidumbre para el grupo clínico con respecto al grupo no clínico.

22. Como consecuencia de los dos puntos anteriores, se concluye que ambas escalas demuestran una adecuada validez de grupos conocidos.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Agostini, A., Scaioli, E., Belluzzi, A., & Campieri, M. (2019). Attachment and mentalizing abilities in patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology Research and Practice*, 2019, 7847123. <https://doi.org/10.1155/2019/7847123>.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation* (pp. xviii, 391). Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9780203758045>.
- Alexander, F. (1962). The development of psychosomatic medicine. *Psychosomatic medicine*, 24(1), 13-24. <https://doi.org/10.1097/00006842-196201000-00004>.
- Allen, J. G. (2006). Mentalizing in practice. En J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalization-Based Treatment* (p. 3-30). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9780470712986.ch1>.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Alonso-Fernández, F. (2011). La alexitimia y su trascendencia clínica y social. *Salud mental*, 34(6), 481-490. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252011000600002&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
- Appleton, M., & Reddy, V. (1996). Teaching three year-olds to pass false belief tests: A conversational approach. *Social Development*, 5(3), 275-291. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.1996.tb00086.x>.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (Edición: 5ª). Editorial Médica Panamericana S.A.
- Astington, J. W. (1996). What is theoretical about the child's theory of mind? A Vygotskian view of its development. En P. Carruthers & P. K. Smith (Eds.), *Theories of theories of mind* (pp. 184-199). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511597985.013>.
- Astington, Janet Wilde, & Jenkins, J. M. (1995). Theory of mind development and social understanding. *Cognition and Emotion*, 9(2-3), 151-165. <https://doi.org/10.1080/02699939508409006>.
- Badoud, D., Luyten, P., Fonseca-Pedrero, E., Eliez, S., Fonagy, P., & Debbané, M. (2015). The French version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity data for adolescents and adults and its association with non-suicidal self-injury. *PLOS ONE*, 10(12), Artículo e0145892. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145892>.
- Badoud, D., Prada, P., Nicastro, R., Germond, C., Luyten, P., Perroud, N., & Debbané,

- M. (2018). Attachment and reflective functioning in women with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 32(1), 17-30. <https://doi.org/10.1521/pedi.2017.31.283>.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*. <https://doi.org/10.1177/1073191104268029>.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1).
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33-40. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90006-X](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90006-X).
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., Parker, J. D. A., & Dickens, S. E. (2006). The development of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: Item selection, factor structure, reliability and concurrent validity. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(1), 25-39. <https://doi.org/10.1159/000089224>.
- Bailey, C. A., Pendl, L., Levin, A., Olsen, S., Langlois, E., Crowley, M. J., Mayes, L. C., & Yale Child Study Center. (2008). *Face Morphing tutorial: From models to morphs*. Yale University.
- Bargh, J. A. (2014). Our unconscious mind. *Scientific American*, 310(1), 30-37. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican0114-30>.
- Bargh, J. A., & Williams, E. L. (2006). The automaticity of social life. *Current Directions in Psychological Science*, 15(1), 1-4. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2006.00395.x>
- Barkham, M., Hardy, G. E., & Startup, M. (1996). The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *The British Journal of Clinical Psychology*, 35(1), 21-35. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01159.x>
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The «Reading the Mind in the Eyes» Test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 42(2), 241-251. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00715>.
- Baron-Cohen, S. (1990). Autism: A specific cognitive disorder of mind-blindness. *International Review of Psychiatry*, 2(1), 81-90. <https://doi.org/10.3109/09540269009028274>.
- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An essay on autism*. MIT Press.
- Baron-Cohen, S. (2000). Theory of mind and autism: A fifteen year review. En S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, & D. J. Cohen (Eds.), *Understanding other minds:*

- Perspectives from developmental cognitive neuroscience* (pp. 3-20). Oxford University Press.
- Baron-Cohen, S. (2003). *The essential difference: Male and female brains and the truth about autism*. Basic Books.
- Baron-Cohen, S. (2005). The empathizing system: A revision of the 1994 model of the mindreading system. En B. J. Ellis & D. F. Bjorklund (Eds.), *Origins of the social mind: Evolutionary Psychology and Child Development* (pp. 468-492). Guilford Press.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have an theory of mind? *Cognition*, 21(1), 37-46. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(85\)90022-8](https://doi.org/10.1016/0010-0277(85)90022-8).
- Barrett, L. F., Quigley, K. S., Bliss-Moreau, E., & Aronson, K. R. (2004). Interoceptive sensitivity and self-reports of emotional experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(5), 684-697. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.87.5.684>.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de personalidad. Una guía práctica*. Desclée de Brouwer.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. xxiii, 593). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorders: Mentalization based treatment*. Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. A practical guide*. Oxford University Press.
- Batista-Foguet, J. M., Coenders, G., & Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*, 122 Suppl 1, 21-27. <https://doi.org/10.1157/13057542>.
- Beaumont, R. B., & Sofronoff, K. (2008). A new computerized advanced theory of mind measure for children with Asperger syndrome: The ATOMIC. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(2), 249-260. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0384-2>.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory—Second Edition. Manual*. Psychological Corporation.
- Beeghly, M., & Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment, and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology*, 6(1), 5-30. <https://doi.org/10.1017/S095457940000585X>.
- Benbassat, N., & Priel, B. (2012). Parenting and adolescent adjustment: The role of parental reflective function. *Journal of Adolescence*, 35(1), 163-174. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.03.004>.
- Bers, S. A., Besser, A., Harpaz-Rotem, I., & Blatt, S. J. (2013). An empirical exploration

- of the dynamics of anorexia nervosa: Representations of self, mother, and father. *Psychoanalytic Psychology*, 30(2), 188-209. <https://doi.org/10.1037/a0032512>.
- Bilbao, I. (2017). El Método para la Evaluación de la Mentalización en el Contexto Interpersonal (MEMCI) y su utilidad para la indicación de psicoterapia. *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 8. <https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/bilbao2.pdf>.
- Bilbao, I., Calvete, E., Torres-Gómez, B., Redondo, I., Ibáñez, M., Tello, C., Mirapeix, C., & Lanza Castelli, G. (2016). Validación preliminar del Método para la Evaluación de la Mentalización en el Contexto Interpersonal (MEMCI). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 36(130), 383-404. <https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16968>.
- Bilbao, I., Lanza Castelli, G., Redondo, I., Torres-Gómez, B., & Calvete, E. (2014). Método para la Evaluación de la Mentalización en el Contexto Interpersonal (MEMCI) aplicado a la relación parento-filial. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 54, 69-78. <https://www.seypypna.com/revista-seypypna/articulos/metodo-evaluacion-mentalizacion-contexto-interpersonal-memci/>.
- Blackshaw, A. J., Kinderman, P., Hare, D. J., & Hatton, C. (2001). Theory of mind, causal attribution and paranoia in Asperger syndrome. *Autism*, 5(2), 147-163. <https://doi.org/10.1177/1362361301005002005>
- Bouchard, M.-A., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L.-M., Schachter, A., & Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25(1), 47-66. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.25.1.47>.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *The International Journal of Psychoanalysis*, 39(5), 350-373.
- Brass, M., Schmitt, R. M., Spengler, S., & Gergely, G. (2007). Investigating action understanding: Inferential processes versus action simulation. *Current Biology: CB*, 17(24), 2117-2121. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2007.11.057>.
- Braver, T. S., Barch, D. M., Gray, J. R., Molfese, D. L., & Snyder, A. (2001). Anterior cingulate cortex and response conflict: Effects of frequency, inhibition and errors. *Cerebral Cortex*, 11(9), 825-836. <https://doi.org/10.1093/cercor/11.9.825>.
- Brown, J. R., Donelan-McCall, N., & Dunn, J. (1996). Why talk about mental states? The significance of children's conversations with friends, siblings, and mothers. *Child Development*, 67(3), 836-849. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01767.x>.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>.
- Brugnera, A., Zarbo, C., Compare, A., Talia, A., Tasca, G. A., Jong, K. de, Greco, A.,

- Greco, F., Pievani, L., Auteri, A., & Coco, G. L. (2020). Self-reported reflective functioning mediates the association between attachment insecurity and well-being among psychotherapists. *Psychotherapy Research*, 31(2), 247-257. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1762946>
- Butterworth, G. E., Harris, P. L., Leslie, A. M., & Wellman, H. (1991). *Perspectives on the child's theory of mind*. Oxford University Press/British Psychological Society.
- Campbell, M. J., & Swinscow, T. D. V. (2009). *Statistics at square one* (11th ed.). Wiley-Blackwell.
- Carlone, C., & Milan, S. (2020). Does your child need therapy? Maternal reflective functioning and perceived need for and use of child mental health treatment. *Attachment & Human Development*, 1-18. <https://doi.org/10.1080/14616734.2020.1734641>.
- Carlson, L. E., & Brown, K. W. (2005). Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(1), 29-33. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.04.366>
- Carrera, S., Pandolfi, G., Cappelletti, J. Y., Padoani, W., & Salcuni, S. (2018). Oriented mentalization-based treatment for borderline personality disorder patients: Preliminary results at Camposampiero Mental Health Center. *Research in Psychotherapy (Milano)*, 21(3), 336. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2018.336>
- Carruthers, P., & Smith, P. K. (1996). *Theories of theories of mind*. Cambridge University Press.
- Carver, C. S., Johnson, S. L., & Timpano, K. R. (2017). Toward a functional view of the p factor in psychopathology. *Clinical Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 5(5), 880-889. <https://doi.org/10.1177/2167702617710037>
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., Meier, M. H., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2014). The p factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 2(2), 119-137. <https://doi.org/10.1177/2167702613497473>
- Cassidy, Jude. (2008). The nature of the child's ties. En Jude Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 3-24). The Guilford Press.
- Chaiken, S. (1987). The heuristic model of persuasion. En M. P. Zanna, J. M. Olson, & C. P. Herman (Eds.), *Social influence: The Ontario symposium, Vol. 5*. (pp. 3-39). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Chaiken, S., & Trope, Y. (1999). *Dual-process theories in social psychology* (pp. xiii, 657). The Guilford Press.
- Child, D. (2006). *The essentials of factor analysis* (3rd edition). Bloomsbury Academic.

- Ciccarelli, M., Nigro, G., D'Olimpio, F., Griffiths, M. D., & Cosenza, M. (2020). Mentalizing failures, emotional dysregulation, and cognitive distortions among adolescent problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*.
<https://doi.org/10.1007/s10899-020-09967-w>.
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B., & Kernberg, O. F. (2019). *Manual for the Structured Interview of Personality Organization—Revised (STIPO-R)*. Personality Disorders Institute.
<https://www.borderlinedisorders.com/assets/STIPORmanual.July2019FINALMod.pdf>.
- Coderch, J. (2012). Identidad, contexto y mentalización. *Clínica e Investigación Relacional*, 6(2), 218-234. <https://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTA-On-line/CeIR-Buscador-Valore-y-comente-los-trabajos-publicados/ID/303/Identidad-contexto-y-mentalizacion-Joan-Coderch>.
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). *A first course in factor analysis*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Cosentino, S. (2017). *Validación de la versión española del Inventory of Personality Organization (IPO): Contribución al psicodiagnóstico de la organización límite* [Tesis doctoral, Universitat Ramon Llull]. Tesis Doctorals en Xarxa.
<https://www.tdx.cat/handle/10803/404792#page=1>.
- Cosenza, M., Ciccarelli, M., & Nigro, G. (2019). The steamy mirror of adolescent gamblers: Mentalization, impulsivity, and time horizon. *Addictive Behaviors*, 89, 156-162. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.10.002>.
- Costello, A., & Osborne, J. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 10, 1-9. <https://doi.org/10.7275/jyj1-4868>.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Cucchi, A., Hampton, J. A., & Moulton-Perkins, A. (2018). Using the validated Reflective Functioning Questionnaire to investigate mentalizing in individuals presenting with eating disorders with and without self-harm. *PeerJ*, 6, Artículo e5756. <https://doi.org/10.7717/peerj.5756>.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual difference in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10(85).
- De las Cuevas, C., González de Rivera, L., Henry, M., Monterrey, A., Rodríguez Pulido, F., & Marco, R. (1991). Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *Anales de Psiquiatría*, 7(3), 93-96.
http://www.psicoter.es/pdf/91_A098_20.pdf.
- De Meulemeester, C., Vansteelandt, K., Luyten, P., & Lowyck, B. (2018). Mentalizing as a mechanism of change in the treatment of patients with borderline personality

- disorder: A parallel process growth modeling approach. *Personality Disorders*, 9(1), 22-29. <https://doi.org/10.1037/per0000256>.
- de Waal, F. B. M. (2006). Morally evolved: Primate social instincts, human morality, and the rise and fall of «Veneer Theory». En S. Macedo & J. Ober (Eds.), *Primates and Philosophers*. Princeton University Press.
- de Waal, F. B. M. (2007). The «Russian doll» model of empathy and imitation. En S. Bråten (Ed.), *On being moved: From mirror neurons to empathy* (pp. 49-69). John Benjamins Publishing Company. <https://doi.org/10.1075/aicr.68.06waa>.
- de Waal, F. B. M., & Preston, S. D. (2017). Mammalian empathy: Behavioural manifestations and neural basis. *Nature Reviews Neuroscience*, 18(8), 496-509. <https://doi.org/10.1038/nrn.2017.72>.
- Denham, S. A., Zoller, D., & Couchoud, E. A. (1994). Socialization of preschoolers' emotion understanding. *Developmental Psychology*, 30(6), 928-936. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.30.6.928>.
- Dennett, D. (1987). *The Intentional Stance*. MIT Press.
- Dennett, D. C. (1978). Beliefs about beliefs. *Behavioral Brain Sciences*, 1, 568-570. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00076664>.
- Derogatis, L. (1975). *The SCL-90-R clinical psychometric research*. Clinical Psychometric Research.
- Devins, G. M., Dion, R., Pelletier, L. G., Shapiro, C. M., Abbey, S., Raiz, L. R., Binik, Y. M., McGowan, P., Kutner, N. G., Beanlands, H., & Edworthy, S. M. (2001). Structure of lifestyle disruptions in chronic disease: A confirmatory factor analysis of the Illness Intrusiveness Ratings Scale. *Medical Care*, 39(10), 1097-1104. <https://doi.org/10.1097/00005650-200110000-00007>.
- Dijksterhuis, A. (2010). Automaticity and the unconscious. En S. T. Fiske, D. T. Gilbert, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (Vol. 1, pp. 228-267). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470561119.socpsy001007>.
- Dunn, J., Brown, J., Slomkowski, C., Tesla, C., & Youngblade, L. (1991). Young children's understanding of other people's feelings and beliefs: Individual differences and their antecedents. *Child Development*, 62(6), 1352-1366. <https://doi.org/10.2307/1130811>.
- Dunn, Judy. (1996). The Emanuel Miller Memorial Lecture 1995. Children's relationships: Bridging the divide between cognitive and social development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37(5), 507-518. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1996.tb01437.x>.
- Dunn, Judy, Brown, J., & Beardsall, L. (1991). Family talk about feeling states and children's later understanding of others' emotions. *Developmental Psychology*, 27(3), 448-455. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.27.3.448>.

- Dunn, Judy, & Brown, J. R. (1993). Early conversations about causality: Content, pragmatics and developmental change. *British Journal of Developmental Psychology*, 11(2), 107-123. <https://doi.org/10.1111/j.2044-835X.1993.tb00591.x>.
- Dvash, J., & Shamay-Tsoory, S. G. (2014). Theory of mind and empathy as multidimensional constructs. Neurological foundations. *Top Lang Disorders*, 36(4), 282-295. <https://doi.org/10.1097/TLD.000000000000040>.
- Dziobek, I., Fleck, S., Kalbe, E., Rogers, K., Hassenstab, J., Brand, M., Kessler, J., Woike, J. K., Wolf, O. T., & Convit, A. (2006). Introducing MASC: A movie for the assessment of social cognition. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(5), 623-636. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0107-0>.
- Ensink, K., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., Sabourin, S., & Berthelot, N. (2015). Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *The British Journal of Developmental Psychology*, 33(2), 203-217. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12074>
- Erikson, E. (1950). *Identity and the life cycle*. International University Press.
- Euler, S., Nolte, T., Constantinou, M., Griem, J., Montague, P. R., Fonagy, P., & Personality and Mood Disorders Research Network. (2019). Interpersonal problems in borderline personality disorder: Associations with mentalizing, emotion regulation, and impulsiveness. *Journal of Personality Disorders*, 1-17. <https://doi.org/10.1521/pedi.2019.33.427>.
- Fernández-Abascal, E. G., Cabello, R., Fernández-Berrocal, P., & Baron-Cohen, S. (2013). Test-retest reliability of the 'Reading the Mind in the Eyes' test: A one-year follow-up study. *Molecular Autism*, 4(1), 33. <https://doi.org/10.1186/2040-2392-4-33>.
- Fernández-Montalvo, J., & Yáñez, S. (1994). Alexitima: Concepto, evaluación y tratamiento. *Psicothema*, 6(3), 357-366. <http://www.psycothema.com/psycothema.asp?id=931>.
- Fertuck, E. A., Mergenthaler, E., Target, M., Levh, K. N., & Clarkin, J. F. (2012). Development and criterion validity of a computerized text analysis measure of reflective functioning. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 22(3), 298-305. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.650654>
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press.
- Finn, M. T. M., Smith, C. L., McKernan, L. C., & Nash, M. R. (2019). Moving and reflective functioning under stress. *Psychodynamic Psychiatry*, 47(2), 197-214. <https://doi.org/10.1521/pdps.2019.47.2.197>
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV*. Masson.
- Fiske, S. T., & Taylor, S. E. (2017). *Social cognition: From brains to culture* (3th ed.). SAGE Publications.

- Flavell, J. H. (1976). Metacognitive aspects of problem solving. En L. B. Resnik (Ed.), *The nature of intelligence* (pp. 231-238). Erlbaum.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906-911.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.906>.
- Fónagy, I., & Fonagy, P. (1995). Communication with pretend actions in language, literature and psychoanalysis. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 18(3), 363-418.
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62(5), 891-905. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1991.tb01578.x>.
- Fonagy, P. (1989). On tolerating mental states: Theory of mind in borderline patients. *Bulletin of the Anna Freud Centre*, 12, 91-115.
- Fonagy, P. (1997). Attachment and theory of mind: Overlapping constructs? *Association for Child Psychology and Psychiatry, Occasional Papers*, 14, 31-40.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: Una nueva teoría. *Aperturas psicoanalíticas. Revista internacional de psicoanálisis*, 1(3).
<https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000086>.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Other Press.
- Fonagy, P., & Ghinai, R. (2008). *A self-report measure of mentalizing development and preliminary test of the reliability and validity of the reflective function questionnaire (RFQ)*. University College London.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2016). A multilevel perspective on the development of borderline personality disorder. En D. Cicchetti (Ed.), *Developmental psychopathology: Maladaptation and psychopathology* (3rd ed., Vol. 3, pp. 726-792). John Wiley & Sons, Inc.
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2016). Reconciling psychoanalytic ideas with attachment theory. En Jude Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3rd ed., pp. 780-804). The Guilford Press.
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y.-W., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P., & Lowyck, B. (2016). Development and Validation of a Self-Report Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLOS One*, 11(7), e0158678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218.

[https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199123\)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7).

Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(2), 217-233.

Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews*. University College London.

Freedman, M. B., & Sweet, B. S. (1954). Some specific features of group psychotherapy and their implication for selection of patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 4, 355-368. <https://doi.org/10.1080/00207284.1954.11508548>.

Frías, Á. (2020). *Alteraciones de la identidad en personas con trastorno límite de la personalidad. Una guía clínica para una psicoterapia colaborativa entre paciente y profesional*. Desclée de Brouwer.

Frías, Á., Aliaga, F., Navarro, S., & Roca, M. (2020). Ausencia de identidad: «No sé quién soy». En Á. Frías (Ed.), *Alteraciones de la identidad en personas con trastorno límite de la personalidad. Una guía clínica para una psicoterapia colaborativa entre paciente y profesional*. Desclée de Brouwer.

Frith, C. D. (2008). Social cognition. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 363(1499), 2033-2039. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0005>.

Frith, U. (1992). *Autismo: Hacia una explicación del enigma*. Alianza Editorial.

Frith, U. (2001). Mind blindness and the brain in autism. *Neuron*, 32(6), 969-979. [https://doi.org/10.1016/s0896-6273\(01\)00552-9](https://doi.org/10.1016/s0896-6273(01)00552-9).

Frolli, A., Ricci, M. C., Tortorelli, F. A., Cavallaro, A., Valenzano, L., Rega, A., Operto, F. F., & Corrivetti, G. (2020). Emotional education in early onset schizophrenia and Asperger's syndrome. *Behavioral Sciences (Basel, Switzerland)*, 10(9). <https://doi.org/10.3390/bs10090131>

Gagliardini, G., Gullo, S., Tinozzi, V., Baiano, M., Balestrieri, M., Todisco, P., Schirone, T., & Colli, A. (2020). Mentalizing subtypes in eating disorders: A latent profile analysis. *Frontiers in Psychology*, 11, 564291. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.564291>

Gallagher, H. L., Happé, F., Brunswick, N., Fletcher, P. C., Frith, U., & Frith, C. D. (2000). Reading the mind in cartoons and stories: An fMRI study of «theory of mind» in verbal and nonverbal tasks. *Neuropsychologia*, 38(1), 11-21. [https://doi.org/10.1016/s0028-3932\(99\)00053-6](https://doi.org/10.1016/s0028-3932(99)00053-6).

Gallese, V., Keysers, C., & Rizzolatti, G. (2004). A unifying view of the basis of social cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 8(9), 396-403. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.07.002>.

- Gambin, M., Woźniak-Prus, M., Konecka, A., & Sharp, C. (2020). Relations between attachment to mother and father, mentalizing abilities and emotion regulation in adolescents. *European Journal of Developmental Psychology, 18*(1), 18-37. <https://doi.org/10.1080/17405629.2020.1736030>.
- García-Esteve, L., Nuñez, P., & Valdes, M. (1988). Alexitimia: Análisis clínico y psicométrico de un concepto inicialmente psicoanalítico. *Psicopatología, 8*(11), 55-60.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *The Adult Attachment Interview*. University of California Berkeley.
- Gergely, G., & Csibra, G. (1997). Teleological reasoning in infancy: The infant's naive theory of rational action. A reply to Premack and Premack. *Cognition, 63*(2), 227-233. [https://doi.org/10.1016/s0010-0277\(97\)00004-8](https://doi.org/10.1016/s0010-0277(97)00004-8).
- Gergely, G., Nádasdy, Z., Csibra, G., & Bíró, S. (1995). Taking the intentional stance at 12 months of age. *Cognition, 56*(2), 165-193. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(95\)00661-h](https://doi.org/10.1016/0010-0277(95)00661-h).
- Gergely, G., & Watson, J. S. (1996). The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: The development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *The International Journal of Psychoanalysis, 77*(Pt 6), 1181-1212.
- Golan, O., Baron-Cohen, S., & Golan, Y. (2008). The «Reading the Mind in Films» Task [child version]: Complex emotion and mental state recognition in children with and without autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38*(8), 1534-1541. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0533-7>.
- Golan, O., Baron-Cohen, S., Hill, J. J., & Golan, Y. (2006). The «reading the mind in films» task: Complex emotion recognition in adults with and without autism spectrum conditions. *Social Neuroscience, 1*(2), 111-123. <https://doi.org/10.1080/17470910600980986>.
- Golan, O., Baron-Cohen, S., Hill, J. J., & Rutherford, M. D. (2007). The «Reading the Mind in the Voice» test-revised: A study of complex emotion recognition in adults with and without autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 37*(6), 1096-1106. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0252-5>.
- Golanó Fornells, M., Pérez Téstor, C., & Salamero Baró, M. (2018). The Spanish and Catalan Versions of the Parent Development Interview-Revised (PDI-R): Adaptation and Validation Process. *Contemporary Family Therapy, 40*(4), 338-345. <https://doi.org/10.1007/s10591-018-9457-y>.
- Goldberg, L. R. (1990). An alternative «description of personality»: The big-five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*(6), 1216-1229. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.59.6.1216>.
- Goldman, A. I. (2006). *Simulating Minds: The Philosophy, Psychology and Neuroscience of Mindreading*. Oxford University Press.

- Goldman, A. I. (2012). Theory of mind. En E. Margolis, R. Samuels, & S. Stich (Eds.), *Oxford Handbook of Philosophy and Cognitive Science* (pp. 402-424). Oxford University Press.
- González de Rivera, J., Derrogatis, L., de las Cuevas, C., Gracia, R., Rodríguez, F., Henry, M., & Monterrey, A. (1989). *The Spanish version of the SCL-90-R. Normative data in general population*. Clinical Psychometric Research.
- Gopnik, A. (1993). How we know our minds: The illusion of first-person knowledge of intentionality. *Behavioral and Brain Sciences*, 16(1), 1-14, 29-113.
<https://doi.org/10.1017/S0140525X00028636>.
- Gordo, L., Iriarte Elejalde, L., & Martínez-Pampliega, A. (2020). Versión española del Cuestionario de Función Reflexiva Parental (CFRP-18). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 55(2), 5-17.
<https://doi.org/10.21865/RIDEP55.2.01>.
- Green, M. F., Penn, D. L., Bentall, R., Carpenter, W. T., Gaebel, W., Ruben, G. C., Kring, A. M., Park, S., Silverstein, M., & Heinssen, R. (2008). Social cognition in schizophrenia: An NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1211-1220.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbm145>.
- Greifeneder, R., Bless, H., & Fiedler, K. (2018). *Social cognition: How individuals construct social reality* (2nd ed.). Routledge.
- Grice, H. P. (1989). *Studies in the Way of Words*. Harvard University Press.
- Grienenberger, J. F., Kelly, K., & Slade, A. (2005). Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & Human Development*, 7(3), 299-311.
<https://doi.org/10.1080/14616730500245963>.
- Griva, F., Pomini, V., Gournellis, R., Doumos, G., Thomakos, P., & Vaslamatzis, G. (2020). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of Reflective Functioning Questionnaire. *Psychiatriki*, 31(3), 216-224.
<https://doi.org/10.22365/jpsych.2020.313.216>.
- Groen, J., & Bastiaans, J. (1951). *Grondslagen der klinische psychosomatiek*. Bohn.
- Guerini, R., Marraffa, M., & Paloscia, C. (2015). Mentalization, attachment, and subjective identity. *Frontiers in Psychology*, 6.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01022>.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1417-1432. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(93\)90142-n](https://doi.org/10.1016/0895-4356(93)90142-n).
- Gutiérrez, F., Aluja, A., Peri, J. M., Calvo, N., Ferrer, M., Baillés, E., Gutiérrez-Zotes, J.

- A., Gárriz, M., Caseras, X., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2017). Psychometric properties of the Spanish PID-5 in a clinical and a community sample. *Assessment*, 24(3), 326-336. <https://doi.org/10.1177/1073191115606518>.
- Ha, C., Sharp, C., Ensink, K., Fonagy, P., & Cirino, P. (2013). The measurement of reflective function in adolescents with and without borderline traits. *Journal of Adolescence*, 36(6), 1215-1223. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.09.008>.
- Ha, C., Sharp, C., & Goodyer, I. (2011). The role of child and parental mentalizing for the development of conduct problems over time. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(6), 291. <https://doi.org/10.1007/s00787-011-0174-4>.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2018). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage Learning.
- Handeland, T. B., Kristiansen, V. R., Lau, B., Håkansson, U., & Øie, M. G. (2019). High degree of uncertain reflective functioning in mothers with substance use disorder. *Addictive Behaviors Reports*, 10, 100193. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2019.100193>.
- Happé, F. G. (1994). An advanced test of theory of mind: Understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24(2), 129-154. <https://doi.org/10.1007/BF02172093>.
- Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13(2), 673-685. <https://doi.org/10.1037/h0047884>.
- Harris, P. L. (1996). Desires, beliefs, and language. En P. Carruthers & P. K. Smith (Eds.), *Theories of Theories of Mind* (pp. 200-221). Cambridge University Press.
- Hatcher, L. (1994). *A Step-by-step approach to using the SAS system for factor analysis and structural equation modeling*. SAS Publishing.
- Hein, G., & Singer, T. (2008). I feel how you feel but not always: The empathic brain and its modulation. *Current Opinion in Neurobiology*, 18(2), 153-158. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2008.07.012>
- Hesse, E. (2016). The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis and empirical studies: 1985–2015. En Jude Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3rd ed.). Guilford Press.
- Heywood, H. B. (1931). On finite sequences of real numbers. *Proceedings of the Royal Society of London. Series A, Containing Papers of a Mathematical and Physical Character*, 134(824), 486-501. <https://doi.org/10.1098/rspa.1931.0209>.
- Hill, J., Fonagy, P., Lancaster, G., & Broyden, N. (2007). Aggression and intentionality in narrative responses to conflict and distress story stems: An investigation of boys with disruptive behaviour problems. *Attachment & human development*, 9(3), 223-237. <https://doi.org/10.1080/14616730701453861>.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure

- analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>.
- Huang, Y. L., Fonagy, P., Feigenbaum, J., Montague, P. R., Nolte, T., & and London Personality and Mood Disorder Research Consortium. (2020). Multidirectional pathways between attachment, mentalizing, and posttraumatic stress symptomatology in the context of childhood trauma. *Psychopathology*, 53(1), 48-58. <https://doi.org/10.1159/000506406>.
- Jenkins, J. M., & Astington, J. W. (1996). Cognitive factors and family structure associated with theory of mind development in young children. *Developmental psychology*, 32(1), 70-78. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.32.1.70>.
- Jiang, Y., & Kanwisher, N. (2003). Common neural substrates for response selection across modalities and mapping paradigms. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 15(8), 1080-1094. <https://doi.org/10.1162/089892903322598067>.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of Adolescence*, 29(4), 589-611. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.08.010>.
- Jones, E. G., & Davis, K. E. (1965). From acts to dispositions: The attribution process in person perception. *Advances in Experimental Social Psychology*, 2, 219-266. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60107-0](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60107-0).
- Jost, J. T., Kruglanski, A. W., & Nelson, T. O. (1998). Social metacognition: An expansionist review. *Personality and Social Psychology Review: An Official Journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*, 2(2), 137-154. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0202_6.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>.
- Karlsson, R., & Kermott, A. (2006). Reflective-functioning during the process in brief psychotherapies. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 43(1), 65-84. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.1.65>.
- Kass, R. A., & Tinsley, H. E. A. (1979). Factor Analysis. *Journal of Leisure Research*, 11(2), 120-138. <https://doi.org/10.1080/00222216.1979.11969385>.
- Katznelson, H. (2014). Reflective function: A review. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 107-117. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.12.003>.
- Kelley, H. H., & Michela, J. L. (1980). Attribution theory and research. *Annual Review of Psychology*, 31, 457-501. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.31.020180.002325>
- Kelley, Harold H. (1987). Attribution in social interaction. En E. E. Jones, D. E. Kanouse, H. H. Kelley, R. E. Nisbett, S. Valins, & B. Weiner (Eds.), *Attribution: Perceiving the causes of behavior* (pp. 1-26). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Kernberg, O. F. (1987). *Trastornos graves de la personalidad. Estrategias psicoterapéuticas*. Manual Moderno.
- Kernberg, O. F. (1994). *La agresión en las perversiones y en los desordenes de la personalidad*. Paidós Ibérica.
- Kernberg, O. F. (2005). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Paidós Ibérica.
- Kernberg, O. F. (2006). Identity: Recent findings and clinical implications. *The Psychoanalytic Quarterly*, 75(4), 969-1004. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2006.tb00065.x>.
- King-Casas, B., Sharp, C., Lomax-Bream, L., Lohrenz, T., Fonagy, P., & Montague, P. R. (2008). The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder. *Science (New York, N.Y.)*, 321(5890), 806-810. <https://doi.org/10.1126/science.1156902>.
- Kirschbaum, C., Pirke, K. M., & Hellhammer, D. H. (1993). The 'Trier Social Stress Test' – A tool for investigating psychobiological stress responses in a laboratory setting. *Neuropsychobiology*, 28(1-2), 76-81. <https://doi.org/10.1159/000119004>.
- Klein, M. (1948). Mourning and its relation to manic-depressive states. En M. Klein (Ed.), *Contributions to psychoanalysis 1921-1945*. Hogarth,.
- Kline, P. (1994). *An easy guide to factor analysis*. Routledge.
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>.
- Kristiansen, V. R., Handeland, T. B., Lau, B., Söderstrøm, K., Håkansson, U., & Øie, M. G. (2019). Trauma in childhood and adolescence and impaired executive functions are associated with uncertain reflective functioning in mothers with substance use disorder. *Addictive Behaviors Reports*, 11. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2019.100245>.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2013). The personality inventory for DSM-5 brief form (PID-5-BF). En American Psychiatric Association. (Ed.), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*. American Psychiatric Publishing.
- Krueger, Robert F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait Model and Inventory for DSM-5. *Psychological medicine*, 42(9), 1879-1890. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>.
- Lahera, G., Boada, L., Pousa, E., Mirapeix, I., Morón-Nozaleda, G., Marinas, L., Gisbert, L., Pamiàs, M., & Parellada, M. (2014). Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC): Spanish validation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(8), 1886-1896. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2061-6>.

- Lane, R. D., Quinlan, D. M., Schwartz, G. E., Walker, P. A., & Zeitlin, S. B. (1990). The Levels of Emotional Awareness Scale: A cognitive-developmental measure of emotion. *Journal of Personality Assessment*, 55(1-2), 124-134. <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674052>.
- Lang, P. J., Bradley, M. M., & Cuthbert, B. N. (2005). *International Affective Picture System (IAPS): Affective ratings of pictures and instruction manual. Technical Report A-8*. University of Florida.
- Lanza Castelli, G. (2011). Las polaridades de la mentalización en la práctica clínica. *Clínica e Investigación Relacional*, 5(2), 295-315. https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V5N2_2011/4_G-Lanza_Polaridades-Mentalizacion_CeIR_V5N2.pdf.
- Lanza Castelli, Gustavo. (2011). El Test de Situaciones para la Evaluación de la Mentalización. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, 4(2).
- Lanza Castelli, Gustavo. (2013). Mentalización reflexiva y mentalización transformacional: Una propuesta complementaria al enfoque de Peter Fonagy. *Clínica e Investigación Relacional*, 7(1), 153-168. <https://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTA-On-line/CeIR-Buscador-Valore-y-comente-los-trabajos-publicados/id/362/mentalizacion-reflexiva-y-mentalizacion-transformacional-una-propuesta-complementaria-al-enfoque-de-peter-fonagy-gustavo-lanza-castelli>.
- Lanza Castelli, Gustavo, & Bilbao, I. (2019). Caracterización del Método para la Evaluación de la Mentalización en el Contexto Interpersonal (MEMCI). *Aperturas psicoanalíticas. Revista internacional de psicoanálisis*, 60. <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001055>.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós Iberica.
- Lau, H., Rogers, R. D., & Passingham, R. E. (2006). Dissociating response selection and conflict in the medial frontal surface. *NeuroImage*, 29(2), 446-451. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2005.07.050>.
- Lawrence, E. J., Shaw, P., Baker, D., Baron-Cohen, S., & David, A. S. (2004). Measuring empathy: Reliability and validity of the Empathy Quotient. *Psychological Medicine*, 34(5), 911-919. <https://doi.org/10.1017/s0033291703001624>.
- Lecours, S., & Bouchard, M. A. (1997). Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psychoanalysis*, 78(Pt 5), 855-875.
- Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2011). *Brief dynamic interpersonal therapy: A clinician's guide*. Oxford University Press.
- Lenggenhager, B., Tadi, T., Metzinger, T., & Blanke, O. (2007). Video ergo sum: Manipulating bodily self-consciousness. *Science (New York, N.Y.)*, 317(5841), 1096-1099. <https://doi.org/10.1126/science.1143439>.
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). The

- Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, 13(4), 577-591. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.4.577>.
- Leslie, A. M., & Keeble, S. (1987). Do six-month-old infants perceive causality? *Cognition*, 25(3), 265-288. [https://doi.org/10.1016/s0010-0277\(87\)80006-9](https://doi.org/10.1016/s0010-0277(87)80006-9).
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1027-1040. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1027>.
- Lewis, C., Freeman, N. H., Kyriakidou, C., Maridaki-Kassotaki, K., & Berridge, D. M. (1996). Social influences on false belief access: Specific sibling influences or general apprenticeship? *Child Development*, 67(6), 2930-2947. <https://doi.org/10.2307/1131760>.
- Li, E. T., Carracher, E., & Bird, T. (2019). Linking childhood emotional abuse and adult depressive symptoms: The role of mentalizing incapacity. *Child Abuse & Neglect*, 99, 104253. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104253>.
- Lieberman, A. F. (1977). Preschooler's competence with a peer: Relations of attachment and peer expenses. *Child Development*, 55, 123-126.
- Lieberman, M. D., Eisenberger, N. I., Crockett, M. J., Tom, S. M., Pfeifer, J. H., & Way, B. M. (2007). Putting feelings into words: Affect labeling disrupts amygdala activity in response to affective stimuli. *Psychological Science*, 18(5), 421-428. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01916.x>.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder* (pp. xvii, 558). Guilford Press.
- Loizaga Latorre, F. (2016). *Evaluación del apego-attachment y los vínculos familiares. Instrumentos para el diagnóstico familiar en la infancia y adolescencia*. Editorial CCS.
- Lorenz, K. E. (1935). Der Kumpan in der Umwelt des Vogels: Der Artgenosse als auslösendes Moment sozialer Verhaltensweisen [The companion in the bird's world: The fellow-member of the species as releasing factor of social behavior]. *Journal für Ornithologie. Beiblatt. (Leipzig)*, 83, 137-213, 289-413. <https://doi.org/10.1007/BF01905355>
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2014). Psychodynamic treatment for borderline personality disorder and mood disorders: A mentalizing perspective. En L. Choi-Kain & J. Gunderson (Eds.), *Borderline personality disorder and mood disorders: Controversies and consensus*. Springer.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., & Vermote, R. (2012). Assessment of mentalization. En Anthony Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health*

practice (pp. 43-65). American Psychiatric Publishing, Inc.

- Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L., & Fonagy, P. (2017). The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. *PLOS One*, 12(5), Artículo e0176218. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176218>.
- MacCallum, R. C., Browne, M. W., & Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods*, 1(2), 130-149. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.2.130>.
- Macfie, J., Zvara, B. J., Stuart, G. L., Kurdziel-Adams, G., Kors, S. B., Fortner, K. B., Towers, C. V., Gorrondona, A. M., & Noose, S. K. (2020). Pregnant women's history of childhood maltreatment and current opioid use: The mediating role of reflective functioning. *Addictive Behaviors*, 102, 106134. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106134>
- Macrae, C. N., & Miles, L. K. (2012). Revisiting the sovereignty of social cognition: Finally some action. En S. T. Fiske & C. N. Macrae (Eds.), *The SAGE handbook of social cognition*. (pp. 1-11). SAGE Publications.
- Macrae, C. N., & Quadflieg, S. (2010). Perceiving people. En S. T. Fiske, D. T. Gilbert, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (5th ed., Vol. 1, pp. 428-463). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470561119.socpsy001012>.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1994). *Adult attachment interview rating and classification manual*. University of California Berkeley.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), 66-104. <https://doi.org/10.2307/3333827>.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. En T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Ablex Publishing.
- Malle, B. F. (2004). *How the mind explains behavior: Folk explanations, meaning, and social interaction*. MIT Press.
- Malle, B. F. (2005). Three puzzles of mindreading. En B. F. Malle & S. D. Hodges (Eds.), *Other minds: How humans bridge the divide between self and others* (pp. 26-43). Guilford Press.
- Marcia, J. E. (1987). The identity status approach to the study of ego identity development. En T. Honess & K. Yardley (Eds.), *Self and identity: Perspectives across the lifespan* (pp. 161-171). Routledge.
- Marcia, J. E., Waterman, A. S., Matteson, D. R., Archer, S. L., & Orlofsky, J. L. (1993). *Ego identity: A handbook for psychosocial research*. Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-1-4613-8330-7>.
- Marraffa, M. (2019). *Theory of mind*. Internet Encyclopedia of Philosophy: A Peer-

- Reviewed Academic Resource. <https://www.iep.utm.edu/theomind/>.
- Marrone, M. (2014). *Attachment and interaction: From Bowlby to current clinical theory and practice* (2nd ed.). Jessica Kingsley Publishers.
- Martínez Ibáñez, J. J. (2016). Los modos prementales, los apegos inseguros, la mutualidad y la intimidad. *Clínica e Investigación Relacional*, 10(3).
https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V10N3_2016/02_JJM_tnez_2016_LOS%20MODOS%20PREMENTALES_CeIR_V10N3.pdf.
- Marty, P. (1990). *Mentalisation et psychosomatique*. Laboratoires Delagrangue.
- Marty, P., & de M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. *Revue Francaise de Psychanalyse*, 27(nº spécial), 345-356.
- Mary D. Klinnert, Campos, J. J., Sorce, J. S., Emde, R. N., & Svegda, M. (1983). Emotions as behavior regulations: Social referencing in infancy. En R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Emotions in early development* (Vol. 2, pp. 57-208). Academic Press.
- McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment* (pp. xi, 485). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- McLean, P. D. (1949). Psychosomatic disease and the visceral brain. Recent developments bearing on the Papez theory of emotion. *Psychosomatic medicine*, 11(6), 338-353. <https://doi.org/10.1097/00006842-194911000-00003>.
- Meins, E., & Fernyhough, C. (2010). *Mind-mindedness coding manual. Version 2.2*. Durham University.
- Meins, E., Fernyhough, C., Russell, J., & Clark-Carter, D. (1998). Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: A longitudinal study. *Social Development*, 7(1), 1-24. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00047>.
- Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg, N., & Muller, N. (2019). *Tratamiento basado en la mentalización para niños*. Desclée de Brouwer.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change* (p. 578). The Guilford Press.
- Moral de la Rubia, J., & Retamares Rojas, R. (2000). Estudio de validación de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en muestra española. *Psiquiatría.Com. Revista Electrónica De Psicología*, 4, 1-10.
<https://psiquiatria.com/article.php?ar=todas&wurl=estudio-de-validacion-de-la-escala-de-alexitimia-de-toronto-tas-20-en-muestra-espanola>.
- Morandotti, N., Brondino, N., Merelli, A., Boldrini, A., Vidovich, G. Z. D., Ricciardo, S., Abbiati, V., Ambrosi, P., Caverzasi, E., Fonagy, P., & Luyten, P. (2018). The Italian version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity data for adults and its association with severity of borderline personality disorder. *PLOS One*, 13(11), Artículo e0206433. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206433>.

- Morgan, C. D., & Murray, H. A. (1935). A method for investigating fantasies: the thematic apperception test. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 34(2), 389–406. <https://doi.org/10.1001/archneurpsyc.1935.02250200049005>.
- Morosan, L., Fonseca-Pedrero, E., & Debbané, M. (2020). Network analysis of reflective functioning and conduct problems during adolescence. *Psychology of Violence*, 10(3), 300-311. <https://doi.org/10.1037/vio0000258>.
- Moulton-Perkins, A., Rogoff, S., Fonagy, P., & Luyten, P. (2011, mayo 6-7). *Development and validation of a new self-report measure of mentalization: The 54-item Reflective Function Questionnaire*. The 17th British Association of Clinical Psychologists/Society for Psychotherapy Research Conference, Liverpool.
- Müller, S., Wendt, L., Spitzer, C., Masuhr, O., Back, S., & Zimmermann, J. (2020). *A Critical Evaluation of the Reflective Functioning Questionnaire*. PsyArXiv. <https://psyarxiv.com/5rhme/>.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*. McGraw-Hill.
- Onishi, K. H., & Baillargeon, R. (2005). Do 15-month-old infants understand false beliefs? *Science*, 308(5719), 255-258. <https://doi.org/10.1126/science.1107621>.
- Orgaz Barnier, P. (2016, mayo 20). *Terapia basada en la mentalización para pacientes borderline*. Jornadas Internacionales de Salud Mental, Don Benito.
- Owen, I. R. (2017). *On attachment: The view from developmental psychology*. Karnac Books.
- Pacheco, N. E., Berrocal, P. F., & Salovey, P. (2006). Spanish version of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT), version 2.0: Reliabilities, age and gender differences. *Psicothema*, 18(Suplem 1), 42-48. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3274>.
- Pancake, V. (1985). *Continuity between mother-infant attachment and ongoing dyadic peer relationships in preschool*. Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Toronto.
- Park, K. A., & Waters, E. (1989). Security of attachment and preschool friendships. *Child Development*, 60(5), 1076-1081. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1989.tb03538.x>.
- Pedone, R., Semerari, A., Riccardi, I., Procacci, M., Nicolò, G., & Carcione, A. (2017). Development of a self-report measure of metacognition: The Metacognition Self-Assessment Scale (MSAS). Instrument description and factor structure. *Clinical Neuropsychiatry*, 14(3), 185-194. <https://www.clinicalneuropsychiatry.org/download/development-of-a-self-report-measure-of-metacognition-the-metacognition-self-assessment-scale-msas-instrument-description-and-factor-structure/>.
- Penn, D. L., Sanna, L. J., & Roberts, D. L. (2008). Social cognition in schizophrenia: An overview. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 408-411. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn014>.

- Penner, F., Gambin, M., & Sharp, C. (2019). Childhood maltreatment and identity diffusion among inpatient adolescents: The role of reflective function. *Journal of Adolescence*, 76, 65-74. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.08.002>.
- Pérez-Albéniz, A., de Paúl, J., Etxeberría, J., Montes, M. P., & Torres, E. (2003). Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. [Spanish adaptation of the Interpersonal Reactivity Index.]. *Psicothema*, 15(2), 267-272. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1056>.
- Perner, J. (1991). *Understanding the representational mind*. MIT Press.
- Perner, J., Ruffman, T., & Leekam, S. R. (1994). Theory of mind is contagious: You catch it from your sibs. *Child development*, 65(4), 1228-1238. <https://doi.org/10.2307/1131316>.
- Perroud, N., Badoud, D., Weibel, S., Nicastro, R., Hasler, R., Küng, A.-L., Luyten, P., Fonagy, P., Dayer, A., Aubry, J.-M., Prada, P., & Debbané, M. (2017). Mentalization in adults with attention deficit hyperactivity disorder: Comparison with controls and patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 256, 334-341. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.087>.
- Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1986). The elaboration likelihood model of persuasion. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 19, pp. 123-205). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60214-2](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60214-2).
- Pichon, S., de Gelder, B., & Grèzes, J. (2009). Two different faces of threat. Comparing the neural systems for recognizing fear and anger in dynamic body expressions. *NeuroImage*, 47(4), 1873-1883. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.03.084>.
- Plichta, S. B., Kelvin, E. A., & Munro, B. H. (2013). *Munro's statistical methods for health care research*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Polavsky, A. (1945). Over psychosomatiesche toestanden. *Geneesk*, 42, 215.
- Portney, L. G., & Watkins, M. P. (2014). *Foundations of Clinical Research: Applications to Practice*. Pearson New International Edition (3rd ed.). Pearson.
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1(4), 515-526. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00076512>.
- Preston, S. D., & de Waal, F. B. M. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences*, 25(1), 1-20. <https://doi.org/10.1017/s0140525x02000018>.
- Reddy, V. (1991). Playing with others' expectations: Teasing and mucking about in the first year. En *Natural theories of mind: Evolution, development and simulation of everyday mindreading* (pp. 143-158). Basil Blackwell.
- Redondo, I., & Herrero, D. (2018). Adaptación del Empathy Quotient (EQ) en una muestra española. *Terapia psicológica*, 36(2), 81-89. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082018000200081>.

- Ribalta, T. (2018, septiembre 30). *Introducción a la terapia focalizada en la transferencia en adolescentes*. 5º Congreso de la International Society of Transference Focused Psychotherapy, Barcelona.
- Rimes, K., & Chalder, T. (2010). The Beliefs about Emotions Scale: Validity, reliability and sensitivity to change. *Journal of psychosomatic research*, 68(3), 285-292. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.09.014>.
- Robertson, J., & Bowlby, J. (1952). Responses of young children to separation from their mothers. *Courrier du Centre International de l'Enfance*, 2, 131-142.
- Rodrigo, G., & Lusiardo, M. (1992). Factor structure of a Spanish version of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58(3-4), 197-201. <https://doi.org/10.1159/000288627>.
- Román Rodríguez, M. (2016). Principios básicos y aproximaciones metodológicas en la evaluación del apego en la infancia y adolescencia. En F. Loizaga Latorre (Ed.), *Evaluación del apego-attachment y los vínculos familiares. Instrumentos para el diagnóstico familiar en la infancia y adolescencia* (pp. 45-63). CCS.
- Ruesch, J. E. (1948). The infantile personality; the core problem of psychosomatic medicine. *Psychosomatic medicine*, 10, 134-144. <https://doi.org/10.1097/00006842-194805000-00002>.
- Ruffman, T., Perner, J., Naito, M., Parkin, L., & Clements, W. A. (1998). Older (but not younger) siblings facilitate false belief understanding. *Developmental psychology*, 34(1), 161-174. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.34.1.161>.
- Rutherford, H. J. V., Wareham, J. D., Vrouva, I., Mayes, L. C., Fonagy, P., & Potenza, M. N. (2012). Sex differences moderate the relationship between adolescent language and mentalization. *Personality disorders*, 3(4), 393-405. <https://doi.org/10.1037/a0028938>.
- Sacchetti, S., Robinson, P., Bogaardt, A., Clare, A., Ouellet-Courtois, C., Luyten, P., Bateman, A., & Fonagy, P. (2019). Reduced mentalizing in patients with bulimia nervosa and features of borderline personality disorder: A case-control study. *BMC Psychiatry*, 19(1), 134. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2112-9>.
- Salaminios, G., Morosan, L., Toffel, E., Tanzer, M., Eliez, S., Badoud, D., Armando, M., & Debbané, M. (2020). Associations between schizotypal personality features, mentalizing difficulties and thought problems in a sample of community adolescents. *Early Intervention in Psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/eip.13011>.
- Salazar, J., Martí, V., Soriano, S., Beltran, M., & Adam, A. (2010). Validity of the Spanish version of the Inventory of Interpersonal Problems and its use for screening personality disorders in clinical practice. *Journal of Personality Disorders*, 24(4), 499-515. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.4.499>.
- Salovey, P., & Grewal, D. (2005). The Science of Emotional Intelligence: *Current Directions in Psychological Science*, 14(6), 281-285. <https://doi.org/10.1111/j.0963->

[7214.2005.00381.x](https://doi.org/10.1093/brain/awh464).

- Samson, D., Apperly, I. A., Kathirgamanathan, U., & Humphreys, G. W. (2005). Seeing it my way: A case of selective deficit in inhibiting self-perspective. *Brain*, 128(Pt 5), 1102-1111. <https://doi.org/10.1093/brain/awh464>.
- Sánchez Pascual, M., León Quismondo, L., García López de Arenosa, A., Mass Hesse, J., & Fernández Liria, A. (2015). La medida de la capacidad reflexiva: Instrumentos disponibles en castellano y tareas pendientes. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 487-510. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000300004>.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clinica y Salud*, 16(2), 121-142. <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/37bc2f75bf1bcfe8450a1a41c200364c>.
- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., & García-Vera, M. P. (2014). Criteria and norms for interpreting the Beck Depression Inventory-II (BDI-II). *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 22(1), 37-59. <https://www.behavioralpsycho.com/producto/criterios-y-baremos-para-interpretar-el-inventario-de-depresion-de-beck-ii-bdi-ii-pp-37-59/>.
- Sanz, J., Navarro, M., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(124), 239-288. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=761288>.
- Sanz, J., Perdigón Viñuela, A., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clinica y Salud*, 14(3), 249-280. <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/db8e1af0cb3aca1ae2d0018624204529>.
- Saxe, R., & Kanwisher, N. (2003). People thinking about thinking people. The role of the temporo-parietal junction in «theory of mind». *NeuroImage*, 19(4), 1835-1842. [https://doi.org/10.1016/s1053-8119\(03\)00230-1](https://doi.org/10.1016/s1053-8119(03)00230-1)
- Saxe, Rebecca, & Offen, S. (2010). Seeing ourselves: What vision can teach us about metacognition. En G. Dimaggio & P. H. Lysaker (Eds.), *Metacognition and severe adult mental disorders. From research to treatment* (pp. 13-29). Routledge.
- Scandurra, C., Dolce, P., Vitelli, R., Esposito, G., Testa, R. J., Balsam, K. F., & Bochicchio, V. (2020). Mentalizing stigma: Reflective functioning as a protective factor against depression and anxiety in transgender and gender-nonconforming people. *Journal of Clinical Psychology*, 76(9), 1613-1630. <https://doi.org/10.1002/jclp.22951>.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2015). *A Beginner's guide to structural equation modeling* (4th ed.). Routledge.

- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., & Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10(4), 238-261. <https://doi.org/10.1002/cpp.362>.
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Social Development*, 17(3), 737-754. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00457.x>.
- Sharp, C., Fonagy, P., & Goodyer, I. M. (2006). Imagining your child's mind: Psychosocial adjustment and mothers' ability to predict their children's attributional response styles. *British Journal of Developmental Psychology*, 24(1), 197-214. <https://doi.org/10.1348/026151005X82569>.
- Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A. B., Sturek, J., & Fonagy, P. (2011). Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(6), 563-573.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.01.017>.
- Shill, M. A., & Lumley, M. A. (2002). The Psychological Mindedness Scale: Factor structure, convergent validity and gender in a non-psychiatric sample. *Psychology and Psychotherapy*, 75(Pt 2), 131-150. <https://doi.org/10.1348/147608302169607>.
- Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olendzki, A. (2009). Mindfulness: What is it? Where did it come from? En F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness*. Springer.
- Sifneos, P. E. (1972). *Short-tern psychotherapy and emotional crisis*. Harvard University Press.
- Skårderud, F. (2007). Eating one's words: Part III. Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa—An outline for a treatment and training manual. *European Eating Disorders Review*, 15(5), 323-339. <https://doi.org/10.1002/erv.817>.
- Slade, A., Aber, J. L., Bresgi, I., Berger, B., & Kaplan, M. (2004). *The Parent Development Interview—Revised*. The City University of New York.
- Slade, A., Bernbach, E., Grienberger, J., Levy, D., & Locker, A. (2004). *Addendum to Fonagy, Target, Steele, & Steele Reflective Functioning Scoring Manual for use with the Parent Development Interview. Version 2.0*. The City College and Graduate Center of the City University of New York.
- Slade, Arietta, Grienberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development*, 7(3), 283-298. <https://doi.org/10.1080/14616730500245880>.
- Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Martí, A. C., Palao, J. S., Álvarez, E., & Solá, V. P. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)/ Psychometric proprieties of Spanish

version of Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas españolas de psiquiatría*, 40(1), 19-26. <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/75/ESP/14-75-ESP-19-26-544515.pdf>.

- Solomon, J., & George, C. (2016). The measurement of attachment security and related constructs in infancy and early childhood. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3rd ed, pp. 383-416). The Guilford Press.
- Sonnby-Borgström, M., & Jönsson, P. (2004). Dismissing-avoidant pattern of attachment and mimicry reactions at different levels of information processing. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45(2), 103-113. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2004.00385.x>.
- Spitzer, C., Zimmermann, J., Brähler, E., Euler, S., Wendt, L., & Müller, S. (2020). Die deutsche Version des Reflective Functioning Questionnaire (RFQ): Eine teststatistische Überprüfung in der Allgemeinbevölkerung. [The German version of the Reflective Functioning Questionnaire (RFQ): A Psychometric evaluation in the general population]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. <https://doi.org/10.1055/a-1234-6317>.
- Staquet, M. J., Hays, R. D., & Fayers, P. M. (1998). *Quality of life assessment in clinical trials: Methods and practice*. Oxford University Press.
- Steele, H., & Steele, M. (2008). On the origins of reflective functioning. En E. Brusch (Ed.), *Mentalization: Theoretical considerations, research findings, and clinical implications* (pp. 133-158). The Analytic Press.
- Stern, D. N. (1991). *El mundo interpersonal del infante*. Paidós Iberica.
- Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199685219.001.0001>.
- Stueber, K. R. (2006). *Rediscovering empathy: Agency, folk psychology, and the human sciences*. MIT Press.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics* (3th ed., pp. xxvii, 980). Allyn & Bacon/Pearson Education.
- Target, M., & Fonagy, P. (1996). Playing with reality II: The development of psychic reality from a theoretical perspective. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(Pt 3), 459-479.
- Target, M., Fonagy, P., & Shmueli-Goetz, Y. (2003). Attachment representations in school-age children: The development of the child attachment interview (CAI). *Journal of Child Psychotherapy*, 29(2), 171-186. <https://doi.org/10.1080/0075417031000138433>.
- Target, M., Fonagy, P., Shmueli-Goetz, Y., Schneider, T., & Datta, A. (2000). *Child Attachment Interview (CAI): Coding and classification manual. Version III*. University

College London.

- Taubner, S., & Curth, C. (2013). Mentalization mediates the relation between early traumatic experiences and aggressive behavior in adolescence. *Psihologija*, 46(2), 177-192. <https://doi.org/10.2298/PSI1302177T>.
- Taubner, S., Hörz, S., Fischer-Kern, M., Doering, S., Buchheim, A., & Zimmermann, J. (2013). Internal structure of the Reflective Functioning Scale. *Psychological Assessment*, 25(1), 127-135. <https://doi.org/10.1037/a0029138>.
- Taubner, S., Kessler, H., Buchheim, A., Kächele, H., & Staun, L. (2011). The role of mentalization in the psychoanalytic treatment of chronic depression. *Psychiatry*, 74(1), 49-57. <https://doi.org/10.1521/psyc.2011.74.1.49>.
- Taubner, S., White, L. O., Zimmermann, J., Fonagy, P., & Nolte, T. (2013). Attachment-related mentalization moderates the relationship between psychopathic traits and proactive aggression in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(6), 929-938. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9736-x>.
- Taylor, C. (2012). *Empathic care for children with disorganized attachments: A model for mentalizing, attachment and trauma-informed care*. Jessica Kingsley Publishers.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness* (pp. xxii, 359). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511526831>
- Taylor, M., & Carlson, S. M. (1997). The relation between individual differences in fantasy and theory of mind. *Child Development*, 68(3), 436-455. <https://doi.org/10.2307/1131670>.
- Tottenham, N., Tanaka, J. W., Leon, A. C., McCarry, T., Nurse, M., Hare, T. A., Marcus, D. J., Westerlund, A., Casey, B., & Nelson, C. (2009). The NimStim set of facial expressions: Judgments from untrained research participants. *Psychiatry research*, 168(3), 242-249. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.05.006>.
- University College London. (2018, junio 5). *The Reflective Functioning Questionnaire (RFQ)*. Psychoanalysis Unit. <https://www.ucl.ac.uk/psychoanalysis/research/reflective-functioning-questionnaire-rfq>.
- van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117(3), 387-403. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.387>.
- Vermote, R., Lowyck, B., Luyten, P., Vertommen, H., Corveleyn, J., Verhaest, Y., Stroobants, R., Vandeneede, B., Vansteelandt, K., & Peuskens, J. (2010). Process and outcome in psychodynamic hospitalization-based treatment for patients with a personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(2), 110-115. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181cc0d59>

- Villadangos, M., Errasti, J., Amigo, I., Jolliffe, D., & García-Cueto, E. (2016). Characteristics of empathy in young people measured by the Spanish validation of the Basic Empathy Scale. *Psicothema*, 28.3, 323-329. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.6>.
- Vrouva, I., & Fonagy, P. (2009). Development of the Mentalizing Stories for Adolescents (MSA). *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(5), 1174-1179. <https://doi.org/10.1177/0003065109347904>.
- Vrticka, P., Andersson, F., Grandjean, D., Sander, D., & Vuilleumier, P. (2008). Individual attachment style modulates human amygdala and striatum activation during social appraisal. *PLOS One*, 3(8), Artículo e2868. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0002868>.
- Wager, T. D., Sylvester, C.-Y. C., Lacey, S. C., Nee, D. E., Franklin, M., & Jonides, J. (2005). Common and unique components of response inhibition revealed by fMRI. *NeuroImage*, 27(2), 323-340. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2005.01.054>.
- Wellman, H. M., & Lagattuta, K. H. (2000). Developing understandings of mind. En S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, & D. J. Cohen (Eds.), *Understanding other minds: Perspectives from developmental cognitive neuroscience*. Oxford University Press.
- Wilkinson-Ryan, T., & Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. *The American Journal of Psychiatry*, 157(4), 528-541. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.528>.
- Wimmer, H., & Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: Representation an constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13, 103-128. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(83\)90004-5](https://doi.org/10.1016/0010-0277(83)90004-5).
- Wyrwich, K. W., Nienaber, N. A., Tierney, W. M., & Wolinsky, F. D. (1999). Linking clinical relevance and statistical significance in evaluating intra-individual changes in health-related quality of life. *Medical Care*, 37(5), 469-478. <https://doi.org/10.1097/00005650-199905000-00006>.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2016). *Psicoterapia centrada en la transferencia*. Desclée de Brouwer.
- Youngblade, L. M., & Dunn, J. (1995). Individual differences in young children's pretend play with mother and sibling: Links to relationships and understanding of other people's feelings and beliefs. *Child Development*, 66(5), 1472-1492. <https://doi.org/10.2307/1131658>.
- Zeanah, C., Benoit, D., & Barton, M. (1986). Working Model of the Child Interview Coding Manual. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. <https://doi.org/10.1037/t47439-000>.
- Zeller, R. A. (2005). Measurement Error, Issues and Solutions. En K. Kempf-Leonard (Ed.), *Encyclopedia of Social Measurement* (Vol. 2, pp. 665-676). Elsevier.

ANEXOS

THE REFLECTIVE FUNCTIONING QUESTIONNAIRE

Please work through the next 8 statements. For each statement, choose a number between 1 and 7 to say how much you disagree or agree with the statement, and write it beside the statement. Do not think too much about it – your initial responses are usually the best. Thank you.

Use the following scale from 1 to 7:

Strongly disagree	1	2	3	4	5	6	7	Strongly agree
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

1. ___ People's thoughts are a mystery to me (original item 1)
2. ___ I don't always know why I do what I do (original item 17)
3. ___ When I get angry I say things without really knowing why I am saying them (original item 22)
4. ___ When I get angry I say things that I later regret (original item 29)
5. ___ If I feel insecure I can behave in ways that put others' backs up (original item 35)
6. ___ Sometimes I do things without really knowing why (original item 36)
7. ___ I always know what I feel (original item 8)
8. ___ Strong feelings often cloud my thinking (original item 27)

CUESTIONARIO DE FUNCIÓN REFLEXIVA

(Fonagy et al., 2016)
(Versión definitiva en castellano, 2017)

A continuación puede ver una serie de frases. Lea cada una de ellas y decida si está de acuerdo o en desacuerdo y hasta qué punto. Utilice la siguiente escala de valoración, puntuando 7 si está completamente de acuerdo y 1 si está en completo desacuerdo. El punto intermedio, si usted se siente neutral al respecto o indeciso, es 4.

		Muy en desacuerdo		←→		Muy de acuerdo	
1. Los pensamientos de la gente son un misterio para mí	1	2	3	4	5	6	7
2. No siempre sé por qué hago lo que hago	1	2	3	4	5	6	7
3. Cuando me enfado digo cosas sin saber realmente por qué las digo	1	2	3	4	5	6	7
4. Cuando me enfado digo cosas de las que luego me arrepiento	1	2	3	4	5	6	7
5. Si me siento inseguro puedo comportarme de una manera que molesta a los demás	1	2	3	4	5	6	7
6. A veces hago cosas sin saber exactamente por qué	1	2	3	4	5	6	7
7. Siempre sé lo que siento	1	2	3	4	5	6	7
8. A menudo sentimientos muy fuertes nublan mi pensamiento	1	2	3	4	5	6	7

Referencia:

Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y.-W., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P., & Lowyck, B. (2016). Development and Validation of a Self-Report Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLOS ONE*, 11(7), e0158678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>

SINTAXIS PARA CORREGIR LAS DOS ESCALAS DEL RFQ8

*****6 ítems del RFQ8c (escala de certidumbre)*****

- ** c1 Los pensamientos de la gente son un misterio para mí.
- ** c2 No siempre sé por qué hago lo que hago.
- ** c3 Cuando me enfado digo cosas sin realmente saber por qué las digo.
- ** c4 Cuando me enfado digo cosas de las que luego me arrepiento.
- ** c5 Si me siento inseguro puedo comportarme de una manera que molesta a los demás.
- ** c6 A veces hago cosas sin saber exactamente por qué.

```
RECODE RFQ8_1 RFQ8_2 RFQ8_3 RFQ8_4 RFQ8_5 RFQ8_6 (1=3) (2=2) (3=1)
(4=0) (5=0) (6=0) (7=0) INTO RFQ8c1 RFQ8c2 RFQ8c3 RFQ8c4 RFQ8c5 RFQ8c6.
EXECUTE.
```

```
COMPUTE RFQ8c= MEAN(RFQ8c1, RFQ8c2, RFQ8c3, RFQ8c4, RFQ8c5,
RFQ8c6).
EXECUTE.
```

*****6 ítems del RFQ8i (escala de incertidumbre)*****

- ** i2 No siempre sé por qué hago lo que hago.
- ** i4 Cuando me enfado digo cosas de las que luego me arrepiento.
- ** i5 Si me siento inseguro puedo comportarme de una manera que molesta a los demás.
- ** i6 A veces hago cosas sin saber exactamente por qué.
- ** i7 Siempre sé lo que siento
- ** i8 A menudo sentimientos muy fuertes nublan mi pensamiento

```
RECODE RFQ8_2 RFQ8_4 RFQ8_5 RFQ8_6 RFQ8_8 (1=0) (2=0) (3=0) (4=0) (5=1)
(6=2) (7=3) INTO RFQ8i2 RFQ8i4 RFQ8i5 RFQ8i6 RFQ8i8.
EXECUTE.
```

```
RECODE RFQ8_7 (1=3) (2=2) (3=1) (4=0) (5=0) (6=0) (7=0) INTO RFQ8i7.
EXECUTE.
```

```
COMPUTE RFQ8i= MEAN(RFQ8i2, RFQ8i4, RFQ8i5, RFQ8i6, RFQ8i7,
RFQ8i8).
EXECUTE.
```

