Pontificia Universidad Católica De Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología
Programa de Doctorado en Psicoterapia

# MANIFESTACIONES DE LA MENTALIZACIÓN EN LA INTERACCIÓN PACIENTE-TERAPEUTA DURANTE UN PROCESO PSICOTERAPÉUTICO Y SU RELACIÓN CON EL CAMBIO

Cecilia Juanita de la Cerda Paolinelli

| | |
|---|---|
| Director: | Ph.D. Claudio Martínez |
| Co-Directores: | Ph.D. Juan Pablo Jiménez |
| | Ph.D. Mariane Krause |
| Comité: | Ph.D. Alemka Tomicic |
| | Ph.D. Andrés Roussos |

Octubre, 2017

# Índice

**Índice** 3

**Indice de Figuras** 7

**Indice de Tablas** 9

**Resumen** 11

**Abstract** 13

**Introducción** 15

**Antecedentes Teóricos y Empíricos** 21

*Mentalización y Regulación* 22

*Relación con constructos afines y concepción multidimensional de la mentalización* 26

*Apego y Mentalización* 29

*Fallas de la Mentalización* 30

*Mentalización y Cambio en el Proceso Terapéutico* 34

**Objetivos** 40

*Objetivo General* 40

*Objetivos Específicos* 40

**Hipótesis o Preguntas Directrices** 42

**Método** 44

*Diseño General de la Investigación.* 44

**ESTUDIO 1** 45

**METODOLOGÍA** 45

*Muestra* *45*

*Procedimientos* *46*

**RESULTADOS ESTUDIO 1** **53**

**Resultados Descriptivos** **53**

**Resultados Cualitativos** **56**

*Identificación de Ejemplares de Función Reflexiva y de Falla de la Función Reflexiva* *56*

*Diferencias entre aplicación de EFR a la AAI y a la psicoterapia.* *60*

**Resultados Cuantitativos** **64**

*Manifestación de la Mentalización en Episodios Relevantes* *64*

*Análisis de los datos.* *68*

*Resumen de los datos analizados* *69*

*Función reflexiva según el tipo de segmento y el participante.* *70*

*Función Reflexiva según tipo de episodio y actor.* *71*

*Calidad de la función reflexiva según el tipo de episodio y el participante* *72*

**DISCUSIÓN ESTUDIO 1** **74**

**ESTUDIO 2** **81**

**Descripción del Caso de estudio: la Terapia B** **81**

**METODOLOGÍA** **83**

*Muestra Estudio 2.* *83*

*Instrumentos Estudio 2.* *84*

*Procedimiento* *85*

**RESULTADOS ESTUDIO 2** **89**

**Determinación de las manifestaciones de la mentalización en la interacción paciente-terapeuta: Identificación de ejemplares 89**

**Características verbales de las manifestaciones de la mentalización 92**

*Relación entre funcionamiento reflexivo y posiciones discursivas de paciente y terapeuta en distintos escenarios interaccionales 98*

**Características no verbales de las manifestaciones de la mentalización 104**

**Determinación de la expresión diferencial de las manifestaciones de la mentalización paciente-terapeuta en episodios relevantes de la psicoterapia. Contrastes por episodio y por actor. 111**

**Análisis de trayectorias de las manifestaciones de la mentalización en el transcurso de la psicoterapia y su relación con el proceso de cambio. 114**

*Variaciones de las manifestaciones de la mentalización en la interacción paciente-terapeuta a lo largo del proceso psicoterapéutico analizado 114*

*Comparaciones de Promedios por Fases 115*

*Diferencias entre las fases utilizando la GRID 117*

**Respuestas ante preguntas de demanda e intervenciones de demanda 133**

**DISCUSIÓN ESTUDIO 2 141**

*Respecto de la identificación de ejemplares de mentalización 141*

*Respecto de la proporción de ejemplares versus no ejemplares 142*

*Respecto de los aspectos verbales y no verbales de la mentalización en psicoterapia 144*

*Respecto de las manifestaciones de la mentalización en los distintos episodios 148*

*Respecto de las fases y los cambios en el transcurso de la psicoterapia 154*

*Respecto de las preguntas e intervenciones de demanda 158*

**CONCLUSIÓN** **164**

**Acerca de un Funcionamiento Reflexivo Relacional.** **164**

**BIBLIOGRAFÍA** **169**

**Anexos** **185**

**Anexo 1: Escala de Función Reflexiva:** **186**

**Anexo 2: Listado de Indicadores Cambio** **191**

**Anexo 3: Tipos de Ruptura y Resolución** **193**

**Anexo 4: Cartas de Consentimiento** **196**

## Indice de Figuras


Figura 1: Codificación de Función Reflexiva 50

Figura 2: *Distribución Turnos según Tipo de Episodio* 53

Figura 3: *Ejemplares de Mentalización, Ejemplares de Función Reflexiva, Ejemplares de Falla de la Función Reflexiva.* 65

Figura 4: *Estructura anidada de los turnos de palabra de la muestra dentro de los segmentos de sesiones de la terapia.* 66

Figura 5: *Ilustración de la codificación de función reflexiva en la psicoterapia* 67

Figura 6: *Calidad de FR de pacientes y terapeutas, según tipo de episodio* 73

Figura 7: *Distribución de turnos en el total de episodios relevantes de Terapia B.* 89

Figura 8: *Calidad FR Categorías – Actor* 90

Figura 9: *Distribución de Fallas de FR* 90

Figura 10: *Distribución de puntajes de FR según tipo de episodio.* 91

Figura 11: *Distribución de Sujetos Discursivos durante los Episodios de Cambio y de Ruptura* 99

Figura 12: *Calidad FR por Sujeto Discursivo* 100

Figura 13: *Distribución de PCV en turnos de FR y FFR del terapeuta* 105

Figura 14: *Distribución de PCV en turnos de FR y FFR del paciente* 106

Figura 15: *Promedios de calidad de FR para cada PCV* 107

Figura 16: *Promedios de FR de PCV de Paciente y Terapeuta durante el proceso terapéutico.* 108

Figura 17: *Proporciones de presentación (frecuencias) de cada PCV durante el transcurso de la psicoterapia.* 109

Figura 18: *Cantidad de Turnos por Participante y Tipo de Episodio* 113

Figura 19: *Trayectorias de FR de Paciente y Terapeuta durante la Terapia B* 115

Figura 20: *Medias de FR para Paciente y Terapeuta en 3 fases del proceso terapéutico* 116

Figura 21: *Trayectoria Fase 1 (Sesión 1 a 24)* 120

Figura 22: *Fase 1 Episodios de Cambio y Ruptura* 120

Figura 23: *Trayectoria Fase 2 (Sesiones 25 a 50)* 122

Figura 24: *Fase 2 episodios de cambio y ruptura* 122

Figura 25: *Trayectoria Fase 3 (sesiones 51 a 83)* 123

Figura 26: *Fase 3 Cambio y Ruptura* 124

Figura 27: *Dispersión de trayectorias por fase* 125

Figura 28: *Varianzas por Fase* 125

Figura 29: *Promedios y Varianzas durante las tres Fases* 126

Figura 30: *Fase 1 Cambio y Ruptura (turnos)* 128

Figura 31: *Fase 2 Cambio y Ruptura (turnos)* 130

Figura 32: *Fase 3 Cambio y Ruptura (turnos)* 131

Figura 33: *Frecuencia de respuestas a preguntas e intervenciones de demanda* 136

Figura 34: *Frecuencia de respuesta PD e ID según tipo episodio* 137

Figura 35: *Promedios calidad FR por fases y tipo de episodio* 139

## Indice de Tablas


Tabla 1: *Descripción de los procesos psicoterapéuticos y de los episodios relevantes.* 46

Tabla 2: *Distribución de turnos de palabra según tipo de episodio* 53

Tabla 3: *Proporción Segmentos Neutros y Episodios Significativos* 54

Tabla 4: *Turnos según Actor* 54

Tabla 5: *Distribución de turnos por terapia* 55

Tabla 6: *Ejemplares de FR del Paciente* 57

Tabla 7: *Ejemplares de FR del Terapeuta* 59

Tabla 8: *Ejemplares de Falla de la FR de Paciente y Terapeuta* 60

Tabla 9: *Resumen datos analizados Estudio 1: dos niveles de análisis* 70

Tabla 10: *Parámetros de Análisis de Regresión Logística Multinomial Jerárquica* 72

Tabla 11: *Predictores para Calidad de Función Reflexiva (HLM)* 73

Tabla 12: *Episodios Relevantes* 83

Tabla 13: *Caracterización de cada turno de palabra* 88

Tabla 14: *Voces y Posiciones Discursivas Terapia B* 93

Tabla 15: *Resumen comparaciones de puntajes de FR según tipo de episodio* 100

Tabla 16: *Resultado de regresión multinomial* 102

Tabla 17: *Posiciones discursivas del terapeuta predictoras de FR superior a 5* 103

Tabla 18: *Posiciones discursivas del paciente predictoras de FR superior a 5* 103

Tabla 19: *Contrastes Actor-PCV para presencia de FR en el turno* 110

Tabla 20: *Regresiones Logísticas: contrastes por episodio y por actor* 112

Tabla 21: *Atractores para cada una de las fases* 118

Tabla 22: *Recodificación variable Calidad de la FR* 127

Tabla 23: *Resumen de atractores por fase y tipo de episodio* 127

Tabla 24: *Respuestas a preguntas e intervenciones de demanda en distintos episodios* 135

Tabla 25: *Comparaciones de promedios de FR por fase* 140

## Resumen

Se entiende por mentalización la capacidad de atribuir estados mentales intencionales como implícitos o subyacentes a los comportamientos propios y ajenos (Bateman y Fonagy, 2006). Se trata de un constructo relevante para la investigación clínica por su relación con el desarrollo normal y psicopatológico, que ha sido además medido y estudiado en el contexto de la psicoterapia, confirmándose su rol como importante mecanismo de cambio (Levy, Clarkin, Yeomans, Scott, Wasserman, y Kernberg, 2006; Bateman y Fonagy, 2012). Si bien los estudios existentes la utilizan mayoritariamente como una variable de resultado, queda como ámbito a desarrollar la comprensión de cómo se expresa durante el proceso psicoterapéutico, a través de qué mecanismos puede ser modificada o aumentada y cómo se relaciona con los cambios que allí ocurren.

En ese marco esta investigación busca comprender el modo en que se manifiesta la mentalización en la interacción entre paciente y terapeuta, y la forma en que experimenta variaciones durante la psicoterapia. Su objetivo principal es determinar y caracterizar las manifestaciones de la mentalización en la interacción psicoterapéutica, y su relación con el proceso de cambio.

Se aplicó un diseño mixto implementado en dos estudios consecutivos. El Estudio 1, de enfoque cualitativo y transversal, tuvo el fin de determinar categorías de función reflexiva (FR) de pacientes y terapeutas en una muestra aleatoria de episodios relevantes provenientes de cinco psicoterapias ya realizadas. Su ejecución permitió observar el comportamiento de la Escala de Función Reflexiva (EFR; Fonagy, Target, Steele y Steele, 1998) en el contexto psicoterapéutico y establecer las adaptaciones

necesarias para su aplicación en el estudio siguiente. El Estudio 2 fue un estudio de caso, en que se aplicó la EFR a un proceso psicoterapéutico de larga duración para caracterizar verbal y no verbalmente las manifestaciones de la mentalización y observar su asociación con el proceso de cambio y resultados terapéuticos.

Con los análisis mencionados se pudo establecer los principales modos de manifestación de la mentalización en la interacción psicoterapéutica; caracterizarlos verbal y no verbalmente; establecer la asociación de estas manifestaciones y los episodios de cambio y de ruptura de la alianza terapéutica en las psicoterapias estudiadas, y delinear sus variaciones y trayectorias a lo largo del proceso psicoterapéutico y su asociación con el cambio terapéutico.

**Abstract**

MENTALIZING MANIFESTATIONS WITHIN THE PATIENT-THERAPIST INTERACTION THROUGHOUT THE COURSE OF A PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESS AND ITS RELATIONSHIP TO CHANGE.

Mentalization, conceived as the capacity to attribute intentional mental states as implicit or underlying one's own behavior or that of others (Bateman & Fonagy, 2006), has gained interest within clinical research due to its relation to normal or psychopathological behavior, and in its explicative potential as an important mechanism of change in psychotherapy (Levy, Clarkin, Yeomans, Scott, Wasserman, y Kernberg, 2006; Bateman & Fonagy, 2012). Existing studies generally use it as a result variable that is useful for the evaluation of effectiveness of different psychotherapeutic models whose objective it is to increase mentalization capacities of patients (Bateman & Fonagy, 2004; 2006 & 2012; Sadler, Slade & Mayes, 2006, Levy, Clarkin et al., 2006 & Levy, Meehan, et al., 2006). However, there is still a gap within the area of developing comprehension in how mentalization capacity is expressed during the psychotherapeutic process, through what mechanisms can it be modified and augmented, and how it related to mechanisms of change that occur during psychotherapy.

The aim of the present project is to generate knowledge about the role of mentalization capacity –operationalized as reflective functioning– in psychotherapeutic processes with patients suffering from personality disorders. Its objective is to determine the manifestations of Mentalizing in therapeutic interaction, characterize them in verbal and nonverbal terms, and establish their variations throughout

psychotherapies with patients diagnosed with personality disorders, delineating their association with the change process and therapeutic outcomes.

A mixed design was used which involved two consecutive studies. The first one was qualitative and cross-sectional. It was aimed at establishing reflective functioning categories for patients and therapists, thus making it possible to assess the behavior of the Reflexive Functioning Scale (Fonagy et al., 1998) in a psychotherapeutic context and define the necessary modifications for its administration in the subsequent studies. The second one was a case study. It was expected to shed light on the manifestations of mentalizing in the therapeutic interaction, the verbal and nonverbal characteristics of mentalizing during the psychotherapeutic process, the differences in the manifestation of patient and therapist mentalizing in a variety of interactive contexts and the trajectories and variations of mentalizing throughout the psychotherapeutic process of patients with personality disorders, delineating their association with change.

These results improved our comprehension of mentalizing in psychotherapeutic interaction as a complex and multidimensional phenomenon characterized by a combination of several forms of expression. This is especially relevant in the case of the treatment of patients with structural deficits in their ability to interact emotionally with significant others and whose therapeutic goal is, precisely, to improve this regulatory function.

## Introducción

La mentalización, concebida como la capacidad de atribuir estados mentales intencionales subyacentes a los comportamientos propios y ajenos, ha cobrado gran interés para la investigación clínica debido a su vinculación con el desarrollo normal o psicopatológico, como también por su potencia explicativa para la psicoterapia y los mecanismos de cambio que en ella se suscitan. Adquirida en la infancia temprana y estrechamente vinculada con los sistemas de apego y de regulación afectiva, su presencia –y sus fallas o disfunciones- han estado tras algunos modelos etiológicos de la enfermedad mental (Bateman y Fonagy, 2004; Clarkin, Yeomans, y Kernberg, 2006; Linehan, 1993). Las variaciones y cualidades de la mentalización, operacionalizada por Fonagy (Fonagy, Target, Steele H. y Steele M., 1998) como Función Reflexiva (FR), han sido medidas y estudiadas en el contexto de la psicoterapia, confirmándose su rol como importante factor de cambio psicoterapéutico (Bateman y Fonagy, 2006; Levy, Clarkin, Yeomans, Scott, Wasserman, y Kernberg, 2006; Bateman y Fonagy, 2012). Además, ha constituido una herramienta útil para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con trastorno de personalidad, y ha motivado un importante y creciente número de investigaciones enfocadas en su comprensión y operacionalización. Hay evidencia importante que señala que los pacientes con graves trastornos mentales presentan fallas en sus habilidades de mentalización, y que las psicoterapias exitosas inciden favorablemente aumentando las habilidades mentalizadoras de los pacientes (Fonagy y Luyten, 2009; Levy, Meehan, Kelly, Reynoso, Weber, Clarkin y Kernberg, 2006, Horz-Sagstetter, Mertens, Isphording, Buchheim, y Taubner, 2015). Los estudios existentes la utilizan mayoritariamente como una variable de resultado que sirve para la evaluación

de la efectividad de distintos modelos psicoterapéuticos que tienen como objetivo aumentar las capacidades mentalizadoras de los pacientes (Bateman y Fonagy, 2004; 2006 y 2012; Sadler, Slade y Mayes, 2006, Levy, Clarkin et al., 2006 y Levy, Meehan, et al., 2006). Sin embargo, ha quedado como ámbito a desarrollar la comprensión de cómo se expresa la capacidad de mentalización durante el proceso psicoterapéutico, a través de qué mecanismos puede ser modificada o aumentada y cómo se relaciona con los mecanismos de cambio que ocurren durante una psicoterapia.

Por otra parte, y desde el punto de vista de su evaluación, la mentalización, y su operacionalización en el concepto de Función Reflexiva, no alcanza a cubrir las diversas modalidades en que ésta se manifiesta en las relaciones significativas entre las personas. Se hace necesario el desarrollo de aproximaciones más complejas, que la conciben como un constructo multidimensional. Desde esta perspectiva, se plantea que la mentalización puede caracterizarse organizándose en torno a cuatro ejes o dimensiones: explícita/controlada *versus* implícita/autónoma; cognitiva *versus* afectiva; con foco en el *self versus* en el otro; y con atribución interna *versus* atribución externa (Bateman y Fonagy, 2012; Fonagy y Luyten, 2009; Luyten, Fonagy y Mayes, 2011). Lo anterior requiere el desarrollo de nuevas perspectivas de evaluación que permitan dar cuenta de la señalada multidimensionalidad, dando lugar a la construcción de perfiles que expresen las posibles combinaciones de integración para cada polaridad. Es justamente esta característica la que subraya la necesidad de construcción de dispositivos que faciliten la observación de las dimensiones de la mentalización en el seno de una determinada interacción, en este caso particular, durante la ocurrencia de la interacción psicoterapéutica.

A su vez, desde la perspectiva de la regulación interpersonal es necesario pensar en la función que adquiere la mentalización en los procesos de influencia recíproca y de autorregulación. Si mentalizar se concibe como un emergente de los procesos regulatorios tempranos de la diada bebé-cuidador, es entonces posible plantear que esta estrecha relación perdurará en las interacciones futuras, y entonces podrá ser observada, descrita, caracterizada y potencialmente evaluada en una dimensión procedural y en la interacción psicoterapéutica. Desde esta perspectiva, si bien los procesos de regulación interpersonal han sido estudiados, éstos no han sido analizados de manera específica como un fenómeno relacionado con la capacidad de mentalización de los pacientes. En consecuencia, resulta altamente relevante la comprensión del papel que juega la capacidad de mentalización en los procesos de autorregulación y regulación mutua y la manera en que participa en la construcción de una relación psicoterapéutica favorecedora del cambio en los pacientes.

Así, el foco de esta investigación estuvo en comprender cómo se manifiesta la mentalización en la interacción entre paciente y terapeuta, para dar cuenta de la mentalización como proceso complejo, relacional y multidimensional, íntimamente ligado a los procesos de regulación y a las vicisitudes de la psicoterapia. A fin de producir conocimiento sobre el proceso de mentalización en el paciente y el terapeuta, y sus variaciones durante la psicoterapia, su propósito medular fue determinar y caracterizar las manifestaciones de la mentalización en la interacción psicoterapéutica y su relación con el proceso de cambio.

Para alcanzar el objetivo señalado se propuso un diseño mixto que, implementado en dos estudios consecutivos, combinó las técnicas cualitativas y cuantitativas. Se

determinaron cualitativamente episodios relevantes y categorías de funcionamiento reflexivo en la interacción paciente-terapeuta; se describieron las características verbales (discursivas) y no verbales (vocales) de las manifestaciones de la mentalización en la interacción paciente-terapeuta, y se realizaron análisis estadísticos que permitieron establecer trayectorias espacio-temporales de los modos de expresión de la mentalización en la interacción paciente-terapeuta y a lo largo del proceso psicoterapéutico.

Con los análisis mencionados se pudo establecer resultados sobre: (a) Las manifestaciones de la mentalización en la interacción psicoterapéutica; (b) las características verbales y no verbales de las manifestaciones de la mentalización en la interacción paciente-terapeuta durante el proceso psicoterapéutico; (c) la asociación entre las manifestaciones de la mentalización y los episodios de cambio y de ruptura de la alianza terapéutica en las psicoterapias estudiadas, y (e) las variaciones de las manifestaciones de la mentalización en la interacción paciente-terapeuta a lo largo del proceso psicoterapéutico y su asociación con el cambio terapéutico.

En cuanto a los resultados esperados, este estudio se planteó que, a partir de los análisis cualitativos realizados, sería posible identificar las modalidades en que la mentalización se manifiesta durante la interacción psicoterapéutica en los procesos estudiados. Para ello se esperaba poder delimitar y diferenciar episodios en los cuales exista una falla o déficit de la mentalización de parte del paciente con el fin de poder comprender de mejor manera qué tipo de dinámicas se generan en la diada tendientes a subsanar esa falla o déficit. Se esperaba que la recuperación de la función mentalizadora cumpliera funciones regulatorias para el proceso psicoterapéutico, y que, gracias a la

delimitación, descripción y categorización de estos momentos de falla de mentalización, y su eventual recuperación por parte del paciente, fuese posible comprender cuáles son las dinámicas interaccionales mentalizadoras en el transcurso de la psicoterapia.

En cuanto a los análisis cuantitativos sugeridos, se hipotetizó, a partir de lo revisado, que las modalidades y categorías de la mentalización se expresarían con características verbales y no verbales diferenciables. Se hipotetizó, además, que las manifestaciones de la mentalización en la interacción paciente-terapeuta se expresarían verbalmente en el grado de disociación o integración de los aspectos del sí mismo presentes en el discurso (posiciones discursivas) de los participantes. Desde el punto de vista de lo no verbal, se esperaba que la mentalización se manifestara con características diferenciales de la expresividad vocal dentro de dicha interacción. Específicamente, las manifestaciones mentalizadoras se caracterizarían por patrones de cualidad vocal indicativos de mayor compromiso afectivo en comparación con las fallas de la mentalización, que se expresarían en patrones de cualidad vocal de menor compromiso afectivo. En relación a los episodios relevantes, se hipotetizó que, en episodios de cambio psicoterapéutico, sería posible observar en el paciente un aumento de manifestaciones mentalizadoras. En los episodios de ruptura de la alianza se observaría en el paciente una disminución de las manifestaciones mentalizadoras. Por último, y considerando el análisis de la mentalización en términos de la variable temporal, era hipotetizable que las manifestaciones de la mentalización en la interacción paciente-terapeuta variaran a lo largo del proceso psicoterapéutico, pudiendo dichas variaciones verse expresadas en diversos tipos de trayectorias. Se esperaba que estas trayectorias pudieran ser comparadas a partir de diversos marcadores diferenciales, tales como su dispersión,

atractores y otros análisis estadísticos que consideraran la variable temporal. Se hipotetizó, por último, que tales trayectorias se pudieran asociar con las variaciones que manifiesta el cambio psicoterapéutico a lo largo de la psicoterapia, de manera que los atractores y tendencias propias de las primeras etapas de la psicoterapia expresaran una organización interaccional distinta que aquellos de las etapas finales. En este sentido, se consideró posible esperar que las variaciones que capturaran la evolución de las habilidades mentalizadoras manifestarían más fallas no resueltas en la etapa psicoterapéutica inicial, comenzarían a generar trayectorias de interacciones tendientes a la restitución de habilidades mentalizadoras luego de una falla en las etapas intermedias de las psicoterapias observadas, y se estabilizarían en fallas resueltas de nivel menos primitivo en las etapas finales de las psicoterapias analizadas. Estos cambios en las formas y mediciones de las variaciones de la mentalización en la interacción paciente-terapeuta deberían ir aparejadas con un aumento del nivel de los indicadores de cambio terapéutico a medida que los procesos avanzan.

## Antecedentes Teóricos y Empíricos

En el ámbito de la investigación en psicoterapia es posible concebir la relación terapéutica como un proceso de regulación mutua (Tronick, 1989, 2001; Tronick, Bruschweiler-Stern, Harrison, Lyons-Ruth, Morgan, Nahum, Sander y Stern, (1998); Beebe y Lachmann, 2002; Stern, Sander, Nahum, Harrison, Lyon-Ruth, Morgan, Bruschweiler-Stern y Tronick, 1998) en el que ambos participantes de la díada negocian momento a momento el estado de la relación, oscilando de manera continua entre estados de coordinación y descoordinación (Safran y Muran, 1996, 2000, 2001; Bänninger-Huber, 1992; Bänninger-Huber y Widmer, 1999; Tronick, 1989, 2001). En este proceso se ponen en juego repertorios afectivos y relacionales que son parte de procedimientos generalizados de regulación, aprendidos en el contexto de vínculos significativos de la temprana infancia, que se van completando y complejizando a través de una vida de relaciones significativas posteriores, entre ellas, la que se establece en una relación terapéutica (Beebe y Lachmann, 2002; Tronick, 1989; Tronick y Cohn, 1989). Justamente es en el contexto de los procesos regulatorios propios de las relaciones tempranas, y en estrecha relación con el sistema de apego con los primeros cuidadores, donde la capacidad de mentalización surge como una de las principales habilidades humanas que evoluciona tempranamente en el desarrollo.

Considerada como una forma de cognición social (Bateman y Fonagy, 2012), la mentalización ha sido conceptualizada como aquella actividad mental imaginativa que nos habilita para percibir e interpretar el comportamiento humano en términos de estados mentales intencionales, como los pensamientos, sentimientos, necesidades, deseos, creencias, propósitos y razones, propios y ajenos. Un verdadero logro del

desarrollo, anclado en la historia de relaciones tempranas del bebé con sus primeros cuidadores y, como tal, vinculado con el apego y con las vivencias traumáticas tempranas (Fonagy, 1991; Bateman y Fonagy, 2004, 2006, 2012; Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002, Allen y Fonagy, 2006, Allen, Fonagy y Bateman, 2008). Una buena capacidad de mentalización hará posible la integración de emociones y estados del sí mismo que facilitarán las relaciones significativas a través del desarrollo, incluida una buena relación terapéutica (Bateman y Fonagy, 2004, 2012; Fonagy y Bateman, 2006). Por el contrario, una débil o baja capacidad de mentalización impedirá regular la ansiedad y las emociones difíciles, manteniendo disociados aspectos del sí mismo que, finalmente, dificultarán las relaciones significativas a través de la vida. Las distorsiones y déficits en la adquisición de esta habilidad han sido asociadas con experiencias de maltrato físico o sexual durante la niñez, que traerían como consecuencias, entre otras, la disminución del juego simbólico y diádico y la respuesta empática deficitaria hacia el estrés de otros niños y niñas. La mentalización así afectada incidiría en la manifestación de un amplio rango de dificultades que, unidas a las vulnerabilidades personales y a otros elementos ambientales, predispondría a severas psicopatologías en la adultez (Bateman y Fonagy, 2012).

### Mentalización y Regulación

La investigación fundamentada en las teorías del desarrollo para la comprensión de la psicopatología y de su relación con la psicoterapia ha vinculado consistentemente la regulación mutua con el apego y la mentalización (Bateman y Fonagy, 2004, 2012). Ambas se proponen como procesos íntimamente relacionados cuyo origen se remonta al

desarrollo humano temprano y que están fuertemente imbricados durante toda la vida de un individuo. La paulatina organización de estados del *self* que va emergiendo de la regulación diádica con la madre o cuidador principal, permite adjudicarle a la conexión entre apego, autorregulación y mentalización las características de una fundamental triada conceptual cimentada en la intersubjetividad (Bateman y Fonagy, 2004; Martínez, 2011).

Sin perjuicio de lo anterior, se trata de una conexión compleja y no siempre fácil de comprender. Una articulación posible es la relación entre mentalización y regulación desde la perspectiva de una doble ordenación (y dos estadios). Por una parte, y en un primer estadio, se considera la regulación como esencial e indispensable para el logro de la habilidad de mentalización en la primera infancia. Y por otra, y en un segundo estadio, se tomaría en consideración la relación de interdependencia que ambos fenómenos adquieren con posterioridad a la consecución de la mentalización como logro evolutivo y durante el resto de la vida del ser humano (Fonagy y Bateman, 2006; Bateman y Fonagy, 2012).

Respecto a la primera consideración, Fonagy y Target (2002) sugieren que la regulación –en especial la autorregulación- es una pieza clave entre la predisposición genética, la experiencia temprana y el funcionamiento adulto, incluido el funcionamiento reflexivo. Señalan que la evolución habría seleccionado las relaciones de apego temprano como el principal campo de entrenamiento para la adquisición de la mentalización. La calidad del reflejo de los afectos impacta el desarrollo de los procesos de regulación emocional y de autocontrol (incluidos los mecanismos de atención y de control voluntario) y la capacidad de mentalización. De esta forma, su adquisición depende de la

calidad de las relaciones tempranas, en la medida que ellas reflejan el grado en el cual nuestra experiencia subjetiva ha sido adecuadamente reflejada por un otro confiable (Fonagy y Bateman, 2006). La regulación diádica se desarrolla como parte del vínculo de apego primario entre infante y cuidador, generando con el tiempo patrones de regulación que el niño va internalizando y convirtiendo en autorregulación. Fonagy y Target (2002) han denominado a este proceso *biofeedback* social, agregando que capacita al bebé a desarrollar un sistema representacional de segundo orden para sus estados mentales. El bebé internaliza la respuesta empática de la madre, lo que le permite generar una representación secundaria de su propio estado emocional, modulando una vivencia emocional que luego puede ser pensada como algo diverso de la experiencia primaria. Es a partir de esta relación diádica que emerge una organización paulatina de estados del *self* cimentada finalmente en la intersubjetividad (Bateman y Fonagy, 2004; Martínez, 2011).

Por su parte, en su segunda consideración, y en un estadio evolutivo posterior, una vez adquirida la mentalización ésta se vuelve una habilidad que favorece una adecuada regulación con el sí mismo y con el otro. Una diversidad de procesos cerebrales está probablemente involucrada en la mediación de este complejo sistema, y la cognición social está cercanamente vinculada, al menos anatómicamente, con la regulación de las experiencias emocionales (Fonagy, Gergely y Target, 2007).

Allen y Fonagy (2006) enfatizan el carácter relacional de la mentalización al calificar el *mentalizar en acción* como algo que se realiza interactivamente. En términos ideales, durante la interacción cada participante permanece atento a sus estados mentales, mientras tiene en mente la mente de la otra persona y la mente propia. Cuando

Allen explica este proceso dinámico, hace justamente referencia a la cualidad interactiva propia de la regulación (Allen y Fonagy, 2006). Desde esta perspectiva, entonces, podemos pensar el mentalizar como una especificidad de la regulación general, puesta al servicio de un objeto específico, esto es, de los estados mentales del *self* y del otro. Mentalizar sería una acción humana relacional y, como tal, ocuparía como sistema de ocurrencia el de la regulación recíproca y de la autorregulación para manifestarse en el devenir de la relación. Podemos pensar que cumpliría recursivamente una doble función: al igual que cuando primero aparece o se desarrolla evolutivamente durante la infancia temprana, mentalizar surgiría como emergente de la regulación. Y, una vez emergida, contribuiría o perturbaría el sistema regulatorio, dependiendo de la calidad de su funcionamiento. Sería esta relación recursiva entre regulación y mentalización la que permitiría comprender el efecto que ambas tienen en los mecanismos regulatorios consigo mismo y con los otros.

Regulación, mentalización y apego están también involucradas en diversos modelos etiológicos de la psicopatología. Fonagy ha demostrado que la dificultad en el logro de la habilidad de mentalización se encuentra a la base de diversas psicopatologías, en especial del trastorno limítrofe de la personalidad. Se ha postulado en este sentido que los pacientes con trastorno límite muestran problemas en sus habilidades de mentalización y, por tanto, en los procesos regulatorios referidos a sí mismos y a aquellos que tienen que ver con sus relaciones con los otros (Bateman y Fonagy, 2006). La falla en la mentalización, combinada con una profunda desorganización de la estructura del *self*, puede proporcionar una explicación comprensiva para las características esenciales del funcionamiento *borderline* de la personalidad, que podría

entenderse como la consecuencia de la pérdida de la capacidad de mentalización en contextos de intensa emocionalidad, haciendo reemerger modos de pensar acerca de las experiencias subjetivas que anteceden a la mentalización completa y generan una presión por la reexternalización (identificación proyectiva) de estados internos desorganizados, intolerables y dolorosos (Bateman y Fonagy, 2012).

### Relación con constructos afines y concepción multidimensional de la mentalización

En los últimos años han surgido críticas a la idea de la mentalización como marcador de formas específicas de psicopatología, y del importante rol que se le asigna en el desarrollo de los desórdenes psiquiátricos que involucran patologías del *self* (Bateman y Fonagy 2004; Fonagy y Bateman 2006, Allen et al., 2008; Fonagy y Target, 2002; Luyten et al., 2011; Sharp y Fonagy, 2008). Se señala principalmente que, en su formulación original, ofrecería un constructo demasiado general y multifacético para ser adecuadamente operacionalizado (Bateman y Fonagy, 2012; Choi-Kain y Gunderson, 2008; Holmes 2005; Semerari, Carcione, Dimaggio, Nicoló, Pedone y Procacci, 2005). En tal sentido, Choi-Kain y Gunderson (2008) realizan una exhaustiva revisión del término originalmente planteado: en su opinión, el carácter general del concepto propuesto por Fonagy viene a denominar un fenómeno hasta entonces no muy estudiado, pero que en el camino contribuye a volverlo confuso. Desde esta perspectiva, el concepto de mentalización se superpondría con los conceptos de *mindfulness*, empatía, afecto consciente y psicología de la mente, manteniendo con cada uno de ellos aspectos comunes y diferenciadores. Los autores organizan tales similitudes y diferencias en

torno a dos ejes: *self*/otro e implícito/explícito. Desde este punto de vista, en comparación con la mentalización la empatía estaría más orientada al otro, mientras que en el concepto de *mindfulness* estaría más acentuada la relación con el *self*. Por su parte, el afecto consciente estaría más orientado hacia lo implícito, mientras que la psicología de la mente estaría más focalizada en lo explícito. Pero, a fin de cuentas, mentalizar compartiría territorio conceptual con estos cuatro constructos afines. En la medida en que sea posible comprender con mayor exactitud las relaciones entre ellos, también se podrán utilizar las mediciones que para cada uno de estos constructos son propuestas por la investigación empírica (Choi-Kain y Gunderson, 2008, Katznelson, 2014).

Por su parte, Diamond, Levy, Clarkin y Stovall-McClough (2003) reportan los resultados preliminares de un estudio longitudinal acerca del impacto del apego y de la función reflexiva en el proceso y resultado terapéutico con pacientes *borderline* en Psicoterapia Basada en la Transferencia (TFP). Usan la Entrevista de Apego Adulto (AAI) (George, Kaplan y Maine, 1996) para evaluar cambios en el estado mental en relación al apego y a la función reflexiva en el transcurso de un año de los tratamientos de TFP en pacientes con trastornos de personalidad limítrofe. Con el fin de adaptar la entrevista de apego adulto para evaluar los estados mentales respecto al apego dentro de la relación terapéutica, desarrollaron la Entrevista de Apego Adulto Paciente-terapeuta (PT-AAI). Ambas fueron evaluadas para determinar la clasificación de apego y la función reflexiva, siendo aplicadas a los pacientes a los cuatro meses y después de un año de TFP. Los autores resaltan la presencia de cambios tanto en la clasificación de apego como de función reflexiva de una submuestra de diez pacientes y terapeutas, y sugieren que la calidad de la mentalización en la arena psicoterapéutica puede ser vista como un proceso

bidireccional en el cual las capacidades reflexivas de terapeuta y de paciente se influencian mutua y recíprocamente. Señalan, además, que cuando se evalúa la mentalización en la relación terapéutica es necesario considerar el perfil de función reflexiva del paciente y del terapeuta en la relación del uno con el otro en lugar de los puntajes discretos e individuales (Diamond et al., 2003).

Como una manera de responder a tales críticas, Fonagy y Luyten (2009) señalan que es necesario considerar la mentalización ya no como un rasgo o habilidad estática o unitaria, sino como una capacidad multifacética, bajo la cual subyacen polaridades múltiples, pudiendo los pacientes mostrar mejoras en algunas de esas polaridades, pero no necesariamente en las otras (Fonagy y Luyten, 2009; Luyten et al., 2011). Basándose en extensa investigación social, cognitiva y de neuroimágenes, se propone que la mentalización puede ser caracterizada u organizada en torno a cuatro polaridades funcionales: 1) Automática (implícita) *versus* controlada (explícita); 2) Focalizada internamente *versus* focalizada externamente; 3) Orientada hacia el sí mismo *versus* orientada hacia el otro, y 4) Como proceso cognitivo *versus* como proceso afectivo. Cada una de estas polaridades puede ser referida a sistemas neuronales relativamente diversos, ofreciendo, si son consideradas en conjunto, una matriz comprensiva tanto para la conceptualización y evaluación de los diversos aspectos de la mentalización, cuanto para la determinación de su relación con otros constructos cercanos, tales como la teoría de la mente, empatía, *mindfulness*, alexitimia, inteligencia emocional, e *insight* (Bateman y Fonagy, 2012). Las polaridades de la mentalización se entienden como constitutivas de sistemas, en los cuales la representación de una disfunción en el extremo de un polo puede manifestarse como exceso en el otro. De este modo, una

disfunción en la mentalización cognitiva puede manifestarse como un exceso de representaciones mentales de foco emocional que, por no estar balanceadas por consideraciones cognitivas apropiadas, aparecen como representaciones inapropiadas de estados emocionales (Bateman y Fonagy, 2012). Aunque los patrones en que las limitaciones en la capacidad de mentalización se manifiestan pueden variar en los diversos individuos y las distintas condiciones diagnósticas, se sugiere que en la mayoría de los desórdenes severos de personalidad los desequilibrios en una de las cuatro polaridades descritas son evidentes en adultos con desórdenes mentales clínicos.

**Apego y Mentalización**

Como se dijera precedentemente, la mentalización no es una capacidad estática o unitaria, sino una habilidad multifacética y dinámica. Esta diferenciación es especialmente marcada en el contexto de diversas relaciones de apego (Bateman y Fonagy, 2012). Los individuos difieren en cuanto a la activación o desactivación de sus estrategias de apego, describiéndose una relación paradojal entre apego, estrés y mentalización. Los estudios han demostrado que la activación del sistema de apego está asociada con la activación del sistema dopaminérgico mesocorticolímbico, que juega un rol central en el sistema cerebral de recompensas y se vincula con un aumento de la sensibilidad a las señales sociales, niveles de estrés menores y menor evitación social (Fonagy y Luyten, 2009; Luyten et al., 2011; Bateman y Fonagy, 2012). Y al mismo tiempo, la activación de este sistema se ha enlazado con una desactivación relativa del *arousal* y el sistema de regulación emocional, así como de los sistemas neurocognitivos involucrados en la mentalización, incluida la corteza (Bateman y Fonagy, 2012).

**Fallas de la Mentalización**

En consonancia con lo planteado, la mentalización puede verse inhibida sea de manera general o global, en el contexto de relaciones de apego particulares, o respecto de alguna de sus polaridades funcionales. Cuando hay inhibición, según se ha postulado, reemergerían modos de representación subjetiva de los estados internos, correspondientes a etapas anteriores al logro evolutivo de la mentalización completa, como los que se describen a continuación.

El modo de equivalencia psíquica, normal en niños de veinte meses, se describe como la tendencia a suponer que los estados mentales son representaciones directas de la realidad psíquica (Gopnik y Meltzoff 1997, Bateman y Fonagy 2006, 2012, Allen et al., 2008), modo que los clínicos suelen considerar bajo la idea de pensamientos concretos. Lo que pensamos se experimenta como real y verdadero y bajo la lupa de la omnipotencia de la subjetividad, todo lo que está afuera se presume conocido. Los niños pequeños y a veces los pacientes que expresan una falla en la mentalización, funcionan con un sentido primordial de certeza en relación a sus experiencias subjetivas, experimentando como reales los sentimientos y pensamientos propios y de los otros. Se trata de experiencias subjetivas vívidas y desajustadas que pueden parecer síntomas casi psicóticos en los pacientes limítrofes y que también se manifiestan en los recuerdos físicos compulsivos asociados con el desorden de estrés postraumático (Bateman y Fonagy 2006, 2012, Allen et al., 2008).

Las perturbaciones de la experiencia subjetiva ligadas a las fallas de mentalización pueden adquirir otras formas. En el modo “como si” los pensamientos y sentimientos son disociados y pierden su significado, los pacientes pueden discutir sus experiencias sin

una contextualización de la misma en algún tipo de realidad material o física como si estuvieran creando un mundo ficticio. Los intentos psicoterapéuticos con pacientes que están en este modo pueden conducir al terapeuta a largas pero inconsecuentes discusiones acerca de experiencias internas, que no pueden ser vinculadas con vivencias genuinas. Por su parte, dentro del modo teleológico u orientado a los resultados domina lo físico y lo observable. La experiencia se considera válida sólo cuando sus consecuencias son evidentes para todos, como en el caso de los afectos, que sólo se consideran reales cuando se acompañan de una expresión física y concreta (Bateman y Fonagy 2006, 2012, Allen et al., 2008).

La consecuencia social más disruptiva de las fallas de mentalización es la tendencia a crear experiencias inaceptables dentro de los otros. Winnicott (1971) postula que cuando en la infancia no se logra desarrollar una representación de la propia experiencia a través del reflejo de su *self*, el niño o niña internaliza la imagen del cuidador como parte de su propia representación. Esta falta de continuidad dentro del *self* o *self* alienado puede generar un comportamiento controlador en niños y niñas con una historia de apego desorganizado, que se expresa en patrones persistentes de identificación proyectiva, en los cuales la experiencia de incoherencia dentro del *self* es disminuida a través de la externalización (Allen et al., 2008). Desde esta perspectiva, se explica la ansiedad de separación en la infancia media, asociada con apego desorganizado, como una implicancia de la intensa necesidad del cuidador como vehículo de externalización de la parte alienada del *self*. La externalización de los aspectos disociados o alienados de un *self* desorganizado puede ser deseable para un niño con apego desorganizado, pero es cosa de vida o muerte para un individuo

traumatizado que experimenta al abusador como una parte internalizada del *self*, creando un sentido de intolerable maldad dentro de sí. La externalización de estos estados internos es ampliamente reconocida en las reacciones contratransferenciales comunes de psicoterapeutas que trabajan con pacientes graves: a saber, sentimientos de ira y odio, desamparo y vacío o inutilidad, miedo y resentimiento, preocupación y urgencia de salvar y rescatar al paciente (Bateman y Fonagy, 2012; Allen et al., 2008).

El modo teleológico surge como alternativa al uso de la identificación proyectiva, al intentar obtener alivio ante experiencias de emociones abrumadoras e intolerables mediante la destrucción del *self* (autolesiones o suicidio). Estas y otras acciones también pueden servir para crear un *self* alienado terrorífico en el otro –terapeuta, amigo o pariente-, quien se vuelve el vehículo para aquello que es emocionalmente insoportable. La dependencia de este otro, que es el "único que entiende" los afectos desregulados del paciente, puede llegar a ser abrumadora y desarrollarse en la forma de un pseudo apego a este individuo de tipo adhesivo y adictivo (Bateman y Fonagy, 2012).

En cualquiera de sus modos, los estados prementalizadores implican, en el aquí y ahora de los vínculos, una falla de los sistemas de autorregulación y de regulación mutua que interfiere en las relaciones cotidianas y, una vez más, se vuelve crucial al presentarse durante la relación psicoterapéutica. Bateman y Fonagy (2006) vinculan el surgimiento de estas fallas en la mentalización durante la psicoterapia con las rupturas de la alianza terapéutica, señalando que "las rupturas representan una falla en el mentalizar" (p. 100). Y como ellas, implican un riesgo a la posibilidad de cambio si no son reparadas o resueltas, pero también una posibilidad de trabajo terapéutico que permita, en el contexto de intensas relaciones de apego reales y en tiempo presente, la generación de

formas nuevas y más mentalizadoras de considerar los estados mentales propios y ajenos, implícitos y explícitos, cognitivos y emocionales. Safran y Muran (2000) sostienen que el *impasse* terapéutico es una ventana que permite acceder a los esquemas relacionales del paciente, en lugar de ser entendido como obstáculo que haya de ser superado. En este sentido se postula que las rupturas de la alianza constituyen el camino real para la comprensión de los principios organizativos centrales del paciente (Stolorow, Brandcraft y Atwood, 1994), y el proceso de resolución de las rupturas de la alianza sería el corazón y motor del proceso terapéutico. De este modo, si las fallas en la mentalización coinciden con las rupturas, la resolución de las rupturas debiese corresponder con la posibilidad para el paciente –y para la diada- de pasar de estados menos mentalizadores a otros más mentalizadores. Desde esta perspectiva una ruptura de la alianza detrás de la cual existe una falla de la mentalización o en la cual se puede identificar el surgimiento en el paciente de un estado mental prementalizador, si es resuelta por el terapeuta, debiera propender a la superación, en un contexto intenso pero seguro, de la falla señalada, y por tanto debiese elicitar en el paciente y en la diada el resurgimiento de un estado mentalizador. Bateman y Fonagy (2006) arguyen que para reparar la alianza, en estos casos en que coincide con una falla en la mentalización, es indispensable que el terapeuta desarrolle una actitud inquisitiva, activa, empática y a ratos desafiante, pero, principalmente, debe ser capaz, ante la ruptura del vínculo, de recuperar su habilidad mentalizadora rápidamente con el fin de iniciar un proceso de negociación de las rupturas severas tan pronto como sea posible. Esta capacidad de recuperación y mantención de una actitud mentalizadora durante las rupturas sería, de

esta manera, crucial para mantener en tratamiento a pacientes con trastornos severos y daños profundos en sus capacidades mentalizadoras (Bateman y Fonagy, 2006).

### Mentalización y Cambio en el Proceso Terapéutico

El concepto de mentalización es de gran interés para la investigación clínica por su vinculación con la psicopatología, pero fundamentalmente por su potencia explicativa de la psicoterapia y de los mecanismos de cambio que en ella se suscitan. Es posible sostener que la integración de las distintas dimensiones de la mentalización constituye una meta importante en el tratamiento de pacientes que funcionan con serios desbalances entre los polos en que se manifiesta (Bateman y Fonagy, 2006, 2012; Martínez, 2011). En este orden, la psicoterapia involucra cambiar en el paciente los supuestos automáticos, simplistas y distorsionados acerca de sí mismo y de los otros, invitándolo a un proceso de reflexión conjunta acerca de aquéllos, a fin de hacerlos conscientes (Bateman y Fonagy, 2012). En la misma línea, otros estudios han encontrado indicadores de la expresión de la subjetividad de paciente y terapeuta a través del discurso verbal, que muestra la presencia de aspectos –denominados posiciones subjetivas- más reflexivos y mentalizadores, que tendrían la función de regular el diálogo interno y externo de otros aspectos menos reflexivos y automáticos (Martínez, Krause, Tomicic, Altimir y Pérez, 2013; Morán, Martínez, et al., 2016; Tomicic, Martínez, Pérez, et. al., 2015).

Desde una perspectiva clínica, los psicoterapeutas, sin importar su enfoque o modalidad e independientemente de cómo la conceptualicen, fundamentan sus prácticas en la capacidad de mentalización. Por consiguiente, la evaluación de la misma durante la

psicoterapia puede constituirse en una dimensión adicional que permita comprender cómo se produce la mejoría a lo largo del tratamiento (Fonagy y Bateman, 2006; Levy, Clarkin, et al., 2006; Levy, Meehan, et al., 2006; Bateman y Fonagy, 2012). No obstante, desde el punto de vista de la investigación de procesos y resultados en psicoterapia, es necesario profundizar en la comprensión de este concepto como parte del proceso clínico. Si bien existen numerosas investigaciones que demuestran la asociación entre incremento de la habilidad mentalizadora y los resultados exitosos en psicoterapia (Bateman y Fonagy, 2004, 2008; Fonagy y Bateman, 2007, 2011; Fonagy y Luyten, 2009; Sadler et al., 2006, Levy, Clarkin, et al., 2006; Levy, Meehan, et al., 2006), la mentalización puede mostrar importantes fluctuaciones a través del tiempo y de los contextos relacionales (Luyten et al., 2011; Bateman y Fonagy, 2012; Boldrini, Nazzaro, Damiani, Genova, Gazzillo y Lingiardi, 2017). O'Connor y Hirsch (1999) sugieren, por ejemplo, que los adolescentes muestran niveles más bajos y distorsionados de mentalización en relación a los profesores que les disgustan. Además, evidencia creciente indica que los niveles de mentalización han demostrado ser considerablemente fluctuantes dentro de y entre las sesiones psicoterapéuticas, como también en relación al terapeuta (Diamond y Yeomans 2008; Diamond et al. 2003; Prunetti, Framba, Barone et al., 2008; Vermote, Fonagy y Vertomment, 2009; Bateman y Fonagy, 2012).

Desde el punto de vista metodológico, diversos estudios acerca de la mentalización la evalúan en relación a los resultados de la psicoterapia, midiéndola antes y después de la misma. La Escala de Función Reflexiva (EFR) (Fonagy et al., 1998), en combinación con la AAI (Entrevista de Apego Adulto) (George, Kaplan, y Main, 1996) ha sido la dupla elegida usualmente en investigaciones sobre esta relación. Estudios

recientes señalan que, pese a que ambas escalas se superponen, sus resultados no son redundantes y que es importante continuar utilizando ambas, ya que permiten comprender mejor la relación entre estos dos importantes constructos (Jessee, 2016).

Pero es importante considerar que la mentalización no es una habilidad estática o un rasgo unitario, sino una capacidad dinámica, que está influenciada por factores contextuales, tales como el estrés y el *arousal*, especialmente en el contexto de relaciones de apego específicas (Allen et al., 2008) o de alta intensidad emocional, como la relación terapéutica. Por lo mismo, su medición a través de estrategias evaluativas como la EFR sólo permite obtener un potencial de mentalización que puede o no cumplirse, dependiendo del contexto en el cual los individuos se encuentran interactuando (Bateman y Fonagy, 2012).

Los estudios que relacionan mentalización y psicoterapia suelen operacionalizar la mentalización como una habilidad individual, discreta, que se evalúa de manera general y cuya medición se hace extensiva al funcionamiento reflexivo del individuo, sin considerar su carácter complejo, interaccional y dinámico. Bateman y Fonagy (2012) sugieren que las evaluaciones actuales de mentalización, tales como la Escala de Función Reflexiva (Fonagy et al., 1998), la Child Attachment Interview (Ensink, 2004) y la Parent Development Interview (Slade, Sadler, De Dios-Kenn, Webb, Currier-Ezepchick, y Mayes, 2005), involucran la agregación o conglomerado de la mentalización proveniente de diversas relaciones y contextos de apego. Sin embargo, dado que estará siempre inserta dentro de una específica relación de apego y puede diferir significativamente en cómo se manifiesta en una relación de apego o en otra, sugieren que sería más apropiado conceptualizarla como una habilidad relacional específica (Bateman y Fonagy, 2012).

Esto implicaría que tiene aspectos tanto de "estado" como de "rasgo" que varían cualitativamente en relación con el *arousal* emocional y el contexto interpersonal (Bateman y Fonagy, 2012).

En síntesis, la investigación referida al modo en que se comporta la mentalización en la psicoterapia se ha centrado preferentemente en una conceptualización de mentalización individual (*versus* interaccional), estática (*versus* dinámica), explícita (*versus* implícita), verbal (*versus* no verbal) y cognitiva (*versus* emocional) (Bateman y Fonagy, 2012; Luyten et al., 2001). Ha quedado como ámbito aún por explorar la investigación de la mentalización entendida como un proceso interactivo, complejo, dinámico, y que puede incluir manifestaciones no verbales, emocionales, implícitas, procedurales y corporizadas, en que el intercambio relativo a los estados mentales intencionales se desenvuelve y define una trayectoria que deviene a lo largo del proceso psicoterapéutico y que sería plausible describir y caracterizar. Por lo dicho, cobra relevancia el estudio de los procesos de regulación mutua –entre ellos, los procesos de mentalización y sus manifestaciones durante la psicoterapia- involucrados en la construcción, desarrollo y mantención de la relación terapéutica, atendida su expresión a través de diversos canales de comunicación simultáneos y en interacciones psicoterapéuticas no experimentales (Karlson y Kermott, 2006).

Estudiar las trayectorias de la mentalización en la interacción psicoterapéutica como un proceso inherente al desarrollo y mantención de la relación terapéutica implica, a su vez, pensar la psicoterapia como un proceso heterogéneo y de curso no lineal. Para ello, se requiere, por un lado, la observación de episodios relevantes del proceso terapéutico (Elliott, 2002; Greenberg, 1999, 2007; Hill, 1990; Hill, Knox, Thompson, Nutt,

Hess y Ladany, 2005), y, por otro, la aplicación de herramientas metodológicas que permitan visualizar la no-linealidad y dinámica de los procesos, con sus propiedades emergentes y cambios de estados en el tiempo (Hollenstein, 2007; Salvatore y Tschacher, 2012). Por tal motivo, el presente estudio se propone examinar episodios de cambio (Krause, et al., 2006; Krause, et al., 2007) y episodios de ruptura de la alianza terapéutica (Martínez, 2011; Safran y Muran, 1996, 2000, 2001, 2006), bajo el supuesto de que constituyen instancias intensamente productivas del proceso clínico (Martínez, Tomicic, y Medina, 2014; Martínez, Tomicic y Medina, 2012; Timulak, 2007).

Los episodios de cambio constituyen segmentos de interacción en los que se observa un micro-cambio del paciente en la esfera de lo representacional, es decir, en los patrones subjetivos de interpretación y explicación que llevan al desarrollo de nuevos significados sobre sí mismo y los otros (Krause, 2005; Krause et al., 2006). Los episodios de ruptura de la alianza constituyen un quiebre en el proceso de negociación intersubjetiva, que implica una ruptura en la comunicación y colaboración entre paciente y terapeuta. Ésta se manifiesta a través de un repliegue afectivo por parte del paciente respecto del terapeuta o el proceso terapéutico, o a través de una confrontación por parte del paciente hacia el terapeuta (Safran y Muran, 2000).

Tales instancias implican un alto nivel de intensidad afectiva, lo que permite observar de manera más clara las estrategias de regulación de los participantes, incluida la mentalización (Martínez, et al., 2013). El estudio del proceso psicoterapéutico a través de episodios relevantes cobra especial sentido para lo realizado en la presente investigación, focalizada en procesos relacionales específicos que se dan en el momento a momento de la interacción terapéutica.

En síntesis, esta tesis se propuso comprender los modos en que la mentalización se manifiesta en la interacción entre paciente y terapeuta, desde una lectura relacional y multidimensional del fenómeno en estudio. En este sentido, se plantearon estrategias metodológicas orientadas a capturar la complejidad, dinamismo y no linealidad de estos procesos interaccionales. Sus resultados contribuyen a explicitar los elementos verbales y no verbales que participan de los procesos de regulación mutua en una interacción terapéutica eficaz, que se expresan en cambios en las capacidades mentalizadoras del paciente y en la calidad de la mentalización en la diada, y que pueden ser entrenados y aplicados en la práctica de la psicoterapia.

Las siguientes preguntas de investigación guiaron la investigación realizada: (a) Cuáles son las manifestaciones de la mentalización en la interacción psicoterapéutica; (b) Cómo se caracterizan verbal y no verbalmente las manifestaciones de la mentalización en la interacción paciente-terapeuta durante el proceso psicoterapéutico; (c) Cómo se asocian las manifestaciones de la mentalización con los episodios de cambio y de ruptura de la alianza terapéutica, en las psicoterapias estudiadas, y (d) Cuáles son las trayectorias o variaciones que la mentalización manifiesta a lo largo del proceso psicoterapéutico y cómo se asocian estas variaciones con las trayectorias del cambio en la terapia.

# Objetivos

## Objetivo General

Determinar y caracterizar las manifestaciones de la mentalización en la interacción paciente-terapeuta, sus variaciones a lo largo de una psicoterapia y su relación con el proceso de cambio.

## Objetivos Específicos

1) Determinar las manifestaciones de la mentalización en la interacción paciente-terapeuta.

2) Caracterizar verbalmente las manifestaciones de la mentalización en interacción paciente-terapeuta durante el transcurso de una psicoterapia.

3) Caracterizar no verbalmente las manifestaciones de la mentalización en la interacción paciente-terapeuta durante el transcurso de una psicoterapia.

4) Determinar la expresión diferencial de las manifestaciones de la mentalización en la interacción paciente-terapeuta en episodios relevantes de la psicoterapia (episodios de cambio y de ruptura de la alianza terapéutica).

5) Establecer la asociación entre el cambio y las manifestaciones de la mentalización en la interacción paciente-terapeuta a lo largo de un proceso psicoterapéutico.

6) Describir las variaciones de las manifestaciones de la mentalización en la interacción paciente-terapeuta a lo largo de un proceso psicoterapéutico.

## Hipótesis o Preguntas Directrices

1. En la interacción terapéutica se podrán encontrar manifestaciones de la mentalización tanto para paciente como para terapeuta.
2. En la interacción paciente-terapeuta las expresiones de la mentalización tendrán diversas características verbales y no verbales a lo largo de la psicoterapia.
3. En la interacción paciente-terapeuta las manifestaciones de la mentalización podrán caracterizarse en términos verbales a través de las distintas posiciones subjetivo-discursivas de los participantes en la interacción.
4. En la interacción paciente-terapeuta las manifestaciones de la mentalización podrán caracterizarse en términos no verbales a través de patrones de cualidad vocal con características diferenciables en los participantes.
5. La correspondencia de la cualidad de características verbales y no verbales será indicativa de manifestaciones mentalizadoras, las que se diferenciarán de manifestaciones pseudo-mentalizadoras en que lo verbal no tendrá correspondencia con lo no verbal. Específicamente, esto último se expresará en la presencia de posiciones discursivas reflexivas acompañadas de patrones de cualidad vocal de menor compromiso afectivo.

6. Las posiciones discursivas más reflexivas se corresponderán con manifestaciones mentalizadoras, en cambio las posiciones discursivas monológicas se corresponderán con manifestaciones de pseudo-mentalización o de falla de la mentalización.

7. Las manifestaciones mentalizadoras se caracterizarán por patrones de cualidad vocal que presentan un mayor compromiso afectivo en comparación con manifestaciones de falla de mentalización que se caracterizarán por patrones de cualidad vocal con menos compromiso afectivo.

8. El paciente presentará un aumento de manifestaciones mentalizadoras en episodios de cambio psicoterapéutico.

9. El paciente presentará una disminución de manifestaciones mentalizadoras en episodios de ruptura de la alianza psicoterapéutica.

10. Las interacciones mentalizadoras en la diada paciente-terapeuta presentarán variaciones a lo largo del proceso psicoterapéutico, y dichas variaciones se asociarán con el proceso de cambio.

# Método

## Diseño General de la Investigación.

El diseño de esta investigación contempla la realización de dos estudios consecutivos. Primero, un estudio transversal de diseño mixto combinando técnicas cualitativas y cuantitativas, con el propósito de identificar y caracterizar las manifestaciones de la mentalización para pacientes y terapeutas en la interacción psicoterapéutica. Segundo, un estudio de caso único con análisis cualitativo y cuantitativo de los datos obtenidos en un proceso psicoterapéutico de larga duración. El propósito es caracterizar verbal y no verbalmente las manifestaciones de la mentalización en la interacción paciente-terapeuta, establecer la asociación entre estas manifestaciones y los distintos tipos de episodios relevantes, y entre estas manifestaciones y el proceso de cambio terapéutico, y describir las variaciones que la mentalización expresa en la interacción paciente-terapeuta durante proceso psicoterapéutico.

## ESTUDIO 1

## METODOLOGÍA

Trátase de un estudio transversal de diseño mixto que combina técnicas cualitativas y cuantitativas, con el propósito de:

1) Probar la factibilidad de aplicación de la EFR al contexto específico de la psicoterapia.
2) Identificar y caracterizar las manifestaciones de la mentalización para pacientes y terapeutas en la interacción psicoterapéutica.
3) Desarrollar un instructivo de aplicación de la EFR para interacciones psicoterapéuticas que pueda ser utilizado en el estudio 2.

### Muestra

Constituida por 1332 turnos de palabra provenientes de 51 segmentos terapéuticos aleatoriamente seleccionados (17 Episodios de Cambio, 17 Episodios de Ruptura y 17 segmentos neutros), identificados en 44 sesiones provenientes de cinco procesos psicoterapéuticos completos (ver Tabla 1). Los pacientes, cuatro mujeres y un hombre, con una edad promedio al inicio de la terapia de 34.7 años (DS=12.1), recibieron una media de 32.8 sesiones de terapia (DS=6.4) de orientación psicodinámica o cognitiva, en el contexto de un tratamiento ambulatorio. Los terapeutas, tres hombres y dos mujeres, de entre 3 y 15 años de experiencia profesional. Todos los tratamientos se evaluaron con el Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2, Lambert y Burlingame, 1996; von Bergen y de la Parra, 2002).

Pacientes y terapeutas fueron informados antes de comenzar las terapias, y consintieron tanto para las grabaciones como para la recolección y el manejo posterior de los datos para propósitos de investigación. El estudio fue aprobado por los Comités de Ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile y de la Universidad Diego Portales (CEI-UDP).

**Tabla 1:** *Descripción de los procesos psicoterapéuticos y de los episodios relevantes.*

| Paciente | | | Terapeuta | Proceso Psicoterapéutico | | | | | Segmento estudiado (Incluido en el estudio/total) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sexo (F/M) | Edad | Sexo (F/M) | Diagnóstico | Modalidad | OQ Inicial | ICC | Sesiones | *N* | E. de Cambio | E. de Ruptura | Neutral |
| 1 | F | 28 | F | Trastorno Adaptativo | Psicodinámico | 80 | 6 | 88[a] | 45 | 5/19 | 6/26 | 2 |
| 2 | M | 25 | M | Trastorno de Ansiedad | Cognitivo-Conductual | 50 | 28 | 11 | 16 | 3/6 | 2/10 | 2 |
| 3 | F | 19 | M | Depresión | Psicodinámico | 49 | 7[b] | 31[b] | 37 | 5/23 | 4/14 | 4 |
| 4 | F | 46 | M | Trastorno de Personalidad | Cognitivo-Conductual | 55 | 15 | 15 | 45 | 3/11 | 5/34 | 2 |
| 5 | F | 52 | F | Trastorno Adaptativo | Psicodinámico | 75 | 19 | 19 | 10 | 1/8 | 0/2 | 7 |

Nota. El diagnóstico fue reportado por cada terapeuta. F=Femenino M=Masculino. E= Episodios. Resultado: Terapias exitosas fueron definidas como aquellas que cumplen el criterio de obtener un Índice de Cambio Confiable (ICC) de 15 o más (von Bergen y de la Parra, 2002).

### Procedimientos

Las sesiones fueron grabadas en audio y video, y luego transcritas para su análisis. Cada uno de los procedimientos analíticos que se describen a continuación fue realizado de manera independiente por jueces entrenados.

***Determinación de episodios relevantes.*** Estos son segmentos especiales de la sesión terapéutica (Elliot, 1984; Timulak, 2007) que hacen posible comprender la conexión entre el intercambio terapéutico y su resultado. En este estudio se utilizaron Episodios de Cambio (Krause, de la Parra, Arístegui, Dagnino, Tomicic, y Valdés, 2006, 2007), y Episodios de Ruptura (Safran y Muran, 2000, 2006). Un Episodio de Cambio es un segmento de interacción donde ocurre un momento de cambio. En el procedimiento de codificación, este momento marca el final del episodio. Su inicio se establece retrospectivamente identificando el momento en que los participantes comienzan a hablar acerca del contenido del cambio (Krause, 2005). Un Episodio de Ruptura es un segmento de interacción en el que se identifican marcadores de comunicación que dan cuenta de una ruptura de la alianza terapéutica por parte del paciente, sea por retracción o confrontación (Eubanks-Carter, Muran, y Safran, 2008). Su inicio se establece con los primeros indicios comunicativos de ruptura y su final con los primeros indicios de su resolución o superación (Martínez, 2011). Para la determinación de episodios relevantes, cinco pares de codificadores entrenados analizaron videos y transcripciones de las sesiones. Sus codificaciones fueron validadas por medio de acuerdos intersubjetivos (Flick, 2004).

***Determinación de segmentos neutros.*** Son fragmentos de las sesiones de psicoterapia en que no se identifican los elementos necesarios para codificar un Episodio de Cambio o un Episodio de Ruptura. Para la delimitación de estos segmentos, se calculó el promedio de turnos de palabras de los Episodios de Cambio y Ruptura ya codificados, y a continuación se seleccionaron aleatoriamente fragmentos que tuvieran esa misma cantidad de turnos consecutivos. Para garantizar que no se tratara de textos aledaños o

relacionados temáticamente con episodios relevantes, los segmentos neutros sólo se tomaron de aquellas sesiones en las que no había sido codificado ningún episodio relevante.

***Determinación de ejemplares y categorías de función reflexiva.*** A las transcripciones de episodios relevantes y segmentos neutros constitutivos de la muestra se les aplicó la EFR (Fonagy et al., 1998) en tres de las cuatro etapas[1] que usualmente contempla, esto es: i) identificación de ejemplares (de función reflexiva o de falla de la función reflexiva); ii) asignación de la o las categorías que correspondan, y iii) asignación de un puntaje a los ejemplares identificados para determinar su calidad.

i) Identificación de ejemplares:

Tres jueces entrenados en EFR codificaron las transcripciones de los episodios, singularizando los ejemplares de función reflexiva o de falla de la función reflexiva de paciente y terapeuta, y consignaron los turnos de palabra correspondientes a cada ejemplar.

ii) Asignación de categorías de ejemplares:

Para función reflexiva, se asignaron a cada ejemplar la o las categorías de funcionamiento reflexivo que la EFR (Fonagy et al., 1998) contempla (Figura 1), a saber:

[1] Por las características del material analizado no se aplicó la cuarta etapa, esto es, la asignación de un puntaje global a la entrevista completa.

a. Dar cuenta de la naturaleza de los estados mentales (Categoría 4.1 del Manual de EFR).

b. Deducir los estados mentales que subyacen al comportamiento (Categoría 4.2).

c. Reconocer los aspectos evolutivos de los estados mentales (Categoría 4.3).

d. Señalar los estados mentales en relación con el otro (Categoría 4.4).

Los ejemplares de falla de la función reflexiva se categorizaron utilizando los diversos descriptores señalados en el manual.

iii) Asignación de un puntaje a los ejemplares identificados para determinar su calidad:

Siguiendo las reglas de puntuación indicadas en la EFR (Fonagy et al., 1998), se asignó un puntaje entre -1 y 9 para cada uno de los ejemplares identificados.

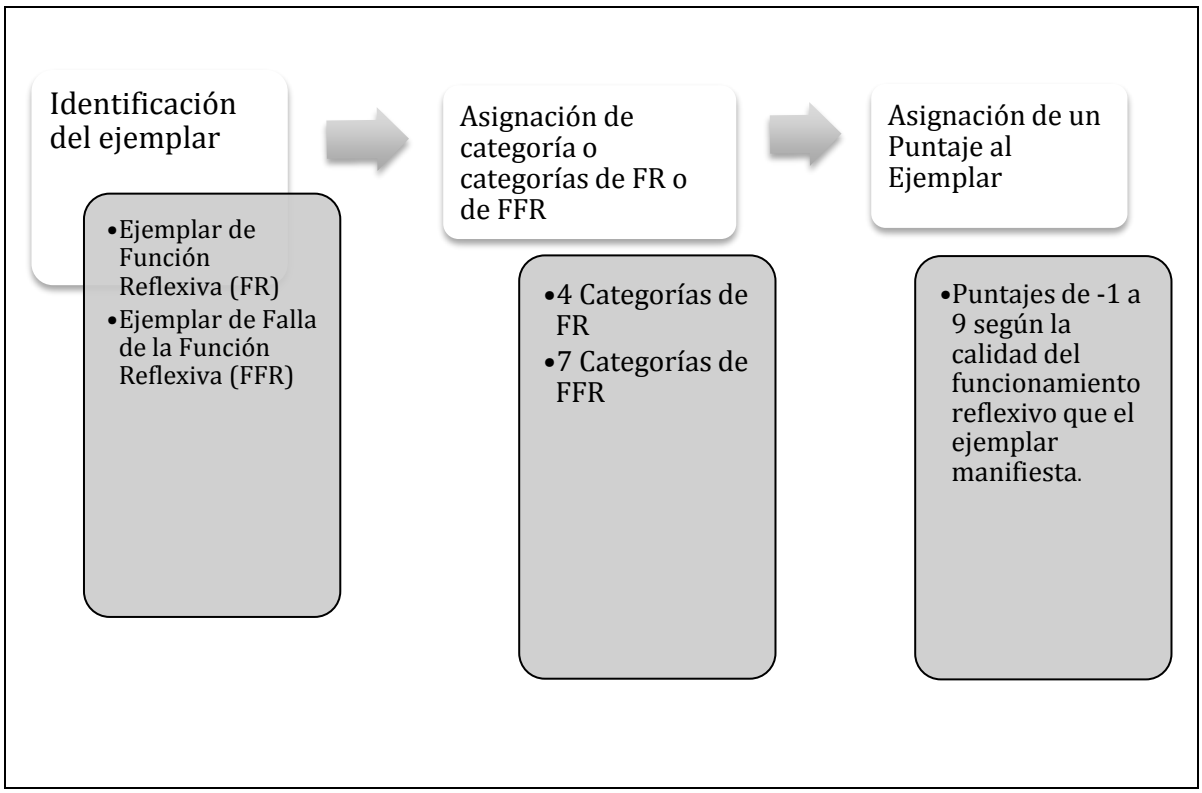



**Figura 1:** Codificación de Función Reflexiva

***Consideración acerca del modo de aplicar puntaje de Función Reflexiva según la EFR.***

La Martínez evalúa la capacidad de mentalización con puntajes que van desde -1 a 9. Se considera usualmente que, en población no clínica, el puntaje promedio es de cinco (Fonagy et al., 1998). Pero autores como Gullestad, Johansen, Høglend, Karterud, y Wilberg (2013) plantean que es posible identificar diferencias marcadas entre pacientes con puntajes inferiores o superiores a tres, por lo que prefieren dicotomizar la evaluación en dos niveles. Así, diferencian entre pacientes con puntajes inferiores a tres, que rechazan o desconocen la función reflexiva, de aquellos calificados con un puntaje tres o superior que ofrecen explicaciones basadas en estados mentales, aun cuando en algunas ocasiones sean rudimentarias o cliché. Basándose en las diferencias cualitativas

observadas entre ambos grupos, en el presente estudio se usó el puntaje de corte igual o superior a 3 para diferenciar entre la ausencia de contenidos reflexivos en el ejemplar y la presencia de una capacidad de mentalización, aunque fuese sólo esbozada y con características pre-reflexivas. Para ello se consideró que se trata de una muestra clínica, y que se está estudiando la expresión de la capacidad reflexiva en pacientes con trastornos psíquicos complejos. Es justamente la zona pre-reflexiva situada entre los puntajes 3 a 5 la que más nos interesa como escalón previo sobre el que trabajar psicoterapéuticamente. De este modo, para efectos de los análisis que siguen, se consideró como *ejemplar* a todos los pasajes en que se manifiesta una actividad mentalizadora, en la forma de funcionamiento reflexivo o de ausencia o falla de funcionamiento reflexivo. Se consideró como *ejemplar de función reflexiva (FR)* a todos los pasajes que manifiestan una capacidad reflexiva al menos esbozada o incipiente, asignándole puntajes igual o mayor a 3. Y, por el contrario, se consideró como *ejemplar de falla de función reflexiva (FFR)* a aquellos pasajes en que la función reflexiva ha sido rechazada o en que hay un desconocimiento de la misma, asignándoseles puntajes inferiores a 3.

Por último, fueron codificadas las *preguntas de demanda*, a que hace referencia la EFR. Se trata de un tipo particular de preguntas de la AAI que se conceptualizan como aquellas intervenciones en las que un interlocutor demanda del otro una respuesta reflexiva o que exprese algún nivel de mentalización (Fonagy et al, 1998), y están señaladas de manera taxativa en el manual de aplicación de la EFR. Se codificaron además las *intervenciones de demanda*, esto es, todas aquellas intervenciones del terapeuta que cumplen la función de inducir la mentalización en el paciente, pero que no

están formuladas en forma gramatical interrogativa, con el fin de darle a este tipo de enunciados el mismo trato de las preguntas de demanda taxativamente consignadas en el manual, esto es, hacer mandatoria la codificación de la respuesta dada por el paciente a dicha intervención.

## RESULTADOS ESTUDIO 1

### Resultados Descriptivos

Fueron analizados un total de 1332 turnos de palabras pertenecientes a 17 episodios de cambio, 17 episodios de ruptura y 17 segmentos neutros provenientes de cinco procesos terapéuticos que fueron registrados en su integridad. Como se observa en la Tabla 2 y en la Figura 2, están distribuidos en 438 turnos correspondientes a episodios de cambio, 455 a episodios de ruptura y 439 a segmentos neutros.

**Tabla 2:** *Distribución de turnos de palabra según tipo de episodio*

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---|---|---|
| Episodios de Cambio | 438 | 32.9 % |
| Episodios de Ruptura | 455 | 34.2 % |
| Segmentos Neutros | 439 | 33.0 % |
| Total | 1332 | 100 % |

**Figura 2:** *Distribución Turnos según Tipo de Episodio*

En la Tabla 3 se observa la distribución de los segmentos analizados según el proceso psicoterapéutico del cual provienen. Se señala para cada tipo de segmento el total de episodios de cada terapia y el número de ellos que fueron considerados en esta muestra.

**Tabla 3:** *Proporción Segmentos Neutros y Episodios Significativos*

| | EPISODIOS CAMBIO | | EPISODIOS RUPTURA | | SEGMENTOS NEUTROS | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *Terapia* | Total | Muestra | Total | Muestra | Muestra* | Episodios Terapia |
| *1* | 19 | 5 | 26 | 6 | 2 | 45 |
| *2* | 6 | 3 | 10 | 2 | 2 | 16 |
| *3* | 23 | 5 | 14 | 4 | 4 | 37 |
| *4* | 11 | 3 | 34 | 5 | 2 | 45 |
| *5* | 8 | 1 | 2 | 0 | 7 | 10 |
| *Total* | | 17 | | 17 | 17 | |

**Nota*: Los segmentos neutros fueron delimitados para este análisis, no formando parte de la codificación inicial de las terapias, por lo que no se contrasta con un total.

Si diferenciamos por tipo de actor, se advierte en la Tabla 4 que la muestra está constituida por 669 turnos de palabra del Paciente (que representan 50.2% de la muestra), y 663 del Terapeuta (equivalentes al 49.8% restante).

**Tabla 4:** *Turnos según Actor*

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---|---|---|
| Paciente | 669 | 50.2 % |
| Terapeuta | 663 | 49.8 % |
| Total | 1332 | 100 % |

En cuanto a la distribución de turnos por terapia, la tabla 5 consigna el porcentaje de turnos de palabra perteneciente a cada una de las cinco terapias analizadas, los que se distribuyen de manera uniforme.

**Tabla 5:** *Distribución de turnos por terapia*

| | *Frecuencia* | *Porcentaje del total de la muestra* | *Presencia de Ejemplar* | *Porcentaje de turnos por cada terapia* | *Presencia de FR* | *Presencia de Falla de FR* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Terapia 1 | 231 | 17.3 % | 43 | 18,6% | 34 | 6 |
| Terapia 2 | 376 | 28.2 % | 99 | 26,3% | 90 | 9 |
| Terapia 3 | 278 | 20.9 % | 28 | 10,1% | 17 | 11 |
| Terapia 4 | 219 | 16.4 % | 47 | 21,5% | 33 | 14 |
| Terapia 5 | 228 | 17.1 % | 23 | 10,1% | 17 | 6 |
| Total | 1332 | 100 % | 240 | 18%[a] | 191 | 46 |

*Nota*: [a] Corresponde al porcentaje de presencia de ejemplar en el total de turnos de la muestra de 51 episodios

Así, los porcentajes de turnos de palabra correspondientes a ejemplares de mentalización fluctúan entre el 10% y el 26%, habiendo en general un 18% de turnos pertenecientes a ejemplares en la totalidad de la muestra de 51 episodios.

## Resultados Cualitativos

En este apartado se consignan ejemplos del tipo de material codificado para cada categoría de función reflexiva y de falla de la función reflexiva identificada. Se señalan, además, las principales adaptaciones que requirió la EFR para ser usada en la codificación de episodios y segmentos de psicoterapia.

### Identificación de Ejemplares de Función Reflexiva y de Falla de la Función Reflexiva

En la muestra analizada se identificaron un total de 138 ejemplares de mentalización, con un promedio de 2,7 ejemplares por episodio. De estos, 116 (84%) correspondieron a ejemplares de función reflexiva (2,3 por episodio) y 22 (16%) correspondieron a ejemplares de falla de función reflexiva (0,4 por episodio).

Se observaron ejemplares de función reflexiva tanto en terapeuta como en paciente, los que fueron clasificados en una o más de las categorías de función reflexiva señaladas en la EFR. Fonagy et al., (1998) sugieren considerarlas "ejemplos que indican cuando la mentalización es explicitada en una narrativa relativa al apego" (p. 15), de modo que resulta poco probable que un ejemplar sea un caso puro perteneciente a una única categoría. En este entendido se marcaron para cada ejemplar todas las categorías presentes.

Como se aprecia en la Tabla 6 para los pacientes y en la Tabla 7 para los terapeutas, los ejemplos dados se dividen por categorías, intentando dar cuenta de la diversidad y especificidad del material producido en las terapias codificadas.

**Tabla 6:** *Ejemplares de FR del Paciente*

| 1. Darse cuenta de la naturaleza de los estados mentales | 2. Tentativa explícita de deducir los estados mentales que subyacen al comportamiento | 3. Reconocer los aspectos evolutivos de los estados mentales | 4. Estados mentales en relación con el entrevistador |
|---|---|---|---|
| **Ejemplar 1/P: Los EM pueden disfrazarse**<br>T: ¿sientes que es algo que te pasa conmigo también?<br>P: no no no. no pero es que en realidad yo soy así - siempre he sido así en realidad como que intento demostrar que estoy bien y no, no lo estoy en realidad - es como para poder no bajonear a mi mamá no preocuparla ni nada pues o tampoco dar lástima... pena | **Ejemplar 2/P: Valorar los EM desde el pto de vista del impacto que tienen en el comportamiento propio o de los otros**<br>P: es que, es que cuando ando con pena intento no hacer nada o sea como que salgo a trotar como cosas así, como para olvidar, pero como para olvidarme del tema, no para seguir hablando del tema<br>**Ejemplar 3/P: Tener en cuenta cómo los demás nos perciben**<br>P: es que no; a ver - no me gusta que la gente me vea llorar (risa) es como eso en realidad no no me gusta no no me gusta porque como que me hace ver que no sé, soy menor, que que no sé, me pueden pasar a llevar<br>T: que eres menor qué<br>P: como menor persona, como que valgo menos, como que... | **Ejemplar 4/P: Tener en consideración una perspectiva transgeneracional, estableciendo vínculos entre las generaciones**<br>P: sí! eee es que ella no funciona a presión ni funciona ni a presión ni como mi papá... ella funciona... yo tampoco funciono a presión eee siento que, que en la medida que yo me conozca bien la estoy conociendo bien a ella y<br>T: ¿a ver cómo es eso?<br>P: sí (já) porque con el tema esto de la terapia he aprendido a conocerme más, he aprendido a conocer a reconocer mis debilidades eee mis fortalezas, sí, he aprendido a conocerme porque tú me has dicho tú eres así así y así que nadie me lo había dicho y: y sí creo que sí y: y ella es igual a mí por eso chocábamos porque yo no entendía eso<br>**Ejemplar 5/P: Imaginar los cambios en los EM entre el pasado y el presente, y entre el presente y el futuro**<br>P: Yo creo que sí, de hecho, es lo más seguro, solamente que en ese tiempo no lo tomaba por ese lado, yo no pensé que uno decía ah y me afectó tanto porque me que mi mamá no me da<br>T: Claro uno [no racionaliza así las relaciones]<br>P: [No raci... claro no]... en ese tiempo no la pensaba | **Ejemplar 7/P: Sintonización emocional**<br>P: no sé no sé lo que vas a hablar - dime<br>T: hm - - -<br>P: a ti te impresionaron los cortes<br>E: eee<br>P: ¿qué te impresionaron qué te impresionó en realidad - los cortes? |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | así, pero ahora si yo yo estoy bien seguro de que de que mi polola me da ese cariño que no… yo se lo he dicho a ella si::: yo le digo quizás yo soy tan mamón contigo porque tú me das un cariño que no me da mi mamá y ella me dice, yo también lo pienso.<br>**Ejemplar 6/P: Darse cuenta de las dinámicas familiares**<br>P: es que que claramente a mí no me gusta estar sola y yo lo he visto hartas veces - no me gusta estar sola, yo creo que es por por mi papá - yo creo que es solamente por eso, y el miedo que me da a mí es (llora) es el estar sola, y como que ultima estas últimas sesiones me he dado cuenta de eso. O sea, antes no lo veía así o sea ni siquiera lo tenía como en mente (llora) | |

*Nota:* EFR=Escala Función Reflexiva. FR=Función Reflexiva. EM=Estados Mentales. P=Paciente. T=Terapeuta

**Tabla 7:** *Ejemplares de FR del Terapeuta*

| 1. Darse cuenta de la naturaleza de los estados mentales | 2. Tentativa explícita de deducir los estados mentales que subyacen al comportamiento | 3. Reconocer los aspectos evolutivos de los estados mentales | 4. Estados mentales en relación con el entrevistador |
|---|---|---|---|
| **Ejemplar 1/T: Opacidad de los EM**<br>T: puedo decir que la semana que no estás muy bien no te dan ganas de venir - ¿puede ser o no?<br>P: mm sí, pero; o sea igual yo quería venir el jueves, pero es que no me daba el tiempo (já) no podía<br>T: ¿o es una idea mía o tú piensas que puede estar relacionado o no?<br>**Ejemplar 2/T: Los EM pueden disfrazarse**<br>T: Yo creo que el origen y la raíz de que a ti cada cierta cantidad de tiempo te aparezca la ansiedad yo creo que tiene que ver con que tu vienes arrastrando hace muchos años ciertas emociones que tú te haz encargado de guardar así, pero (gesto de mano dura) sagradamente<br>P: Sí, yo también he pensado lo mismo, que yo me he guardado muchas cosas entonces [y no] solamente con mi mamá también con diferentes situaciones que me enojan<br>**Ejemplar 3/T: Darse cuenta de la naturaleza defensiva de ciertos EM**<br>T: Sabes que yo creo que este es un tema súper importante, o sea hemos hablado harto de tu mamá<br>P: [(Asiente) *si supiera ella que hablamos* (ríe)<br>T: (Ríe) *y ha sido súper importante lo que hemos* hablado de ella, pero cuando logramos escarbar harto en el tema tu como ahí sueltas tus defensas y asumes que todavía hay | **Ejemplar 4/T: Valorar los EM desde el punto de vista del impacto que tienen en el comportamiento propio o de los otros**<br>T: puedo decir que la semana que no estás muy bien no te dan ganas de venir - ¿puede ser o no?<br>**Ejemplar 5/T: Tener en cuenta cómo los demás nos perciben**<br>T: pero yo creo como que de repente pueda usted mirar como que usted también eee es bien como displicente o como que le molesta muchas cosas de lo que ellos hacen - o sea como que por ningún lado se ve mucho encuentro | **Ejemplar 6/T: Asumir una perspectiva evolutiva**<br>T: es que yo creo que eso pasa un poco, no sé si dicho así suena un poco raro, pero: pero sí que tú has tenido que darte tus propias explicaciones y que las has usado desde bien chica entonces la explicación es bien de cabra chica<br>**Ejemplar 7/T: Darse cuenta de las dinámicas familiares**<br>T: tú sientes que es como prevenir que es parecido a lo que pasaba con tu papá / eso? si pasa algo que que se puede perder y que hoy día lo has tomado como una estrategia de cómo se puede perder ¿entonces mejor es no tenerlo? | **Ejemplar 8/T: No asumir el conocimiento**<br>T: ((m:::)) (.) Sí::: yo pregunto todo esto (.) justamente por lo mi:::smo (.) porque::: como que hago la relación entre (.) trabaja:::r estudia:::r (.) el tiempo pa la familia (.) como que (.) el concepto de tie:::mpo (.) como que se achi:::ca |

| |
|---|
| mucha rabia…y yo creo que<br>son esas emociones que<br>uno no muestra mucho y<br>como que tiene bien<br>escondida las que hacen<br>que uno se enferme |

*Nota:* EFR=Escala Función Reflexiva. FR=Función Reflexiva. EM=Estados Mentales. P=Paciente. T=Terapeuta

En la Tabla 8 se muestran algunos ejemplos de fallas de la función reflexiva tanto para el paciente como para el terapeuta, que dan cuenta de varias de las categorías de función reflexiva negativa o limitada señaladas por la escala.

**Tabla 8:** *Ejemplares de Falla de la FR de Paciente y Terapeuta*

| ***Rechazo de la FR*** | ***Desconocimiento de la FR*** | ***FR ingenua o simplista*** |
|---|---|---|
| **Ejemplar 1/FFR-P** | **Ejemplar 2/FFR-P** | **Ejemplar 3/FFR-P** |
| T: 'no quiero inspirarme' mira que frase 'no quiero inspirarme'. eso es como no quiero entusiasmarme? ¿no quiero ilusionarme?<br>P: ¡no! no quiero esforzarme en crear no quiero hacerlo o sea no sé qué más decirte o sea ¡no quiero hacerlo!<br>T: sí lo entiendo, si lo que me interesa saber es de dónde surge<br>P: pero si la otra vez me mandaste súper mal para afuera así que ¿cómo me dice de dónde surge?, ¡no sé!<br>T: entonces sí sabes<br>P: sí pues, ¿pero tú también para qué me preguntas?<br>T: para que hablemos de eso pues (ja)<br>P: ¡ah! | P: (suspiro) eee algunas copuchas del trabajo que me afectaron - o sea no que me afectaron si no que yo siento que se acumuló nada más. Es como bueno, uno dice que no pasa nada, y y exploté pues, creo que reventé<br>T: ¿y cuáles son las "copuchas"?<br>P: no tienen nada que ver conmigo en realidad, pero me afectaron (p: 00:16) //<br>T: ¿no? ¿por qué no?<br>P: porque en realidad no tiene importancia pues son tan - - no tiene importancia en realidad (p: 00:05) | T: y qué cosas has pensado cuando sientes que no quieres venir más - qué cosas te pasan por la cabeza<br>P: eee o sea que a lo mejor puedo arreglar mis cosas ya como yo misma, sin apoyo de gente externa. Que ya como que me tengo que empezar a valer por mí misma. Igual ya ya voy a tener veinte años y después voy a estar en la universidad y después va a haber más presión - cosas así pues y como que… |

*Nota:* FR=Función Reflexiva. P=Paciente. T=Terapeuta. FFR=Falla de la Función Reflexiva

### Diferencias entre aplicación de EFR a la AAI y a la psicoterapia.

Se observan en el material analizado algunas importantes diferencias entre la aplicación de la EFR a la AAI y su aplicación a la interacción psicoterapéutica.

Una primera diferencia dice relación con la dimensión temporal de los ejemplares de función reflexiva. Por una parte, tal como se puede apreciar en la tabla 7, columna 3, ejemplar 6/P, observamos ejemplares similares a los que se producen en la AAI: esto es,

un tipo de material referido a relaciones de apego tempranas y ocurridas en un tiempo pasado más próximo o más lejano. En el ejemplo, la paciente considera los aspectos evolutivos de los estados mentales, y expresa que su dificultad para estar sola se relaciona con algo ocurrido con su padre y que antes no lo veía de esa manera, pero que ahora que se encuentra en terapia se da cuenta de aquello. Pero observamos, además, ejemplares diferentes a las respuestas usuales dadas por los entrevistados en la AAI, que, en lugar de hablar en tiempo pasado, se caracterizan por referirse a la interacción entre el paciente y el terapeuta y, por lo tanto, con una formulación en tiempo presente, que describe el aquí y ahora de la relación. Una muestra de este tipo de ejemplares se encuentra en la tabla 7, columna 4, ejemplar 7/P. En este caso, la paciente considera los estados mentales en relación con el terapeuta, específicamente la idea de que a su terapeuta podrían impresionarlo los cortes que ella se había infligido en los brazos.

Una segunda diferencia importante entre la aplicación de la EFR a la AAI y su aplicación a episodios y segmentos de sesiones de psicoterapias, se refiere a la codificación de función reflexiva para el terapeuta. Dada la característica semiestructurada de la AAI (las intervenciones del entrevistador se ciñen a las indicaciones del cuestionario), la función reflexiva de los entrevistadores no se pone en juego de manera manifiesta, y, por tanto, la EFR no considera su evaluación. Sin embargo, en la aplicación de la EFR a los episodios y segmentos de sesiones de psicoterapia aquí realizada, se eligió codificar las intervenciones del terapeuta, para después analizar cómo se relaciona con la función reflexiva mostrada por el paciente. Concretamente, se observó una diversidad de manifestaciones de funcionamiento reflexivo del terapeuta,

las que fueron clasificadas como *preguntas de demanda, intervenciones de demanda y manifestaciones mentalizadoras genéricas del terapeuta*.

En primer lugar, se observaron proposiciones equiparables a las *preguntas de demanda* descritas por la EFR, que fueron codificadas en función de la correspondencia conceptual y similitud formal que presentan los enunciados de los terapeutas con las preguntas enumeradas en la escala. A fin de evaluar su calidad, se pensó que, dada su estructura lógica, toda pregunta de demanda implica indagar acerca de la relación entre algún evento y los estados mentales subyacentes, lo que corresponde a la categoría más general de funcionamiento reflexivo. Por ende, cada vez que en el material analizado se identificó una pregunta de demanda en el terapeuta, esta se codificó con un nivel de función reflexiva al menos moderado (RF=5). Como era de suponer, gran parte de los ejemplares de función reflexiva de los terapeutas quedaron catalogadas en ese ítem (ver Tabla 7, columna 1, ejemplar 1/P, y Tabla 8, columna 1, ejemplar 1/T).

En segundo lugar, observamos otro tipo de enunciados en los terapeutas en los que, si bien no se cumplían todas las características de una pregunta de demanda, por no tener una forma gramatical interrogativa o por no hacer una referencia explícita a un estado mental por el cual se está preguntando, sí se consideraron ejemplares que cumplían con el objetivo de inducir una respuesta reflexiva de parte del interlocutor. Llamamos a este tipo de enunciados *intervenciones de demanda*. En la tabla 8, columna 1, ejemplar 2/T, es posible apreciar este tipo de intervenciones. En este ejemplo, el terapeuta formula una hipótesis acerca de la relación entre la ansiedad del paciente y las emociones que no ha expresado durante mucho tiempo. Se trata de una aseveración interpretativa, que no es formulada como interrogación. Sin embargo, desde el punto de

vista interactivo cumple la misma función que una pregunta de demanda, ya que plantea una afirmación acerca de la experiencia del paciente de la que éste necesariamente debe hacerse cargo en términos reflexivos. Así, en este ejemplo, el paciente acepta la invitación a reflexionar que el terapeuta de manera implícita le demanda y la elabora.

Por último, en el análisis realizado se observaron lo que llamamos *manifestaciones mentalizadoras genéricas de los terapeutas*, en las que, siguiendo la regla general de la EFR, se codifican todos aquellos ejemplos que indican cuando la mentalización es explicitada en la transcripción. Estas no corresponden exclusivamente a intervenciones interrogativas (i.e. preguntas de demanda) o afirmativas (i.e. enunciados de demandas) propias de su rol, sino que en general a enunciados en los que el terapeuta comunica o expresa su propia actividad mentalizadora, que puede ser caracterizada según su contenido. Así, por ejemplo, en la tabla 8, columna 3, ejemplar 6/T, el terapeuta muestra, a nivel del contenido de su intervención, reconocer los aspectos evolutivos de los estados mentales, esto es, considera que la manera de pensar o explicarse de la paciente tiene un origen en su infancia y que eso, a su vez, le permite entender su modo infantil de funcionamiento.

## Resultados Cuantitativos

### Manifestación de la Mentalización en Episodios Relevantes

*Nota previa acerca de la nomenclatura empleada en este apartado: Ejemplar / No Ejemplar de Mentalización*

La EFR permite identificar lo que denomina "ejemplares" de función reflexiva o de falla de la función reflexiva. Estos ejemplares se caracterizan por ser extractos del material analizado donde se lleva a cabo una actividad relacionada con la mentalización. Estos ejemplares se diferencian de otros momentos durante la interacción terapéutica en los que no se está mentalizando ni se está manifestando una falla de esta habilidad. Según Fonagy et al., (1998) los seres humanos no mentalizamos todo el tiempo. Tal actividad de mentalización continua no sería deseable, y pudiera estar indicando una hipermentalización o pseudomentalización. La actividad reflexiva humana, al igual que la actividad de regulación consigo mismo o con los otros, se genera en un vaivén entre momentos de reflexión y momentos en que no se está reflexionando. Los ejemplares de actividad relacionada con la mentalización, o *Ejemplares de Mentalización*, estarían indicando o que el actor productor de ese enunciado está utilizando su capacidad reflexiva (ejemplares de Funcionamiento Reflexivo) o que, debiendo haberla ocupado, ha fallado, rechazado o negado la posibilidad o invitación de su entrevistador a reflexionar (ejemplares de Falla del Funcionamiento Reflexivo) (Ver Figura 3). La falta de funcionamiento reflexivo cuando se esperaría que lo hubiera, ha sido referida de diversas formas: se la ha considerado como reemergencia de modos de funcionamiento previos a la adquisición de la mentalización plena (Fonagy y Luyten, 2009), modos o

procesos no mentalizadores (Fonagy, Luyten y Bateman, 2015), quiebres en la mentalización (Fonagy, Luyten y Strahthhern, 2011), o ejemplares anti-reflexivos (EFR, Fonagy et al., 1998).

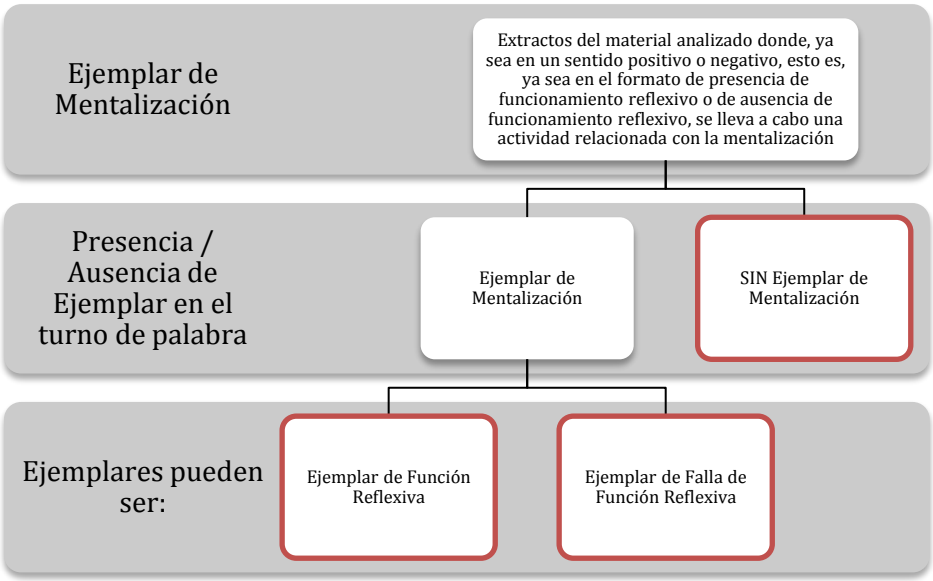



**Figura 3:** *Ejemplares de Mentalización, Ejemplares de Función Reflexiva, Ejemplares de Falla de la Función Reflexiva.*

Así, de la totalidad de turnos de palabra de un episodio, algunos de ellos corresponderán a Ejemplares de Mentalización; otros, serán No Ejemplar (ver figura 3). Los Ejemplares de Mentalización incluyen el modo positivo, o Ejemplares de Funcionamiento Reflexivo. Y su expresión negativa, Ejemplares de Falla del Funcionamiento Reflexivo, momentos en que el actor o hablante debiera haber llevado a cabo una actividad reflexiva, pero que, en lugar de hacerlo, ha rechazado, negado u omitido.

En cuanto a la manera de codificarlos, cada Ejemplar puede abarcar uno o más turnos de palabra, sea de terapeuta o de paciente. En la figura 4 se presenta la estructura de los datos. Los turnos de palabra están anidados en segmentos relevantes (episodios de cambio y de ruptura) y no relevantes (segmentos neutros). Los segmentos se anidan en sesiones, las sesiones en procesos terapéuticos completos de una dupla paciente-terapeuta determinada (en el caso de este Estudio, 5 terapias).

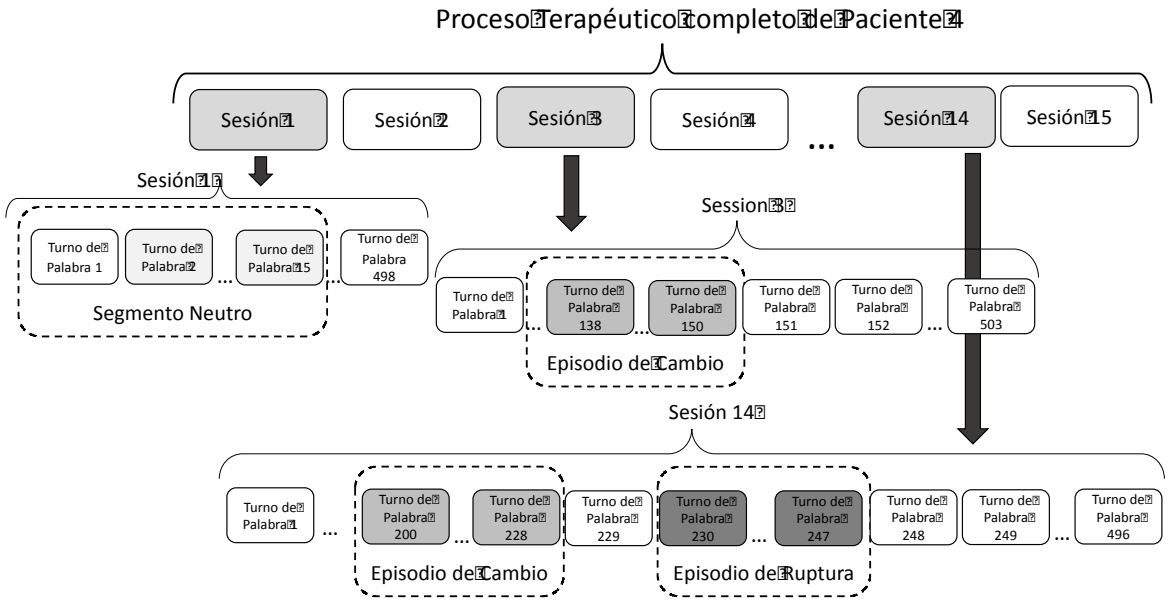



**Figura 4:** *Estructura anidada de los turnos de palabra de la muestra dentro de los segmentos de sesiones de la terapia.*

En la Figura 5 se observa cómo se realiza la codificación de la FR a nivel de los turnos de palabra: hay turnos de palabra que corresponden a un Ejemplar de Mentalización y turnos de palabra que no pertenecen a un Ejemplar de Mentalización. A su vez, los Ejemplares de Mentalización pueden serlo en sentido positivo, esto es,

Ejemplares de Funcionamiento Reflexivo, o, por el contrario, en sentido negativo, o sea, Ejemplares de Falla de Funcionamiento Reflexivo.

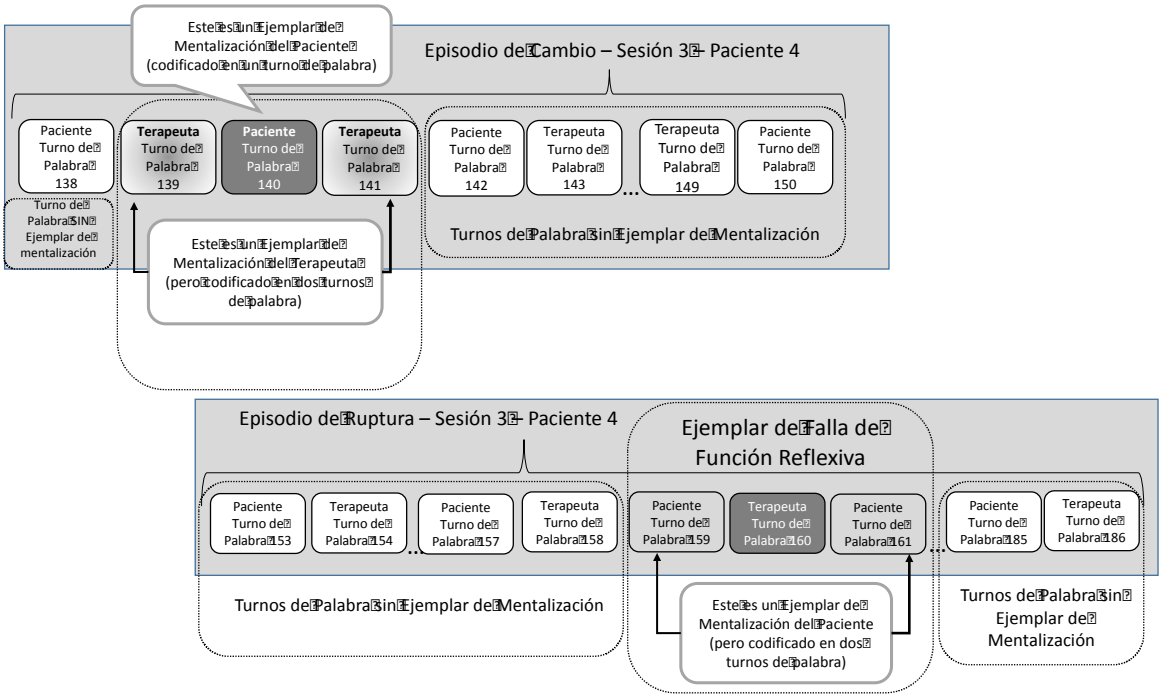



**Figura 5:** *Ilustración de la codificación de función reflexiva en la psicoterapia*

**Análisis de los datos.**

Se utilizaron análisis estadísticos descriptivos y Multinivel (Multinomial Logistic Hierarchical Regression Analysis, HLM), para determinar si la presencia de mentalización difiere en su probabilidad de manifestación según si se trata de un segmento neutro o de un episodio de cambio o ruptura de la alianza terapéutica. La variable dependiente fue codificada como Ejemplar de FR, Ejemplar de Falla de FR o No-Ejemplar (esta última como categoría de referencia).

En primera instancia se incluyeron todos los turnos de palabra de paciente y terapeuta identificados en cada tipo de episodio, como, asimismo, aquellos pertenecientes a los segmentos neutros.

El procedimiento consideró la estimación de modelo no condicional (fully inconditional model) con las variables de resultado, con el fin de evaluar su confiabilidad y adecuación para un análisis multinivel. Luego, se estableció un modelo de dos niveles: el Nivel 1 correspondió al turno de palabra; el Nivel 2, al episodio o segmento en que se encuentra el turno de palabra[2]. A nivel 1, se modeló el actor, que da cuenta de quién habla en la interacción terapéutica (1=Paciente; 0=Terapeuta) como predictor de la variable de resultado. En el Nivel 2, se modeló el tipo de segmento como predictor, que adquiere el valor=1 cuando se presentan episodios relevantes y valor=0 cuando corresponde a segmentos neutros.

[2] Inicialmente se estableció un modelo de 3 niveles considerando como Nivel-3 a la psicoterapia completa de cada paciente. Sin embargo, el modelo fue simplificado dado que no se presentó variabilidad significativa a explicar en este nivel.

En una segunda instancia, se incluyeron los turnos de palabra de paciente y terapeuta correspondientes a los episodios de cambio y estancamiento. En esta instancia, se siguió el mismo procedimiento anterior, incorporándose como predictor de Nivel 2 el tipo de episodio, diferenciado entre episodio de cambio (1) y episodio de ruptura (0).

Así, dos análisis separados fueron desarrollados, utilizando el método de estimación "Restricted PQL".

Finalmente, fue estimado un Modelo Lineal Jerárquico, utilizando la calidad de la función reflexiva como variable dependiente. Los participantes fueron modelados como predictor para el Nivel 1 y el tipo de episodio relevante fue incluido como predictor en el Nivel 2. Además, se modeló una interacción entre niveles: Participante*Tipo de Episodio. El método de estimación usado fue REML ("Restricted Maximum Likelihood").

**Resumen de los datos analizados**

En el nivel de análisis de los turnos de palabra, el examen de los 51 segmentos de las terapias incluidos en la muestra revela que 18% de los turnos están dentro de ejemplares de mentalización. En el nivel de análisis de los ejemplares de mentalización, de los 138 ejemplares de mentalización identificados, 116 son ejemplares de función reflexiva y 22 son ejemplares de falla de la función reflexiva (Tabla 9).

**Tabla 9:** *Resumen datos analizados Estudio 1: dos niveles de análisis*

| | Episodios de Cambio (N=17) | Episodios de Ruptura (N=17) | Segmentos Neutros (N=17) | Total (N=51) |
|---|---|---|---|---|
| | Nivel de análisis de Turnos de palabra (N= 1332) | | | |
| Sin Ejemplar de Mentalización (+/-) | 336 (31%) | 363 (33%) | 396 (36%) | 1095 (100%) |
| Con Ejemplar de Mentalización | 102 (43%) | 92 (39%) | 43 (18%) | 237 (100%) |
| | Nivel de análisis de Ejemplares de Mentalización (N= 138) | | | |
| FR[a] | 55 (93%) | 44 (80%) | 17 (71%) | 116 (84%) |
| Falla[b] | 4 (7%) | 11 (20%) | 7 (29%) | 22 (16%) |

*Nota*: FR= Función Reflexiva

[a] Porcentajes estimados de ejemplares con FR según tipo de episodio.

[b] Porcentajes estimados de ejemplares con Falla de la FR según tipo de episodio.

**Función reflexiva según el tipo de segmento y el participante.**

Como una manera de confirmar la elección de los episodios relevantes (cambio y ruptura) como escenarios interactivos pertinentes para la observación del funcionamiento reflexivo y de sus fallas, se hizo un análisis de regresión logística multinomial multinivel en que se comparó la probabilidad de encontrar un *ejemplar* (de función reflexiva o de falla de función reflexiva) en episodios relevantes (cambio/ruptura) respecto de los segmentos neutros. Los resultados (ver Tabla 10) indican una mayor probabilidad de observar ejemplares (función reflexiva o falla de función reflexiva) en episodios relevantes (cambio o ruptura) en comparación con los segmentos neutros. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en el caso de las fallas de mentalización. Además, los ejemplares de mentalización fueron más frecuentes en los turnos de palabra de los terapeutas que en los de los pacientes. Y el

patrón opuesto se observó en las fallas de mentalización, que fueron más frecuentes en turnos de palabras de pacientes que en aquellos de los terapeutas.

**Función Reflexiva según tipo de episodio y actor.**

Para determinar el uso diferencial de la mentalización en diferentes escenarios interactivos se comparó la probabilidad de encontrar ejemplares de función reflexiva en los episodios de cambio *versus* los episodios de ruptura. Los resultados (Tabla 10) indican que no hay diferencias en la probabilidad de presencia de ejemplares de función reflexiva según el tipo de episodio. No obstante, cuando se comparó la probabilidad de presencia de ejemplares de falla de función reflexiva entre episodios de cambio y episodios de ruptura, se observó una mayor probabilidad de encontrar un ejemplar de falla de la función reflexiva en episodios de ruptura que en episodios de cambio. Finalmente, los análisis revelaron que las fallas de función reflexiva eran más frecuentes en los turnos de habla de los pacientes que en aquellos de los terapeutas.

**Tabla 10:** *Parámetros de Análisis de Regresión Logística Multinomial Jerárquica*

| | FR según tipo de segmento[a,c] | | FR según tipo de episodio[b,d] | |
|---|---|---|---|---|
| | Mentalización | Falla | Mentalización | Falla |
| Intercepto | -2.57 (0.33) *** | -5.633 (0.68) | -1.52 (0.31)*** | -4.11(0.63)*** |
| Participante | -0.39 (0.17)* | 2.44 (0.53)*** | -.19 (0.19) | 2.23 (0.55)*** |
| Tipo de Segmento | 1.23 (0.38)** | 0.54 (0.57) | - | - |
| Tipo de Episodio | - | - | 0.16 (0.42) | -2.14 (0.77)** |

*Nota*. [a] Nivel 1 *N*= 1332, Nivel 2 N= 51. [b]Nivel 1 N= 893, Nivel 2 N= 34. Participante: 1=Paciente *versus*. 0=Terapeuta. Tipo de Segmento: 1= Episodio Relevante (Episodio de Cambio o Episodio de Ruptura) *versus*. 0= Segmentos Neutros. Tipo de Episodio: 1= Episodio de Cambio *versus*. 0= Episodio de Ruptura. Coeficientes Gamma (γ); Error estandar (SE) sigue al parámetro estimado entre paréntesis. Modelos Finales: [c]Log [Probabilidad de la Variable Dependiente (1)/(3)]= $\gamma_{00}$ + $\gamma_{10}$ * Participante + $\gamma_{01}$* Tipo de Segmento +$u_{0;}$; and Log [Probabilidad de la Variable Dependiente (2)/(3)]= $\gamma_{00}$ + $\gamma_{10}$ * Participante + $\gamma_{01}$* Tipo de Segmento +$u_{0.}$ [d]Log [Probabilidad de la Variable Dependiente (1)/(3)]= $\gamma_{00}$ + $\gamma_{10}$ * Participante + $\gamma_{01}$* Tipo de Episodio +$u_{0;}$; and Log [Probabilidad de la Variable Dependiente (2)/(3)]= $\gamma_{00}$ + $\gamma_{10}$ * Participante + $\gamma_{01}$* Tipo de Episodio +$u_0$

$*p < .05$, $**p < .01$, $***p < .001$

### Calidad de la función reflexiva según el tipo de episodio y el participante

Con el fin de determinar si la calidad de la función reflexiva difiere entre los episodios de cambio y los de ruptura, y entre pacientes y terapeutas, se compararon los puntajes promedio de calidad de función reflexiva de los ejemplares. Este análisis reveló diferencias significativas vinculadas al tipo de episodio, participante, y para la interacción entre ellos (Tipo de Episodio * Participante). Como se grafica en la Tabla 11, si bien los terapeutas mostraron puntajes promedio más altos en la calidad de la función reflexiva (las medias de calidad de FR de los pacientes fueron 2.41 puntos más bajas que las de los terapeutas), y los episodios de cambio mostraron medias más altas de FR comparados con los episodios de ruptura (los episodios de cambio puntuaron 0.8 puntos más alto que los episodios de ruptura), la interacción muestra que las diferencias de

calidad de función reflexiva entre los episodios de cambio y de ruptura son más marcadas para los pacientes (Figura 6).

**Tabla 11:** *Predictores para Calidad de Función Reflexiva (HLM)*

| | Predictores | β (SE) |
|---|---|---|
| $\gamma_{00}$ | Intercepto | 5.19 (0.28)*** |
| $\gamma_{01}$ | Tipo de Episodio | 0.80 (0.38)* |
| $\gamma_{10}$ | Participante | -2.41 (0.53)*** |
| $\gamma_{11}$ | Participante * Tipo de Episodio | 1.57 (0.75)* |

*Nota*. [a] Nivel 1 *N*= 114, Nivel 2 N= 27. Participante: 1= Paciente *versus*. 0=Terapeuta. Tipo de Episodio: 1= Episodio de Cambio *versus*. 0= Episodio de Ruptura. Beta (β) coefficients; Error Estandar (SE) sigue los parámetros estimados entre paréntesis. Modelo: Calidad de la FR = $\gamma_{00}$ + $\gamma_{10}$ * Participante + $\gamma_{01}$* Tipo de Episodio + $\gamma_{11}$ Participante *Tipo de Episodio +$u_0$ +$u_{1*\text{Participante}+}$ $r$.

$*p < .05$, $**p < .01$, $***p < .001$

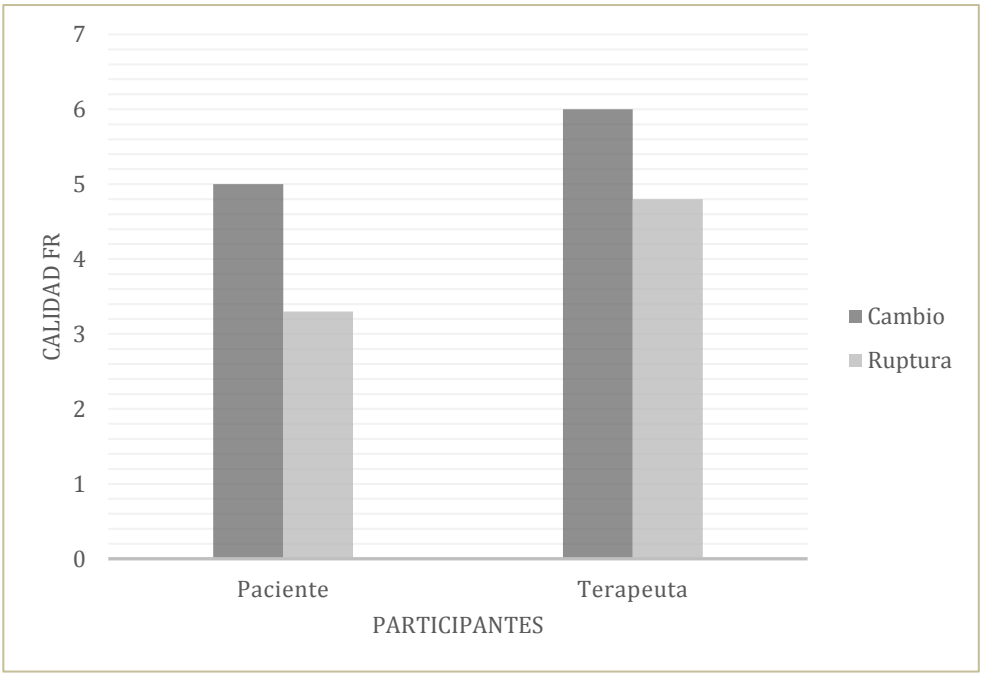



**Figura 6:** *Calidad de FR de pacientes y terapeutas, según tipo de episodio*

## DISCUSIÓN ESTUDIO 1

La aplicación de la EFR a la interacción terapéutica permite considerar sus resultados en diversos niveles. Los análisis realizados muestran que es posible encontrar ejemplares de función reflexiva y de falla de función reflexiva tanto para pacientes como para terapeutas en episodios relevantes de las sesiones de psicoterapia. Este primer hallazgo, pese a su simpleza, es de gran importancia, ya que nos indica que es posible usar la EFR para la identificación de ejemplares que dan cuenta de funcionamiento reflexivo en distintos escenarios interactivos presentes en el diálogo psicoterapéutico. Asimismo, la EFR permitió identificar expresiones mentalizadoras, tanto en pacientes como en terapeutas, en un tipo de material narrativo diferente al material para el que la escala fue construida. Es decir, por una parte, en la interacción terapéutica encontramos una estructura distinta a la de pares adyacentes "pregunta-respuesta" que predomina en una entrevista como la AAI: la participación del terapeuta no se reduce a preguntar todo el tiempo, sino que es un participante activo del diálogo. Sus intervenciones, además de la interrogación y de demanda de la mentalización en el paciente, muestran el uso de la función reflexiva para la construcción de enunciados propios, manifestándose, por ejemplo, en opiniones, comentarios, interpretaciones y auto-develaciones.

Otra diferencia interesante con respecto al material empleado para el análisis de función reflexiva, hace referencia a la estructura temporal de los contenidos narrativos proporcionados por los actores en el diálogo terapéutico *versus* las respuestas a la AAI. Así, en el material analizado se hallan ejemplares similares a los propios de la AAI, en que los estados mentales se escenifican en relaciones de apego temprano y son referidos a eventos del pasado. Este tipo de material hace pensar en una función reflexiva que

podemos llamar *evocativa*, con la cualidad de quien narra una historia situada temporalmente en el pasado, y que ha sido relatada previamente. También fueron encontrados ejemplares que denotan un funcionamiento reflexivo que podría llamarse *performativo* (Austin, 1962, Searle, 2002), esto es, enunciados relatados en primera persona y en tiempo presente, en que el actor produce un relato reflexivo acerca de su experiencia en el aquí y ahora (Aristegui, Reyes, Tomicic, Vilches, Krause, de la Parra, et al., 2004). Se trata en este caso de un material fresco y espontáneo, que coincide con una expresión emocional, menos estructurado cognitiva y lingüísticamente que los relatos evocativos antes mencionados. Los ejemplares *performativos* también fueron observados en los terapeutas, en especial al dar cuenta de su entendimiento de los estados mentales del paciente, y de la manera como ellos creen que se vinculan con el tipo de relaciones afectivas que generan con otros.

La característica performativa de la función reflexiva permite postular que hay algunas manifestaciones de la mentalización que sólo aparecen al analizar en profundidad una interacción, en este caso, aquella entre paciente y terapeuta. Es posible pensar entonces en la existencia de manifestaciones procedurales e implícitas de la mentalización, opacas a las evaluaciones tradicionales de funcionamiento reflexivo y sólo pesquisables empleando aproximaciones metodológicas que consideren la interacción en tiempo real de paciente y terapeuta como unidad de análisis. Así, Fonagy, Bateman y Luyten (2012) plantean que la comprensión multidimensional de la mentalización hace indispensable la construcción de dispositivos que faciliten la observación de sus dimensiones en el seno de interacciones específicas. En el caso del actual estudio, el hallazgo de un funcionamiento reflexivo performativo abre una ventana que posibilita

asomarse a su descripción, caracterización y consecuencias para la comprensión de las dinámicas conflictivas del paciente, y también para observar su participación en la resolución de escenarios terapéuticos complejos (Bateman y Fonagy, 2006) que puedan significar la finalización prematura o el fracaso de la terapia, o bien un giro positivo de la misma (Safran, Muran y Shaker, 2014; Safran y Muran, 2000; Stolorow, Brandcraft y Atwood, 1994).

En cuanto a las diferencias encontradas en las manifestaciones de la mentalización para los distintos tipos de escenarios interaccionales analizados, las comparaciones entre cambio y ruptura en el modelo explicado permiten señalar que, si bien en general encontramos ejemplares en ambos episodios, al focalizarse en los ejemplares de función reflexiva, esta se manifiesta en una proporción similar en episodios de cambio y de ruptura. Este resultado difiere de lo esperado, es decir, una mayor proporción de ejemplares de función reflexiva en episodios de cambio que en episodios de ruptura. Los resultados, al menos en esta muestra, desafían esta expectativa.

Contribuye a esclarecer este hallazgo prestar atención al material producido en la aplicación de la escala. Pese a que pacientes y terapeutas manifiestan mentalización tanto en escenarios de cambio como en escenarios de ruptura de la alianza terapéutica, podría pensarse que la función que adquiere la mentalización en uno y otro tipo de episodios sea diferente. En este sentido, y según el contenido temático de los extractos, cuando los pacientes mentalizan en los episodios de cambio lo hacen en sintonía con el terapeuta, de manera colaborativa y coherente, como en un proceso de construcción conjunta. Por el contrario, en los episodios de ruptura mentalizarían con una función de

autoafirmación, manifestando una posición diversa, diferenciándose y sosteniendo frente al terapeuta esa diferenciación. De allí es que pueda postularse la mentalización como puesta al servicio de la autorregulación y la regulación con el otro. Esta idea es concordante con los resultados de Martínez, Tomicic, Medina y Krause (2014), quienes advierten que en las rupturas pueden identificarse estrategias de resolución monológicas (no dialogantes) al servicio de la autoafirmación, y estrategias dialógicas (dialogantes) al servicio de la reparación de la relación. En éstas, la naturaleza de la interacción favorece la exploración de nuevos posicionamientos, resultando en el surgimiento de la diferenciación y en la aceptación de la alteridad.

Para el caso de las fallas de función reflexiva los resultados mostraron diferencias: fallan más los pacientes que los terapeutas, aunque en ambos falla más la función reflexiva en los episodios de ruptura en comparación con los de cambio. Puede pensarse que la tensión propia de las rupturas, donde la colaboración con el otro se interrumpe y se hace necesario sostener la escena relacionalmente, produce una activación del *arousal*, especialmente en los pacientes con dificultades en el apego temprano, experiencias de trauma o trastornos de la personalidad (Luyten, Fonagy, Lewyck, y Vermote, 2012; Fonagy y Luyten, 2009). Y con el sistema de alerta disparado por el conflicto, la capacidad de mentalización queda comprometida (Luyten, et al. 2012; Fonagy, et al. 2012). Lo anterior es coherente con los estudios que señalan que los pacientes con trastornos de personalidad muestran una activación emocional más acentuada y dificultades de regulación (Fonagy, Luyten y Bateman, 2015; Clarkin, Fonagy, Levy, y Bateman, 2015; Fonagy, Luyten y Strathearn, 2011; Fonagy y Luyten, 2009; Bateman y Fonagy, 2006), también con aquellos que sostienen que cuando el

sistema de alerta se pone en funcionamiento las capacidades de mentalización asociadas al control cognitivo se afectan (Luyten et al. 2012; Lieberman, 2007; Mayes, 2006). Con todo, se requiere una muestra mayor de ejemplares de falla de la función reflexiva en episodios interaccionales significativos para formular aseveraciones más precisas al respecto.

Por último, es importante considerar que la aplicación de la EFR a los episodios de cambio y de ruptura de las psicoterapias aquí recolectadas tiene al menos otras dos importantes diferencias con su aplicación original. Resultaría engañoso pensar que se está ante puntajes de funcionamiento reflexivo similares a los que se pueden obtener de la aplicación de la escala a las AAI. En ella, las preguntas de demanda fuerzan que el entrevistado despliegue al máximo sus capacidades reflexivas y, por lo mismo, la puntuación de función reflexiva asignada a los ejemplares se puede considerar representativa de la capacidad reflexiva posible para ese individuo en tal contexto de entrevista. En cambio, los ejemplares que se identifican durante la psicoterapia se manifiestan de manera espontánea y contingente, más influidos por la interacción que por la exigencia, acercándose a la idea de una mentalización procedural, que ocurre a la manera de una *rápida e intuitiva reacción emocional* (Bateman y Fonagy, 2006, p. 3).

Por otra parte, mientras en su formato original el objetivo de la EFR es la evaluación de la capacidad reflexiva global de un individuo, en la aplicación de la escala a la interacción terapéutica el resultado no es, como se pudo creer inicialmente, una evaluación categorial de la capacidad de mentalización de paciente o terapeuta. Como lo plantearon Luyten et al. (2012), para observar la mentalización es indispensable y prioritario tomar en cuenta que se trata de una *habilidad específicamente relacional (p.*

*51)* y que, por tanto, fluctuará dependiendo de la interacción de apego en que se manifieste. Adicionalmente, es indispensable considerar que la mentalización fluctuará, dentro de una misma relación, momento a momento. Luego, es necesario observar con precaución los puntajes de funcionamiento reflexivo de los ejemplares o de los segmentos terapéuticos analizados como si fuesen representantes de la capacidad reflexiva global de los participantes. En cambio, surge la idea de que esta evaluación momento a momento de la calidad de la mentalización expresada por terapeuta y paciente hace referencia a una mentalización en movimiento, que se adapta, configura y expresa lingüísticamente de manera contingente, para quedar al servicio del vínculo más que al de la demostración de una capacidad. Se torna relevante entonces un segundo reparo planteado por Luyten et al. (2012, p 50): para observar la mentalización han de considerarse las fluctuaciones que ésta manifestará en distintos contextos de *arousal*. En el caso de la aplicación de la escala a la psicoterapia, las variaciones de intensidad emocional, los patrones de cercanía o de distanciamiento y los conflictos entre terapeuta y paciente determinarán diversas configuraciones y funciones de la mentalización. Que estas funciones estén al servicio del cambio no depende de la brillantez o virtuosismo de un funcionamiento reflexivo sobresaliente, sino de la adecuación entre la complejidad reflexiva de las aseveraciones de uno y otro participante y del nivel de funcionamiento que se entrelaza con los contenidos elaborados tanto a nivel cognitivo como emocional.

En lo que concierne a sus limitaciones, el Estudio 1 estudio contiene salvedades en cuanto a los grupos muestrales involucrados. De esta manera, si bien se contó con la cantidad necesaria de segmentos, episodios y turnos de palabra para realizar los análisis utilizados, estos se anidan en un número reducido de procesos psicoterapéuticos. En el

futuro será necesario ampliar la muestra a un número mayor de procesos psicoterapéuticos, a fin de incluir otros factores influyentes, tales como los tipos de terapia, el tipo de pacientes y los diagnósticos, entre otros.

Una segunda limitación, derivada de la anterior, alude al escaso número de fallas de función reflexiva obtenido en este estudio en comparación con la cantidad de ejemplares de función reflexiva, lo que acota las conclusiones a ellas referidas. Al efecto, será indispensable contar con un número sustantivamente mayor de fallas de función reflexiva que permita profundizar en los conocimientos acerca de cuándo los pacientes y los terapeutas no logran un funcionamiento reflexivo mínimo y, particularmente, si es posible la recuperación de esta capacidad durante la sesión.

Finalmente, cabe recabar más antecedentes acerca de la trayectoria de la mentalización durante un mismo proceso psicoterapéutico, y observar allí cómo esta capacidad reflexiva relacional y regulatoria propuesta se articula con los éxitos y los fracasos psicoterapéuticos.

En suma, este estudio propone un camino posible para observar la mentalización de manera procedural y enfatizar el papel que cumple en la construcción del cambio a través de la regulación interactiva, permitiéndole a terapeuta y paciente pensar juntos y considerar los estados mentales propios y de los otros. Asimismo, posibilita continuar con la línea de investigación que inaugura, para lo cual se utiliza su perspectiva de observación en el análisis de una psicoterapia de larga duración en el Estudio 2, que se contiene a continuación.

## ESTUDIO 2

El Estudio 2 es un estudio de caso único con análisis cualitativo y cuantitativo de los datos obtenidos de un proceso psicoterapéutico de larga duración. Su propósito es caracterizar verbal y no verbalmente las manifestaciones de la mentalización en la interacción paciente-terapeuta, establecer la asociación entre estas manifestaciones y los distintos tipos de episodios relevantes, y entre estas manifestaciones y el proceso de cambio terapéutico, y describir las variaciones que la mentalización expresa en la interacción paciente-terapeuta durante el proceso psicoterapéutico.

### Descripción del Caso de estudio: la Terapia B

La paciente, que llamamos "B", de 29 años de edad al comenzar la terapia, de nivel socioeconómico de bajos ingresos, vive con su madre, un hermano, una hermana y una sobrina pequeña. Tiene estudios técnicos y trabaja en un Call Center. Durante la primera sesión señala haber consultado a un psiquiatra a propósito de la muerte de su padre, con quien ella era muy cercana. Estaba en terapia farmacológica desde hacía dos años. La paciente relata que era "la hijita de papá", y piensa que tal vez la madre pudo haber estado celosa de ella. Su padre trabajaba en la fuerza aérea, y cuando estaba fuera, la paciente solía vivir con su tío y su tía. En una de esas ocasiones, el tío, hermano de la madre, abusó sexualmente de ella cuando tenía 5 años de edad. Años más tarde se encuentra en la calle con el tío, y comienza a sufrir *flashbacks* del abuso. Lo busca en *Facebook* y le escribe un mensaje diciéndole que le había hecho mucho daño y que necesitaba conversar con él. También le cuenta que está asistiendo al psiquiatra y que no quiere tomar pastillas. Que necesita mejorarse, pero que cree que la única forma de

hacerlo es hablando con él, para que le explique por qué le hizo eso. Al momento de consultar ella tiene una relación "amigo con ventaja", un hombre con quien, según sus palabras, ella asume el rol de madre.

La terapeuta es una mujer de 45 años al momento de iniciar la terapia. De orientación teórica psicodinámica, y con más de veinte años de experiencia como psicoterapeuta.

La terapia duró 3 años, en los que se realizaron 88 sesiones, con una frecuencia semanal. Tuvo lugar en la sala de espejo de la Unidad de Psicoterapia Psicodinámica de un Hospital Psiquiátrico de Santiago de Chile. Fue parte de las actividades de formación de un programa de posgrado de Psicoterapia Psicoanalítica y todas las sesiones fueron registradas en audio y video.

# METODOLOGÍA

## Muestra Estudio 2.

A partir de la observación de los videos y análisis de las transcripciones de 83 de las 88 sesiones de la terapia, se identificaron los episodios relevantes de Cambio (Krause et al., 2006) y de Ruptura de la Alianza Terapéutica (Eubanks-Carter et al., 2008). Esto arrojó una muestra de un total de 2301 turnos de palabras, pertenecientes a 162 episodios relevantes, 83 de cambio y 79 de ruptura de la alianza terapéutica. Tanto paciente como terapeuta aceptaron voluntariamente participar del estudio y firmaron un consentimiento informado.

La Tabla 12 da cuenta del total de episodios identificados en la terapia completa, y de los que fueron analizados en este estudio.

**Tabla 12:** *Episodios Relevantes*

| | | Identificados en la Terapia | Incluidos en este estudio | Turnos de Palabra |
|---|---|---|---|---|
| Krause et al., (2006) | Episodios de Cambio | 83 | 83 | 1410 |
| | Episodios de Estancamiento | 33 | 0 | - |
| Eubanks-Carter et al., (2008) | Episodios de Ruptura | 79 | 79 | 891 |
| | Episodios de Resolución | 69 | 0 | - |
| | Total | 264 | 162 | 2301 |

**Instrumentos Estudio 2.**

Las medidas utilizadas fueron las siguientes:

*Para determinar las manifestaciones de la mentalización en la interacción paciente-terapeuta*: Se utilizó la *Escala de Función Reflexiva* (EFR, Fonagy et al., 1998).

*Para caracterizar verbalmente las manifestaciones de la mentalización en la interacción paciente-terapeuta*: Se empleó el Modelo de Análisis de Posicionamiento Discursivo para Psicoterapia (MAPP, Martínez y Tomicic, 2017). Se trata de un sistema de codificación de posiciones discursivas en el habla de las personas que se realiza por jueces expertos. El sistema MAPP considera los siguientes tres pasos microanalíticos: primero, se identifican las *voces discursivas*, esto es, enunciadores recurrentes en el habla de paciente y terapeuta; segundo, se categorizan estas voces discursivas de paciente y terapeuta como posiciones discursivas idiosincráticas; tercero, se clasifican las posiciones discursivas idiosincráticas de acuerdo al MAPP.

*Para determinar las características no-verbales de las manifestaciones de la mentalización en la interacción paciente-terapeuta*: Se examinaron las características de las expresiones vocales de las manifestaciones de la mentalización en la diada paciente-terapeuta, mediante el análisis de los Patrones de Cualidad Vocal (PCV), esto es, combinaciones de parámetros vocales particulares en las alocuciones de los participantes del proceso psicoterapéutico que resultan en una sonoridad del habla que impresiona a quien escucha de una manera particular, independientemente del contenido de lo hablado. El sistema distingue seis PCV: Reporte, Conectado, Afirmativo, Reflexión, Emocional Expresivo y Emocional Contenido (Tomicic, Chacón, Martínez,

Guzmán, Bauer y Reinoso, 2009; Tomicic y Martínez, 2011; Tomicic, 2011, Tomicic, Guzmán, San Martín, y Martínez, 2015).

*Para la determinación de episodios relevantes*: Se identificaron Episodios de Cambio y Episodios de Ruptura de la Alianza Terapéutica. Los Episodios de Cambio fueron delimitados siguiendo el "Manual de Observación, Registro y Codificación de Episodios de Cambio y Estancamiento" (Krause, sin publicar). La delimitación de los episodios de ruptura de la alianza terapéutica se realizó siguiendo el Sistema de Codificación de Rupturas y Resolución (3RS) (Eubanks-Carter, et al., 2008).

**Procedimiento**

Al igual que en el Estudio 1, las transcripciones de episodios relevantes fueron codificadas de acuerdo a la Escala de Función Reflexiva (EFR) (Fonagy et al., 1998), pero esta vez en las cuatro etapas que usualmente contempla su aplicación, esto es: i) Identificación de ejemplares (de función reflexiva o de falla de la función reflexiva); ii) Asignación de la o las categorías que correspondan; iii) Asignación de un puntaje a los ejemplares identificados para determinar su calidad, y iv) Asignación de un puntaje global al episodio completo.

i) Identificación de ejemplares:

Tres jueces (la autora de la presente tesis y otros dos investigadores del equipo), entrenados en EFR, codificaron las transcripciones de los episodios, identificando los ejemplares de función reflexiva o de falla de la función reflexiva de paciente y terapeuta, y consignaron los turnos de palabra correspondientes a cada ejemplar.

ii) Asignación de categorías de ejemplares:

Para **función reflexiva**, se asignaron a cada ejemplar la o las categorías de funcionamiento reflexivo que la Escala de Función Reflexiva (Fonagy et al., 1998) contempla, a saber:

a. Dar cuenta de la naturaleza de los estados mentales (Categoría 4.1 del Manual de EFR).

b. Deducir los estados mentales que subyacen al comportamiento (Categoría 4.2).

c. Reconocer los aspectos evolutivos de los estados mentales (Categoría 4.3).

d. Señalar los estados mentales en relación con el otro (Categoría 4.4).

Los ejemplares de **falla de la función reflexiva** se categorizaron utilizando los diversos descriptores señalados en el manual, que usa la nomenclatura "Función Reflexiva Negativa o Limitada" para referirse a situaciones donde hay rechazo de la FR (Categoría 6.2); FR no integrada, bizarra o inapropiada (6.3); desconocimiento de la FR (6.4); FR distorsionada o egocéntrica (6.5); ingenua o simplista (6.6), o hiperactiva o sobre-analítica (6.7).

iii) Asignación de un puntaje a los ejemplares identificados para determinar su calidad:

Siguiendo las reglas de puntuación indicadas en la EFR (Fonagy et al., 1998), se asignó un puntaje entre -1 y 9 para cada uno de los ejemplares identificados.

iv) Asignación de un puntaje global al episodio completo:

Se asignó un puntaje entre -1 y 9 que representara de manera global la calidad de la FR del episodio completo, para lo cual se adaptaron las reglas de puntuación indicadas en la EFR (Fonagy et al., 1998) para la calificación general de las entrevistas. Se agregó una breve descripción cualitativa del episodio en términos de sus características reflexivas.

De este modo, para efectos de los análisis que siguen, se consideró como *ejemplar* todo aquel pasaje en que se manifiesta una actividad mentalizadora en sentido positivo o negativo. Se consideró como *ejemplar de función reflexiva* a todos los pasajes que manifiestan una capacidad reflexiva al menos esbozada o incipiente asignándole puntajes igual o mayor a 3. Y, por el contrario, se consideró como *ejemplar de falla de función reflexiva* aquellos pasajes en que la función reflexiva ha sido rechazada o en que hay un desconocimiento de la misma asignándoles puntajes inferiores a 3.

Para las fallas la asignación de categorías es exhaustiva, esto es, cada ejemplar está caracterizado y corresponde sólo a una categoría de Falla de FR (6.2 a 6.7 conservando la numeración del manual de la EFR). En cambio, para los ejemplares de FR la regla es diversa, pudiendo señalarse su pertenencia a una o más de las cuatro categorías señaladas por la EFR (4.1 a 4.4).

El procedimiento descrito dio lugar a dos bases de datos, que se utilizaron para los análisis de distintos objetivos de estudio: una, de Ejemplares; otra, de Turnos. En esta última, a cada turno de palabra se le atribuyó un valor en consideración a cada uno de los aspectos señalados en la tabla 13. Esta distinción resulta importante en algunos de los análisis realizados.

Tabla 13: *Caracterización de cada turno de palabra*

| | *Valor* | |
|---|---|---|
| | **0** | **1** |
| Actor | Paciente | Terapeuta |
| Tipo Episodio | Ruptura | Cambio |
| Presencia/Ausencia de FR en el turno | Ausencia de FR en el turno | Presencia de FR en el turno |
| Presencia/Ausencia de Falla de FR en el turno | Ausencia de Falla de FR en el turno | Presencia de Falla de FR en el turno |
| Pregunta de Demanda (PD)[a] | Ausencia de PD en el turno | Presencia de PD en el turno |
| Intervención de Demanda (ID)[b] | Ausencia de ID en el turno | Presencia de ID en el turno |
| Calidad de la FR | Puntaje de -1 a 9 | |

[a] Se trata de aquellas intervenciones en las que un interlocutor demanda del otro una respuesta reflexiva o que exprese algún nivel de mentalización (Fonagy et al, 1998), y están señaladas de manera taxativa en el manual de aplicación de la EFR. [b] Esto es, todas aquellas intervenciones del terapeuta que cumplen la función de inducir [prompt] la mentalización en el paciente, pero sin forma gramatical de interrogación.

## RESULTADOS ESTUDIO 2

### Determinación de las manifestaciones de la mentalización en la interacción paciente-terapeuta: Identificación de ejemplares

En base a los 2301 turnos de palabras de los episodios relevantes identificados en la terapia analizada, se identificaron 1201 turnos de FR (52%), 98 turnos de Falla de la FR (4%) y 1100 turnos que no forman parte de ningún ejemplar (44%) (Figura 7).

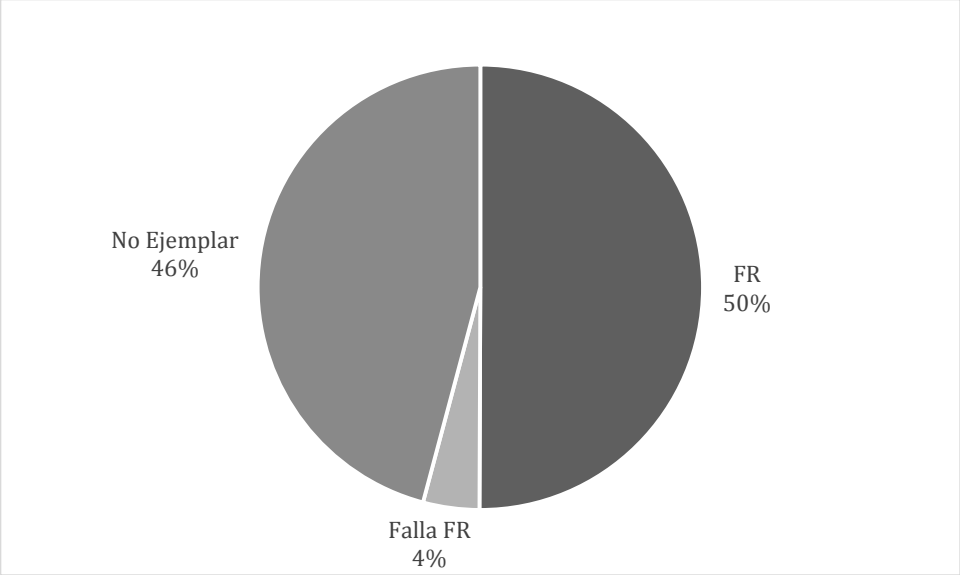
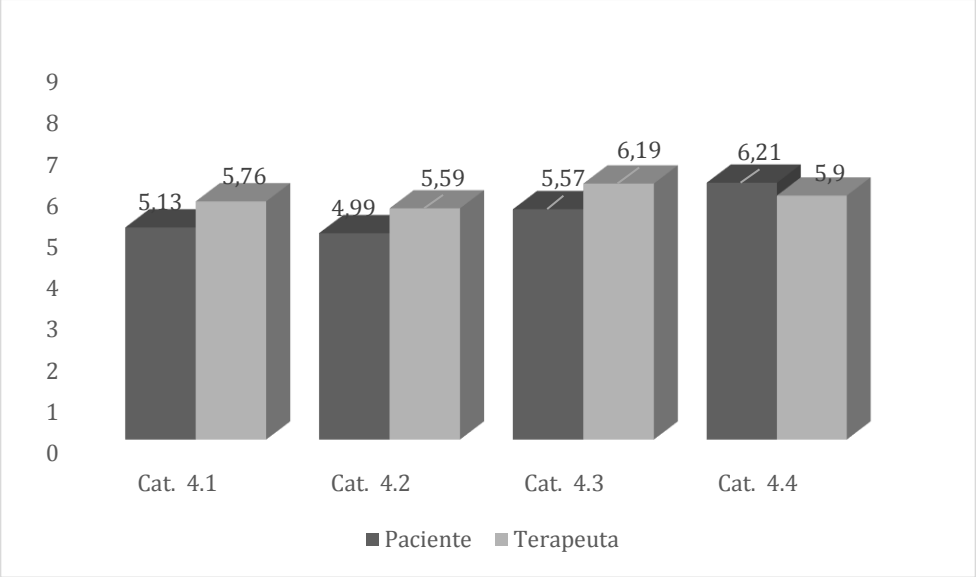


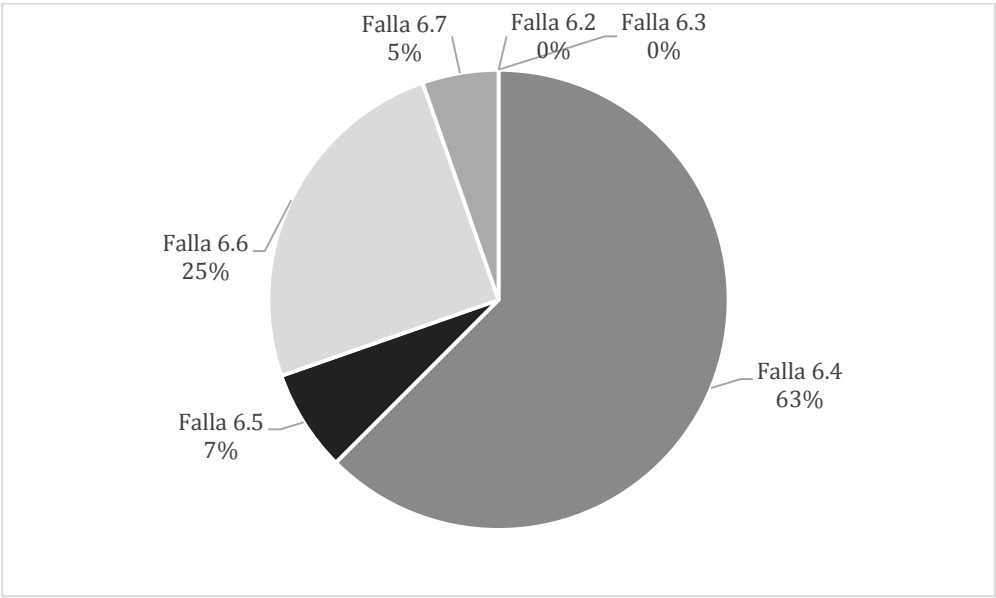

**Figura 7:** *Distribución de turnos en el total de episodios relevantes de Terapia B.*

En la figura 8 se grafican los promedios de calidad de FR para cada categoría de funcionamiento reflexivo, y en la figura 9 las frecuencias de presentación de cada tipo de falla de FR.




Nota: Categoría 4.1 Dar cuenta de la naturaleza de los estados mentales; Categoría 4.2 Deducir los estados mentales que subyacen al comportamiento; Categoría 4.3 Reconocer los aspectos evolutivos de los estados mentales; Categoría 4.4 Señalar los estados mentales en relación con el otro.

**Figura 8:** *Calidad FR Categorías – Actor*




*Nota*: Cat. 6.2: Rechazo de la FR; Cat. 6.3: FR no integrada, bizarra o inapropiada; Cat. 6.4: Desconocimiento de la FR; Cat. 6.5: FR distorsionada o egocéntrica; Cat. 6.6: Ingenua o simplista; Cat. 6.7: Hiperactiva o sobre-analítica.

**Figura 9:** *Distribución de Fallas de FR*

Por último, se observa en la Figura 10 la distribución para cada puntaje de FR según tipo de episodio. En los puntajes bajos (FR=1 o 2), hay una mayor proporción en episodios de ruptura. En los puntajes medios (3, 4 y 5), la diferencia entre los tipos de episodios disminuye, sin que existan diferencias significativas entre uno y otro. En los puntajes altos (6, 7 y 8), la proporción se inclina hacia los episodios de cambio. Se trata de un resultado relevante, que sugiere que las diferencias de tipo de funcionamiento reflexivo en distintos episodios se perciben sólo si se observan los puntajes extremos, pero que un funcionamiento reflexivo "medio" se presenta de manera más equitativa en episodios de cambio o de ruptura de la alianza terapéutica.

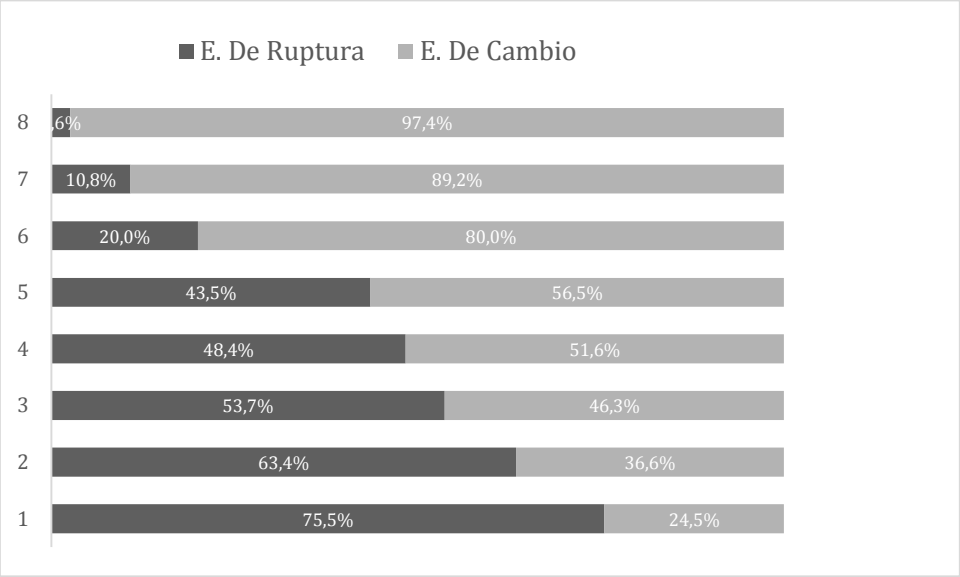



**Figura 10:** *Distribución de puntajes de FR según tipo de episodio.*

## Características verbales de las manifestaciones de la mentalización

Para caracterizar verbalmente las diversas manifestaciones de la mentalización de paciente y terapeuta se recurrió a un análisis discursivo, a través del Modelo de Análisis de Posicionamiento Discursivo para Psicoterapia (MAPP, Martínez y Tomicic, 2017). Se trata de un sistema taxonómico de posiciones discursivas para psicoterapia, que se realizó por dos jueces expertos, de manera independiente de las codificaciones de FR, cuya confiabilidad inter-jueces fue de un $k=0.762$, $p<0.05$ (Cohen, 1968).

El sistema MAPP considera los siguientes tres pasos microanalíticos:

a) Identificación de "voces discursivas" correspondientes a enunciadores recurrentes en el habla de paciente y terapeuta.

b) Categorización de voces discursivas de cada paciente y terapeuta como posiciones discursivas idiosincráticas.

c) Clasificación de las posiciones discursivas idiosincráticas de acuerdo al sistema MAPP.

Las posiciones discursivas propuestas por el modelo para los pacientes son:

a) *Reflexiva*, asociada a un posicionamiento desde la toma de distancia emocional de las situaciones, de manera de equilibrar afectos con perspectivas y ser capaz de escuchar y mirar críticamente las otras posiciones de sí mismo.

b) *Dependiente,* posicionándose subjetivamente como alguien dependiente, débil, dañado o vulnerable.

c) *Independiente*, asociada a un discurso de auto-suficiencia, que fuerza a no requerir de la ayuda de los otros.

Por su parte, las posiciones discursivas generales propuestas por el modelo para los terapeutas son:

a) *Propositiva,* al instalarse desde la capacidad para mostrar al paciente lo que observa, ofrecerle una nueva perspectiva y generar un espacio dialógico para las posiciones del paciente.

b) *Profesor*, asociado a un discurso dominante y monológico, portador de una verdad o conocimiento que se impone y enseña como una alternativa única.

La tabla 14 muestra las voces discursivas idiosincráticas de paciente y terapeuta, que, en el paso tres del sistema MAPP, fueron agrupadas en las posiciones discursivas propuestas en general para cada uno de estos roles.

**Tabla 14:** *Voces y Posiciones Discursivas Terapia B*

| | | **PACIENTE** | |
|---|---|---|---|
| **POSICIONES/MPD** | **La Reflexiva** | **La Dependiente/Vulnerable** | **La Independiente/Autosuficiente** |
| *PD Idiosincráticas* | *(La Adulta Reflexiva)* | *(La Niña Necesitada)* | *(La Empoderada)* |
| Voces Discursivas | Voz Mentalizadora<br>Voz de Continuidad | Voz Desesperanzada<br>Voz desconfiada<br>Voz Regalona<br>Voz Rechazable<br>Voz Abusada | Voz Asertiva/Ejecutiva<br>Voz Desafiante<br>Voz Mamá Salvadora |
| | | **TERAPEUTA** | |
| **POSICIONES/MPD** | **La Propositiva** | | **La Profesora** |
| *PD Idiosincráticas* | *(La Propositiva)* | | *(La Impositiva)* |
| Voces Discursivas | Voz Indagadora<br>Voz Confrontadora<br>Voz Mentalizadora<br>Voz Autodeveladora | | Voz aseveradora<br>Voz mentalista |

En lo que sigue se describen brevemente las posiciones discursivas idiosincráticas identificadas en esta terapia para paciente y terapeuta, y las posiciones discursivas del MAPP en que se clasificó cada una de ellas.

Para la paciente se identificaron tres posiciones discursivas idiosincráticas: la adulta-reflexiva, la niña necesitada y la empoderada.

Desde la *posición adulta-reflexiva*, la paciente se comporta, piensa y siente adultamente, integrando aspectos diferentes de sí y reflexionando sobre ello. Desde esta posición impresiona más autónoma e independiente, pero sin dejar de mostrar su necesidad de ayuda. Fue equiparada a la posición *La Reflexiva* del Modelo de Posicionamiento Discursivo. Esta posición se expresa mediante dos voces discursivas. Una de ellas, la *mentalizadora*, se caracteriza por expresiones reflexivas sobre sí misma y sobre los demás, que integran pensamientos y sentimientos. Es una voz que aporta nuevo material atingente, amplía la información, cuestiona y refina los descubrimientos sobre sí misma. La voz *de continuidad*, se caracteriza por proporcionar material de trabajo terapéutico que permite continuar el diálogo, aportando ideas no necesariamente reflexivas o mentalizadoras, pero que implican una mirada sobre sí misma. A veces constituyen anécdotas o reportes de la semana, pero es material no necesariamente neutral sobre el cual es posible trabajar terapéuticamente.

Desde la posición *la niña necesitada*, la paciente se instala subjetivamente en el lugar de una niña pequeña e indefensa, abusada, dañada, rechazable e incapaz de tomar decisiones y pensar por ella misma. Fue asimilada a la posición La Dependiente/Vulnerable del modelo general (MAPP). Esta posición se expresa mediante cinco voces discursivas. La primera, *la desesperanzada*, se caracteriza por expresiones

que la presentan en una vida sin salida ni posibilidades. Con esta voz expresa su deseo de morir temprano en la vida, con la idea que ella nació con el “hilo corto”. También que no tiene arreglo en sus problemas psicológicos, que no hay quién la pueda ayudar o no hay cambio posible. La segunda, la *voz desconfiada*, se caracteriza por describir relaciones muy dependientes y simbióticas, con exigencias de exclusividad para el otro. Con esta voz en ocasiones la paciente expresa sus dudas sobre la terapia, sea con respecto a su eficacia o a la verdadera intencionalidad del equipo terapéutico. La tercera, la *voz regalona*, se caracteriza por un estilo enunciativo consentido y “mañoso”: no quiere trabajar, no quiere pensar, utiliza mucho el "no sé". Tiende a expresar idealizaciones del otro, especialmente cuando se siente protegida. También con esta voz manifiesta su necesidad de ser rescatada, auxiliada, que los demás piensen o decidan por ella. La cuarta, la *voz rechazable*, se caracteriza por referir situaciones de competencia o "triángulo", reales o fantaseadas, en las que su destino es ser abandonada o rechazada. Con esta voz expresa desprecio hacia sí misma, como alguien físicamente fea e indigna de cariño. Describe sentimientos de culpa por lo que hace o dice y lo expresa con comentarios acerca de la "lata" que les debe dar a los demás cuidarla o estar con ella. La última voz que expresa a la posición la *niña necesitada*, es la *abusada*. El enunciador nuclear de esta voz refiere a una situación de abuso real en la infancia y que permanece en la paciente con expresiones discursivas de niña dañada e indefensa que no puede hacer nada frente a figuras o actos abusivos en el presente. La posibilidad de confrontación del abusador o de la situación de abuso es descrita desde esta voz mostrando un temor paralizante.

Desde la posición *la empoderada*, asimilada a *La Independiente/Autosuficiente* del MAPP, la paciente se instala subjetivamente como alguien que no necesita ayuda, sino que la provee, con evidentes sentimientos de superioridad, desde donde puede enfrentar dificultades con racionalidad y una activa agencia, pero también con desafío, confrontación y desprecio. Esta posición se expresa mediante tres voces discursivas. La primera, *asertiva/ejecutiva*, es una voz que subraya su capacidad de agencia, contrastando con otras en las que predomina la parálisis y la pasividad. Con esta voz expresa competitividad, ambición y visión de futuro. También esta voz expresa autonomía e independencia. La segunda voz, *la desafiante*, se caracteriza por expresiones confrontadoras y de superioridad respecto de los otros. Expresa desconfianza, especialmente de las buenas intenciones de los demás. La tercera, *la mamá salvadora*, voz que se caracteriza por enunciados en los que subraya su fortaleza y capacidad de defensa en comparación con otros más débiles. De esta manera, esta voz describe a los otros como sin posibilidad de defensa y como potencialmente dañables. En consecuencia, con esta voz la paciente expresa un rol de mamá salvadora.

A su turno, en la terapeuta se identificaron dos posiciones discursivas idiosincráticas: la impositiva y la propositiva.

Desde la *posición impositiva*, equiparada a *La Profesora* del MAPP, la terapeuta se instala frente a la paciente como alguien que posee la verdad respecto de sus dificultades y que es capaz de saber lo que piensa y siente respecto a las mismas. Esta posición se expresa a través de dos voces discursivas. La primera, la *mentalista*, se caracteriza por enunciados con la forma de preguntas retóricas y afirmaciones, en los que la terapeuta impresiona como leyendo la mente de la paciente. La segunda, la *aseveradora*, es una voz

que se caracteriza por expresiones que tienen la forma de afirmaciones que buscan comprobar o reafirmar verdades. También es una voz que da consejo y opiniones sancionadoras.

Desde la posición *propositiva* (también *La Propositiva* en el MAPP), la terapeuta se instala en un rol subjetivo desde el que le muestra a la paciente lo que observa y desea relevar, proponiéndoselo para que lo mire nuevamente. Esta posición se expresa a través de cuatro voces discursivas. La primera, la voz *confrontadora*, caracterizada por enunciados en los que la terapeuta señala aspectos contradictorios del discurso de la paciente, o entre el discurso y sus gestos, tonos de voz, etc. Asimismo, con esta voz la terapeuta parece expresar la intención de proponer a la paciente la búsqueda de una explicación que le permita comprender o darles sentido a dichas contradicciones. La segunda, la *indagadora,* es una voz con la que la terapeuta realiza acciones interrogativas, como preguntas, señalamientos o clarificaciones, que expresan una intencionalidad terapéutica. La tercera, la *mentalizadora,* es una voz que se caracteriza por expresiones con las que la terapeuta promueve la reflexión de la paciente acerca de sí misma y su relación con los otros. Esta voz se manifiesta en proposiciones sobre los estados mentales vinculados a emociones, sentimientos y sensaciones corporales. Por último, con la voz *autodeveladora* la terapeuta devela aspectos de sí misma con el fin de proponer una perspectiva alternativa a la paciente. Discursiva y lingüísticamente, esta voz utiliza la primera persona singular y hace referencia a la segunda persona singular en la forma de un "yo-contigo".

En los análisis siguientes, se utilizó la nomenclatura de posiciones discursivas del MAPP, o sea, La Reflexiva (PReflexiva), La Dependiente/Vulnerable (PDependiente) y La

Independiente/Autosuficiente (PIndependiente) para la paciente. Y La Propositiva (TPropositiva) y La Profesora (TProfesora) para la Terapeuta.

**Relación entre funcionamiento reflexivo y posiciones discursivas de paciente y terapeuta en distintos escenarios interaccionales**

Lo primero fue describir la frecuencia de posiciones discursivas. En la Figura 11 se observa que el paciente estuvo el 60% de los turnos de palabra de los episodios de cambio en PD Reflexiva, *versus* el 10% de los turnos pertenecientes a episodios de ruptura; el 37% de los turnos de episodios de cambio en PD Dependiente *versus* el 79% de los turnos de episodios de ruptura, y, finalmente, el 3% de los turnos que forman parte de un episodio de cambio en PD Independiente *versus* el 11% de los turnos de episodios de ruptura. Estos resultados coinciden en parte con estudios previos en esta misma línea, que apuntan a la preponderancia de la PD reflexiva para el paciente en episodios de cambio (Morán et al, 2016).

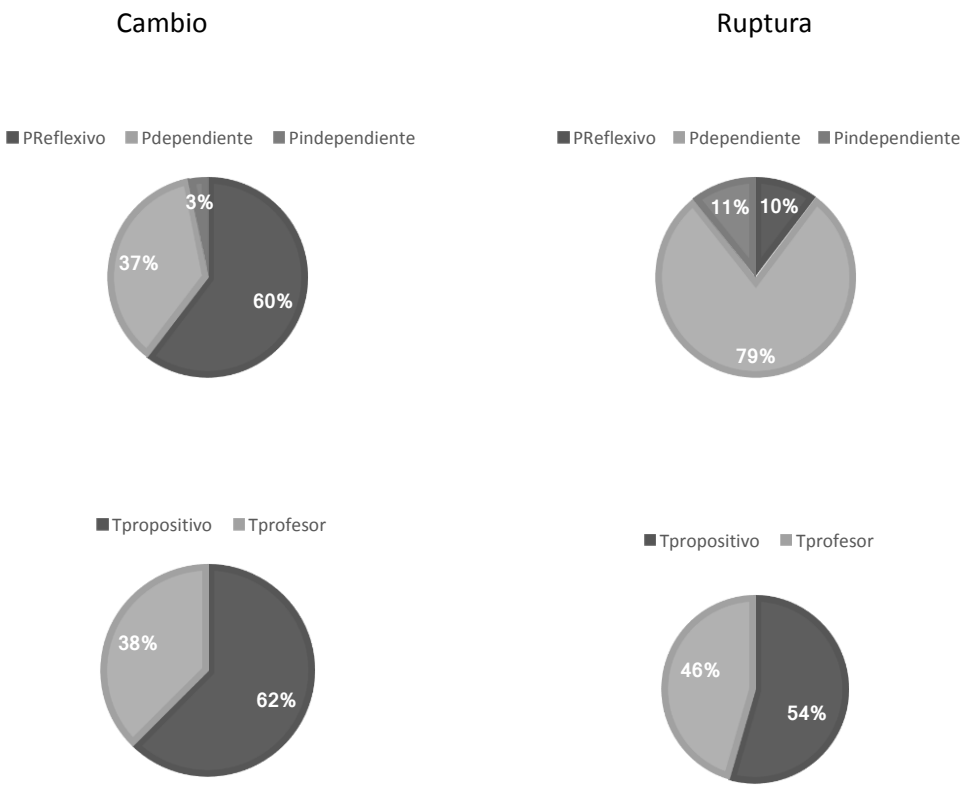



**Figura 11:** *Distribución de Sujetos Discursivos durante los Episodios de Cambio y de Ruptura*

A continuación, se calcularon los promedios de calidad de FR para cada una de las posiciones discursivas. En la Figura 12 se aprecia que en general los promedios son más altos (Tabla 15 para resultados de comparaciones con Anova) en episodios de cambio que de ruptura. En el caso de la paciente, el promedio de calidad de FR en los episodios de cambio que muestra un puntaje más alto es el de la PD Reflexiva, lo que es coincidente con lo hipotetizado previamente y da cuenta, además, de que similares características del discurso se consideran cuando se evalúa la calidad de la FR y cuando se determina que el discurso de un actor en psicoterapia tiene características reflexivas.

Las PD Reflexiva y Dependiente de la paciente muestran promedios significativamente más altos en episodios de cambio. Al igual que las PD de la terapeuta, Propositiva y Profesora. La única posición discursiva que no muestra diferencias según el tipo de escenario interaccional es la PD Independiente de la paciente, cuyos promedios en cambio y ruptura (4,0 y 4,4 respectivamente) no muestran diferencias estadísticamente significativas.

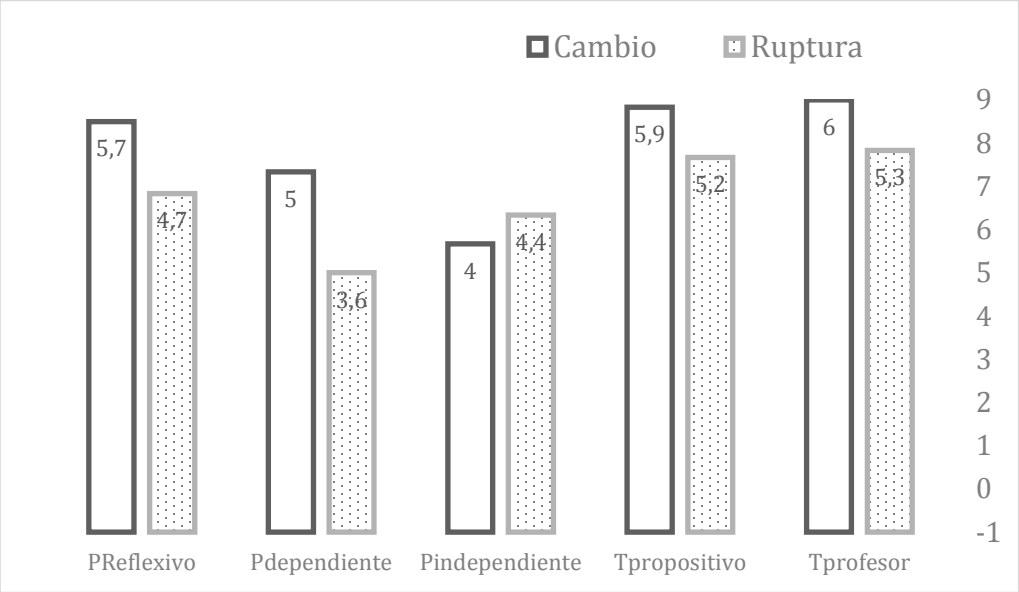



**Figura 12:** *Calidad FR por Sujeto Discursivo*

**Tabla 15:** *Resumen comparaciones de puntajes de FR según tipo de episodio*

| | *Calidad FR* | | *F* | *Sig.** |
|---|---|---|---|---|
| Posiciones Discursivas | Episodios de Cambio | Episodios de Ruptura | | |
| P_Reflexiva | 5,7 | 4,7 | 13,654 | 0,000* |
| P_Dependiente | 5,0 | 3,6 | 57,390 | 0,000* |
| P_Independiente | 4,0 | 4,4 | 0,368 | 0,548 |
| T_Propositiva | 5,9 | 5,2 | 38,907 | 0,000* |
| T_Profesora | 6,0 | 5,3 | 16,746 | 0,000* |

*Nota*: *Nivel de significación de p<0,05

A objeto de establecer la relación entre las distintas posiciones discursivas de paciente y terapeuta y la actividad mentalizadora de cada uno de ellos, se realizaron análisis de regresión logística multinomial, según se reporta a continuación. En la Tabla 16 se puede apreciar que en los episodios de cambio, la PD Reflexiva de la paciente está relacionada de manera significativa con la ausencia de falla de FR. En otras palabras, cuando la paciente está hablando desde la posición reflexiva en los episodios de cambio se puede predecir que habrá ausencia de fallas. La misma relación se observa en el caso de la PD Propositiva. La presencia de posición propositiva en la terapeuta durante los episodios de cambio permite predecir la ausencia de fallas de FR. Ambos resultados resultan coherentes con lo hipotetizado. Es esperable que cuando el paciente está expresándose desde un discurso reflexivo, no se presenten fallas de FR. Y lo mismo para las características propositivas del discurso del terapeuta.

En el caso de los episodios de ruptura, los resultados difieren. Sólo las PD del terapeuta permiten predecir que no habrán fallas de FR. Sin embargo, aunque la PD Reflexiva de la paciente no alcanza a ser significativa como predictora, su probabilidad está casi en el límite (p=0,055), y, en todo caso, propone la misma relación que en los episodios de cambio, o sea, se relaciona con la ausencia de fallas de FR.

En cuanto a la capacidad predictiva de las distintas posiciones discursivas para considerar una mayor probabilidad de presencia de FR, en los episodios de cambio la PD Reflexiva de la paciente permite predecir la presencia de FR en el turno. Por el contrario, la PD Independiente predice la ausencia de FR en el turno. En ruptura no se pueden establecer predictores significativos para las PD de la paciente.

Para las PD de terapeuta, en los episodios de cambio ninguna de ellas resulta significativa para anticipar presencia de FR. En ruptura, por el contrario, cuando la terapeuta se encuentra en posición Profesora se puede predecir ausencia de FR en el turno, o sea, es más probable que no haga nada (sin ejemplar) o que falle *versus* que mentalice.

**Tabla 16:** *Resultado de regresión multinomial*

| *Tipoepisodio* | *vd_3CAT[a,c]* | | *B* | *Error típ.* | *Wald* | *gl* | *Sig.* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Episodio de Cambio | -1,00 | P_Reflexivo | -1,565 | ,754 | 4,304 | 1 | ,038* |
| | Falla de FR | P_Dependiente | -,223 | ,564 | ,156 | 1 | ,693 |
| | | P_Independiente | -,092 | ,774 | ,014 | 1 | ,905 |
| | | T_Propositivo | -1,936 | ,752 | 6,621 | 1 | ,010* |
| | | T_Profesor | -1,258 | ,697 | 3,261 | 1 | ,071 |
| | 1,00 | P_Reflexivo | ,771 | ,254 | 9,208 | 1 | ,002* |
| | FR | P_Dependiente | ,154 | ,259 | ,353 | 1 | ,552 |
| | | P_Independiente | -,968 | ,437 | 4,894 | 1 | ,027* |
| | | T_Propositivo | ,383 | ,248 | 2,379 | 1 | ,123 |
| | | T_Profesor | ,253 | ,260 | ,945 | 1 | ,331 |
| Episodio de Ruptura | -1,00 | P_Reflexivo | -2,169 | 1,131 | 3,680 | 1 | ,055 |
| | Falla de FR | P_Dependiente | -1,061 | 1,012 | 1,098 | 1 | ,295 |
| | | P_Independiente | -,875 | 1,133 | ,597 | 1 | ,440 |
| | | T_Propositivo | -3,998 | 1,228 | 10,592 | 1 | ,001* |
| | | T_Profesor | -4,913 | 1,417 | 12,023 | 1 | ,001* |
| | 1,00 | P_Reflexivo | -1,563 | ,861 | 3,298 | 1 | ,069 |
| | FR | P_Dependiente | -1,158 | ,825 | 1,972 | 1 | ,160 |
| | | P_Independiente | -,492 | ,892 | ,305 | 1 | ,581 |
| | | T_Propositivo | -1,236 | ,828 | 2,226 | 1 | ,136 |
| | | T_Profesor | -1,629 | ,829 | 3,866 | 1 | ,049* |

a. La categoría de referencia es: ,00 para el archivo segmentado Tipoepisodio = 1 (Cambio)

b. Este parámetro se ha establecido a cero porque es redundante.

c. La categoría de referencia es: ,00 para el archivo segmentado Tipoepisodio = 3 (Ruptura).

Por último, se llevó a cabo un análisis de regresión logística para evaluar la relación entre las distintas PD de paciente y terapeuta y la probabilidad de que un nivel de FR mayor que 5 se presente en el turno. Para ello se recodificó la variable dependiente, dicotomizándola en valores = 0 (entre -1 y 4) y valores =1 (superiores a 5),

y se hicieron los análisis diferenciando por tipo de episodio y actor. Esta perspectiva se asumió con el fin de ser más exigentes en cuanto al nivel de FR que puede considerarse mentalizador, aplicando la codificación de la escala de función reflexiva de manera estricta, esto es, considerando que hay funcionamiento reflexivo moderado sólo si se obtiene un puntaje de 5 o más. Como se aprecia en la Tabla 17 para la terapeuta y en la Tabla 18 para la paciente, las únicas posiciones discursivas que se pueden considerar mentalizadoras de manera estable durante los episodios de cambio son la propositiva y profesor del terapeuta. En episodios de ruptura no hay relaciones significativas. Por su parte, ninguna PD del paciente, en ninguno de los escenarios interaccionales analizados, permite ser relacionada con funcionamiento reflexivo superior a 5.

**Tabla 17:** *Posiciones discursivas del terapeuta predictoras de FR superior a 5*

| *Tipo de Episodio* | *Posición Discursiva* | *B* | *E.T.* | *Wald* | *gl* | *Sig.* | *Exp(B)* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cambio | T_Propositivo | 2,307 | ,695 | 11,009 | 1 | ,001* | 10,042 |
| | T_Profesor | 1,358 | ,656 | 4,282 | 1 | ,039* | 3,889 |
| Ruptura | T_Propositivo | -18,484 | 28421,093 | ,000 | 1 | ,999 | ,000 |
| | T_Profesor | -19,243 | 28421,093 | ,000 | 1 | ,999 | ,000 |

**Tabla 18:** *Posiciones discursivas del paciente predictoras de FR superior a 5*

| *Tipo Episodio* | *Posición Discursiva* | *B* | *E.T.* | *Wald* | *gl* | *Sig* | *Exp(B)* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cambio | P_Reflexivo | ,771 | ,505 | 2,328 | 1 | ,127 | 2,161 |
| | P_Dependiente | -,670 | ,497 | 1,815 | 1 | ,178 | ,512 |
| | P_Independiente | -,999 | ,727 | 1,885 | 1 | ,170 | ,368 |
| Ruptura | P_Reflexivo | 1,329 | ,959 | 1,920 | 1 | ,166 | 3,778 |
| | P_Dependiente | ,279 | ,878 | ,101 | 1 | ,750 | 1,322 |
| | P_Independiente | ,767 | ,948 | ,655 | 1 | ,418 | 2,154 |

**Características no verbales de las manifestaciones de la mentalización**

Para caracterizar no verbalmente la actividad de paciente y terapeuta en los episodios relevantes de este estudio, se examinaron las expresiones vocales de las manifestaciones de la mentalización en la diada paciente-terapeuta. Dos codificadores entrenados e independientes de las codificaciones de FR aplicaron el sistema de codificación de Patrones de Cualidad Vocal (PCV) (Tomicic et al., 2011) a los registro de voz de los episodios de cambio y ruptura, identificando las combinaciones de parámetros vocales particulares en las alocuciones de los participantes del proceso psicoterapéutico que resultan en una sonoridad del habla que impresiona a quien escucha de una manera particular, independientemente del contenido de lo hablado. Lo anterior resulta en una clasificación del habla de paciente y terapeuta en alguna de las siguientes categorías (Tomicic, Chacón, Martínez, Guzmán, Bauer y Reinoso, 2009; Tomicic y Martínez, 2011; Tomicic, 2011, Tomicic et al., 2015):

a) *Reporte*, imprime al habla la cualidad de distancia emocional, reportando un contenido sin compromiso afectivo.

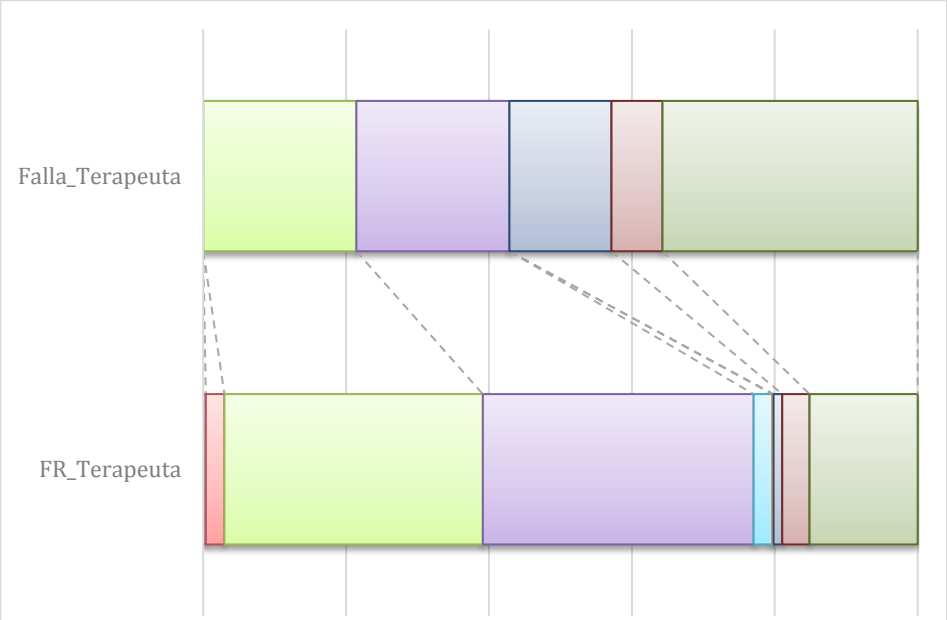
b) *Conectado*, imprime al habla una cualidad elaborativa y de orientación hacia el interlocutor.

c) *Afirmativo*, imprime al habla la cualidad de certeza y convicción, de aleccionamiento y compromiso con lo dicho.

d) *Introspectivo*, imprime al habla la cualidad de estar dirigido hacia sí mismo.

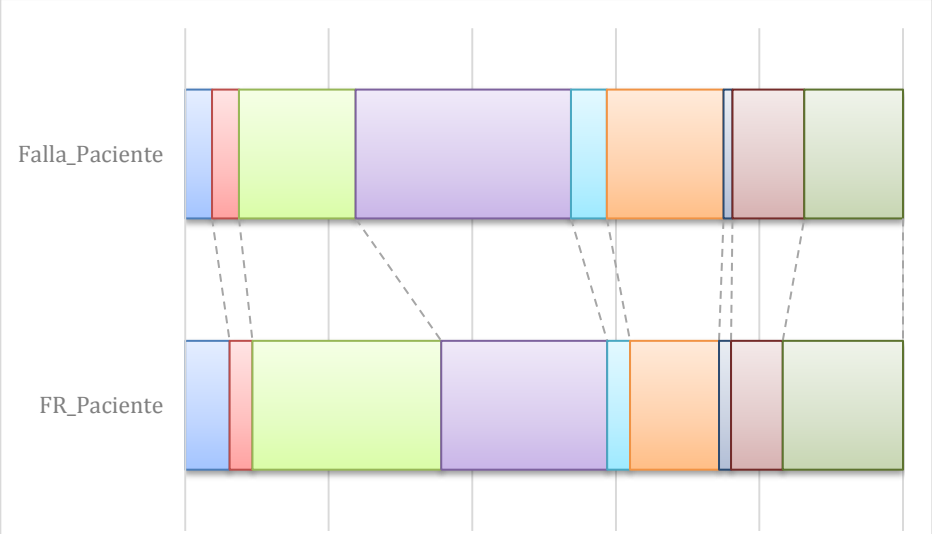
e) *Emocional*, imprime al habla una cualidad emocional (Emocional Positivo y Emocional Negativo).

La codificación se realizó siguiendo los cuatro pasos señalados en el manual de PCV (Tomicic et al., 2009), ciñéndose al procedimiento estandarizado. El valor Kappa obtenido para el total de episodios (n=153, 4553 segmentos) fue k=0.658, p<0.05.




| | FR_Terapeuta | Falla_Terapeuta |
|---|---|---|
| Introspectivo | 0,003 | 0,000 |
| Reporte | 0,026 | 0,000 |
| Conectado | 0,362 | 0,214 |
| Afirmativo | 0,379 | 0,214 |
| Em+ | 0,026 | 0,000 |
| Em- | 0,002 | 0,000 |
| PausaLlena | 0,012 | 0,143 |
| Solapamiento | 0,038 | 0,071 |
| NoCod | 0,151 | 0,357 |

**Figura 13:** *Distribución de PCV en turnos de FR y FFR del terapeuta*




| | FR_Paciente | Falla_Paciente |
|---|---|---|
| Introspectivo | 0,062 | 0,038 |
| Reporte | 0,032 | 0,038 |
| Conectado | 0,263 | 0,163 |
| Afirmativo | 0,231 | 0,300 |
| Em+ | 0,032 | 0,050 |
| Em- | 0,124 | 0,163 |
| PausaLlena | 0,017 | 0,013 |
| Solapamiento | 0,072 | 0,100 |
| NoCod | 0,168 | 0,138 |

**Figura 14:** *Distribución de PCV en turnos de FR y FFR del paciente*

En las Figuras 13 para la terapeuta y 14 para la paciente se observan distintas configuraciones de frecuencia de los patrones de cualidad vocal para cada uno de los actores y en los distintos escenarios interaccionales.

Se reportan en la Figura 15 los promedios de calidad de FR de cada PCV, diferenciándolos por actor y tipo de episodio. En términos generales, se advierte que la mayoría de los patrones vocales presenta promedios más altos de FR para la terapeuta en episodios de cambio, y los promedios más bajos de FR en episodios de ruptura y en los PCV de la paciente.

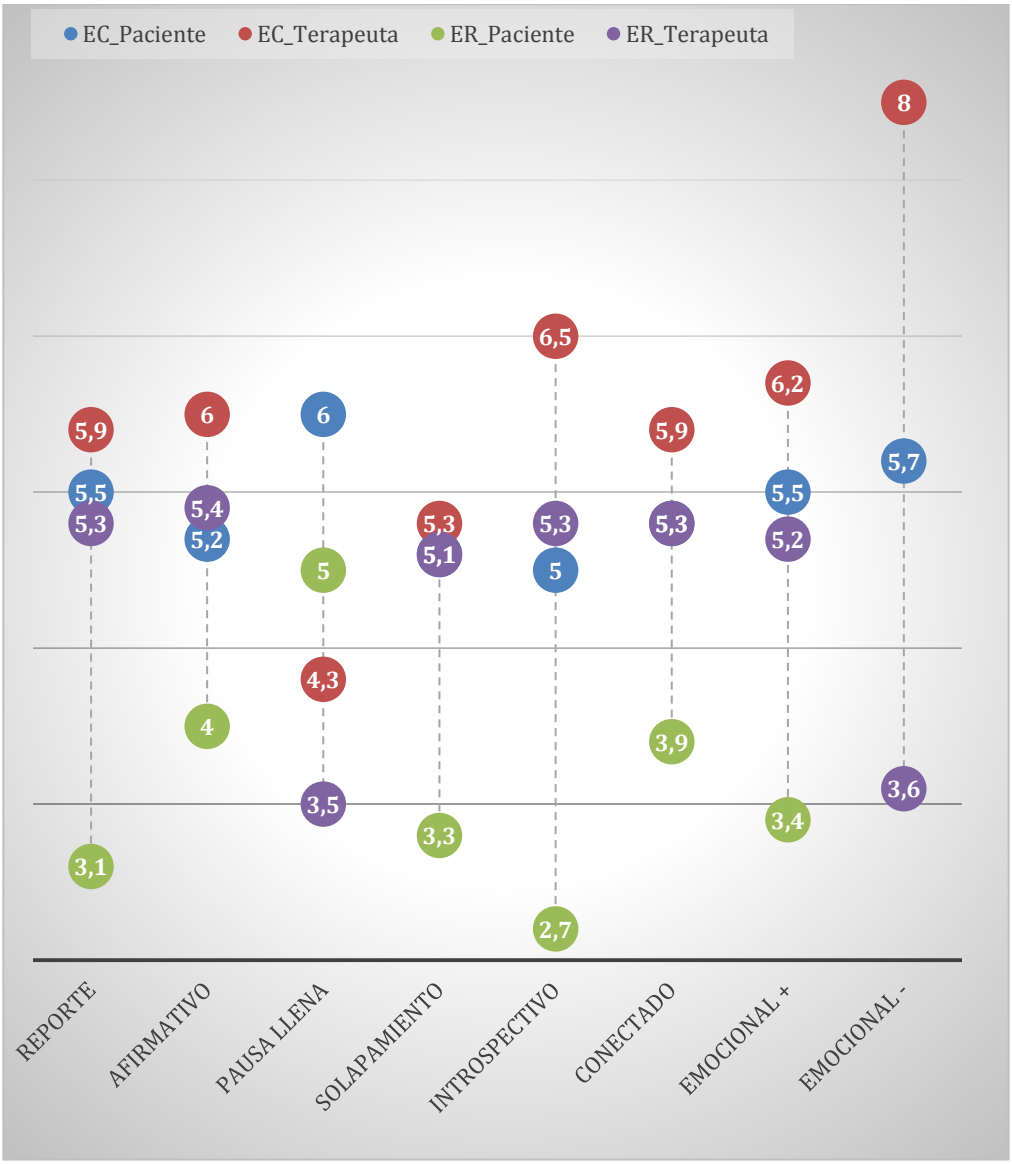



**Figura 15:** *Promedios de calidad de FR para cada PCV*

Para comprender mejor el desarrollo de los PCV en el transcurso del proceso psicoterapéutico, se graficaron en la figura 16 los puntajes promedio de calidad de FR para terapeuta y paciente en las tres fases en que se dividió el proceso terapéutico completo para los análisis de trayectorias (ver fases en Figura 19). Lo que resulta de

interés en esta gráfica es que en la mayoría de los PCV del paciente se produce un aumento entre la fase 1 (sesiones 1 a 24) y la 3 (sesiones 51 a 83). Los PCV de la fase 1 fluctúan entre puntajes 3 y 5 (pre-reflexivo), se mantienen en ese rango en la fase 2 (sesiones 25 a 50), y en la fase 3 se sitúan entre 5 y 7 (FR Moderada a Alta). Los del terapeuta, a su vez, se mueven entre 5 y 7 durante la mayor parte de la terapia.

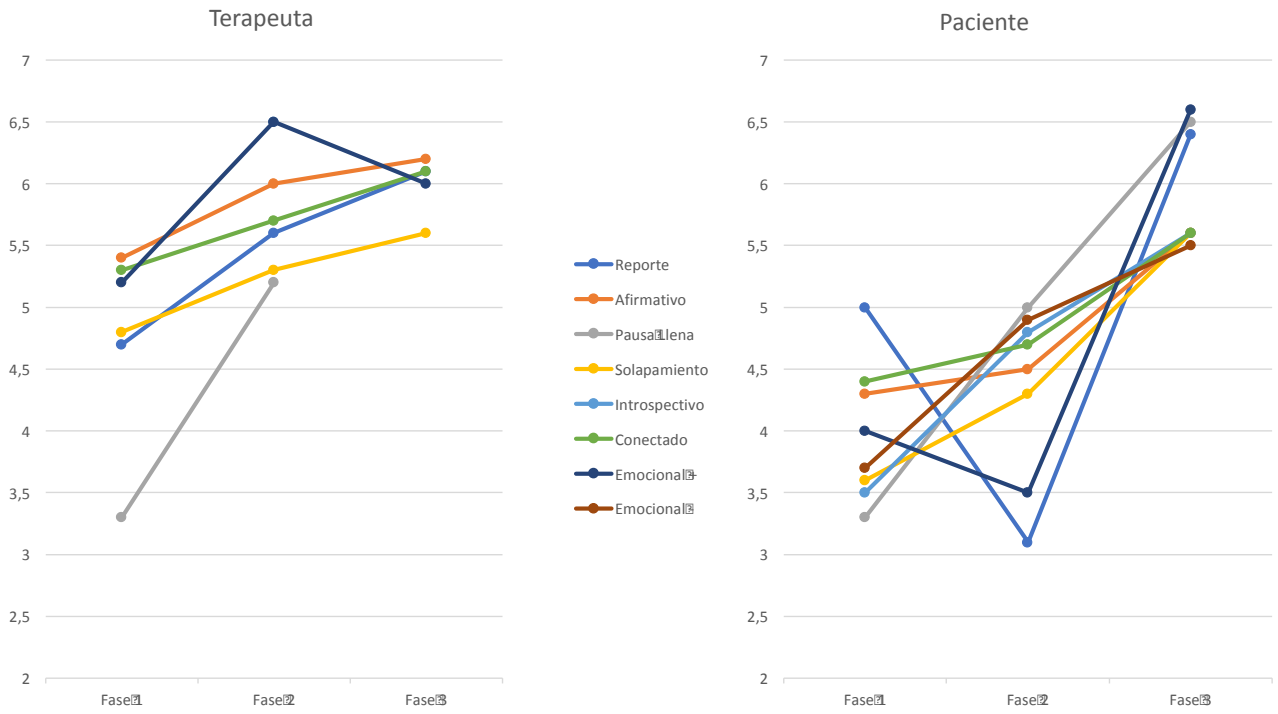



**Figura 16:** *Promedios de FR de PCV de Paciente y Terapeuta durante el proceso terapéutico.*

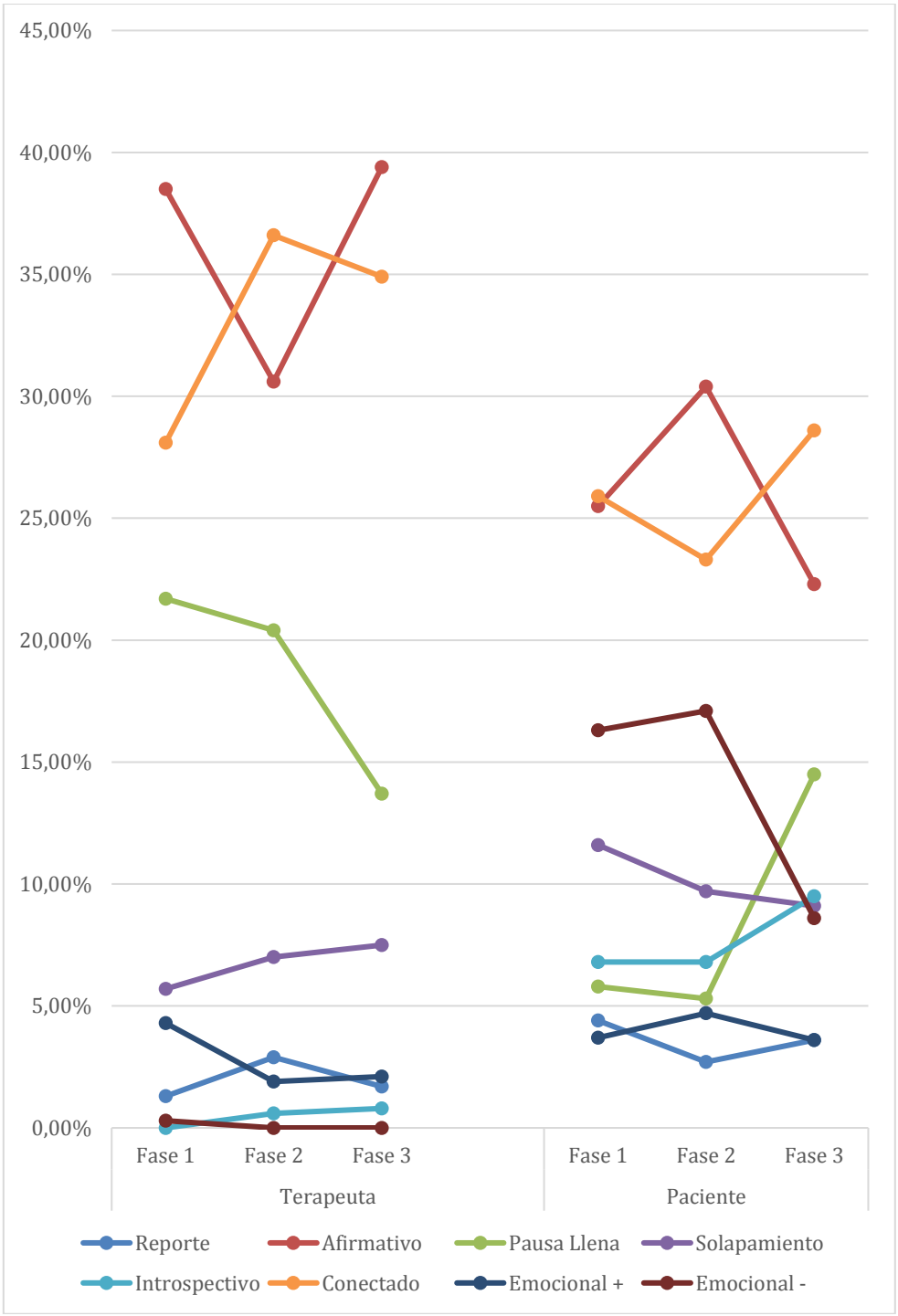



**Figura 17:** *Proporciones de presentación (frecuencias) de cada PCV durante el transcurso de la psicoterapia.*

Por último, se realizaron una serie de regresiones logísticas que tuvieron por finalidad determinar los patrones de cualidad vocal que pueden asociarse a una mayor

probabilidad de presencia o ausencia de Función Reflexiva en el turno. Se resumen en la Tabla 19 aquellas variables que resultaron significativas en los respectivos modelos de regresión.

**Tabla 19:** *Contrastes Actor-PCV para presencia de FR en el turno*

| | B | Wald | Sig | Exp (B) |
|---|---|---|---|---|
| Contraste[b] Terapeuta x Pausa Llena | -4,028 | 102,904 | 0,000*[a] | 0,018 |
| Contraste Terapeuta x Solapamiento | -1,361 | 22,231 | 0,000* | 0,256 |
| Contraste Paciente x Conectado | 0,412 | 5,082 | 0,024* | 1,028 |
| Contraste Paciente x Pausa Llena | -2,465 | 45,911 | 0,000* | 0,085 |
| Contraste Paciente x Solapamiento | -0,554 | 5,244 | 0,022* | 0,575 |

*Nota*: [a]*Nivel de significación menor que 0.05 [b]Variables en la ecuación según método condicional por pasos hacia adelante.

Para la terapeuta, son significativos los PCV Pausa Llena y Solapamiento, y ambos predicen la ausencia de FR en el turno. En el caso de la paciente, el PCV Conectado se relaciona con una mayor probabilidad de FR en el turno. Por el contrario, los PCV Pausa Llena y Solapamiento, al igual que en la terapeuta, predicen ausencia de FR en el turno.

Se realizaron análisis similares para las fallas de FR, pero no hubo resultados significativos. Sólo si se considera por separado, el PCV emocional negativo de la paciente se asocia con una mayor probabilidad de Falla de FR en el turno. Pero los resultados obtenidos respecto de las Fallas de FR son poco concluyentes debido a la escasa frecuencia que este tipo de ejemplares tuvo en el proceso psicoterapéutico analizado, por lo que deben ser interpretados de manera conservadora y sometidos a análisis más rigurosos cuando se cuente con una muestra más significativa.

**Determinación de la expresión diferencial de las manifestaciones de la mentalización paciente-terapeuta en episodios relevantes de la psicoterapia. Contrastes por episodio y por actor.**

Se llevaron a cabo una serie de regresiones logísticas que analizan la probabilidad de ocurrencia o aparición de ejemplares de función reflexiva o de ejemplares de falla de la función reflexiva y que permiten comparar diversos escenarios: según actor (Paciente y Terapeuta); según tipo de episodio (Cambio o Ruptura); según fases de la terapia. La metodología de análisis ya probada en el Estudio 1, que se aplica ahora a un proceso psicoterapéutico completo, agrega información relevante y permite delinear la configuración propia de la interacción mentalizadora para esta diada paciente-terapeuta, como también profundizar en manifestaciones específicas de la misma para un proceso dado y relacionarlo con los niveles de cambio.

Para estos análisis se utilizó la base de datos por turnos, que trabaja con la variable dicotómica Presencia o Ausencia de Función Reflexiva o de Falla de la Función Reflexiva en el Turno. Se efectuaron regresiones logísticas para comprobar si en los distintos escenarios interaccionales (episodios de cambio y ruptura) varía la probabilidad de que un turno de habla determinado forme parte de un ejemplar de función reflexiva o de una falla de la función reflexiva. Los análisis realizados indican que hay más probabilidades de que un turno sea de función reflexiva en Episodios de Cambio ($p=0,66$) que en Episodios de Ruptura ($p=0,50$), siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Pero si comparamos por actor, no hay diferencias significativas en la probabilidad que un turno sea de función reflexiva en el Paciente o en el Terapeuta. Se trata de un resultado interesante, ya que indicaría que, como se había supuesto, la

mentalización se manifiesta de manera preponderante en episodios de cambio. También es importante que no haya diferencias significativas en la probabilidad de que un turno de función reflexiva sea del Terapeuta o del Paciente, lo que sugiere, en corcordancia con los resultados del Estudio 1, que ambos manifiestan durante la interacción terapéutica una actividad reflexiva similar (Tabla 20).

Tratándose de las fallas de la función reflexiva, la Tabla 20 muestra que son más comunes en los episodios de ruptura que en los de cambio, y en el paciente más que en el terapeuta. Hay más probabilidades que un turno sea de falla de la mentalización en Ruptura (p=0,04) que en Cambio (p=0,01), y la diferencia es estadísticamente significativa. Asimismo, hay más probabilidades de que un turno sea de falla de mentalización en el Paciente (p=0,16) que en el Terapeuta (p=0,03), y la diferencia es estadísticamente significativa.

**Tabla 20:** *Regresiones Logísticas: contrastes por episodio y por actor*

| | B | Wald | Sig | Exp (B) |
|---|---|---|---|---|
| Presencia Mentalización Turno: Contraste Cambio x Ruptura | 0,684 | 62 | 0,000* | 1,982 |
| Presencia de Falla en el turno: Contraste Cambio x Ruptura | -3,16 | 789,99 | 0,000* | 0,042 |
| Presencia de Mentalización en el Turno: Contraste Paciente x Terapeuta | 0,027 | 0,108 | 0,742 | 1,028 |
| Presencia de Falla en el Turno: Contraste Paciente x Terapeuta | -3,468 | 565,00 | 0,000* | 0,031 |

Para confirmar estos análisis (Figura 18) se llevó a cabo una regresión logística multinomial con la interacción actor/episodio, la que arrojó que, en comparación con la terapeuta, la paciente tiene mayor probabilidad de fallar. Y esta diferencia es más marcada en ruptura que en cambio. Por su parte, ambos tienen mayor probabilidad de

mentalizar que de no presentar ejemplar en los episodios de cambio. Pero no hay diferencias por actor.

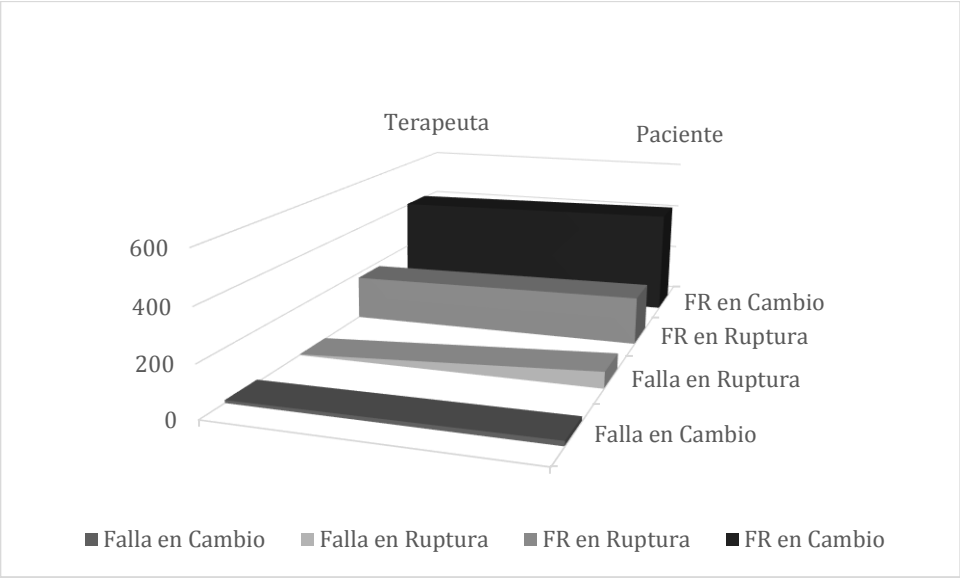



**Figura 18:** *Cantidad de Turnos por Participante y Tipo de Episodio*

## Análisis de trayectorias de las manifestaciones de la mentalización en el transcurso de la psicoterapia y su relación con el proceso de cambio.

Lo que se muestra en este apartado son los resultados relativos a los objetivos específicos 5 y 6, esto es, las variaciones de las manifestaciones de la mentalización en el transcurso del proceso psicoterapéutico y la relación de estas variaciones con el proceso de cambio. Primero, a través de algunas representaciones gráficas se da cuenta de las variaciones de la mentalización durante el proceso terapéutico completo que fue analizado en el Estudio 2. Luego, se relacionan estas trayectorias con los cambios en distintos niveles que se observaron durante la psicoterapia.

### Variaciones de las manifestaciones de la mentalización en la interacción paciente-terapeuta a lo largo del proceso psicoterapéutico analizado

En los análisis que se muestran en este apartado, se recogen los promedios de los ejemplares de FR de paciente y terapeuta que se presentaron en los episodios de cambio y de ruptura de la alianza terapéutica. En términos descriptivos, se propone distinguir tres momentos de la terapia. Según se grafica en la Figura 19, en la primera parte de la terapia (sesiones 1 a 24), la calidad de la FR de la paciente es más baja que la de la terapeuta, apreciándose, en general, que ambas transcurren de manera coordinada (suben y bajan juntas). En la segunda etapa de la terapia (sesiones 25 a 50), las diferencias entre ambos se agudizan, y el patrón se vuelve más caótico. Y en la etapa final (sesiones 51 a 83), las líneas de tendencia de paciente y terapeuta se acercan, y las diferencias de promedios de paciente y terapeuta son menores hacia la fase final de la terapia.

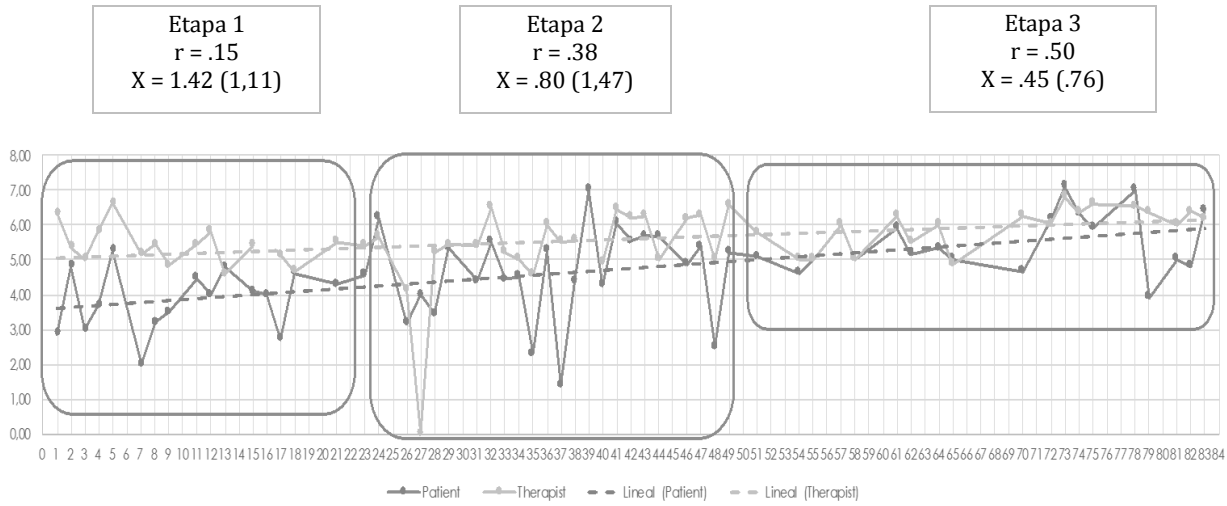



**Figura 19:** *Trayectorias de FR de Paciente y Terapeuta durante la Terapia B*

Para testear el supuesto de diferencias entre las tres etapas observadas, se calcularon correlaciones entre las medias de FR de paciente y terapeuta para cada una de ellas. Los resultados indican una correlación de r=.15 para la primera etapa, de r=.38 para la segunda y de r=.50 para la tercera (Figura 19). Si bien se advierte un incremento en la correlación entre las medias de FR de paciente y terapeuta a medida que avanza la terapia, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las correlaciones de estas etapas.

### Comparaciones de Promedios por Fases

Con el fin de establecer diferencias entre las fases observadas en las gráficas reportadas, se realizaron comparaciones de promedio (ANOVA) de la calidad de la función reflexiva de paciente y de terapeuta en las 3 fases (Figura 20).

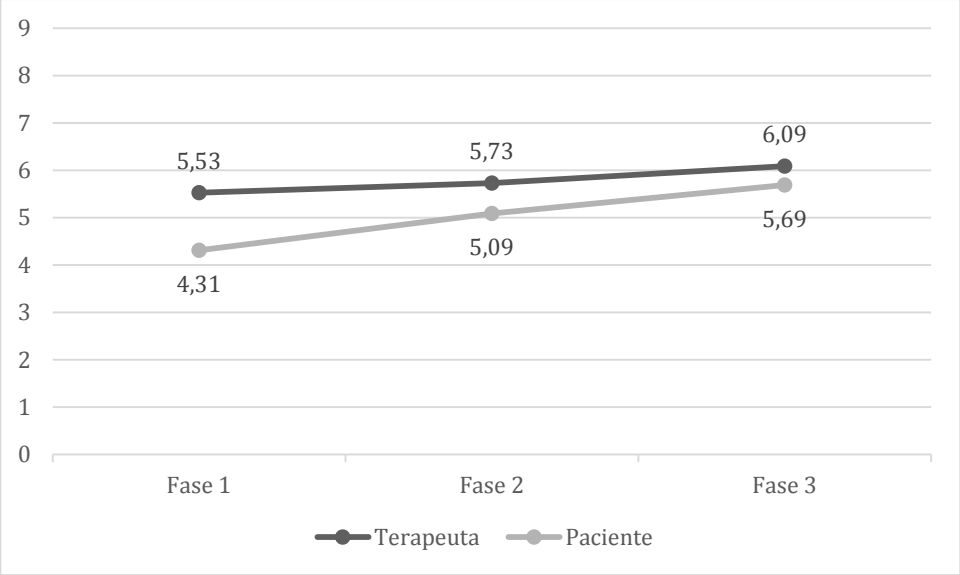



**Figura 20:** *Medias de FR para Paciente y Terapeuta en 3 fases del proceso terapéutico*

Se testearon coeficientes de comparación de promedios entre fases, y se realizaron comparaciones de promedios entre las fases. Los análisis realizados dan cuenta de que, para la terapeuta, no hay diferencias en las medias de FR entre las Fases 1 y 2 (p=.097), pero sí entre las Fases 1 y 3 (p=.000) y entre las Fases 2 y 3 (p=.001) (HDS de Tukey). Para la paciente se encontraron significativos los tres contrastes, esto es, hay diferencias entre las Fases 1 y 2, entre las Fases 2 y 3, y entre las Fases 1 y 3 (p=.000). Esto permite suponer que el comportamiento en términos de FR de paciente y terapeuta se modifica entre el inicio de la terapia y el final. En el caso de la terapeuta, esta mantiene un funcionamiento reflexivo similar en las Fases 1 y 2, mostrando un aumento en la Fase 3. La paciente, a su vez, varía su nivel de FR, mostrando un aumento sostenido entre fases y diferencias significativas de promedios.

**Diferencias entre las fases utilizando la GRID**

Para analizar la asociación entre los puntajes de FR de terapeuta y paciente en cada una de las etapas identificadas se utilizó la herramienta gráfica *State Space Grid* (SSG; Hollenstein, 2013), basada en la perspectiva de los sistemas dinámicos. En este tipo de análisis, aquellos fenómenos que involucran dos variables simultáneas son graficados en un espacio bi-dimensional como una trayectoria o secuencia de estados que se mueven de una celdilla a otra de la grid. El modelo de análisis SSG sirve para establecer qué estados son más frecuentes y estables (*attractors*).

En el caso de este estudio, el SSG se utilizó para graficar en una celdilla de la *versus*el funcionamiento reflexivo de la terapeuta y el subsecuente funcionamiento reflexivo de la paciente, y comparar el modo en que este comportamiento evoluciona en las tres fases identificadas en el proceso de psicoterapia. Para ello se utiliza una modificación de la base de datos, que transforma momentos consecutivos (1 lag) en sincrónicos, asumiendo que a un turno de la terapeuta se sigue una respuesta en el turno siguiente correspondiente a la paciente. Cada uno de esos pares (Turno de Terapeuta/Turno de Paciente) se analiza como momentos simultáneos, y se determina y calcula el número de visitas que tiene cada combinación para cada una de las etapas. En cada celdilla de la *grid* el tamaño del punto representa el número de visitas de esa combinación de FR de terapeuta con FR de paciente, lo que permite luego identificar los atractores. Se graficaron en el Eje X los puntajes de FR de terapeuta, y en el Eje Y los puntajes de FR de paciente. Los análisis llevados a cabo en esta parte del estudio se basaron en el modelo utilizado por Tomicic et al., (2015), con las adaptaciones al tipo de datos de la muestra aquí considerada.

Con el propósito de identificar los atractores, en este caso las combinaciones más estables y recurrentes entre FR de terapeuta y paciente, los datos obtenidos con la *versus*fueron analizados con la técnica *Winnowing* (Lewis et al., 1999; Hollenstein, 2013). Las combinaciones de FR de terapeuta-FR de paciente identificadas como atractor para cada una de las etapas se resumen en la Tabla 18.

Un primer análisis con SSG de los datos se realizó considerando el nivel de Episodios, esto es, se graficaron como puntos los promedios de FR por episodio de paciente y terapeuta (escala de -1 a 9). Se revisaron primero los atractores de la terapia completa, y luego se dividió por fases y se calcularon los atractores de cada una de las fases de la terapia (Tabla 21).

**Tabla 21:** *Atractores para cada una de las fases*

| | *Atractores Generales de la Fase* | *Cambio* | *Ruptura* |
|---|---|---|---|
| Fase 1 (sesiones 1-24) | 5 - 5 | No se detectan atractores | 5 -5 |
| Fase 2 (sesiones 25-50) | 5 – 5<br>5 - 6 | 5 – 5<br>5 - 6 | 5 -3<br>5 -4<br>5 - 5 |
| Fase 3 (sesiones 51-83) | 5 – 5<br>5 - 6 | 5 – 5<br>5 - 6 | No se detectan atractores |

*Nota*: Las combinaciones aquí señaladas corresponden a la combinación de promedio de FR de la terapeuta, seguido por el promedio de FR de la paciente. Por ejemplo, 5 – 5 indica la combinación deterapeuta con FR = 5 seguido por paciente con FR =5.

Los resultados indican que en la Fase 1 los atractores generales de la fase corresponden a la combinación 5 – 5, esto es, Terapeuta con FR 5 seguido del Paciente con FR 5 (Figura 21). En las columnas 3 y 4 de la Tabla 21, se señalan los atractores diferenciándose según tipo de episodio. En el caso de la Fase 1, en los episodios de cambio no se detectan atractores, y en los de ruptura la combinación 5 - 5 ya señalada. Lo anterior permite postular que las combinaciones más comunes en esta fase de la terapia

están determinadas por el comportamiento reflexivo de los episodios de ruptura (Ver figura 22 y primera columna de tabla 21).

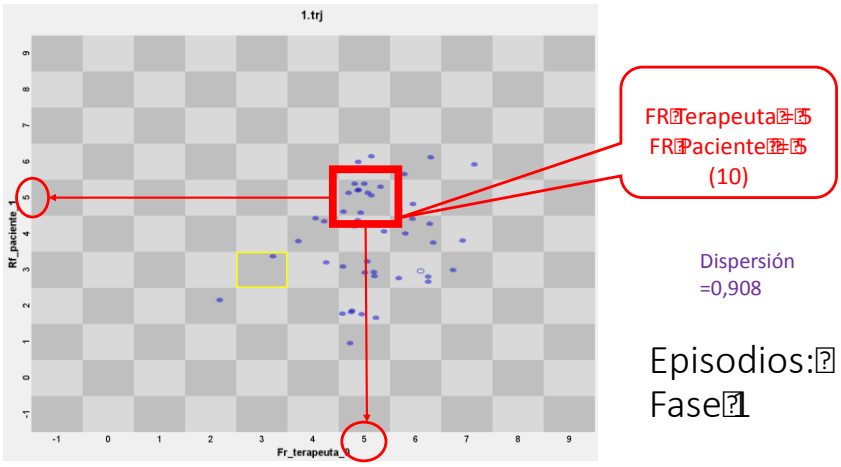



**Figura 21:** *Trayectoria Fase 1 (Sesión 1 a 24)*

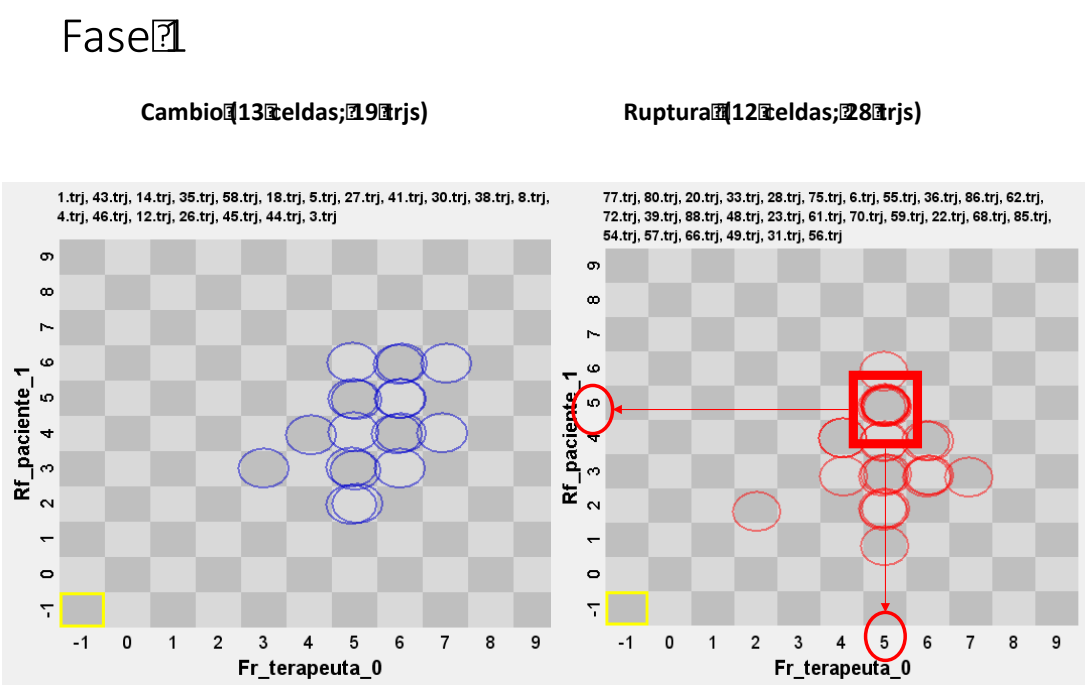



**Figura 22:** *Fase 1 Episodios de Cambio y Ruptura*

En la Fase 2 (sesiones 25 a 50), los atractores generales de la fase fueron las interacciones entre FR de calidad 5 de la terapeuta con FR de calidad 5 ó 6 de la paciente (ver Figura 23). Si se distingue según tipo de episodio pareciera que la tendencia está marcada por los episodios de cambio, en que se repiten los mismos atractores generales. En los episodios de ruptura durante la Fase 2, los atractores muestran combinaciones de una terapeuta que se mantiene en un nivel de funcionamiento reflexivo medio (FR=5) con una paciente que fluctúa en puntajes de FR entre 3 y 5, pero, en todo caso, más bajos que aquellos más comunes en los episodios de cambio (FR del Paciente 5 y 6) (Ver Tabla 21 y Figura 24).

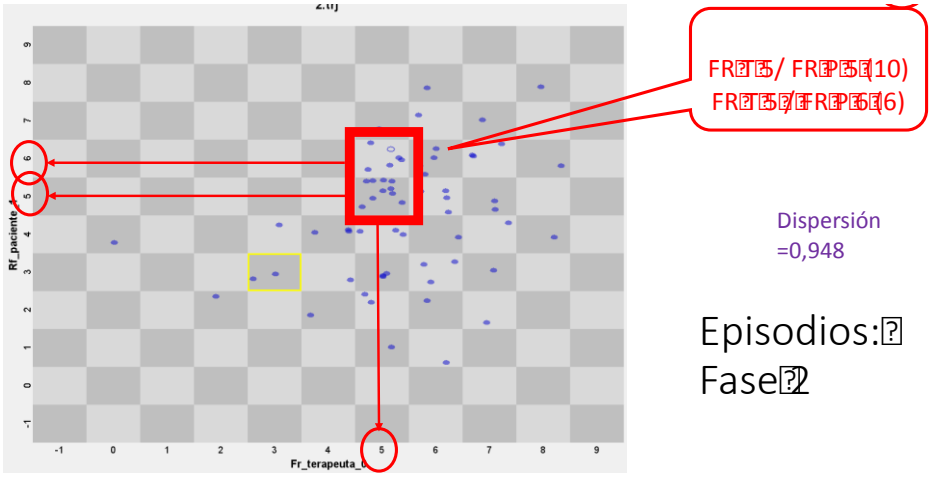



**Figura 23:** *Trayectoria Fase 2 (Sesiones 25 a 50)*

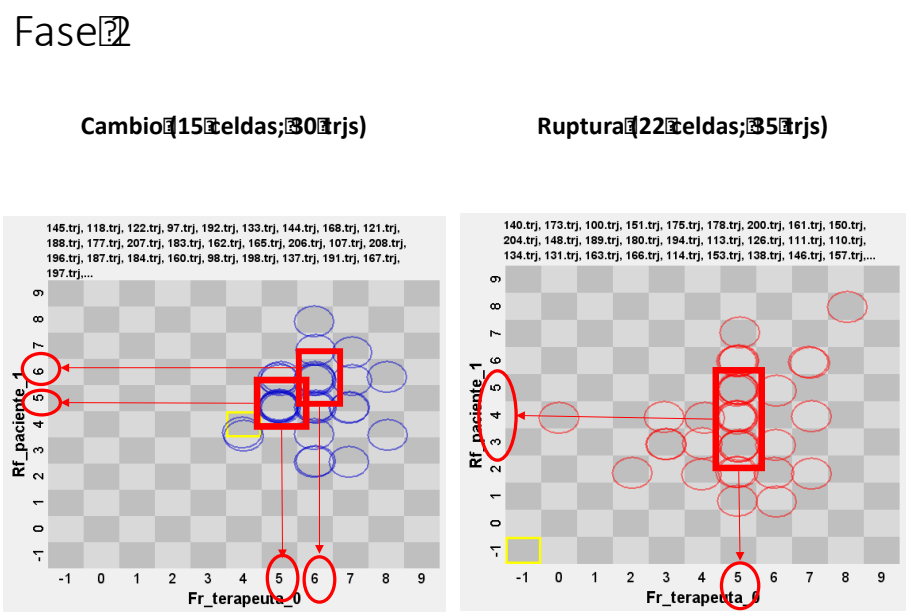



**Figura 24:** ***Fase 2 episodios de cambio y ruptura***

Por último, en la Fase 3 (sesiones 51 a 83), al considerar el funcionamiento reflexivo de pacientes y terapeutas en forma conjunta, no se identificaron atractores

(Figura 25). No obstante, al considerar los episodios en forma separada, durante el cambio los atractores fueron las combinaciones 5-5 y 5-6, manteniéndose las mismas de la Fase 2. En los episodios de ruptura, en esta Fase, no se detectaron atractores (en esta fase se presentaron sólo 7 episodios) (Ver segunda columna de Tabla 21 y Figura 26).

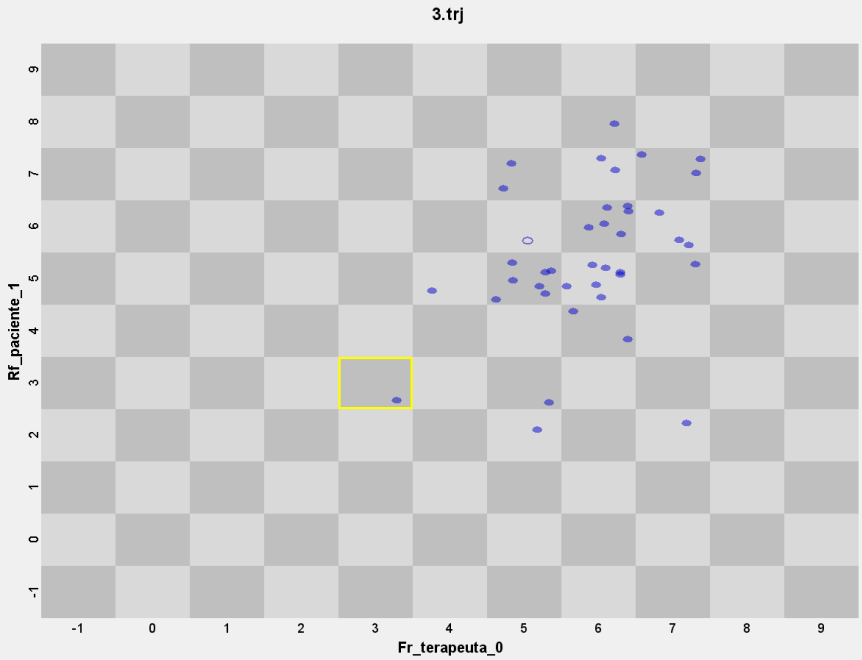



**Figura 25:** *Trayectoria Fase 3 (sesiones 51 a 83)*

Fase 3

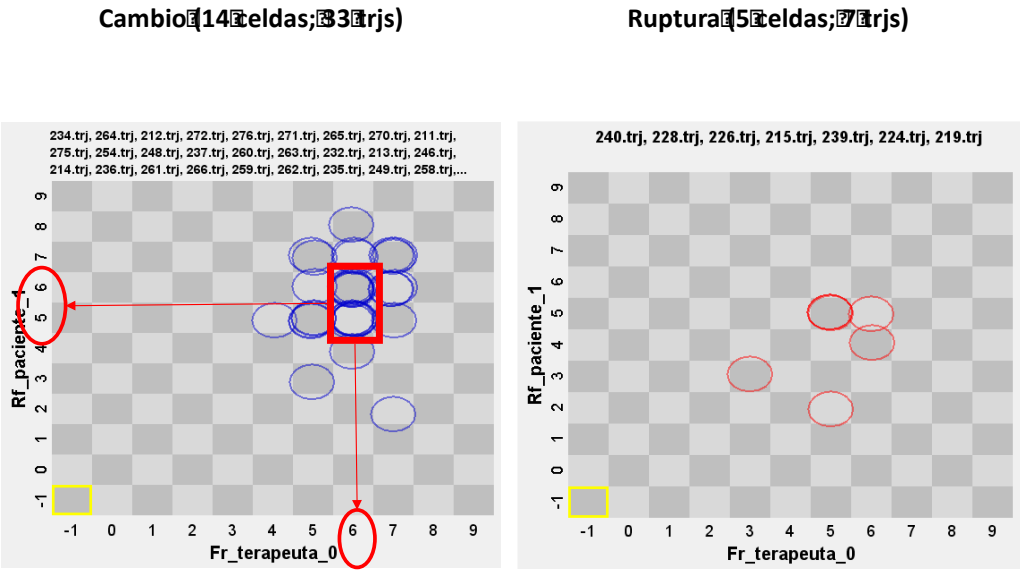



**Figura 26:** *Fase 3 Cambio y Ruptura*

En la Figura 27 se puede apreciar un resumen del procesamiento de atractores por fases, y la dispersión que muestran las combinaciones en cada una de ellas. Esto implica recordar que la dispersión señalada en este software es la de las combinaciones presentes *versus* todas las combinaciones posibles. En la Figura 27 se observa que, de manera coincidente con la interpretación gráfica de las fases realizadas en apartados anteriores, los índices de dispersión de la Fase 2 se incrementan respecto de lo que ocurre en las Fase 1 y 3. Este dato es coherente con la presencia de un patrón de combinación de FR de terapeuta con FR de paciente durante la parte media de la terapia

que es más caótico, con fluctuaciones mayores en los puntajes para ambos actores, y según lo aportado por la *grid*, también para la de ambos combinados.

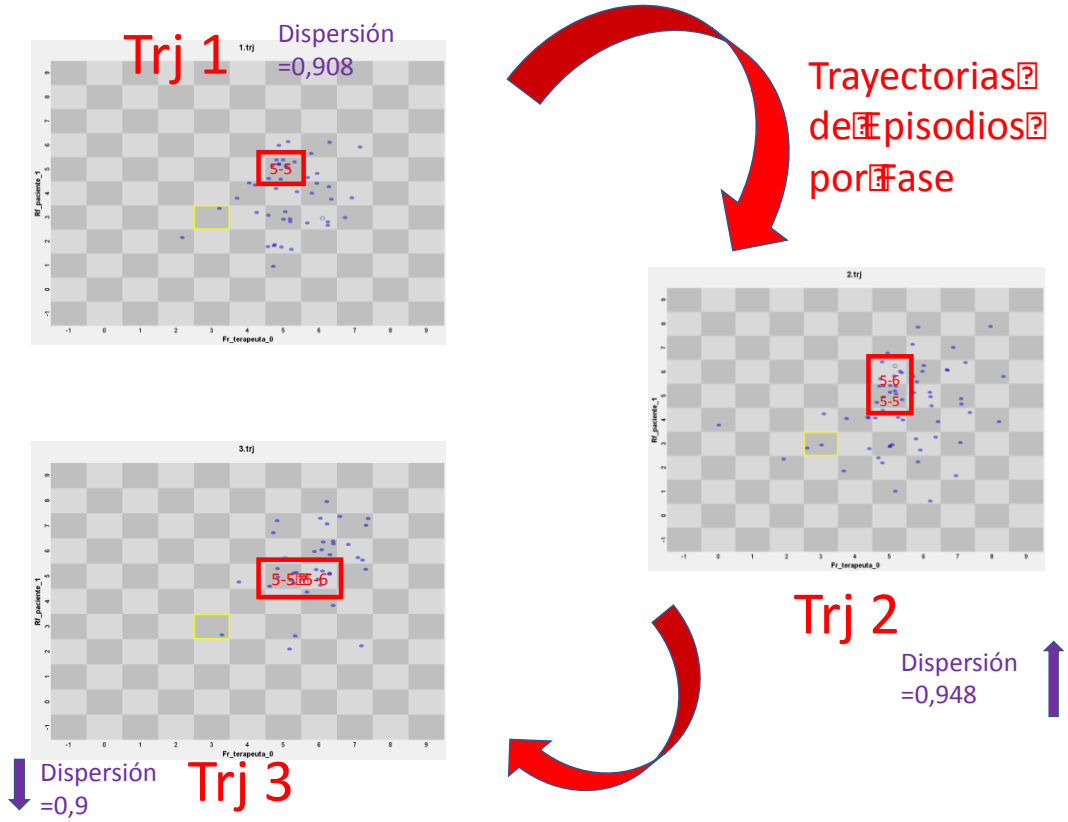



**Figura 27:** *Dispersión de trayectorias por fase*

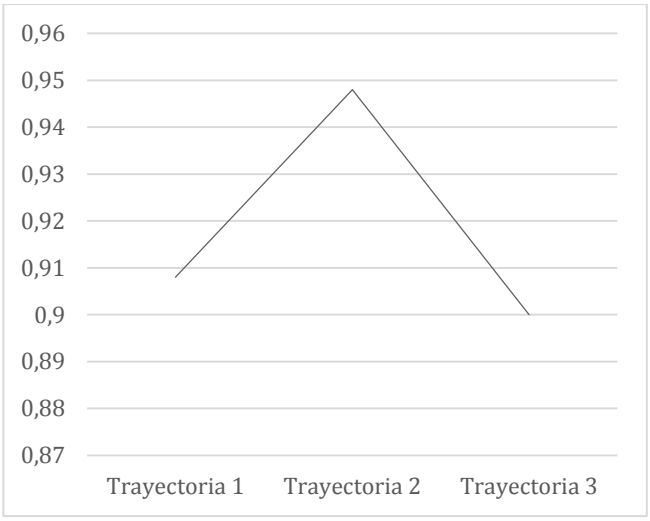
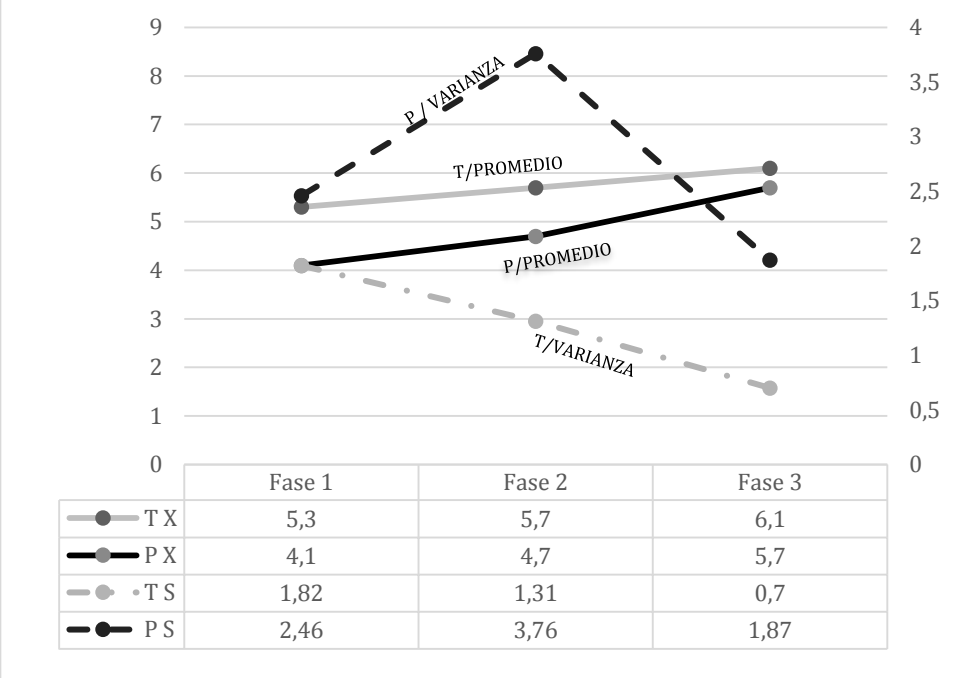



**Figura 28:** *Varianzas por Fase*




| | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 |
|---|---|---|---|
| T X | 5,3 | 5,7 | 6,1 |
| P X | 4,1 | 4,7 | 5,7 |
| T S | 1,82 | 1,31 | 0,7 |
| P S | 2,46 | 3,76 | 1,87 |

**Figura 29:** *Promedios y Varianzas durante las tres Fases*

En un segundo análisis, considerados los episodios de cambio y ruptura en forma diferenciada, se compararon los atractores de cada una de las fases, pero con el fin de graficar el comportamiento verbal de paciente y terapeuta a nivel de turnos de palabra. Para ello, la variable dependiente Calidad de la FR tuvo que ser recodificada, pues el SSG requiere codificación exhaustiva. Así, los puntajes fueron recodificados conforme a la especificación de la tabla 22.

**Tabla 22:** *Recodificación variable Calidad de la FR*

| Variable Inicial de Calidad de FR (Entre -1 y 9) | Valor Recodificado: | Etiqueta |
|---|---|---|
| -1 0 1 y 2 | 0 | FR Bajo / Falla de FR |
| Sin Ejemplar | 1 | S/E |
| 3 - 4 | 2 | Funcionamiento Pre-Reflexivo |
| 5-6 | 3 | FR Moderado |
| 7-8-9 | 4 | FR Alto |

En la Tabla 23 se presenta un resumen de los atractores por fase y tipo de episodio.

**Tabla 23:** *Resumen de atractores por fase y tipo de episodio*

| | *Cambio* | *Ruptura* |
|---|---|---|
| Fase 1 | 1 – 1<br>1 - 3<br>3 -1 | 1 - 1 |
| Fase 2 | 1 – 1<br>1 - 3<br>3 – 1<br>3 - 3 | 1 – 1<br>1 – 3<br>3 - 1 |
| Fase 3 | 1 – 1<br>1 - 3<br>3 – 1<br>3 – 3<br>4 -1 | 1 - 1 |

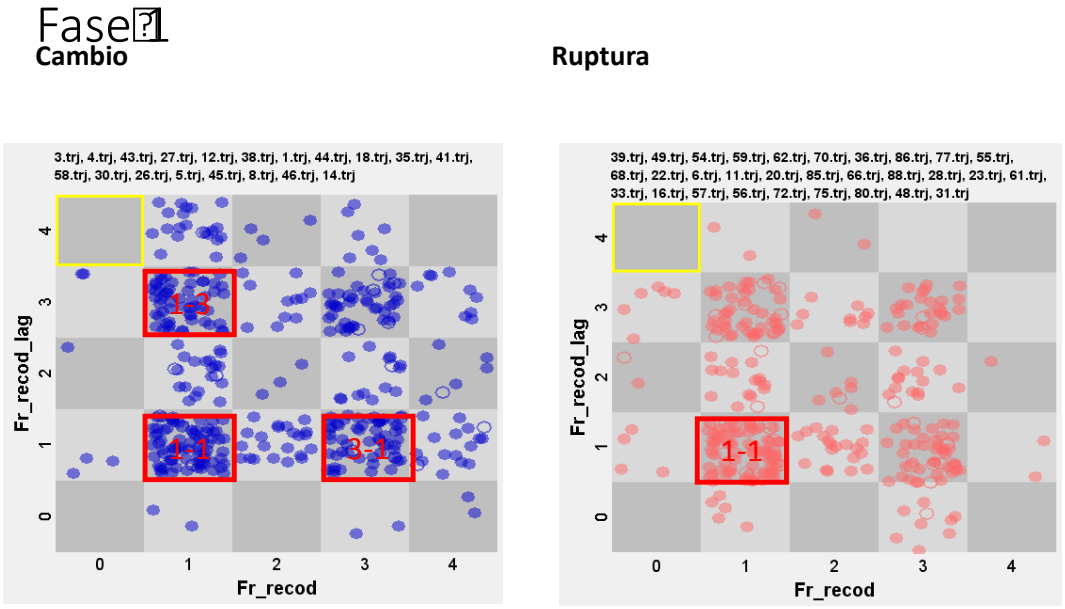



**Figura 30:** *Fase 1 Cambio y Ruptura (turnos)*

En la Figura 30, durante la Fase 1 las combinaciones que resultan más visitadas en la interacción terapéutica son aquellas en que ni paciente ni terapeuta presenta ejemplar (celda 1-1), seguido por aquellas en que la terapeuta no presenta ejemplar y la paciente está en FR media (1-3), o bien la paciente no presenta ejemplar y la terapeuta la sigue con FR Media (3-1). En el caso de las rupturas de la Fase 1, el atractor lo constituye la celdilla 1-1, esto es, ambas sin ejemplar.

Cabe señalar que la combinación 1-1 es preponderante en todos los escenarios interaccionales, lo cual es perfectamente explicable dadas las proporciones de presencia y ausencia de ejemplar de mentalización que esta terapia manifiesta (con el 56% de los

turnos con presencia de ejemplar y el 44% sin ejemplar). Es posible intuir que esta combinación de ambos actores sin actividad mentalizadora, ni positiva ni negativa, es la línea de base, el funcionamiento sin esfuerzo al que el sistema tiende mayoritariamente a regresar. Y hace pensar que los seres humanos mentalizan, al menos explícitamente, sólo cuando lo necesitan. Esto torna relevante que únicamente en los cambios de esta primera fase la interacción salga de la inercia, y se introduzcan combinaciones en que o la terapeuta o la paciente realizan actividad mentalizadora. En las rupturas parece que la inercia prevalece y la energía interaccional no es la suficiente como para hacer surgir actividad mentalizadora ni en una ni en otra, ni menos de manera conjunta.

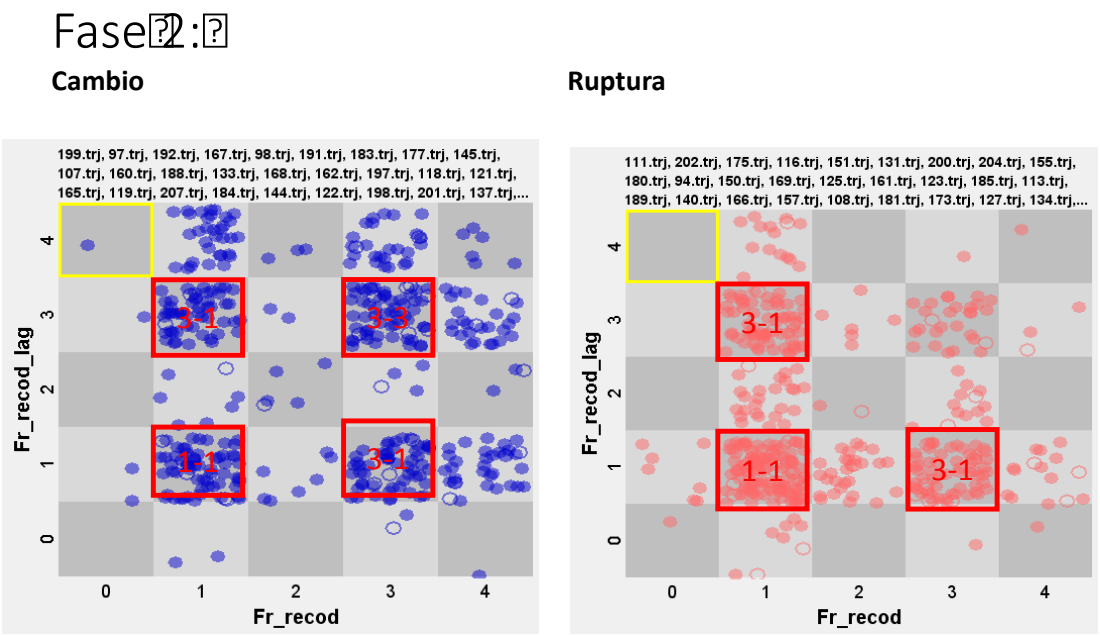



**Figura 31:** *Fase 2 Cambio y Ruptura (turnos)*

En la Figura 31, durante la Fase 2 se mantienen los tres atractores de la fase anterior, y se suma un cuarto atractor, la combinación 3-3. En otras palabras, aparece una combinación en que ambos participantes de la interacción llevan a cabo una actividad mentalizadora de nivel medio. Es importante recordar que esta combinación en una misma celdilla corresponde a la secuencia entre paciente y terapeuta. Durante las rupturas, si bien hay un cambio respecto de los atractores en las rupturas de la fase 1, ya que se agregan ahora cuadrantes de mayor nivel reflexivo (1-3 y 3-1), no se presenta la combinación 3-3 (paciente y terapeuta en funcionamiento pre-reflexivo) que caracteriza a los episodios de cambio de la fase 2. Así, la sugerencia de sincronía de ambos

realizando actividad mentalizadora de nivel medio no se manifiesta durante las rupturas, lo que resulta razonable y va en la línea de la comprensión teórica de los episodios de ruptura.

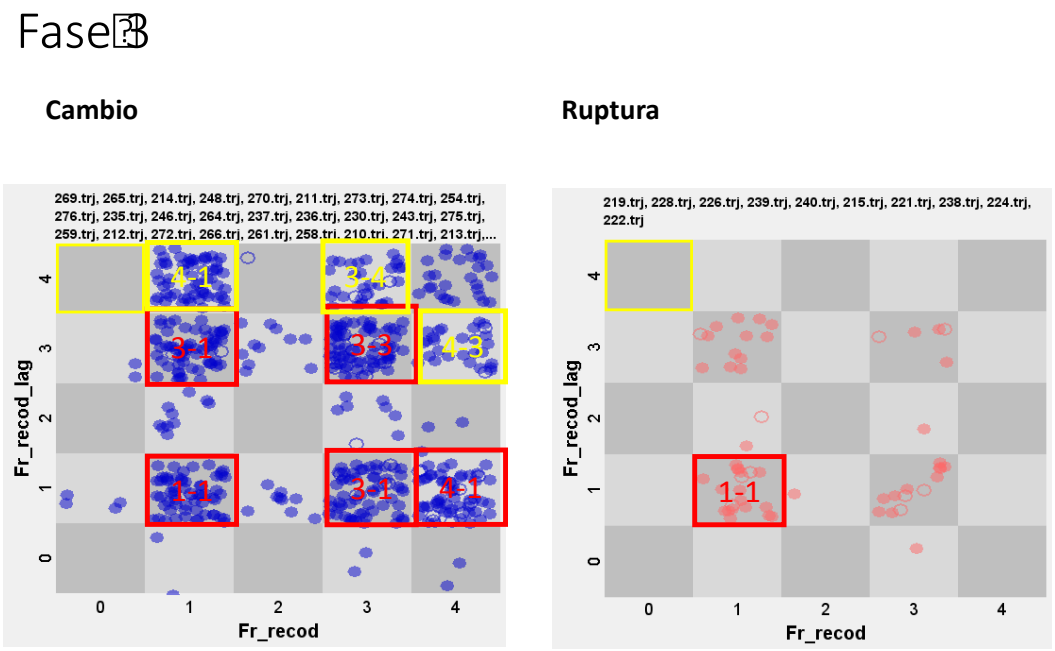



**Figura 32:** *Fase 3 Cambio y Ruptura (turnos)*

Durante los cambios de la fase 3 (ver Figura 32) se agregan a los atractores ya presentes en la Fase 2 la combinación 4-1, o sea, la terapeuta con FR alto seguido por la paciente sin ejemplar. Se consolida la tendencia a coordinarse en combinaciones de mayor calidad de FR, particularmente porque la actividad favorita de esta etapa incluye, además, con proporciones menores, pero de cierta relevancia, otras combinaciones de nivel alto (1-4, 3-4 y 4-3, destacadas en la figura en color amarillo). Esta información adquiere mayor interés si se la observa en referencia a lo que ocurre en las rupturas de la

fase 3, en las que sigue manteniéndose el atractor 1-1, o sea, no se alcanza a salir de una interacción en que el terapeuta no expresa actividad mentalizadora y el paciente responde de la misma forma.

### Respuestas ante preguntas de demanda e intervenciones de demanda

Para observar de qué forma la actividad del terapeuta influye en el tipo de respuesta que da el paciente se codificaron dos tipos especiales de intervenciones terapéuticas, las preguntas de demanda y las intervenciones de demanda. Las preguntas de demanda son aquellas en las que un interlocutor requiere del otro una respuesta reflexiva o que exprese algún nivel de mentalización (Fonagy et al, 1998). En la EFR aplicada a la Entrevista de Apego Adulto (AAI) las preguntas de demanda están indicadas de manera taxativa en el manual respectivo. Se ha visto en estudios previos (Martínez et al., 2017) que pueden también ser identificadas en psicoterapia, sirviendo como señaladores de observación de la respuesta del paciente. Por la importancia que estas formulaciones interrogativas tienen para la evaluación del tipo de ejemplar de función reflexiva y de su calidad, se identificaron en este estudio todas aquellas intervenciones del terapeuta que, con un formato claramente interrogativo, cumplen la función de inducir la mentalización en el paciente, siguiendo el criterio señalado por Fonagy et al. (1998) de darles a este tipo de enunciados el mismo trato de las preguntas de demanda taxativamente señaladas en el manual. Cada vez que una intervención de este tipo aparece, hace mandatorio, al igual que en la aplicación de la EFR a la AAI, la codificación de la respuesta del paciente. En tal sentido, se consideró que no es lo mismo que en un turno o intervención cualquiera el paciente no muestre actividad reflexiva, a que esta ausencia se produzca en respuesta a una pregunta de demanda. Por tanto, todas las respuestas del paciente a preguntas de demanda del terapeuta fueron codificadas en términos de su funcionamiento reflexivo.

Durante la codificación del Estudio 1 surgieron del material otro tipo de intervenciones terapéuticas significativas, que denominamos *intervenciones de demanda.* Se trata de enunciados del terapeuta que, al igual que las preguntas de demanda, tienen por fin inducir la mentalización en el paciente. Y al igual que las preguntas de demanda, resulta difícil pensar en otra forma de responder estas invitaciones a reflexionar que no sea dando cuenta de los estados mentales significativos a los que el terapeuta se está refiriendo. Estas intervenciones, en sentido pragmático, tienen idéntica función que las preguntas de demanda, pero se diferencian en su formulación gramatical: básicamente no están formuladas en forma de interrogación. Pero, dejan la invitación planteada de manera tan clara que las consideramos del mismo modo que las preguntas de demanda. Fueron identificadas en el material, y la respuesta del paciente fue mandatoriamente codificada.

En el presente apartado se consignan los resultados relativos a esta codificación, enumerando la cantidad de preguntas e intervenciones de demanda que fueron codificadas, y algunas relaciones entre estas intervenciones del terapeuta y la respuesta del paciente a las mismas.

Se identificaron un total de 107 preguntas e intervenciones de demanda (PD e ID), 75 preguntas de demanda y 32 intervenciones de demanda. La Tabla 24 muestra la frecuencia de respuesta a cada una de ellas. Las comparaciones realizadas con la prueba chi cuadrado apuntan que no hay diferencias en la cantidad de preguntas de demanda o de intervenciones de demanda según tipo de episodio (p=,425). Pero, sí hay diferencias en el tipo de respuesta a este tipo de intervenciones (p=,023). Las preguntas de demanda generan más fallas en las rupturas, similar cantidad de respuestas pre-reflexivas (con

puntajes de calidad de la FR de entre 3 y 4) y una mayor cantidad de respuestas reflexivas en episodios de cambio.

En el caso de las respuestas a intervenciones de demanda también hay diferencias según tipo de episodio (p=,007). Las respuestas de falla son más comunes en las rupturas, las respuestas pre-reflexivas son similares en ambos y las respuestas con función reflexiva moderada a alta (más que 5) son más probables en episodios de cambio.

**Tabla 24:** *Respuestas a preguntas e intervenciones de demanda en distintos episodios*

| *Tipo de Respuesta* | *Respuestas a las preguntas de demanda* | | | *Respuestas a las intervenciones de demanda* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Cambio | Ruptura | Total | Cambio | Ruptura | Total |
| Falla | 5 | 12 | 17 | 2 | 9 | 11 |
| PreReflexiva | 8 | 11 | 19 | 3 | 1 | 4 |
| FR | 26 | 13 | 39 | 13 | 4 | 17 |
| Total | 39 | 36 | 75 | 18 | 14 | 32 |

| | *Calidad de FR* | *Respuesta a Intervención de Demanda* | *Respuesta a Pregunta de Demanda* |
|---|---|---|---|
| -1 | (-1 a 2) | 11 | 17 |
| 0 | (3 a 4) | 4 | 19 |
| 1 | (5 a 9) | 17 | 39 |

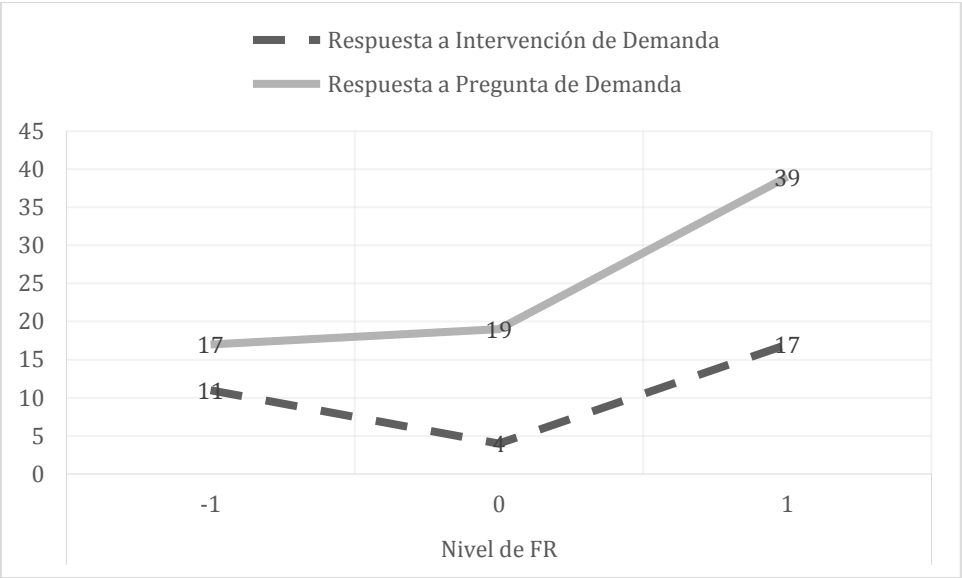



**Figura 33:** *Frecuencia de respuestas a preguntas e intervenciones de demanda*

La figura 33 muestra la distribución de respuestas del paciente a las preguntas e intervenciones de demanda del terapeuta. Se observa que las respuestas a intervenciones de demanda presentan similar cantidad de fallas de función reflexiva (-1 a 2) y de función reflexiva moderada a alta (5 a 9), y una menor proporción de funcionamiento pre-reflexivo (entre 3 y 4).

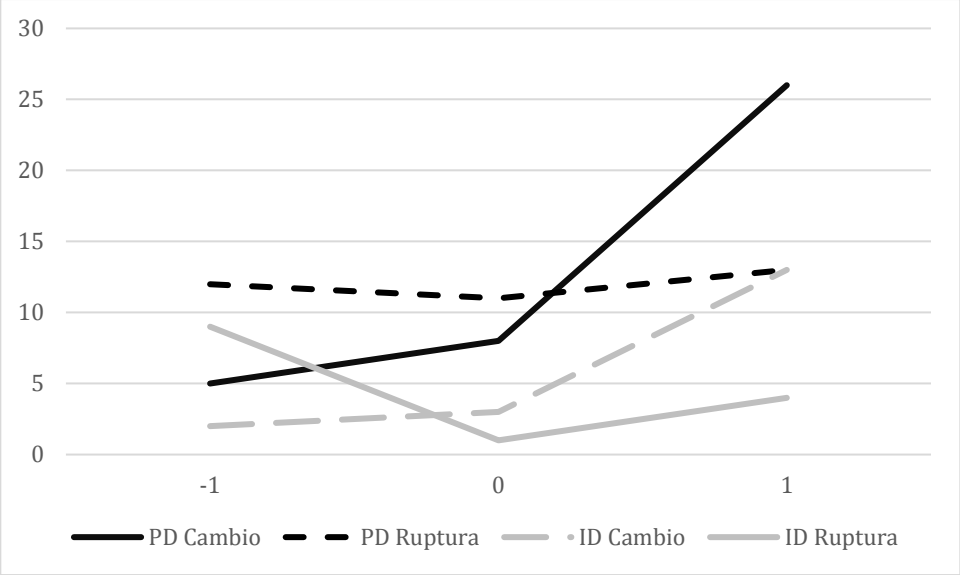



**Figura 34:** *Frecuencia de respuesta PD e ID según tipo episodio*

Si se diferencian las respuestas a preguntas de demanda según tipo de episodio (Figura 34), en los episodios de cambio predominan los puntajes más altos, mientras que en episodios de ruptura las respuestas se distribuyen de manera uniforme en los tres niveles de funcionamiento reflexivo. Esto induce a pensar que son los episodios de cambio los que marcan la tendencia . En las intervenciones de demanda se observa que en episodios de cambio hay puntajes comparativamente más bajos, mientras que en ruptura los puntajes tienden a ser más altos.

Si se atiende a los promedios de FR de las respuestas a PD e ID, ambas tienen una media de 4,1. Pero, si se distingue por tipo de episodio, la media en episodios de cambio es de 4,9 y en episodios de ruptura de 3,2, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (F=25,86; p=,000).

Por su parte, las medias de FR de las preguntas e intervenciones del terapeuta muestran diferencias estadísticamente significativas, con un puntaje promedio de 6,4 en

Intervenciones de Demanda y de 5.5 en Preguntas de Demanda (F=57,249; p=,000). La misma tendencia muestra la comparación entre FR del terapeuta en la intervención o pregunta ($\overline{X}$ =5,6) y la del paciente en la respuesta a esa demanda de funcionamiento reflexivo ($\overline{X}$ = 4,1), siendo esta diferencia significativa (p=,000).

A fin de determinar si la calidad de FR variaba en las respuestas a una actividad terapéutica que demanda el uso de funcionamiento reflexivo *versus* una que no lo hace, se compararon los promedios de funcionamiento reflexivo de la paciente en respuesta a preguntas de demanda ($\overline{X}$ = 4,1), intervenciones de demanda ($\overline{X}$ = 4,1), y ejemplares de mentalización que no responden a una demanda directa del terapeuta ($\overline{X}$ = 4,5). Las comparaciones por contrastes planificados no mostraron diferencias entre la actividad reflexiva del paciente según el tipo de demanda de mentalización que la terapeuta realiza.

Finalmente, se recurrió a la división de la terapia en fases analizada en el acápite anterior, para observar si los puntajes de FR en respuesta a las preguntas e intervenciones de demanda del terapeuta presentaban cambios en el trascurso de la terapia. Al respecto, se hallaron diferencias significativas (p=0,009) entre las fases 1 y 3, lo que equivale a decir que las respuestas a las demandas del terapeuta experimentan un aumento a medida que la terapia avanza, mostrándose un funcionamiento reflexivo significativamente más alto en la tercera fase si se compara con la fase 1. No se observaron diferencias entre las fases 2 y 3 ni entre la 1 y la 2.

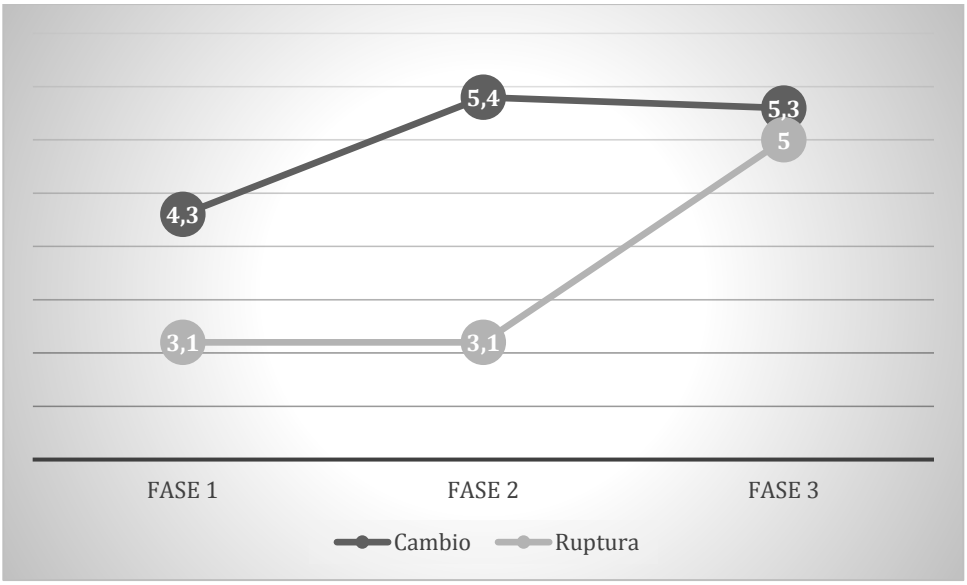



**Figura 35:** *Promedios calidad FR por fases y tipo de episodio*

En la Figura 35, los puntajes se comportan de manera diversa en los distintos episodios interaccionales, pudiendo observarse una relación distinta entre las fases y un momento diverso de alza de los promedios en un caso y el otro. Como se detalla en la Tabla 25, durante los episodios de cambio se observaron diferencias entre la fase 1 y la 2, y entre la 1 y la 3, pero no entre la 2 y la 3. Se aprecia, en la Figura 35, que en el caso de los cambios el punto de quiebre entre los puntajes más bajos y más altos de FR se produce en la fase 2, manteniéndose ese puntaje logrado hasta el final de la terapia.

En el caso de los episodios de ruptura el patrón de esta trayectoria es diverso. En la Tabla 25 no hay diferencias relevantes entre las fases 1 y 2. Pero estas diferencias se vuelven significativas estadísticamente entre las fases 1 y 3, y entre las fases 2 y 3. Lo anterior se corrobora por el resultado de una comparación planificada (*post-hoc*) que se pregunta si la fase 3 es más alta que la 1 y la 2 en conjunto, que en este caso también resultó significativa (t=6,909;p=,000).

**Tabla 25:** *Comparaciones de promedios de FR por fase*

| | | *Fase 1* | *Fase 2* | *Fase 3* |
|---|---|---|---|---|
| Episodios de Cambio | Fase 1 | - | 0,021* | 0,049* |
| | Fase 2 | 0,021* | - | 0,878 |
| | Fase 3 | 0,049* | 0,878 | - |
| Episodios de Ruptura | Fase 1 | - | 0,914 | 0,000* |
| | Fase 2 | 0,914 | - | 0,000* |
| | Fase 3 | 0,000* | 0,000* | - |

*Nota*: Las casillas muestran el nivel de significación a 0.05

En coherencia con lo anterior, la Figura 35 resulta útil para comprender estos resultados. Se advierte que la calidad de FR de las respuestas de la paciente a demandas de la terapeuta (PD e ID) se mantiene baja y estable durante las fases 1 y 2, con un puntaje promedio de 3,1, alcanzando apenas lo pre-reflexivo. Es durante la tercera fase que estas respuestas mejoran de manera importante su calidad reflexiva, y elevan el promedio de 3 a 5, lo que en términos sustantivos equivale a alcanzar, en la etapa final de la terapia, un funcionamiento reflexivo plenamente logrado.

## DISCUSIÓN ESTUDIO 2

### Respecto de la identificación de ejemplares de mentalización

El Estudio 2 aplica las adaptaciones de la EFR realizadas en el estudio 1 para ser utilizada en material proveniente de la psicoterapia, y utiliza esta escala como instrumento para seguir el devenir de la mentalización en los episodios relevantes de una terapia completa. Es importante dar cuenta de algunas decisiones que determinaron que algunos de los objetivos primeramente planteados fueran reemplazados por los que aquí se revisan.

El proyecto inicial proponía la elaboración de un protocolo de observación de Categorías de Manifestaciones de la Mentalización durante el proceso psicoterapéutico, que implicaba el análisis cualitativo de la observación de sesiones videograbadas de psicoterapia, la generación de un protocolo de observación como resultado de etapas sucesivas de consenso intersubjetivo y, finalmente, la construcción de un Manual de Codificación para ser aplicado en el Estudio 2. No obstante, al examinar en profundidad la Escala de Función Reflexiva se constató que su utilización implicaba un detallado y completo protocolo de observación de la actividad mentalizadora, estimándose que su aplicación constituía un importante punto de partida para detectar y caracterizar manifestaciones de la mentalización, tanto para pacientes como para terapeutas. Esta constatación, planteada con motivo de la discusión del Estudio 1, persuadió acerca de la conveniencia de aplicar la EFR de manera rigurosa, esto es, con el mayor ajuste posible a la escala original. Aun cuando el objeto de esta tesis no ha pretendido adaptar la EFR, como resultado de aquella primera aplicación se hizo patente la necesidad de redactar

un instructivo que introdujera variaciones a la escala para su empleo en material clínico. Este instructivo no busca transformarse en un nuevo dispositivo de evaluación de la función reflexiva, sino expresar y solucionar situaciones, formas discursivas y características relacionales propias y particulares de la psicoterapia.

Consecuencialmente, para la identificación y caracterización de las manifestaciones de la mentalización referidas al Estudio 2, se aplicó la EFR original más el instructivo diseñado para el material psicoterapéutico (de la Cerda, Martínez, Tomicic y Perez, 2016).

**Respecto de la proporción de ejemplares *versus* no ejemplares**

El análisis descriptivo de los resultados del Estudio 2 arroja un primer y sustancial indicio para futuras investigaciones en este ámbito. En tal sentido, mientras en el Estudio 1, que reúne episodios de cinco procesos psicoterapéuticos, el 18% de los turnos de palabra corresponden a ejemplares de mentalización y el 82% de los turnos corresponden a no ejemplares, en el caso de la terapia B el 56% de los turnos de palabra corresponden a ejemplares de mentalización y el 44% de los turnos corresponden a ausencia de ejemplar de mentalización. No se encontraron estudios previos que indiquen algún parámetro comparativo en relación con este mismo asunto. La Escala de Función Reflexiva ha sido aplicada a material psicoterapéutico en escasas investigaciones empíricas (Vermote et al., 2009; Karlson y Kermott, 2006), sin que en ellas haya alusión a la proporción que puede darse o esperarse entre uso/no uso de la mentalización en la psicoterapia.

Los resultados de los dos estudios reportados en este informe dan cuenta de una variabilidad importante. En términos sustantivos, esto equivale a plantear que, en las muestras obtenidas de las cinco terapias del primer estudio, aproximadamente una quinta parte de la actividad discursiva que se analizó queda comprendida en un ejemplar de mentalización. En contraste, de la actividad total de los episodios relevantes de la terapia B (del Estudio 2), más de la mitad del discurso analizado fue codificado como actividad mentalizadora. Así las cosas, esta notable disimilitud entre la proporción ejemplar/no-ejemplar podría implicar otras distinciones. Si se tiene presente la característica selectiva y funcional de la mentalización explícita apuntada por Fonagy y Luyten (2009), se puede argüir que un exceso de actividad mentalizadora explícita, como la detectada en general por la EFR, es indicativa de una necesidad mayor de regulación. Esto es, un modo de funcionamiento hipermentalizador y probablemente concomitante con una activación del *arousal* en uno o en ambos participantes de la interacción (Fonagy, Luyten, y Strathearn, 2011). Si este fuera el caso, el aumento de actividad mentalizadora sería necesario como mecanismo de regulación ante la intensidad emocional del encuentro relacional psicoterapéutico.

Otra interpretación posible de lo explicitado precedentemente, consiste en que la disparidad a que se aludiera da cuenta de un estilo de comunicación más centrado en lo verbal, de una elaboración de mayor profundidad o, incluso, de características propias de la modalidad terapéutica de que se trata. Si bien los datos actuales no permiten sino formular preguntas e interpretaciones, será necesario un universo muestral más amplio, con mayor diversidad de diagnósticos y de modalidades terapéuticas, para plantear un modelo referencial con el que comparar este dato relevante.

**Respecto de los aspectos verbales y no verbales de la mentalización en psicoterapia**

Como se anticipara en las hipótesis iniciales de esta tesis, las características discursivas de paciente y terapeuta dentro de la terapia analizada varían según el tipo de escenario interaccional. Durante los episodios de ruptura, la paciente, preponderantemente, se muestra con características discursivas de dependencia. Responde a la tensión relacional asumiendo una postura condescendiente, lo que, en este caso, se puede considerar una expresión de los patrones relacionales referidos a su historia de trauma y violencia en la infancia. Además, la calidad de FR de esta posición discursiva de la paciente durante los episodios de ruptura es de 3,6, *versus* una FR que alcanza los 5 puntos en episodios de cambio. Esta diferencia resulta interesante: mientras la dependencia marca su posicionamiento relacional, influido por la historia vincular temprana, la capacidad reflexiva que se manifiesta en uno u otro escenario da cuenta del despliegue de un repertorio defensivo propio de la respuesta al estrés. Desde la misma posición dependiente, en los cambios la paciente puede aun así mentalizar; por el contrario, en las rupturas la tensión relacional le dificulta mantener sus capacidades reflexivas en funcionamiento.

Durante los episodios de cambio la paciente está de preferencia en una posición reflexiva. Desde el punto de vista de la FR, exhibe un promedio más alto que en otras posiciones discursivas, e incluso más alto que en la misma posición reflexiva en las rupturas (5,7 *versus* 4,7). Los resultados en este sentido coinciden con los de otros estudios, en que los pacientes se han visto predominantemente en PD Reflexiva durante los episodios de cambio (Martínez et al., 2017; Martínez y Tomicic, 2017).

Lo anterior se orienta en la misma línea de lo ya sugerido en el Estudio 1 acerca de la importancia de considerar los puntajes pre-reflexivos, esto es, entre 3 y 4. Como sugieren los análisis reportados, si se entiende como presencia de mentalización el modo pre-reflexivo, la PD Reflexiva de la paciente se relacionaría con una mayor presencia de FR y de ausencia de falla de FR. Si se hubiera optado por el estricto criterio de la Escala de Función Reflexiva y los puntajes 3 y 4 se hubieran dejado fuera de los análisis, no habría sido posible sopesar la influencia de trabajar en esa zona de desarrollo próximo (Vigotsky, 1962; 1979), con el fin de pasar de la falla al modo pre-reflexivo, y de éste a una mentalización plena como la reconocida por los puntajes mayores que 5 de la EFR.

Es necesario, sin embargo, ser cauteloso con la relevancia empírica de la correlación entre PD Reflexiva y la presencia de FR en el turno. Dado que tanto la evaluación de la calidad del funcionamiento reflexivo como la codificación de posiciones discursivas se realiza en sede verbal, basada en el mismo material y, además, con descriptores similares, es posible que las mencionadas correlaciones sean atribuibles a que ambos instrumentos evalúan lo mismo, validándose de manera concurrente.

Esta limitación no está presente en la consideración de las características no verbales de paciente y terapeuta en el proceso analizado. No es de extrañar que, dada la naturaleza de la codificación de FR y de los patrones de cualidad vocal, sean justamente los PCV que dan cuenta de momentos de poco desarrollo discursivo, como las pausas llenas, aquellos que predigan, para ambos actores, ausencia de FR en el turno. La FR se codifica en el discurso, y la evaluación a través de la EFR tiene, entre otras restricciones, la de recoger solamente los aspectos verbales, cognitivos y explícitos de la mentalización. Por ende, es esperable metodológicamente que, cuando los participantes se están

acompañando con verbalizaciones mínimas destinadas a mostrar presencia, a regular, pero no a expresar ideas, en esos turnos no se encuentre presencia de FR. Por lo mismo, también resulta comprensible que para la paciente la presencia del PCV conectado pueda estar relacionada con presencia de FR en el turno, y que cuando su vocalidad adquiere características de un habla elaborativa y orientada a otro (Tomicic, Guzmán, et al., 2015), donde se puede encontrar un compromiso con lo dicho (Tomicit et. al, 2011; Tomicic, Martínez, et al., 2015) se asocie a un comportamiento mentalizador.

En cuanto a las fluctuaciones de cualidad vocal durante el transcurso de la terapia y en relación con la FR, la tendencia de los patrones de cualidad vocal es la de seguir las fluctuaciones de la calidad del funcionamiento reflexivo de quien habla en el turno correspondiente. Se puede observar una relativa estabilidad en las frecuencias de cada uno de los PCV en las distintas fases, lo que sugiere una configuración de características vocales propias para cada actor, que podría estar representando características idiosincráticas, y cuya proporción de presentación se mantiene más o menos dentro de márgenes similares durante toda la terapia. Tanto en la terapeuta como en la paciente los PCV Afirmativo y Conectado son los que se muestran con mayor frecuencia en las tres etapas. La proporción que sigue para el terapeuta es la Pausa Llena, que baja en frecuencia hacia la fase 3. El paciente muestra respecto de este PCV la tendencia opuesta, sube en su frecuencia justamente cuando el terapeuta baja. Estudios previos han planteado la importancia de la pausa llena como una característica de la sonoridad del habla que participa de manera relevante en la regulación afectiva entre ambos participantes (Tomicic et al., 2011). Estos resultados, articulados en torno a la acción del terapeuta que acompaña, espera y mantiene el vínculo desde su expresividad vocal,

pueden pensarse en este caso particular también aplicables a la paciente, quien, en la fase final de la terapia, tal vez por un aprendizaje, modelaje o sincronización, pero también por asumir un rol más activo y de co-regulación propio de un vínculo terapéutico que está consolidado, puede acompañar, sostener y regular en un espacio de mayor co-construcción, cuidado y reciprocidad.

**Respecto de las manifestaciones de la mentalización en los distintos episodios**

Analizar un proceso psicoterapéutico de más de dos años de duración en su totalidad habría sido una tarea inviable en términos de tiempo, y, si estos resultados nos dan alguna luz, quizás innecesaria. En el Estudio 1 se pudo establecer que la elección de los episodios de cambio y de ruptura de la alianza terapéutica como ventanas propicias y representativas para observar en ellas lo que ocurre, de manera más general, en la terapia completa, se podía sustentar empíricamente. La presencia de ejemplares de mentalización fue significativamente mayor en episodios relevantes *versus* segmentos neutros, encontrándose una proporción similar de ejemplares en episodios de cambio y de ruptura, y para terapeuta y paciente. En términos sustantivos, la aplicación piloto de la EFR a los primeros 51 episodios dio luz verde para sustentar la idea de usar los episodios relevantes en un estudio de largo aliento (de la Cerda et al., 2016).

Una segunda ventaja, con importantes anclajes clínicos, se aprecia en la elección de estos dos escenarios interaccionales. Estudiar la psicoterapia observando momentos específicos dentro de ella es una tradición en la investigación de procesos psicoterapéuticos. Los episodios funcionan como "ventanas" (Elliott, 1984; Timulack, 2007), que hacen posible comprender la relación entre intercambio terapéutico y su resultado. Usar dichos segmentos relevantes permite, por una parte, resolver el problema práctico de manejar una excesiva cantidad de información y, por otra, proporcionar un significado teórico a la muestra y a sus resultados (Tomicic, Martínez, et al., 2015).

Los episodios de cambio, tanto en la versión de Krause et al., (2006, 2007) como en la de otras perspectivas del estudio del cambio terapéutico (Elliot, 1984; Duarte, Martínez y Tomicic, 2017), apuntan a momentos virtuosos de la terapia, la culminación de un proceso previo que dará forma a la emergencia de una comprensión subjetiva de sí mismo y del mundo distinta de aquella con que se venía. La importancia del momento de cambio radica en que permite vislumbrar una modificación sustantiva en el mundo interno de otro, que solicita ayuda profesional para experimentar alguna variación de su subjetividad que le permita vivir la vida y las relaciones de una manera menos dolorosa, para culminar en la construcción de "una teoría subjetiva de tipo psicológica, fundamentada en la biografía, que se puede considerar el producto final del cambio terapéutico" (Krause y Dagnino, 2005, p. 295). De allí es que los episodios de cambio sean no sólo segmentos especiales del diálogo terapéutico, sino también escenas buscadas en las que está ocurriendo aquello que, en términos de una lógica de resultados, define el propósito de la psicoterapia, que pone a prueba su eficacia y su sentido.

Los episodios de ruptura, por el contrario, marcan el otro lado de la comunicación entre paciente y terapeuta, el del desencuentro, la confrontación, el *impasse*, el silencio, la rabia. Son momentos de tensión interpersonal entre paciente y terapeuta, que representan un punto de inflexión crítico entre las consideraciones clínica y teórica (Safran y Kraus, 2014). La ansiedad que experimentan los terapeutas en instancias semejantes interrumpe los procesos reflexivos que les permiten poner la teoría al servicio de la práctica, lo cual los rigidiza y los desvincula (Safran y Muran, 2000). Son momentos temidos, quizá porque, de no resolverse, pueden conducir a la finalización

prematura del proceso terapéutico. Es probable que en los episodios de ruptura se manifiesten los aspectos más vulnerables de ambos participantes.

Desde una perspectiva clínica, las rupturas de la alianza podrían ser más significativas que los episodios de cambio para la comprensión del proceso relacional y la emergencia de nuevas formas de interacción. En este sentido, las rupturas han sido consideradas "el camino real hacia la comprensión de los principios organizativos centrales del paciente" (Safran y Muran, 2000; Stolorow, Brandcraft y Atwood, 1994). Momentos de tensión, temidos por terapeutas nóveles y atesorados por pacientes conflictivos; ventanas de oportunidad donde el vínculo se puede comenzar a reparar. Ideas como las de experiencia emocional correctiva, cambio en los patrones relacionales previos o vínculos reparadores en la vida adulta, permiten resignificar la emergencia del conflicto en el escenario psicoterapéutico y usarlo para la transformación, la reparación y el surgimiento de nuevas confianzas (Fonagy, Luyten y Allison, 2015; Fonagy y Allison 2014).

Los dos episodios elegidos para representar el proceso terapéutico implican, en este estudio de caso, la fluctuación de la relación dentro de un patrón de encuentro y desencuentro, de tensiones que se mueven desde la regulación a la desregulación y de vuelta. Por tal motivo, resulta de interés la comprensión de las diferencias que las manifestaciones de la mentalización presentan en uno y otro. Y, en la medida de lo posible, la relación que se puede establecer entre un tipo de episodio y el otro.

Como se hipotetizó al inicio de este proyecto de investigación, la función reflexiva es más probable en episodios de cambio que en episodios de ruptura. En otras palabras, el funcionamiento reflexivo es más común en momentos de la terapia en que se produce

algún nivel de modificación en las teorías subjetivas del paciente. Esto difiere del resultado del Estudio 1, en que no se encontraron desemejanzas en la manifestación de FR según tipo de episodio. Las disimilitudes entre los resultados de uno y otro estudio pueden estar relacionadas con las características idiosincráticas de esta diada terapéutica y, por tanto, pudieran indicar un modo de interacción específico entre los patrones de funcionamiento de uno y otro actor. Un planteamiento que ilustra configuraciones relacionales diádicas como la que aquí encontramos es el propuesto por Westerman (2012), quien a través del estudio en profundidad de cada caso particular construye un sistema de defensas interpersonales que se articulan en la diada paciente-terapeuta, que describen cómo el comportamiento defensivo de uno de los participantes afecta y alimenta el comportamiento del otro. El énfasis está dado, entonces, no en los mecanismos intrapsíquicos del paciente que tratan de lidiar y regular la experiencia interna, sino en los patrones de comportamiento relacionales cuya finalidad sería influenciar aquello que ocurre en la interacción.

Lo que no cumple lo pronosticado (y también se aparta de los resultados del Estudio 1) es que no se encuentran diferencias por actor: en la terapia B paciente y terapeuta muestran una similar manifestación de funcionamiento reflexivo.

En lo que atañe a las fallas de FR, son más probables en episodios de ruptura y para la paciente más que para la terapeuta. Ello coincide con otros estudios que sugieren que, en momentos de alta intensidad emocional, como las rupturas de la alianza terapéutica, se activan patrones interpersonales disfuncionales (Safran y Kraus, 2014). O bien, con la perspectiva de aquellos estudios de conformidad con los cuales cuando hay una situación vincular particularmente estresante se aumenta la respuesta de activación

(*arousal*) en el paciente, generándose la reemergencia de patrones disfuncionales de apego que inciden en una disminución de la mentalización explícita (Fonagy, Luyten y Strathearn, 2011).

Estos resultados sugieren que la mentalización cumple una función en los dos tipos de episodios analizados. Pero, las divergencias encontradas muestran una función diferencial de la mentalización en episodios de cambio o de ruptura de la alianza. Si se recurre al contenido temático de los ejemplares de función reflexiva presentes en cada tipo de episodio, se observa que los ejemplares de función reflexiva más típicos de los episodios de cambio son cooperativos: paciente y terapeuta están coordinados, refieren una temática común que desarrollan entre los dos, con un discurso dialógico, complementario y coordinado. En los momentos de *impasse* también se pueden observar este tipo de ejemplares. Mas, aparece en las rupturas otro tipo de interacción: tanto paciente como terapeuta mentalizan, cada uno lo hace en relación a la idea o estado mental que explora, propone o discute. Los contenidos temáticos sobre los que cada actor se focaliza son distintos, pues cada uno habla de lo propio y se produce en el diálogo un contrapunto, una dialéctica, que puede integrarse y resolverse, o no, en correspondencia a la resolución de la ruptura.

Safran y Muran (2000) recuerdan la importancia de la voluntad y la responsabilidad en psicoterapia. En un escenario de desarrollo normal, "la capacidad de defenderse intencionadamente de un modo sano y para individuarse de los demás conlleva el desarrollo de una voluntad sana" (Rank, 1945, citado en Safran y Muran, 2000, p. 124). Cuando la paciente recurre a su capacidad reflexiva para argumentar, defender su punto, explicar su perspectiva, toma posición tras sus acciones, para de este

modo diferenciarse del terapeuta y autoafirmarse identitariamente (Safran y Muran, 2000). Se puede discutir desde el punto de vista del terapeuta si esta autoafirmación discurre en la dirección por él propuesta. En estos ejemplares pueden hallarse lo que los terapeutas describen como "resistencias", esto es, defensas que se oponen a la exploración, al *insight* y al cambio. Safran y Muran (2000) arguyen que, de ser así, esto es, si el terapeuta hipotetizara que se trata de una defensa inconsciente, podría aprovecharse ese *impasse* para explorar el contenido emocional del acto defensivo, a fin de proponer y acompañar la tarea de transformación de este acto de resistirse a la exploración, en el acto de decidir, intencionadamente, no hacerlo en el momento presente.

En síntesis, la presencia y características discursivas y temáticas que asume la mentalización del paciente durante las rupturas podría conducir a que sea considerada como el inicio de un ejercicio de autoafirmación y de diferenciación, con un potencial mentalizador que es necesario que los terapeutas renonozcan, validen y prioricen.

**Respecto de las fases y los cambios en el transcurso de la psicoterapia**

Cuando se estudia la evolución del cambio en psicoterapia, se piensa en un proceso con etapas sucesivas, que comienza incluso antes de la terapia y continúa luego que ha finalizado. Este proceso "se desarrolla en fases que se construyen unas sobre otras y en las cuales el nivel de complejidad de los patrones de explicación e interpretación va incrementando progresivamente" (Krause, et al., 2006, p. 306). El principio teórico que está a la base del modelo de evolución del cambio terapéutico (Krause et al., 2006, Krause y Dagnino, 2005), se puede también reconstruir desde la perspectiva de las manifestaciones de mentalización en el transcurso de la terapia, representada en los episodios de cambio y ruptura analizados.

Al investigar los cambios que experimentan las manifestaciones de la mentalización durante la psicoterapia, resulta relevante, en primer término, la progresiva sincronía entre el funcionamiento reflexivo del paciente y del terapeuta. Si se observan los promedios y las correlaciones entre las medias de paciente y terapeuta, se advierte un aumento sostenido de las medidas de asociación entre ambos puntajes. La mayor variabilidad la presenta la paciente, cuyo promedio de FR de la primera fase es de 4,3, esto es, un promedio más alto que el que otros estudios reportan para pacientes con trastornos de personalidad limítrofe. Levy, Meehan, et al, (2006) refieren un puntaje promedio de entrada de 2,86, similar a lo planteado por Fonagy et al. (1996 y 1998) para muestras clínicas.

En el caso de los resultados de Levy, Meehan et al., (2006), sólo 15% de los pacientes entran al estudio con una media superior a 3, y aquellos que siguen el proceso completo de la terapia focalizada en la transferencia muestran un incremento que ellos

consideran significativo en FR, con un promedio de 4,11 post tratamiento. Si se atiende al puntaje promedio de la primera parte de la terapia, como una forma de considerar la manera en que la paciente arriba a ésta, y el puntaje de la fase final, para considerar cómo se va, la paciente B parte con una media superior a las muestras clínicas de otros estudios (Fisher-Kern et al., 2015), y termina la terapia manifestando, en los discursos analizados de los episodios relevantes, una media de funcionamiento reflexivo de 5,69, estadística y sustantivamente superior al de la fase 1.

Otro aspecto a evaluar de los resultados aquí presentados, es que el aumento significativo de puntajes de FR se da en una fase diversa para paciente y terapeuta. La terapeuta se mantiene con medias sin diferencias significativas entre las fases 1 y 2, y sube, al menos en relación con la fase 1, en la fase 3. La paciente muestra diferencias significativas de promedio en las tres fases, esto es, entre la fase 1 y 2, y entre la 2 y 3, además de las diferencias entre las fases 1 y 3. Si se interpretan clínicamente estos resultados, puede sostenerse que la terapeuta se mantiene estable en su funcionamiento reflexivo, espera a la paciente, y sólo cuando la paciente muestra un aumento constante de las habilidades mentalizadoras que manifiesta en la psicoterapia, la terapeuta la acompaña y manifiesta, a su turno, una actividad más reflexiva.

Estas mismas relaciones entre funcionamiento mentalizador de paciente y terapeuta prevalecen en los análisis que se realizaron recurriendo a la herramienta gráfica GRID. Aunque en este caso se añaden tres aspectos que las diferencias de promedio no habían permitido detectar:

El primero, consiste en que, si se entienden los atractores identificados como las interacciones paciente-terapeuta que caracterizan cada fase, en todas ellas la terapeuta

está en puntaje de FR = 5. Es la paciente la que fluctúa en los atractores de las distintas fases, entre puntajes 3 y 6.

El segundo, sugiere que los atractores, esto es, las combinaciones favoritas de FR de la terapeuta seguida por FR de la paciente, muestran un puntaje de FR más alta para la paciente en episodios de cambio que en episodios de ruptura. En otras palabras, la terapeuta se mantiene estable en las interacciones más comunes exhibiendo un funcionamiento reflexivo moderado, y la paciente se mueve entre un funcionamiento pre-reflexivo y medio en episodios de ruptura y un funcionamiento reflexivo medio en episodios de cambio, alcanzando, en estas interacciones prevalentes un puntaje superior al de la terapeuta (combinaciones T-P: 5-5 y 5-6 en la fase 3).

El tercero, radica en que en la fase 3 no se presentan atractores en los episodios de ruptura. Esto se relaciona con otro dato, a saber, que las rupturas son muy escasas en esta terapia durante la fase final. Al menos en este caso, las tensiones entre la paciente y la terapeuta disminuyen en la fase final del proceso, consolidándose una especie de acuerdo sobre los cambios, que recuerda el modelo de evolución del cambio terapéutico (Krause et al., 2006), esto es, una fase en que los cambios representacionales derivan de la necesidad de construir un ámbito de significados compartidos entre paciente y terapeuta, en que las teorías subjetivas (Krause, 1998) o cambios en la esfera de lo representacional (Fonagy, 2001) buscan consolidarse.

Es sugestivo comparar este dato con las dispersiones de puntajes individuales para cada actor que se observan en los análisis realizados. Al tenor de lo dicho a propósito del análisis de diferencias de promedios entre una fase y otra, se aprecia que los promedios de FR del Terapeuta y del Paciente suben a lo largo de la terapia, pero las

varianzas se comportan de una manera coherente con la variabilidad que presentan las trayectorias. Mientras para la terapeuta los índices de variabilidad disminuyen a medida que la terapia avanza, para la paciente la medida de dispersión de la Fase 2 se incrementa respecto de las otras dos fases, revelando una forma similar a aquella que presenta la dispersión de las tres trayectorias. Si bien se trata de hallazgos preliminares que requieren de pruebas estadísticas ulteriores y de mayor sofisticación, alientan a pensar en una variabilidad de funcionamiento reflexivo marcada por la paciente. Las varianzas más modestas que presenta la terapeuta en todas las fases, casi duplicadas por las de la paciente, y su estabilización en la Fase 3 con una variabilidad menor que 1, sugieren que la FR de la terapeuta permanece estable durante el proceso clínico. El aumento de la varianza de la paciente durante la Fase 2, coincidente con lo expresado, induce a plantear una fase de transición con una forma menos predecible y más desordenada.

En síntesis, las características de las variabilidades individuales de la paciente y la terapeuta en la calidad de FR dan sustento a la idea de que es el funcionamiento de la primera el que provoca la variabilidad general de los promedios de FR reportada por la *grid*. La forma en que varía, así como la tendencia general y descriptiva de esta variación, presenta similitudes con la gráfica de dispersión de la *grid*.

**Respecto de las preguntas e intervenciones de demanda**

Para Bateman y Fonagy, (2006) "mentalizar en psicoterapia es un proceso de atención conjunta en el cual los estados mentales del paciente son el objeto de escrutinio" (p. 93). En este campo, un *terapeuta mentalizador* está continuamente construyendo y reconstruyendo en su mente una imagen del paciente, con el fin de ayudarlo a aprehender qué está sintiendo y por qué experiencia las cosas de la forma que lo hace. La cercanía entre esta perspectiva y la descripción genérica de un proceso terapéutico, independientemente de su modalidad, ha llevado a algunos autores a argüir que la terapia completa es una gran pregunta de demanda, pues tendría por objetivo profundizar en la comprensión del paciente acerca de sus estados mentales y los de los otros, y de cómo influyen en el nivel de la conducta observable. Esta actitud mentalizadora se traduce en distintas intervenciones para generar un diálogo sobre los estados mentales propios y ajenos, lo que, en el caso de dirigirse de manera directa e interrogativa, equivaldrá a una *pregunta de demanda*. Y si se refiere a estos estados mentales, pero sin formular una pregunta (con forma interrogativa) directa, se hablará de *intervención de demanda*.

En el Estudio 2 ambas formas de intervención focalizada en la conversación acerca de los estados mentales son utilizadas por la terapeuta en episodios de cambio y en episodios de ruptura. Pero la calidad de la FR que elicitan en la paciente es distinta según el tipo de escenario interaccional. En los episodios de ruptura, serán más comunes las respuestas de falla de la FR; en los de cambio, serán las respuestas de FR moderada a alta.

Resultados en esta misma dirección se hallan en Martínez et al., (2017) que evaluaron la función reflexiva en primeras entrevistas de psicoterapia. Las respuestas a preguntas de demanda obtuvieron puntajes inferiores que las respuestas a preguntas de permiso, esto es, aquellas que, en su formulación, no demandan una respuesta reflexiva, sino que generan las condiciones de posibilidad para que ocurra de manera espontánea. Las entrevistas analizadas en el estudio citado se comportan de manera similar a las respuestas a preguntas de demanda en episodios de ruptura. Se puede aducir que una tensión emocional equiparable existe entre los momentos en que la alianza terapéutica está en jaque, y los primeros encuentros entre un paciente y su eventual terapeuta. Solbakken, Hansen y Monsen (2011), plantean que un monto excesivo de estrés en etapas tempranas del desarrollo, entre las potenciales fuentes de una capacidad de mentalización reducida, distorsiona la función de los mecanismos de activación (*arousal*), resultando en una inhibición de la actividad orbito-frontal ante fuentes de amenaza substancialmente menores a la de personas sin este antecedente. Se puede especular que la situación de primera entrevista sea una fuente de amenaza suficiente para los pacientes con trastornos psíquicos graves, y que, como en este caso, en condiciones de alta activación emocional, como en los episodios de ruptura, o ante un primer encuentro de mucha intimidad pero con una persona extraña, mecanismos similares incidan en una disminución de la posibilidad de recurrir a la capacidad reflexiva para regularse.

Una relación equivalente entre respuestas a preguntas de demanda y de permiso identificaron Taubner et al., (2012). En su opinión, la evaluación del funcionamiento reflexivo espontáneo contribuye de manera relevante al puntaje global de FR que se

entrega a la entrevista de apego en su totalidad, y los puntajes de este tipo de intervenciones son más altos que los de las respuestas a las preguntas de demanda. Taubner et al., (2012), subrayan que estos resultados son de suma importancia, ya que implican que evaluar la mentalización únicamente considerando preguntas de demanda puede conducir a una subestimación de la capacidad reflexiva. Lo mismo se puede pensar en el contexto de la relación de psicoterapia, donde podría sobreestimarse la necesidad de referirse a los estados mentales en términos directos e interrogativos, minimizando el impacto de una serie de invitaciones dialógicas de orden propositivo que enfatizan en las capacidades reflexivas como campo de acción posible más que como resultado inmediato.

Por el contrario, cuando la relación se consolida y se coordina en torno a modificaciones en las representaciones mentales referidas al *self* y a los otros, lo que ocurriría en los episodios de cambio, la FR de las respuestas a intervenciones vinculadas a los estados mentales se eleva. Si se evalúa la trayectoria de los puntajes de FR en ambos escenarios, cambios y rupturas, se produce un aumento paulatino de la calidad de la mentalización durante el transcurso de la terapia. Pero, mientras en las rupturas las respuestas muestran un aumento en su calidad en la fase 3, en los episodios de cambio este incremento se produce ya durante la fase 2, manteniéndose elevado en la fase 3. Esto sugiere que cuando terapeuta y paciente co-construyen nuevos significados la tensión entre ambos disminuye, y la capacidad reflexiva de la paciente comienza a manifestarse antes que en aquellos momentos en que hay disputas y desencuentros entre los participantes, como en los episodios de ruptura, en que la paciente se atrevería a reflexionar (posiblemente ejercitando la función reguladora para autoafirmarse y

diferenciarse) sólo en la fase final de la terapia, cuando el vínculo entre ella y la terapeuta se le ha vuelto estable y confiable.

Al respecto, Fonagy, Luyten y Bateman (2015) comentan que la mentalización en las psicoterapias exitosas conduce al restablecimiento de la confianza epistémica. La experiencia de ser pensado de manera sana y apropiada hace que el paciente, como en este caso, se sienta suficientemente seguro como para continuar por su cuenta en la comprensión de sí mismo y del mundo. A la luz del aporte de la perspectiva longitudinal que se asume en los análisis de trayectorias aquí realizados, es posible hipotetizar que el momento en que se consolida la relación de confianza que facilita el despliegue de la mentalización ocurre en distintos momentos, según el tipo de escenario y de relación entre paciente y terapeuta propios de cada uno de ellos.

Cabe todavía una apreciación adicional. Si se vuelve a las representaciones gráficas de las etapas con la FR recodificada, es llamativo que las celdas correspondientes a las Fallas de FR no son detectadas como atractor para ningún tipo de episodio y en ninguna de las fases. La correspondencia sustantiva de esta observación es de suma relevancia. La hipótesis de que las rupturas estarán marcadas por las fallas de FR del paciente evidentemente no se condice con lo analizado. La combinación de una terapeuta con un FR medio o alto con una paciente que falla en su FR no aparece como favorita en las rupturas. La tendencia de la paciente durante estas interacciones de mayor tensión, parece ser la ausencia de actividad mentalizadora, quizá coincidente con un tipo de ruptura de distanciamiento. Tampoco aparece alguna tendencia de la terapeuta de fallar más durante este tipo de episodios.

Este resultado es significativo desde otra perspectiva. La codificación de una falla de FR depende de que se haya formulado una pregunta de demanda o una intervención de demanda de parte del terapeuta. Estas dos instancias, la pregunta de demanda y la intervención de demanda, son conceptualmente actividad mentalizadora del terapeuta, que habrán de ser calificadas por normas de codificación como FR media. De este modo, si el terapeuta no mentaliza, el paciente no puede fallar, porque sólo falla ante la invitación a mentalizar del primero.

Un paciente puede mentalizar sin invitación del terapeuta, esto es, puede tener un funcionamiento reflexivo medio o alto luego de un turno sin ejemplar del terapeuta. No obstante, para que tenga una falla es indispensable que el terapeuta haya mentalizado en el turno inmediatamente anterior.

Entonces, se puede pensar que durante las rupturas el paciente no falla más porque el terapeuta deja de invitarlo a mentalizar. Ambos vuelven a la inercia, como si durante las rupturas se coludieran en la evitación. De alguna manera ambos fallan, o, desde una perspectiva más optimista, se autoregulan y descansan. Habría que plantearse la posibilidad de mirar el interjuego de este descanso en rupturas más confrontacionales, esto es, en las que exista mayor fricción entre ambos. En tal supuesto, es posible pensar que aparezca más FR, e, incluso, si el terapeuta insiste y no cede, el paciente falle más. Pueden existir ocasiones en que el terapeuta no insista en sus demandas de mentalización a fin de aliviar a su paciente, dejarlo descansar, para no humillarlo cuando detecta alguna señal de que el paciente no puede seguirlo. Si bien esto es factible, habría que tener cuidado en distinguirlo del evento en que haya una colusión “negativa”, destinada a escapar del trabajo terapéutico y de su intensidad. Como fuere, es siempre

una opción el respiro necesario, la desregulación que permite la vuelta a la regulación, el silencio que da sentido a la palabra.

# CONCLUSIÓN

## Acerca de un Funcionamiento Reflexivo Relacional.

Como se argumentara, apego y mentalización, apoyados en la regulación diádica temprana y originados en un periodo común del desarrollo humano, pueden considerarse la raíz de la organización del *self*. Merced a este entrenamiento con los primeros cuidadores que articula predisposición genética y funcionamiento adulto (Fonagy y Target, 2002, 2005) el bebé humano puede desarrollar un sistema representacional de segundo orden para sus estados mentales, modulando sus vivencias tras lograr pensarlas como algo diverso de la experiencia primaria (Bateman y Fonagy, 2004; Martínez, 2011). A partir de entonces, mentalización y regulación se verán imbricadas en un proceso de interdependencia y retroalimentación que podríamos reconocer como *funcionamiento reflexivo relacional*, y que se seguirá desarrollando y modulando parcialmente durante el resto de la vida del individuo.

En su carácter de acción humana relacional, la mentalización puede ser vista como una forma particular de regulación que está puesta al servicio de un objeto específico, a saber, los estados mentales del *self* y del otro. Su campo de manifestación sería el de la relación interpersonal, cumpliendo allí una doble función: primero surgiría como emergente de la interacción, para luego, dependiendo de la calidad de su funcionamiento, perturbar o contribuir al sistema regulatorio. Sería esta relación recursiva e interdependiente la que permitiría comprender la importancia que adquiere en la etiología y tratamiento de importantes problemas de salud mental y su carácter de factor de cambio dentro del escenario psicoterapéutico (Fonagy y Bateman, 2006; Bateman y Fonagy, 2012).

Lo que fuera connotado por Bateman y Fonagy (2004, 2012) como *triada conceptual cimentada en la intersubjetividad*, puede funcionar como teoría ordenadora cuando se la estudia en el terreno de la psicoterapia (de la Cerda, Martínez y Tomicic, 2016; de la Cerda, Martínez, Tomicic y Pérez, 2016; Martínez, 2011). Desde la comprensión teórica de un funcionamiento reflexivo relacional es posible avanzar en la integración de las contradicciones resultantes de su estudio, pero lo anterior requiere que su definición como variable sea modificada. Considerada parte de la relación, ya no sería un resultado que se evalúa al final del tratamiento como en los fallidos modelos de mediación, ni puramente predictora de lo que sucederá en la psicoterapia, sino que habría que darle el estatus de variable de proceso, describiéndola como un modo de funcionar que se vuelve plataforma inseparable del cambio construido entre paciente y terapeuta.

Cabe puntualizar que lo anterior no implica dejar de lado su consideración como habilidad individual, pero sí pensar en ella como un fenómeno social y no sólo cognitivo, distinguiendo entre la capacidad que nos da agencia, nos individualiza y nos diferencia, y la que nos permite regularnos con otros, comunicarnos y participar de una experiencia común. En esta ordenación propuesta, no es primordial que la función reflexiva sea incrementada como resultado de la psicoterapia. Pero lo que no puede faltar si queremos producir cambios relevantes en las pautas de funcionamiento de los pacientes es que se haya trabajado en esa psicoterapia *de manera reflexiva*. El ejercicio de una "*capacidad reflexiva relacional*" explicaría los incrementos significativos en otros indicadores de cambio terapéutico y en mediciones de funcionamiento global del paciente, y sería un ingrediente crucial en una psicoterapia exitosa.

Desde esta perspectiva, la mentalización en psicoterapia se expresaría en dos funciones inseparables, como mecanismo de cambio *y* como fenómeno relacional. Y en aquellos casos en que no pueda asociarse a incrementos categoriales, sí tendrá un impacto en la posibilidad de volver a confiar en el vínculo reflexivo como un espacio de crecimiento e integración. Luyten (2015) puntualiza que pensar la psicoterapia desde esta perspectiva permite entender que finalmente no importa el tipo de psicopatología, ni la naturaleza de los conflictos con la agresión o la sexualidad, o el tipo de experiencia de apego temprana en la determinación de la técnica o duración del tratamiento. Lo relevante será el grado en que se pueda reactivar la confianza epistémica del paciente (Luyten, 2015; Fonagy y Allison 2014; Fonagy, Luyten y Allison, 2015). La experiencia de sentirse comprendido le restaura la confianza en aprender de las experiencias sociales (confianza epistémica) y, paralelamente, puede servir para regenerar la capacidad de comprensión social (mentalización). Mejorar la comprensión social al mismo tiempo que se incrementa la confianza epistémica hace que en la vida fuera de la terapia se pueda adquirir e internalizar nueva información acerca de uno mismo y del mundo. Es posible entonces que lo esencial para el cambio terapéutico consista en que la relación entre paciente y terapeuta sea capaz de incubar un potencial de aprendizaje acerca de uno mismo y del mundo, que se pondrá en juego fuera de la consulta. Las experiencias de confianza ofrecidas en una relación semejante animarán al paciente a aprender, y durante este proceso, por canales no específicos, su habilidad mentalizadora será promovida (Fonagy y Allison, 2014). Esa esperanza recuperada, no medible en sí misma, intangible, tal vez efímera, creemos que es la plataforma desde la cual un ser humano dañado y temeroso puede volver a comenzar. Y pensada desde allí, necesita de nuevos

diseños de investigación capaces de capturar su emergencia procesual y su rol como mecanismo regulatorio.

En este sentido, las perspectivas epistemológicas, metodológicas y empíricas que han permitido hacer posible la observación y sistematización de un fenómeno tan complejo como el funcionamiento reflexivo dentro de la relación psicoterapéutica, dan cuenta de un tipo de investigación que combina el abordaje "*bottom-up*" proveniente de la investigación madre-bebé, con el paradigma de los eventos significativos (Jimenez, de la Cerda y Altimir, 2017). Esta perspectiva, que permite integrar los aspectos microanalíticos de un fenómeno con el contexto relacional en el que se presentan (Jimenez et al., 2017), tiene el potencial de traducir y validar modelos teóricos más complejos (Fonagy, 2000), cumpliendo roles de evidencia, esto es, de validación de intervenciones terapéuticas específicas, y de educación, generando diálogos que invitan a la generación de compromisos de los potenciales lectores (Iwakabe, 2015), invitándolos a tener un rol de lectores activos que ponen en ejercicio sus criterios y posicionamientos personales, clínicos y teóricos, todas ellas funciones que tienen un efecto educacional y de formación que se co-construye entre los terapeutas, los investigadores y los lectores (McLeod, 2015).

Según Jimenez et al., (2017), acercamientos como el señalado van a generar una interacción crítica que puede contribuir al desarrollo de nueva teoría, posibilitando avances teóricos anclados en la observación sistemática de procesos psicoterapéuticos. En el mismo sentido, Messer (2011) enfatiza que las teorías son dispositivos necesarios para que la observación clínica adquiera sentido y se haga posible la ejemplificación de constructos previos y el desarrollo de nuevas construcciones.

La intención inicial de este proyecto investigativo fue vislumbrar cómo se manifiesta el funcionamiento reflexivo y la mentalización en el seno de la relación terapéutica. Sin pretender haber logrado construir nueva teoría, las perspectivas metodológicas aquí asumidas permiten aprehender la ocurrencia de un fenómeno frágil y sutil, y el modo en que se vincula con los procesos de cambio y con otros constructos de relevancia en el campo de la investigación en psicoterapia, como el estudio de las viscicitudes de la alianza terapéutica y de las características discursivas y no verbales de los diálogos allí generados.

Las preguntas que emergen para ser profundizadas en investigaciones posteriores son muchas y de variados niveles de análisis. Pero la cartografía inicial queda al menos esbozada. La función reflexiva cumplirá variadas funciones regulatorias en la interacción, las que se expresarán en patrones particulares de sincronización entre los puntajes discretos y las categorías de funcionamiento reflexivo que paciente y terapeuta entretejen durante el proceso psicoterapéutico. En síntesis, la mentalización se manifiesta y perfila como una función reguladora y relacional que sirve de trama y de contexto a desarrollos emocionales y conflictivos de gran intensidad para ambos actores, y cuyas características y trayectorias, algunas de ellas en este trabajo croqueadas en borrador, deberán ser estudiadas en profundidad y en un mayor y más variado universo muestral.

## BIBLIOGRAFÍA


Allen, J. & Fonagy, P. (2006). *Handbook of mentalization-based treatment*. J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.), New York: Wiley.

Allen, J., Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Press.

Arístegui, R., Reyes, L., Tomicic, A., Vilches, O., Krause, M., De La Parra, G., Ben-Dov, P., Echavárri, O., & Valdés, N. (2004). Actos de Habla en la Conversación Terapéutica. *Revista Terapia Psicológica*, 22, 131-143.

Austin, J. L. (1962) *How to do things with words*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bänninger-Huber, E. (1992). Prototypical affective microsequences in psychotherapeutic interaction. *Psychotherapy Research, 2*, 291-306.

Bänninger-Huber, E. & Widmer, Ch. (1999). Affective relationship patterns and psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research, 9*, 1, 74-87.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment*. Oxford: Oxford University Press.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization based treatment for borderline personality disorder: A practical guide.* Oxford, England: Oxford University Press.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice.* Washington, DC: American Psychiatric Pub

Beebe, B., & Lachmann, F. (2002). *Infant research and adult treatment. Co-constructing interactions*. New Jersey: The Analytic Press.

Boldrini, T., Nazzaro, M. P., Damiani, R., Genova, F., Gazzillo, F., & Lingiardi, V. (2017, July 24). Mentalization as a Predictor of Psychoanalytic Outcome: An Empirical Study of Transcribed Psychoanalytic Sessions Through the Lenses of a Computerized Text Analysis Measure of Reflective Functioning. *Psychoanalytic Psychology*. Advance online publication. http://dx.doi.org/10.1037/pap0000154

Clarkin, J. F., Fonagy, P., Levy, K. N., & Bateman A. (2015) Bordeline Personality Disorder. In P. Luyten, L. C. Mayes, P. Fonagy, M. Target, & S. J. Blatt (Eds.). *Handbook of Psychodynamic Approaches to Psychopathology* (pp. 3-26). New York, The Guildford Publications.

Clarkin, J.; Yeomans, F., & Kernberg, O. (2006). *Psychotherapy for borderline personality*. New York: Wiley.

Choi-Kain & Gunderson. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment and application in the treatment of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*; 165 (9): 1127-1135. doi:10.1176/appi.ajp.2008.07081360

de la Cerda, C., Martínez, C., & Tomicic, A. (2016). La función reflexiva como aprendizaje procedural en la interacción terapéutica: el funcionamiento reflexivo-relacional. *Aceptado para publicación en Revista Argentina de Clínica Psicológica.*

de la Cerda, C., Martínez, C. Tomicic, A., & Pérez, C. (2016). Mentalizing in the psychotherapeutic process: The reflective functioning of patient and therapist in

psychotherapy. En revisión *en Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice.*

Diamond, D., Levy, K. N., Clarkin, J. F., & Stovall-McClough, C. (2003). Patient-therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder. *Bulletin of The Menninger Clinic*, 67(3), 227-259. doi: 10.1521/bumc.67.3.227.23433.

Diamond D., & Yeomans F. (2008). The patient-therapist relationship: implications of attachment theory, reflective functioning, and research. *Sante Ment Que* 33. 61-87. doi: 10.7202/018473ar

Duarte, J., Martínez, C., & Tomicic, A. (2017). El estudio del cambio a través de eventos o episodios relevantes en psicoterapia. *Aceptado para publicación en Revista Argentina de Clínica Psicológica*

Elliot, R. (1984). A Discovery-oriented approach to significant events in psychotherapy: interpersonal process recall and comprehensive process analysis. In L. Rice & L. Greenberg (Eds.), *Patterns of Change* (pp. 249-286). New York: Guilford Press.

Elliot, R. (2002). Hermeneutic single-case efficacy design. *Psychotherapy Research*, 12, 1-20. doi**:**10.1080/713869614

Ensink, K. (2004) *Assessing theory of mind, affective understanding and reflective function in primary school-aged children* (unpublished PhD thesis). London: University College London

Eubanks-Carter, C., Muran, C., Safran., J., & Mitchell, A. (2008). *Rupture Resolution Rating System*. Unpublished guide. Beth Israel Medical Center, NY, USA.

Fischer-Kern, M., Doering, S., Taubner, S., Hörz, S., Zimmermann, J., Rentrop, M., Shuster, P., Buchheim, P. & Buchheim, A. (2015). Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: Change in reflective function. *British Journal of Psychiatry*, 207, 173–174. doi: 10.1192/bjp.bp.113.143842

Flick, U. (2004). Introducción a la investigación cualitativa. Madrid. Morata.

Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *Int J Psychoanal* 72: 1-18.

Fonagy, P. (2000) Agarrando ortigas o de por qué la investigación psicoanalítica saca ronchas. *Revista Chilena de Psicoanálisis*. Vol. 17 (2), 186-197.

Fonagy, P. (2001) El proceso del cambio y el cambio de los procesos: qué puede cambiar en un buen análisis. *Revista Chilena de Psicoanálisis, 18*, 80-96.

Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The Role of Mentalizing and Epistemic Trust in the Therapeutic Relationship. *Psychotherapy*, Vol. 51, No. 3, 372–380

Fonagy, P., & Bateman, A. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 411-430. doi:10.1002/jclp.20241

Fonagy, P., Bateman, A., & Luyten, P. (2012). Introduction and Overview. In A. Bateman, & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 3-42). Washington, DC: American Psychiatric Pub.

Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3–4), 288–328. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01727.x

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., et al. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64, 22–31.

Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology,* 21(4), 1355–1381. Doi:10.1017/S0954579409990198

Fonagy, P., Luyten, P., & Allison, E. (2015). Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: a new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *Journal of Personality Disorders*, 29(5), 575-609, 2015

Fonagy, P., Luyten, P., & Bateman, A. (2015). Translation: Mentalizing as treatment target in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, Vol. 6, Nº 4, 380-392.

Fonagy, P., Luyten, P., & Strathearn, L. (2011). Borderline personality disorder, mentalization and the neurobiology of attachment. *Infant Mental Health Journal,* Vol. 32(1), 47-69. Doi:10.1002/imhj.20283.

Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self–regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 307–335. Doi:10.1080/07351692209348990

Fonagy, P., & Target, M. (2005). Bridging the transmission gap: An end to an important mystery of attachment research? Attachment & Human Development, 7(3), 333-343. doi:10.1080/14616730500269278

Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective-Functioning Manual, version 5.0, for Application to Adult Attachment Interviews*. London: University College London.

George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996) *Adult Attachment Interview,* 3rd edn. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of California, Berkeley.

Gopnik, A., & Meltzoff, A. (1997). Words, thoughts, and theories. Cambridge, MA: MIT Press.

Greenberg, L.S. (1999). Ideal psychotherapy research: A study of significant change processes. *Journal of Clinical Psychology, 55*, 1467-1480

Greenberg, L.S. (2007). A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research, 17*, 1, 15-30.

Gullestad, F. S., Johansen, M. S., Høglend, P., Karterud, S. & Wilberg, T. (2013) Mentalization as a moderator of treatment effects: Findings from a randomized clinical trial for personality disorders, *Psychotherapy Research*, 23:6, 674-689, DOI:10.1080/10503307.2012.684103

Hill, C. E. (1990). Exploratory In-Session Process Research in Individual Psychotherapy: A Review. *J. Of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 288-294.

Hill C. E., Knox S., Thompson B., Nutt Williams E., Hess S & Ladany N. (2005). Consensual Qualitative Research: An Update. *Journal of Counseling Psychology*, Volume 52, No. 2 (April 2005). DOI dx.doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.196.

Holmes, J. (2005). Notes on mentalization—Old hat or new wine? *British Journal of Psychotherapy*, 19, 690–710.

Hollenstein T. (2007). State space grids: Analyzing dynamics across development. International *Journal of Behavioral Development* 31(4), 384-396. doi:10.1177/0165025407077765

Hollenstein, T. (2013). *State Space Grids. Depicting Dynamics Across Development.* New York: Springer.

Horz-Sagstetter, S., Mertens, W., Isphording, S., Buchheim, A., & Taubner, S. (2015) Changes in reflective functioning during psychoanalytic psychotherapies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 63, 481–509. doi:10.1177/0003065115591977

Jessee, A., Mangelsdorf, S., Wong, M., Sarah J. Schoppe-Sullivand, S., & Browne, G.L., (2016). *Attachment & Human Development*, DOI http://dx.doi.org/10.1080/14616734.2015.1132240

Jiménez, J.P., de la Cerda, C. & Altimir, C. (2017) *Un enfoque novedoso, científico y clínicamente sensible para investigar el proceso psicoanalítico.* Manuscrito,

presentado en el panel "Investigación y Psicoanálisis" 60º Congreso Internacional de Psicoanálisis IPA. Buenos Aires, Julio 2017.

Karlsson, R & Kermott, A. (2006). Reflective functioning during the process in brief psychotherapies. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 43:65-84.

Katznelson, H. (2014). Reflective functioning: A review. *Clinical Psychology Review 34;107-117* Doi: 10.1016/j.cpr.2013.12.003

Krause, M. (1998). Construcción y transformación de teorías subjetivas a travñes de la psicoterapia. *Terapia Psicológica, 7,* 29-43.

Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio: Una mirada desde la subjetividad*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.

Krause, M., & Dagnino, P. (2005). *Evolución del cambio en el proceso terapéutico*. En E. Thumala & R. Riquelme (eds.) Avances en Psicoterapia: Cambio Psíquico y Vínculo. Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Salud Mental.

Krause, M., de la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., & Valdés, N. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 299-325.

Krause, M., de la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., & Valdés, N. (2007). Then evolution of therapeutic change studied through generic change indicators. *Psychotherapy Research*, 17 (6): 673-689.

Lambert, M., & Burlingame, G. L. (1996). *Outcome Questionnaire* (OQ-45.2). Washington, DC: American Professional Credentialing Services.

Levy, K. N., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Scott, L. N., Wasserman, R. H., & Kernberg, O. F. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology,* 62(4), 481-501. doi:10.1002/jclp.20239

Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O.F. (2006). Change in Attachment Patterns and Reflective Function in a Randomized Control Trial of Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 74(6), 1027-1040. doi:10.1037/0022-006X.74.6.027

Lewis, M., Lamey, A., & Douglas, L. (1999). A new dynamic system method for the analysis of early socioemotional development. *Dev. Sci.* 2, 457–475.doi: 10.1111/1467-7687.00090

Lieberman, M. D. (2007). Social cognitive neuroscience: A review of core processes. *Annual Review of Psychology*, 58, 259–289

Linehan, M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Gilford Press.

Luyten, P. (2015). Unholy Questions About Five Central Tenets of Psychoanalysis That Need to be Empirically Verified. *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals*, 35:sup1, 5-23, DOI: 10.1080/07351690.2015.987590

Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B. & Vermote, R. (2012). Assessment of Mentalization. In A. Bateman, & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 43-64). Washington, DC: American Psychiatric Pub.

Luyten, P, Fonagy, P., Mayes, L.C., et al. Submitted 2011 (april). *Broadening the scope of the mentalization based approach to psychopathology: mentalization as a multidimensional concept.*

McLeod, J. (2015). Narrative case studies and practice-based learning: Reflections on the case of "Mr. R." *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 11* (4), Article 2, 239-254.

Martínez, C. (2011). Mentalización en psicoterapia: Discusión sobre lo explícito e implícito de la relación terapéutica. *Terapia Psicológica*, 29:1, 97-105. doi:10.4067/S0718-48082011000100010.

Martínez, C., Krause, M, Tomicic, A., Altimir, C., & Pérez, C. (2013). *Informe de avance 2012*. Fondecyt Nº 1110361.

Martínez, C. & Tomicic, A., (2017). Model of Analysis of Discursive Positioning (MAP): A Method for Researching Discourse in Psychotherapeutic Interactions**.** *En revisión en Psychotherapy Research.*

Martínez C., Tomicic, A. & Medina, L. (2012). Dialogic Discourse Analysis of Psychotherapeutic Dialogue: Microanalysis of Relevant Psychotherapy Episodes. *International Journal for Dialogical Science, 6* (1), 99-121.

Martínez C, Tomicic, A., de la Cerda, C., Rivera, MJ., & Salas, C. (2017). Función Reflexiva en Primeras Entrevistas de Psicoterapia: Un Estudio Exploratorio sobre el Papel

de la Mentalización en la Interacción Terapéutica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* DOI: 10.24205/03276716.2017.1026

Martínez, C., Tomicic, A., & Medina, L., (2014) Psychotherapy like discursive genre: A dialogic outlook to a time-limited psychotherapy. *Culture & Psychology, 20*, 4, 501-52.

Martínez, C., Tomicic, A., Medina, L., & Krause, M. (2014) A Microanalytical Look at Mutual Regulation in Psychotherapeutic Dialogue: Dialogic Discourse Analysis (DDA) in Episodes of Rupture of the Alliance. *Journal Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome* (RIPPPO), 17(2):73-92. DOI: 10.7411/RP.2014.021

Mayes, L. C. (2006). Arousal Regulation, Emotional Flexibility, Medial Amygdala Function, and the Impact of Early Experience. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094: 178–192. doi:10.1196/annals.1376.018

Messer, S.B. (2012). Theory Development via Single Cases: A Case Study of the Therapeutic Volume 7, Module 4, Article 2, pp. 440-448

Morán, J., Martínez, C., Tomicic, A., Pérez, C., Krause, M., Guzmán, M., San Martín, D., Angulo, S., Barroux, I., Gerstmann A., & de la Cerda, C. (2016). Verbal and nonverbal expressions of mutual regulation in relevant episodes of psychotherapy / Manifestaciones verbales y no verbales de la regulación mutua en episodios relevantes de psicoterapia, *Estudios de Psicología*, DOI: 10.1080/02109395.2016.1204784

O'Connor, G.T. & Hirsch, N. (1999). Intra-individual differences and relationship-specifity of metalising in early adolescence. *Social Development*, 8(2), 256-274.

Prunetti E., Framba R., Barone L., et al. (2008). Attachment disorganization and borderline patients' metacognitive responses to therapists' expressed understanding of their states of mind: A pilot study. *Psychotherapy Research, 18*(1): 28-36.

Sadler L. S., Slade A., Mayes L. C. (2006). Minding the baby: a mentalization based parenting program, In *Handbook of mentalization-based treatment*. Edited by Allen J. & Fonagy, P., (pp. 271-288). New York: Wiley.

Safran, J. D. & Kraus, J. (2014). Alliance Ruptures, Impasses, and Enactments: A Relational Perspective. *Psychotherapy*, *American Psychological Association*, 51, 3, 381–387

Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 447-458.

Safran, J. D., & Muran, J, Ch. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. New York: The Guilford Press.

Safran, J. D., & Muran, J. Ch. (2001). The therapeutic alliance as a process of intersubjective negotiation. En J. Ch. Muran (Ed.), *Self-relations in the psychotherapeutic process* (pp. 165-192). Washington DC: American Psychological Association.

Safran, J., Muran, J. C. & Shaker, A. (2014). Research on Therapeutic Impasses and Ruptures in the Therapeutic Alliance, *Contemporary Psychoanalysis*, 50:1-2, 211-232, DOI:10.1080/00107530.2014.880318

Salvatore S. & Tschacher W. (2012). Time dependency of psychotherapeutic exchanges: the contribution of the theory of dynamic systems in analyzing process. *Front. Psychology* 3:253. doi: 10.3389/fpsyg.2012.00253

Searle, J. (2002). *Consciousness and Language.* New York. Cambridge University Press.

Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicoló, G., Pedone, R., & Procacci, M. (2005). Metarepresentative functions in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders,* 19, 690_710

Sharp, C. & Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: constructs, measures and implicatios for developmental psychopathology. *Soc Dev* 17:737-754.

Solbakken, O.A., Hansen, R., & Monsen, J. (2011). Affect integration and reflective function: Clarification of central conceptual issues, *Psychotherapy Research, 21*: 4, 482-496. http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2011.583696

Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschweiler-Stern, N., & Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. The 'something more' than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis, 7*9, 903-921.

Stolorow, R., Brandchaft, B., & Atwood, G. (1994). *Psychoanalitic treatment: An intersubjetive approach*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Taubner, S., Hörz, S., Fischer-Kern, M., Doering, S., Buchheim, A., & Zimmermann, J. (2012). Internal Structure of the Reflective Functioning Scale. *Psychological Assessment.* Advance online publication. doi: 10.1037/a0029138

Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research, 17*, 305-314.

Tomicic, A., (2011). *Vocal Coordination a Window for the Study of Mutual Regulation in Psychoterapeutic Dialog*. Thesis presented to Pontificia Universidad Católica de Chile as part of the requirements to receive the degree of Ph.D. in Psychology.

Tomicic, A. & Martínez, C. (2011). Voice and Psychotherapy: Introduction to a Line of Research on Mutual Regulation in Psychotherapeutic Dialog [Voz y Psicoterapia: Introducción a una línea de Investigación sobre la Regulación Mutua en el Diálogo Psicoterapéutico]. *Praxis, 13*(20), 109 – 139.

Tomicic, A., Chacón, D., Martínez, C., Guzmán, M., Bauer, S., & Reinoso, A. (2009). *Sistema de codificación de Patrones de Cualidad Vocal de paciente y terapeuta (PCV): Manual de entrenamiento y procedimiento para la codificación de Patrones de Cualidad Vocal.* Grupo de Voz y Psicoterapia. Manuscrito no publicado, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Tomicic, A., Guzmán, M., San Martín, D. & Martínez, C. (2015). *Sistema de Codificación de Patrones de Cualidad Vocal de Paciente y Terapeuta: Manual de Entrenamiento y Procedimiento para la Codificación (PCV-2.0).* Universidad Diego Portales, Chile. Proyecto Fondecyt Post-Doctoral Nº 3150029. Registro de Propiedad Intelectual Nº 259.653. DOI: 10.13140/RG.2.1.1100.1680

Tomicic, A., Martínez, C., Pérez, J.C., Hollenstein, T., Angulo, S., Gerstmann, A., Barroux, I. & Krause, M. (2015). Discourse-voice regulatory strategies in the

psychotherapeutic interaction: a state-space dynamics analysis. *Frontiers in Psychology,* 6:378. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00378

Tronick, E. (1989). Emotions and emotional communications in infants. *American Psychologist, 44*, 2, 112-119.

Tronick, E. (2001). Emotional connections and dyadic consciousness in infant–mother and patient–therapist interactions. Commentary on paper by Frank

Tronick, E., & Cohn, J. (1989). Infant-mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of mis-coordination. *Child Development, 60*, 85-92.

Tronick, E., Bruschweiler-Stern, N., Harrison, A.C., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C., Nahum, J.P., Sander, L., & Stern, D.N. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal,19*, 290-299.

Vermote R., Fonagy P., Vertomment H., et al. (2009). Outcome and outcome trajectories of personality disordered patients during and after a psychoanalytic hospitalization-based treatment. *J Pers Disord* 23:293-306.

Vigotsky, L.S. (1962/2000). *Pensamiento y lenguaje*. Barcelona: Paidós.

Vigotsky, L.S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica.

Von Berger, A., & de la Parra, G. (2002) OQ 45.2 Cuestionario para la evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Revista Terapia Psicológica* 20, 161-176.

Westerman, M.A. (2012). Defenses in Interpersonal Interaction: Using a Theory-Building Case Study 449 to Develop and Validate the Theory of Interpersonal Defense. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, http://pcsp.libraries.rutgers.edu Volume 7, Module 4, Article 3, pp. 449-476

Winnicott, D. (1971*). Playing and Reality*. New York: Basic Books.

## Anexos

1) Descriptores de puntajes de función reflexiva

2) Indicadores de Cambio

3) Tipos de Ruptura y Resolución

4) Cartas de Consentimiento Terapeuta y Paciente

## Anexo 1: Escala de Función Reflexiva:

## Carta de Clasificación de Criterios Generales (Chart of Overall Rating Criteria, Fonagy et al., 1998)

-1 Negative RF

| OVERALL RATING | COMMON TYPES |
|---|---|
| **-1 negative RF**<br><br>• Subject systematically resists taking a reflective stance throughout interview.<br>• No passages rated '5' or above<br>• Where some '1' or '3' passages exist, consider higher rating. | **A) Rejection of RF**<br><br>• There are some general indices of neg. RF (i.e., lack of participation, hostility, evasiveness, marked incongruences).<br>• Subject responds with hostile refusal to at least 3 demand questions.<br>• If subject gives only one or two hostile refusals, but meets general criteria above, rate '0'.<br><br>**B) Unintegrated, Bizarre or Inappropriate RF**<br><br>• Mental state attributions are confused and hard to understand.<br>• At least 3 examples of inexplicable, bizarre or inappropriate attributions (may occur in response to demand or permit questions)<br>• Must be shocking rather than simply odd. |

1 Lacking in RF

**1 Lacking in RF**

- Reflective Functioning is totally or almost totally absent.
- Mental states may be mentioned, but there is no picture of the subject's or caregiver's beliefs and feelings underlying behavior.
- Mentalisation is absent in the narrative and awareness of the nature of mental states, if present, not explicit.

**A) Disavowal**

- Barren accounts, lacking in mentalising detail.
- At least 3 examples of assertion of ignorance concerning mental states or comparable examples of evasión (physicalistic, behavioral or sociological accounts and global and generalized statements concerning psychological states) in response to demand questions.
- No instance of reflective function rated above '3'

**B) Distorted/*Self*-Serving**

- Interview does contain reflection, but reflection is flawed.
- Reflective passages are egocentric, self-aggrandizing, and self-serving to the point where the accuracy of the representation of the mental state of the other may be reasonably called into question.
- At least 3 examples of such purposeful distortions in response to demand questions.
- No instance of reflective function rated above '5', or more than two above '3.'

3 Questionable or Low RF

**3 Questionable or Low RF**

- Some evidence of consideration of mental states throughout the interview, but most references are not made explicit.
- Will contain some elements of a reflective stance.
- May contain more than 1 example of a rating of '5' or higher.
- Must contain at least 3 examples of a '3' or '4' rating.

**A) Naive/Simplistic**

- Interview shows a partial understanding of intentions of others, but this understanding is likely to be banal, clichéd, and excessively general and superficial.
- Normalization of experiences extends beyond what is culturally accepted.
- Interview does not inter into complexities of mental states (conflicts, ambivalence, etc.)
- Naive/simplistic passages are the majority of low ratings.
- Fewer than 3 ratings of '5' or above.

**B) Over-Analytical/Hyperactive**

- The interview may have greater depth than might be expected in the interview context.
- The interview is diffuse, however, and the insights are unintegrated.
- There are at least 3 instances in which the subject is over-analytical.
- If 1 or more of these includes statements that are bizarre, distorting/self-serving, consider '1' or '2' rating.

**C) Miscellaneous Low RF**

- Transcript is neither particularly naive nor overly analytic.
- This rating may be a compromise between ratings for transcripts which show marked disavowal mingled with definite evidence of reflective functioning (or other such incongruities).

5 Ordinary RF

**5 Ordinary RF**

- There are a number of instances of reflective functioning (and these may be prompted, rather than spontaneous).
- Speaker has a model of the mind (own and attachment figures) which may be simple but is relatively coherent, personal, and well-integrated.
- Must have at least 1 or 2 clear '5' passages. Most interviews with this rating will have responses in the '3' to '7' range.
- If any '-1' or '1' ratings, these are balanced by passages immediately following or elsewhere which indicate reflection.

**A) Ordinary Understanding**

- Subject shows an ordinary capacity to make sense of their experience in terms of thoughts and feelings.
- Subject has a consistent model for thoughts and feelings of self and other which requires little or no inference from the rater.
- This model is limited, and does not include understanding of conflict or ambivalence.
- There are at least 3 passages rated '5.'
- No breakthroughs of rejection, bizarre explanations, pervasive disavowal, etc.

**B) Inconsistent Understanding**

- One or two passages warrant a '7' rating or even higher, but understanding cannot be maintained in relation to one or more problem areas (i.e., a conflictual relationship to one parent).
- Even problematic parts of interview do not fall below a '1' or '2' rating.

## OVERALL RATINGS FOR HIGH RF (NO SUB-TYPES)

7 Marked RF

**7 Marked RF**

- Numerous instances of full reflective functioning suggesting a stable psychological model of the mind (own and caregivers') and reactions to mental states.
- Usually, passages where subject has arrived at an original reintegration of states of mind (own and/or others).
- Much detail about thoughts and feelings
- Implications of mental states explicitly spelled out.
- Usually able to maintain a developmental (interactional) perspective.
- In interview as a whole, subject is applying reflective stance fairly consistently to at least one context, or less consistently to a number of contexts.
- At least 3 instances, anywhere in interview, which rate '7' or higher.
- No passages rated '1' or lower, unless no relevant experiences to rate.
- **No more than 3 passages where rating is less than '5' in response to demand questions, where there are relevant life experiences.**

**9 Exceptional RF**

- Transcript shows exceptional sophistication, is commonly surprising, quite complex or elaborate and consistently manifests reasoning in a causal way using mental states.
- Shows consistent reflective stance across all contexts.
- Has 3 or more instances, anywhere in interview, with a '9' rating (i.e., the response integrates several aspects of reflective functioning into a unified, fresh perspective).
- Few passages rated '3' and most would be rated '5' or '7.'

If above criteria are not met but rater "feels" the transcript to be exceptional, a rating of '8' should be considered. (for an '8', should be no more than a couple of passages rated '3' and more than one '8' or '9.')

## Anexo 2: Listado de Indicadores Cambio

**Listado de Indicadores cualitativos del cambio psicoterapéutico inespecífico o común a diferentes modalidades terapéuticas.**

1. Aceptación de la existencia de un problema.
2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.
3. Aceptación del terapeuta como un profesional competente.
4. Expresión de esperanza ("remoralización" o expectativa de ser ayudado o superar los problemas)
5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas de entendimiento, comportamiento y emociones habituales (fisura")

- Puede implicar reconocimiento de problemas antes no vistos, autocrítica y/o redefinición de expectativas y metas terapéuticas.

6. Expresión de la necesidad de cambio.
7. Reconocimiento de la propia participación en los "problemas"
8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo.
9. Manifestación de un comportamiento o de una emoción nueva.
10. Aparición de sentimientos de competencia
11. Establecimiento de nuevas relaciones entre:

- aspectos propios (creencias, conductas, emociones, etc.)
- aspectos propios y del entorno (personas o sucesos)
- aspectos propios y elementos biográficos

12. Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas.

13. Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros. Transformación de la representación de sí mismo y de las propias relaciones con el entorno
14. Formación de constructos subjetivos de sí mismos a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas.
15. Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía.
16. Autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico.
17. Reconocimiento de la ayuda recibida.
18. Disminución de la asimetría.
19. Construcción de una Teoría Subjetiva, biográficamente fundada, sobre sí mismo y la relación con el entorno (indicador "global").

# Anexo 3: Tipos de Ruptura y Resolución

**RESUMEN DE DEFINICIONES Y EJEMPLOS DE MARCADORES DE RUPTURA**

**Nota:** para cada categoría, el paciente debe comportarse de una manera que interfiera con la colaboración en tareas o metas, o bien que revele una tensión en el vínculo.

| **Retirada** | |
|---|---|
| Negación | El paciente niega una emoción o estado de ánimo que es *manifiestamente* evidente, o el paciente niega la importancia de determinadas relaciones o eventos interpersonales (i.e.: racionalización). Note que esto no es lo mismo que "estar en negación" o la negación como un mecanismo de defensa.<br>Terapeuta: *Usted parece estar afectada*<br>Paciente: *Estaré bien, no se preocupe por mí.* |
| Respuesta mínima | EL paciente ofrece respuestas mínimas a los esfuerzos del terapeuta de explorar y entender la experiencia del paciente (i.e., el paciente responde con respuestas cortas, cerradas a preguntas abiertas y exploratorias). El no dar ninguna respuesta- quedarse callado- sería la expresión más extrema de respuesta mínima. Sin embargo, note que la respuesta mínima debe darse en el contexto de una retirada-una respuesta corta o breve que es apropiada a la situación no se codifica aquí.<br>Terapeuta: *eso suena como una situación difícil. ¿Cómo la hizo sentir?*<br>Paciente: *(se encoge de hombros).* |
| Comunicación abstracta | El paciente evita contactarse con sentimientos dolorosos o negativos por medio del uso de lenguaje abstracto al hablar sobre situaciones o temas interpersonales difíciles. El paciente puede intelectualizar al focalizarse en conceptos racionales o terminología compleja. Otra posibilidad es que el paciente formule afirmaciones vagas y globales que aluden a un tema que es relevante para la relación terapéutica, en lugar de hablar directamente acerca de sus verdaderos sentimientos.<br>Terapeuta: *¿Le molestó que yo dijera eso?*<br>Paciente: *Estaba confundida, pero creo que está bien que las cosas sean un poco confusas de vez en cuando. Te hace pensar más acerca de ello y puedes aprender de ello.* |
| Evitación a través del recuento de historias y/o cambio de tema | El paciente cuenta historias y/o cambia de tema en un esfuerzo por evitar temas o situaciones difíciles. Esto puede incluir el intento por evitar conflicto con el terapeuta por medio del recuento de historias entretenidas. Estas historias pueden ser largas y muy elaboradas, o pueden ser relativamente breves. Pueden irse por la tangente, o pueden eventualmente retornar al tema inicial. La clave es que por medio del cambio de tema y/o el recuento de una historia, el paciente evita comunicarse de manera clara y directa con el terapeuta.<br><br>Recuerde que la historia o cambio de tema debe ser parte de la retirada. Si, por ejemplo, el paciente cambia de tema no para evitar, sino que más bien para realzar el trabajo de la terapia, esto no se codificaría acá (i.e., "Yo sé que estábamos hablando acerca de mi trabajo, pero acabo de recordar algo que sucedió con mi novio que realmente quiero discutir con usted…").<br><br>Una historia que es relevante y productiva, pero que aun parece tener una cualidad de evitación (i.e., de alguna manera la historia es circunstancial, da la impresión que deja fuera al terapeuta). Puede recibir un "check minus" (√ -).<br><br>El hablar de las reacciones de un tercero o de las reacciones de "la mayoría de la gente" en un intento por evitar hablar acerca de sí mismo, también debería ser codificado aquí.<br><br>Terapeuta: *¿Cómo cree que las cosas han funcionado hasta ahora en nuestro trabajo juntos?*<br>Paciente: *Eso suena como una pregunta de evaluación de desempeño. Yo tuve una evaluación de desempeño en el trabajo la semana pasada, y fue tan estresante…* |
| Deferente y aplacante/ apaciguador | El paciente se observe en **exceso** acatador y obediente y se somete al terapeuta de manera **excesivamente** deferente.<br>Terapeuta: *¿Cómo le fue con la tarea?*<br>Paciente: *Oh, fue de tanta ayuda. Usted da tan buenos consejos.* |
| Disociación Contenido/ Afecto | El contenido de la narrativa del paciente no coincide con su expresión afectiva<br>Terapeuta: *Parece que es difícil para usted contarme acerca de esos sentimientos tristes.*<br>Paciente (sonriendo): *Sí, lo es. No es fácil hablar de eso.* |

| | |
|---|---|
| Auto-crítica y/o desesperanza | El paciente se retira de la interacción con el terapeuta al volverse absorto en un proceso depresivo de auto-crítica y/o desesperanza que parece dejar fuera al terapeuta y cerrar cualquier posibilidad de que el terapeuta o el tratamiento puedan ayudar al paciente. El paciente puede involucrarse en este proceso como un medio de evitar conflictos con el terapeuta.<br>Note que los pacientes pueden ser auto-críticos o desesperanzados pero aún así involucrarse en la interacción con el terapeuta, y pueden explorar estos sentimientos con el terapeuta de manera colaborativa. Para recibir el código de auto-criticismo/desesperanza, el comportamiento del paciente debe estar contribuyendo a una retirada.<br>Terapeuta: *Eso parece importante. ¿Puede contarme más acerca de eso?*<br>Paciente: (suspira). *¿Cuál es el punto? No va a hacer que me sienta mejor. Estoy muy lejos de eso.* |
| **Confrontación** | |
| Quejas/ preocupaciones acerca del terapeuta | El paciente se siente de modo negativo acerca o hacia el terapeuta. El paciente puede tener sentimientos negativos (i.e., rabia, impaciencia, desconfianza, sentirse manipulado, herido, juzgado, controlado, rechazado), o bien puede sentir que el terapeuta ha fallado en apoyarlo, alentarlo o respetarlo. El paciente puede criticar el estilo interpersonal del terapeuta, o expresar dudas acerca de la competencia del terapeuta.<br>Paciente: *Estaba pensando acerca de algunas de las cosas que usted me dijo la semana pasada. No estaba muy feliz acerca de ellas. No tanto lo que dijo, en realidad, más bien la forma en que lo dijo. Usted me estaba arrinconando. Yo no habría pensado que esa es la manera de ayudar a las personas.* |
| Paciente rechaza la formulación o interpretación del terapeuta de manera no colaborativa | El paciente rechaza o desecha el punto de vista del terapeuta o su interpretación acerca del paciente y/o de su situación, o el paciente rechaza o descarta los esfuerzos del terapeuta por intervenir (i.e., el terapeuta intenta ofrecer apoyo y le paciente rechaza al terapeuta de manera hostil). Este rechazo debe ser **no colaborativo**- en el sentido de obstruir o dificultar una buena relación de trabajo entre paciente y terapeuta (i.e., el paciente es muy hostil, o condescendiente). Si el paciente está en desacuerdo con la interpretación o formulación del terapeuta, pero es capaz de expresarlo de manera colaborativa (i.e., "no, no creo que eso sea lo que causa mi ansiedad. Es más bien como que…"), entonces esto **NO** es una ruptura y no debiera ser codificado aquí.<br>Si el paciente está en desacuerdo, rechaza o descarta una actividad en la que el terapeuta desea que el paciente participe, como completar un registro de pensamientos o hacer un ejercicio de "las dos sillas", entonces codifíquelo como "Quejas/preocupación acerca de actividades".<br>Terapeuta: *Parece ser que usted está preocupado por él.*<br>Paciente: (en tono hostil) *No, no es para nada así.* |
| Quejas/ preocupaciones acerca de las actividades de la terapia | El paciente expresa insatisfacción o incomodidad con las tareas y/o metas de la terapia de manera **no colaborativa.**<br>Paciente: (en tono hostil) *En realidad no entiendo lo que usted me está pidiendo que haga en estos registros de mis pensamientos. No veo en absoluto qué sentido tienen.* |
| Quejas/ preocupaciones acerca de los parámetros de la terapia | Esto incluye quejas y preocupaciones acerca del horario de la terapia (i.e., horario de las sesiones, duración de las sesiones, número y frecuencia de las sesiones) y en contrato de investigación (i.e., completar cuestionarios, ser filmado).<br>Paciente: (en tono hostil) *Una vez a la semana no es suficiente. ¿Cómo me voy a poner mejor si sólo vengo una vez a la semana?* |
| Quejas/ preocupaciones acerca del progreso en terapia | El paciente está dudoso acerca del progreso que se puede lograr o se ha logrado en la terapia.<br>Paciente: *He estado viniendo aquí por cuatro semanas ya, y realmente no puedo pensar en nada que haya cambiado. A lo mejor esto todo ha sido una pérdida de tiempo.* |
| El paciente se defiende en contra del terapeuta | El paciente defiende sus pensamientos, sentimientos o comportamiento en contra de lo que ***percibe*** como una crítica o juicio del ***terapeuta*** acerca del paciente. No codifique esto si el paciente se está defendiendo en contra del criticismo de otra persona. Note que el terapeuta no necesariamente tiene que criticar al paciente para que éste anticipe un criticismo y se ponga defensivo.<br>Terapeuta: *Eso tiene mucho sentido.*<br>Paciente: *¡Claro que lo tiene! ¡No soy una idiota!'* |

| | |
|---|---|
| Esfuerzos directos por controlar/ presionar al terapeuta | El paciente hace intentos directos por controlar al terapeuta (i.e., el paciente le dice al terapeuta qué hacer, el paciente presiona al terapeuta para arreglar sus problemas rápidamente.<br><br>Paciente: *Estoy cansada de perder el tiempo. Quiero saber cómo funciona esta terapia. Dígame cómo me va a ayudar con mis problemas. Y no me venga con ese lenguaje elaborado de terapeuta; quiero una respuesta directa.* |
| Misceláneas | |
| Misceláneas (i.e., comportamiento seductor, excesivamente amistoso y casual) | Aquí se codifica la ruptura que no encaja en ninguna de las categorías anteriores. Rutpuras en las cuales el paciente parece estar haciendo algo inapropiado en el contexto de la relación terapéutica, se codifican aquí. Por ejemplo, el paciente es coqueto y seductor; la paciente llama al terapeuta "cariño", el paciente dice "Hola, qué onda?" al terapeuta de una manera que se siente inapropiadamente casual. |

## Anexo 4: Cartas de Consentimiento

### Consentimiento De Participación En Un Estudio (Paciente)

Yo……, he sido invitado/a a participar en el estudio denominado **"Manifestaciones De La Mentalización En La Interacción Paciente-terapeuta Durante Un Proceso Psicoterapéutico Y Su Relación Con El Cambio".** Este es un proyecto de investigación científica acerca de los procesos psicoterapéuticos cuya finalidad es aportar conocimiento científico sobre los cambios en las funciones psicológicas de los participantes de una terapia psicológica.

Entiendo que en este estudio se graban en video y audio todas las sesiones psicoterapéuticas de las cuales yo participaré en calidad de paciente. Además estoy en conocimiento que mi terapia puede ser realizada en una sala de visión unidireccional con observadores que forman parte del equipo de investigación. Asimismo, entiendo que antes de comenzar la terapia contestaré cuatro cuestionarios: (1) uno sobre mis características sociodemográficas; (2) uno sobre mis características psicológicas; (3) uno sobre mis características de personalidad y (4) uno sobre mi bienestar general. Entiendo que contestaré este último cuestionario antes de ingresar a cada sesión, durante todo el proceso de terapia.

También estoy informado/a de que uno de los investigadores me hará una entrevista y me hará completar un cuestionario sobre mis relaciones interpersonales, ambas actividades en un horario diferente al de las sesiones y a convenir. Asimismo,

estoy al tanto que a los tres meses después de finalizada la terapia, uno de los investigadores me contactará para realizar el seguimiento, que consistirá en una entrevista acerca de mi experiencia en el proceso terapéutico realizado.

Entiendo que la información sobre mi terapia será tratada **confidencialmente,** no será publicada en su versión original, **ni en ninguna forma que permita mi identificación**. Con el resguardo mencionado, la información de mi terapia será utilizada solamente con fines de investigación y de docencia especializada. Asimismo, entiendo que toda esta información será debidamente almacenada y resguardada en la Escuela de Psicología de la Universidad Diego Portales a cargo del investigador responsable. También se me ha informado que la utilización de los registros de mi terapia no procesados (grabaciones de audio y video) en posteriores estudios requerirá de un nuevo consentimiento de mi parte.

También entiendo que mi participación y la de mi terapeuta son **voluntarias** y que, participe o no en este estudio, **recibiré todas las atenciones regulares** que se me han ofrecido, y que la no participación en el estudio no tendrá consecuencias negativas para mi proceso terapéutico. Asimismo, sé que **puedo negarme a participar o retirarme** en cualquier momento del estudio, sin que esta decisión tenga un efecto negativo sobre la atención que yo recibo.

**SÍ**, HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTA DECLARACIÓN, Y HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE CLARIFICAR CUALQUIER DUDA QUE TUVIERA AL RESPECTO. POR LO TANTO, DECLARO HABER ACEPTADO PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN, HABIENDO RECIBIDO ADEMÁS UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO.

……

Firma del Participante Fecha

……

Firma del Investigador Fecha

**(Firmas en duplicado: Una copia para el (la) participante y otra para el investigador responsable)**

**Si tiene alguna pregunta puede comunicarse con Claudio Martínez G., investigador responsable del proyecto, al teléfono 26768621, Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales, Grajales 1898, Santiago, o con la tesista doctoral participante de este proyecto, Cecilia de la Cerda P. al teléfono 66273181, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad católica de Chile, Vicuña MacKenna 4860, Macul.**

**Consentimiento De Participación En Un Estudio (Terapeuta)**

Yo……., he sido invitado/a a participar en el estudio denominado **"Manifestaciones De La Mentalización En La Interacción Paciente-terapeuta Durante Un Proceso Psicoterapéutico Y Su Relación Con El Cambio".** Este es un proyecto de investigación científica acerca de los procesos psicoterapéuticos cuya finalidad es aportar conocimiento científico sobre los cambios de la habilidad mentalizadora de los pacientes de una terapia psicológica.

Entiendo que en este estudio se graban en video y audio todas las sesiones psicoterapéuticas, las que pueden ser realizadas en una sala de visión unidireccional con observadores que forman parte del equipo de investigación, y de las cuales yo participaré en calidad de terapeuta.

También estoy informado/a de que uno de los investigadores me hará una entrevista y me hará completar un cuestionario sobre mis relaciones interpersonales, ambas actividades en un horario diferente al de las sesiones y a convenir. Asimismo, estoy al tanto que a los tres meses después de finalizada la terapia, uno de los investigadores me contactará para realizar el seguimiento, que consistirá en una entrevista acerca de mi experiencia en el proceso terapéutico realizado.

Entiendo que la información sobre la terapia será tratada **confidencialmente,** no será publicada en su versión original, **ni en ninguna forma que permita mi identificación y la de mi paciente**. Con el resguardo mencionado, la información de mi

terapia será utilizada solamente con fines de investigación y de docencia especializada. Asimismo, entiendo que toda esta información será debidamente almacenada y resguardada en la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales a cargo del investigador responsable. También se me ha informado que la utilización de los registros de la terapia no procesados (grabaciones de audio y video) en posteriores estudios requerirá de un nuevo consentimiento de mi parte.

También entiendo que mi participación no condiciona la de mi paciente, siendo ambas **voluntarias** y que, participe el paciente o no en el estudio, **recibirá de mí todas las atenciones regulares** que se le han ofrecido y a las que me he comprometido. Asimismo, sé que **el (la) paciente puede negarse a participar o retirarse** en cualquier momento del estudio, sin que esta decisión tenga un efecto negativo sobre la atención que yo le otorgo. A su vez, entiendo que en mi calidad de terapeuta puedo poner término al registro en audio y video y electrofisiológico si considero que este está interfiriendo negativamente en el proceso.

**SÍ**, HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTA DECLARACIÓN, Y HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE CLARIFICAR CUALQUIER DUDA QUE TUVIERA AL RESPECTO. POR LO TANTO, DECLARO HABER ACEPTADO PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN, HABIENDO RECIBIDO ADEMÁS UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO.

……

Firma del Terapeuta Fecha

……

Firma del Investigador Fecha

**(Firmas en duplicado: Una copia para el (la) participante y otra para el investigador responsable)**

**Si tiene alguna pregunta puede comunicarse con Claudio Martínez G., investigador responsable del proyecto, al teléfono 26768621, Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales, Grajales 1898, Santiago, o con la tesista doctoral participante de este proyecto, Cecilia de la Cerda P. al teléfono 66273181, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad católica de Chile, Vicuña MacKenna 4860, Macul.**