



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología
Programa Internacional de Doctorado en Psicoterapia

**RELACIÓN ENTRE LOS MODOS DE ACTIVIDAD MENTAL, EL PROCESO
DE CAMBIO SUBJETIVO Y LOS EPISODIOS RELEVANTES EN EL
PROCESO TERAPÉUTICO DE PACIENTES CON TRASTORNO DE
PERSONALIDAD LÍMITE**

Por: IRMA ORIANA MORALES REYES

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Doctor en Psicoterapia

Profesor Guía: PH. D MARIANE KRAUSE – Pontificia Universidad Católica de Chile.

Cotutor : PH. D JUAN ENRIQUE WILSON – Universidad de Chile.

Comité: PH. D CANDICE FISCHER – Pontificia Universidad Católica de Chile.

PH. D PAMELA FOELSCH – Instituto Médico Schilktrut.

Diciembre, 2018

Santiago, Chile

Página de derecho de autor

© 2018, Irma Oriana Morales Reyes

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

A mis profesores, que encendieron en mí el amor por el conocimiento, y que me ayudaron en cada paso que me tomó llegar hasta este lugar.

A mi familia y amigos, por haberme alentado en cada momento que me sentí cansada.

A Bruno, que me acompañó en todo el proceso, y me sostuvo con su amor infinito en cada tropiezo.

A Dios, por iluminar cada uno de mis caminos, incluso los más oscuros.

Agradecimientos

Quisiera agradecer a todos los que colaboraron en el proceso de desarrollo de la presente tesis...

A Mariane Krause, mi docente guía, quien sin siquiera conocerme confió en mis capacidades y se embarcó conmigo en este largo camino. Me entregó no sólo sus conocimientos y apoyo académico, sino además su paciencia, cariño y comprensión, además de inspirarme con cada uno de los logros que la vi alcanzar en todo este proceso.

A Pamela Foelsch, quien con su gran generosidad hizo esta tesis suya también, colaborando más allá de su rol, con un compromiso que jamás podré dejar de agradecer.

A Juan Enrique Wilson, quien con su espíritu crítico y su excelente asesoría metodológica contribuyó enormemente a la realización de esta investigación.

A mis parceros Nelson Valdés y Daniel Espinosa, por todo su apoyo y colaboración en la recolección y análisis de los datos, además de su apoyo, compañía y aliento en los momentos más difíciles que tuve que sortear en estos años.

Al Instituto Médico Schilkrut, en especial a Andrés Borzutzky su director, por permitirme desarrollar esta investigación y ofrecerme todas las condiciones necesarias para hacerlo.

A los pacientes y terapeutas que aceptaron generosamente participar en este estudio y lo hicieron posible.

A la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica [CONICYT], por el financiamiento otorgado para los estudios de postgrado.

A todo el equipo administrativo y docente del Doctorado. A todos mis compañeros y amigos, que me levantaron una y otra vez, alentándome a seguir adelante cuando no tenía energías para continuar. A Consuelo, por ser una inspiración en mi vida y la mejor amiga que podría tener.

A mi O'hana, porque O'hana significa familia, y tu familia nunca te abandona, ni te olvida.

Índice

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Antecedentes teóricos y empíricos.....	11
Acerca de los trastornos de personalidad.....	11
Acerca del trastorno de personalidad límite y su tratamiento en adolescentes y adultos.....	13
Acerca del Estudio de Proceso Terapéutico.....	23
Estudio con episodios relevantes.....	23
Estudio del Proceso de Cambio Subjetivo.....	27
Estudio de proceso en terapias de orientación psicoanalítica.....	30
Estudio de la interacción verbal entre paciente y terapeuta en términos de los Modos de Actividad Mental (MMA).....	32
Objetivos	38
Objetivo General.....	38
Objetivos Específicos.....	38
Hipótesis.....	39
Metodología.....	41
Definición del diseño metodológico general.....	41
Participantes.....	41
Instrumentos.....	42
Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos de la personalidad (SCID II; First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1995; Gómez-Beneyto et al., 1994)...	42
Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI; Sheehan et al., 1998; Ferrando et al., 2000) y Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional para niños y adolescentes (MINI KID; Sheehan et al., 1998; Colón-Soto et al., 2005).....	43
Beck Depression Inventory (BDI-IA; Beck et al., 1961; Valdés et al., 2017)	44

Metodologías de Análisis del Proceso Terapéutico.....	45
Identificación de Episodios Relevantes.....	45
Codificación de los modos de actividad mental.....	45
Procedimiento.....	46
Reclutamiento de los participantes.....	46
Diagnóstico y evaluación de criterios de exclusión y condiciones de entrada.....	46
Delimitación de episodios relevantes y análisis de los modos de actividad mental.....	47
Procedimiento de análisis de datos.....	50
Construcción de variables.....	50
Análisis de datos.....	53
Resultados.....	55
Caracterización de los casos y los datos analizados.....	55
Caso 1: Miguel (paciente) y María (terapeuta).....	55
Caso 2: Trinidad (paciente) y Rafaela (terapeuta).....	56
Caso 3: Carolina (paciente) y Carlos (terapeuta).....	57
Sesiones, episodios y turnos de palabra analizados.....	58
Caracterización de la evolución de los IGC y las temáticas de estancamiento....	60
Caso 1: Miguel (paciente) y María (terapeuta).....	60
Caso 2: Trinidad (paciente) y Rafaela (terapeuta).....	61
Caso 3: Carolina (paciente) y Carlos (terapeuta).....	63
Análisis comparativo de los modos de actividad mental de paciente y terapeuta en episodios de cambio y estancamiento.....	64
Intensidad de los modos de actividad mental de paciente y terapeuta en episodios de cambio y estancamiento.....	64
Dominancia de los modos de actividad mental de paciente y terapeuta en episodios de cambio y estancamiento.....	66

Profundidad del modo de actividad mental reflexivo de paciente y terapeuta en episodios de cambio y estancamiento.....	69
Capacidad explicativa de los modos de actividad mental respecto de los episodios relevantes.....	71
Relación entre los modos de actividad mental de paciente y terapeuta a lo largo del proceso terapéutico.....	72
Discusión y Conclusiones.....	74
Acerca del proceso de cambio terapéutico de los pacientes.....	72
Acerca de los episodios relevantes del proceso terapéutico y su relación con los modos de actividad mental.....	77
Acerca de la relación entre los modos de actividad mental de paciente y terapeuta.....	79
Aportes, limitaciones y proyecciones.....	80
Referencias bibliográficas.....	82
Anexos.....	104
Anexo 1. Criterios diagnósticos TPL según DSM-5 y CIE-11.....	105
Anexo 2. Manual de identificación de episodios relevantes.....	108

Índice de Tablas

Tabla 1. Listado de temáticas de estancamiento (PCCRP, 2012).....	27
Tabla 2. Listado de indicadores genéricos de cambio (Krause et al., 2006; PCCRP, 2012).....	29
Tabla 3. Correlación entre los modos de actividad mental de paciente y terapeuta.....	73

Índice de Figuras

Figura 1. Tres niveles de unidad muestral en el estudio: sesión, episodio y turno de palabra.....	42
Figura 2. Delimitación de Episodios de Cambio (PCCRP, 2012).....	48
Figura 3. Delimitación de Episodios de Estancamiento (PCCRP, 2012).....	49
Figura 4. Variables de Intensidad del modo de actividad mental.....	51
Figura 5. Variables de Intensidad del modo de actividad mental.....	52
Figura 6. Variables de Intensidad del modo de actividad mental.....	53
Figura 7. Distribución de Episodios relevantes en los 3 casos analizados.....	59
Figura 8. Distribución de turnos de palabra según tipo de episodio.....	60
Figura 9. Evolución de los indicadores de cambio y de las temáticas de estancamiento en el proceso terapéutico del Caso 1.....	61
Figura 10. Evolución de los indicadores de cambio y de las temáticas de estancamiento en el proceso terapéutico del Caso 2.....	62
Figura 11. Evolución de los indicadores de cambio y de las temáticas de estancamiento en el proceso terapéutico del caso 3.....	63
Figura 12. Intensidad de los modos de actividad mental racional, reactivo y reflexivo de paciente y terapeuta según tipo de episodio.....	66
Figura 13. Dominancia de los modos de actividad mental del terapeuta según tipo de episodio.....	70
Figura 14. Dominancia de los modos de actividad mental del paciente según tipo de episodio.....	66
Figura 15. Profundidad del modo de actividad mental reflexivo del paciente según tipo de episodio.....	70
Figura 16. Articulación de los ejes de transformación subjetiva y de la alianza terapéutica en el proceso de psicoterapia (Morales, Espinosa & Krause, 2012).....	77

Resumen

Si bien existen múltiples nosologías diagnósticas y conceptualizaciones teóricas acerca del trastorno de la personalidad límite (TPL), existe consenso en que sus principales características son las alteraciones en la identidad del self, una marcada desregulación emocional e impulsividad, lo que deriva en una tendencia a establecer relaciones interpersonales difíciles y caóticas. El tratamiento con este tipo de pacientes ha mostrado ser complejo y desafiante, y aunque existen estudios que han mostrado la efectividad de varios abordajes, la investigación sobre los elementos del proceso involucrados en el cambio terapéutico es todavía incipiente. El objetivo de este estudio fue determinar cómo se relacionan la interacción entre el paciente y terapeuta, el proceso de cambio subjetivo y los episodios relevantes del proceso terapéutico, en pacientes con TPL. Para ello se analizaron 3 procesos psicoterapéuticos de orientación psicoanalítica, caracterizando el proceso de cambio experimentado durante las primeras 20 sesiones del tratamiento utilizando una metodología de identificación de episodios relevantes de cambio (EC) y estancamiento (EE) a fin de describir en ellos las características del proceso de cambio subjetivo mediante el Listado de indicadores genéricos de cambio, el listado de temáticas de estancamiento y el análisis de la interacción entre paciente y terapeuta mediante la codificación de los Modos de Actividad Mental (MMA), estableciendo similitudes y diferencias entre los episodios y evaluando también la capacidad predictiva de los MMA respecto de los momentos de cambio. Los resultados muestran que el proceso de cambio fue muy diverso, lo que refleja la heterogeneidad a pesar de compartir el mismo diagnóstico. En los episodios de cambio, la intensidad y la dominancia del MMA reflexivo del paciente es mayor que la de los MMA reactivo o racional, mientras que en los EE sucede lo contrario. En el terapeuta, la dominancia del MMA reflexivo es más alto que la de los MMA reactivo y racional en ambos tipos de episodios. Sin embargo, la intensidad del MMA reactivo es más alta en los EE que en los EC. Se discuten las implicancias clínicas de estos resultados y las limitaciones y proyecciones de esta investigación.

Introducción

Un trastorno de la personalidad (TP) puede considerarse como un patrón generalizado de conductas, emociones y cogniciones inflexibles y no adaptativas, de inicio temprano (en la adolescencia o al inicio de la vida adulta), que se presenta de forma estable en el tiempo, generando estrés o daño psicológico, así como un aumento en el malestar subjetivo, generando conflictos interpersonales y conduciendo a severas alteraciones en la vida social y laboral (American Psychiatric Association [APA], 1994; APA, 2013; Esbec & Echeburúa, 2015). Los TP representan una gran sobrecarga para los sistemas de atención de salud por su asociación con menor esperanza de vida y mortalidad (Fok et al., 2012), así como con una alta comorbilidad con otras patologías como depresión y ansiedad, entre otras (Huang, et al., 2006; Moran et al., 2016). El término TP a menudo ha sido utilizado peyorativamente como un criterio de exclusión para los tratamientos por su condición de pacientes difíciles e incluso intratables (Tyrer, Reed, & Crawford, 2015). De acuerdo con Moran et al. (2016), la presencia de un TP predice la aparición de ansiedad y depresión posteriores, así como la ausencia de relaciones a largo plazo, efectos que no son atribuibles a la salud mental preexistente, uso de sustancias o problemas sociales, lo que sugiere la necesidad de incluir los TP en estudios globales sobre la carga que representan para mejorar la comprensión de la salud mental de la población.

Pese a la gran cantidad de evidencia acumulada acerca de las consecuencias negativas tanto a nivel individual como social, los estudios epidemiológicos son escasos e insuficientes para dimensionar con exactitud la magnitud de la problemática que representan (Tyrer, Reed, & Crawford, 2015; Volkert, Gablonski & Rabung, 2018). Aunque hay un amplio margen reportado por los estudios existentes, las cifras internacionales dan cuenta de una alta prevalencia tanto en la población general como en la población clínica. Los resultados de una serie de estudios realizados en diversos países (Estados Unidos, Suecia, Noruega y Alemania) a fines de la década de los '90 mostraban

que la mediana de la prevalencia era alta, de alrededor de un 13,5% para todos los TP (Florenzano, 2003a). Un metaanálisis más reciente muestra una tasa de 12.16% para cualquier TP en la población adulta general de los países en occidente (Volkert et al., 2018). Tyrer, Reed y Crawford (2015) reportan que el único estudio internacional realizado, que incluye siete países de cinco continentes, reportó una prevalencia de 6,1% con prevalencias más altas en América del Norte y del Sur y más bajas en Europa. En Chile, su estudio es relativamente reciente, por lo que no se disponen de datos epidemiológicos globales actualizados (López et al., 2010). Los datos epidemiológicos disponibles del estudio de Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn y Torres incluyen datos sólo para el TP antisocial, estimando una prevalencia de vida de 1,6% (2002). Las cifras reportadas por el equipo de la Unidad de Trastornos de Personalidad de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile indican que entre los años 1997 y 1999 hubo 25.811 consultas ambulatorias, de las cuales 1.308 correspondieron a pacientes atendidos por la Unidad de Trastornos de Personalidad, lo que equivale al 5,1% de las atenciones. De los pacientes hospitalizados en ese período (1611), 167 fueron atendidos por la Unidad, lo que equivale al 10,3% del total de hospitalizaciones (Jérez et al, 2001). Destacan además que es necesario considerar que la Unidad recibe pacientes derivados desde otras unidades clínicas y no la totalidad de los pacientes con diagnóstico de TP que consultan.

Dentro de los TP, uno de los que mayor interés ha generado durante varias décadas, sino el que más, es el trastorno de personalidad límite (TPL), tanto por su alta prevalencia como por las dificultades que reviste su diagnóstico y tratamiento. Existe consenso entre los investigadores en que los datos epidemiológicos son insuficientes y muy diversos, lo que se ve influido tanto por las dificultades que representa el diagnóstico como por la diversidad en los diseños utilizados en los estudios (Tyrer et al., 2015; Meaney, Hasking, & Reupert, 2016). Lenzenweger, Lane, Loranger y Kessler plantean que la prevalencia estimada en la población general en Estados Unidos va desde un 1,3% a un 1,4% (2007), mientras que, en España, la prevalencia asciende a un 2% en la población general y a un

20% entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados (Guimón & Dávila, 2007). Un metaanálisis más reciente con muestras de estudiantes universitarios en Estados Unidos informa prevalencias que variaron de 0.5% a 32.1%, con una prevalencia de por vida de 9.7% (Meaney, Hasking, & Reupert, 2016). De acuerdo con el estudio multicéntrico de la OMS sobre “Síntomas Psicológicos en Atención Primaria de Salud”, en Chile se encontró una prevalencia del trastorno de personalidad límite del 2,7% en la población general (Florenzano, et al., 2002). Cuando se estudian muestras clínicas la prevalencia suele ser aún más alta, alcanzando entre un 10-12% en pacientes ambulatorios y entre un 20-22% en pacientes hospitalizados (Ellison, Rosenstein, Morgan, & Zimmerman, 2018). En un estudio en la Unidad de Hospitalización de Corta Estadía Psiquiátrica del Hospital Dr. Sótero del Río, se encontró una prevalencia del 28,6% de pacientes con TPL (Granmegna, Lora, & Ahumada, 2006). Además, presenta una alta comorbilidad con otras patologías, incluyendo depresión, ansiedad, trastornos alimenticios, trastorno de estrés postraumático y abuso de sustancias (Álvarez-Tomás, Ruiz, Guilera, & Bados, 2019; Biskin, 2015; Frías, Baltasar, & Birmaher, 2016; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Bradford, & Silk, 2004.).

En adolescentes, los datos de prevalencia son similares. Aunque las muestras clínicas son heterogéneas, se observa un aumento en la prevalencia de TPL en función de la gravedad del cuadro clínico y el tipo de atención psiquiátrica recibido, reportándose cifras que van desde 0,9%, hasta 3,2% de jóvenes que cumplen criterios para el diagnóstico de TPL a los 22 años en la población general (Johnson, Cohen, Kasen, Skodol, & Oldham, 2008); una prevalencia de un 11% en adolescentes ambulatorios, entre 19% y 53% en adolescentes hospitalizados, 62% en adolescentes suicidas hospitalizados, y 78% en adolescentes que acuden a los servicios de urgencia por conductas suicidas (Becker, Grilo, Edell, & McGlashan, 2002; Chanen, et al., 2004; Chanen, Jovev, McCutcheon, Jackson, & McGorry, 2008; Greenfield, et al., 2015; Ha, Balderas, Zanarini, Oldham, & Sharp, 2015.; Knafo et al., 2015; Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011; Sharp, et al., 2012). Otro estudio mostró que, en los adolescentes, el 86% de quienes

cumplen criterios para depresión mayor y abuso de sustancias presentan comorbilidad con TPL (Grilo, Becker, Walker, Edell, & McGlashan, 1997).

Si bien el diagnóstico de TPL es un diagnóstico heterogéneo y complejo, cuyos criterios descriptivos han sufrido múltiples transformaciones acorde al avance de los sistemas clasificatorios (Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE] y Manual Diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales [DSM, por sus siglas en inglés]) y cuya conceptualización se ha abordado desde varios puntos de vista teóricos (teoría de las relaciones objetales, teorías cognitivas, modelos de apego, entre otros), existe cierto consenso en que son dos las áreas básicas en las que estos pacientes presentan severas dificultades que afectan su funcionamiento y adaptación al entorno: la identidad del sí mismo y una disfunción interpersonal crónica (Clarkin, 2006). La mayoría de las corrientes psicoterapéuticas (tanto psicoanalíticas como cognitivo - conductuales) coinciden en que se puede definir a los pacientes con TPL como sujetos que muestran una difusión de identidad, sentimientos negativos sobrecogedores, pobre regulación emocional e impulsividad, lo que deriva en una marcada tendencia a establecer relaciones interpersonales difíciles y tortuosas (Clarkin, 2006; Linehan, 1993; Bateman y Fonagy, 2004).

Algunos estudios muestran que el tratamiento farmacológico es beneficioso sólo para tratar la sintomatología ansiosa y depresiva, pero es infructuoso para tratar los rasgos de personalidad subyacentes (Guimón & Dávila, 2007) mientras que otros estudios señalan que no hay suficiente evidencia por falta de ensayos confiables que den cuenta del efecto de la medicación (Hancock-Johnson, Griffiths, & Picchioni, 2017; Starcevic & Janca, 2018). Por otra parte, numerosos estudios dan cuenta de la existencia de tratamientos psicoterapéuticos desarrollados en las últimas décadas que han demostrado ser efectivos en el abordaje de este tipo de desórdenes (Díaz, 2001; Choi-Kain, Finch, Masland, Jenkins, & Unruh, 2017). No obstante, se ha constatado que los elementos del proceso han sido escasamente estudiados de forma empírica, lo que sugiere la necesidad

de iniciar líneas de investigación focalizadas en los mecanismos del cambio y en las particularidades de los tratamientos en términos del proceso y no sólo de resultados, profundizando en la interacción entre paciente y terapeuta y en preguntas respecto a qué cambios experimentan los pacientes en los procesos terapéuticos y cómo se logran estos cambios, pues develar estos mecanismos ayudaría a promover una mejor praxis con este tipo de pacientes, que de acuerdo a lo que plantea la literatura son de un manejo extremadamente difícil y complejo (Choi-Kain et al., 2017; Tusiani-Eng & Yeomans, 2018). Este es una de las incógnitas que soportan el problema de investigación abordado en este estudio.

Elliott (2010) considera que la investigación del proceso de cambio debe estudiar la naturaleza del cambio terapéutico analizando cómo se logra y cuáles son sus características en términos evolutivos. Así, la investigación de los momentos de cambio dentro de la terapia es un área ampliamente desarrollada en los últimos años, destacando en nuestro país el trabajo realizado por el Programa chileno de investigación en psicoterapia y cambio (PCCRP, del inglés *Psychotherapy and Change Chilean Research Program*), el Núcleo Milenio de Intervención Psicológica y Cambio y Depresión y actualmente, el Instituto Milenio para la investigación en depresión y personalidad (MIDAP). Estas iniciativas llevan más de dos décadas estudiando en profundidad el proceso de cambio subjetivo y las variables involucradas en él (alianza terapéutica, regulación mutua, entre otras). No obstante, los estudios en patologías específicas son más recientes y en el caso de los TP todavía no hay mucha investigación. Por otra parte, existe un Programa de trastornos de personalidad en la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile, que realiza investigación con este tipo de pacientes, pero sus esfuerzos han estado principalmente enfocados en estudiar las bases neurobiológicas del trastorno, su relación con otras alteraciones como el trastorno bipolar y en estudios psicofarmacológicos y psicométricos (e.g., Bustamante et al., 2009; Jerez et al., 2001;

López et al., 2010; Paredes et al., 2002; Salinas, et al., 2020; Silva et al., 2010; Villarroel, et al., 2020). Otras instituciones públicas y privadas han desarrollado programas de atención especializados para los pacientes con TPL, pero la investigación aún es escasa.

Krause et al. (2006) sugieren que el estudio de los procesos terapéuticos debe centrarse tanto en la interacción terapéutica como en el proceso de cambio experimentado durante la relación de ayuda, siendo una de las metodologías ad hoc para llevar a cabo esta tarea, el estudio de los episodios relevantes. Los episodios relevantes, tanto aquellos en que el paciente muestra un cambio significativo producto de la terapia como aquellos que se transforman en un impasse o situación difícil que frena el proceso, son segmentos cuyo análisis puede develar información trascendental respecto a qué cambia en el paciente y cómo cambia. Los estudios del PCCRP se han focalizado en el desarrollo de una teoría sobre el cambio. De esta forma, plantean el concepto de cambio genérico, que puede entenderse como un cambio en los patrones subjetivos de interpretación y explicación que lleva al desarrollo de nuevas teorías subjetivas, y desarrollaron un listado jerárquico de indicadores genéricos de cambio, orientados a describir la evolución del cambio subjetivo a lo largo del proceso terapéutico (Krause et al., 2006).

En la actualidad, hay al menos tres tratamientos que han demostrado evidencia empírica respecto a su efectividad con pacientes adultos con TPL: Terapia focalizada en la transferencia (TFP, Clarkin, Yeomans y Kernberg, 2006), Terapia basada en la mentalización (MBT, Bateman y Fonagy, 2004) y Terapia conductual dialéctica (DBT, Linehan, 1993). Si bien, cada uno de estos tratamientos enfatiza el abordaje de ciertos aspectos disfuncionales del trastorno, utilizando diferentes técnicas, hay un marcado solapamiento entre los tratamientos dinámicos actuales y la terapia conductual dialéctica para pacientes con TP, lo que da cuenta de cambios históricos en ambas orientaciones y también en los límites comunes que aquéllos representan para la relación terapéutica (Clarkin, Fonagy & Gabbard, 2010).

Recientemente, se han desarrollado versiones modificadas de estos tratamientos para trabajar con adolescentes (Miller, Rathus y Linehan, 2006; Foelsch et al., 2014; Fuggle, Bevington, Duffy, & Cracknell, 2016; Griffiths et al., 2018; Weiner, Ensink, & Normandin, 2018), teniendo en cuenta que a pesar de que históricamente se ha cuestionado el diagnóstico temprano, considerando que la personalidad es fluida y no se cristaliza sino hasta la adultez, hay suficiente evidencia para afirmar que los TP, en especial el TPL, surge en la adolescencia y la adultez emergente y su diagnóstico y tratamiento oportunos se hacen necesarios para evitar las consecuencias negativas y permanentes a largo plazo en la vida de quienes lo padecen (Crystal, 2017; Larrivé, 2013; Miller, Muehlenkamp, & Jacobson, 2008). Una de las terapias especialmente desarrollada para trabajar con adolescentes con alteraciones en el desarrollo de su identidad, y por ende en riesgo de desarrollar patologías de la personalidad graves, tales como el TPL, es el tratamiento de la identidad en la adolescencia (AIT, del inglés *Adolescence Identity Treatment*; Foelsch et al., 2014). La AIT es una terapia de orientación psicoanalítica cuyo objetivo principal es despejar los bloqueos que no permiten un desarrollo normal de la identidad, con el fin de promover la integración afectiva, conductual y mejorar el funcionamiento interpersonal del adolescente (Foelsch, et al., 2014).

La pregunta respecto a cómo se logra el cambio en las terapias psicoanalíticas ha guiado múltiples investigaciones (Leichsenring, Steinert, & Crits-Christoph, 2018; Leuzinger-Bohleber & Kächele, 2015). Mergenthaler (1996) plantea que los momentos de cambio en la terapia psicoanalítica pueden entenderse como un “punto de inflexión” o “ruptura”, reflejando un insight por parte del paciente, esencial para que ocurra un cambio a nivel conductual. En un esfuerzo por entender cómo el diálogo emocional y cognitivo entre paciente y terapeuta promueve el cambio terapéutico, el mismo autor y sus colaboradores han realizado varios estudios centrados en el análisis de la interacción verbal cognitiva y emocional a través del examen de las transcripciones de las sesiones terapéuticas (Mergenthaler, 1996; Mergenthaler & Bucci, 2000). Considerando el rol

central que cumplen las emociones en el proceso terapéutico, asume que la presencia de un cierto tono emocional es un requisito necesario para que emerjan momentos de cambio, sin embargo, también es claro que la mera presencia de emociones es insuficiente para ello, por lo que integra como segunda variable la abstracción, entendiéndola como el mecanismo central que subyace a la construcción de nuevas estructuras. En su estudio de los ciclos terapéuticos, demuestra que para exista un cambio real en los pacientes debe existir una coincidencia temporal de alta emoción y abstracción (patrón que él denomina “connecting”). Estos estudios han sido un gran aporte para la comprensión de los momentos de cambio, no obstante, presentan ciertas limitaciones derivadas del trabajo exclusivo con las transcripciones, pues se excluyen del análisis los aspectos no verbales de la interacción. En este sentido, es que McCarthy, Mergenthaler, Schneider y Grenyer (2011) señalan que hasta la fecha muy pocos estudios han comparado los patrones de lenguaje de paciente y terapeuta con mayor profundidad.

Considerando la necesidad de desarrollar metodologías de análisis que permitan profundizar en la interacción entre paciente y terapeuta, integrando tanto los aspectos cognitivos y emocionales del proceso, incluyendo los contenidos verbales y también los no verbales, Foelsch y su equipo desarrollaron un sistema de análisis de los Modos de Actividad Mental (MMA, del inglés *Modes of Mental Activity*) de paciente y terapeuta (Foelsch, Normandin, Parent, McClough, & Marvin, 2001). Definen tres modos de actividad mental: reactivo, racional/objetivo y reflexivo. Cada modo de actividad mental caracteriza un tipo de comunicación usada tanto por el paciente como por el terapeuta, expresada a través de la transferencia del paciente y de la contratransferencia del terapeuta, y que se manifiesta de forma tanto verbal como no verbal en la sesión. Este sistema de análisis representa una herramienta útil para entender el proceso terapéutico en pacientes con TPL, sobre todo si se considera que la escisión de los procesos cognitivos y afectivos es una característica esencial de este tipo de pacientes y que uno de los objetivos transversales de los diferentes tratamientos, tanto psicodinámicos como cognitivo-

conductuales, es promover la regulación emocional, lo que sólo podría conseguirse logrando cambios psíquicos profundos caracterizados por una integración de aspectos cognitivos y emocionales de la experiencia.

De esta forma, la pregunta de investigación que condujo este estudio es ¿Cómo se relacionan los modos de actividad mental, el proceso de cambio subjetivo y los episodios relevantes del proceso terapéutico, en pacientes con diagnóstico de TPL tratados con AIT? Para responder esta pregunta se estudiaron tres procesos psicoterapéuticos de pacientes con TPL, caracterizando el proceso de cambio experimentado durante las primeras 20¹ sesiones del tratamiento utilizando el Listado jerárquico de indicadores genéricos de cambio (Krause et al., 2006). Además, se empleó una metodología de identificación de episodios relevantes, específicamente episodios de cambio y estancamiento, a fin de identificar en ellos las características de la interacción entre paciente y terapeuta mediante el análisis de los modos de actividad mental, estableciendo similitudes y diferencias entre episodios y evaluando también la capacidad explicativa de los modos respecto de los momentos de cambio.

La estructura del estudio contempló una recopilación de los principales antecedentes teóricos y empíricos sobre los trastornos de personalidad, las características que adoptan en la adolescencia y adultez emergente, su tratamiento, profundizando en el modelo AIT. También se abordó el estudio del proceso terapéutico, abordando los conceptos de cambio genérico, episodios relevantes y modos de actividad mental. A continuación, se presentan los objetivos, las hipótesis y la metodología utilizada para llevarlos a cabo. Luego se detallan los resultados, para finalizar con la discusión y conclusión.

¹ En estricto rigor, se analizaron las 21 primeras sesiones de dos de los casos y 17 del tercero, puesto que terminó de forma anticipada.

Antecedentes teóricos y empíricos

Acerca de los trastornos de personalidad

Los casos de TP han sido considerados en la literatura clínica desde los inicios de la historia formal de la psicoterapia, aunque no con este rótulo diagnóstico. Los pacientes con TP en la actualidad se definen como sujetos que presentan fallas en el desarrollo de la identidad del sí mismo y una incapacidad para establecer un funcionamiento interpersonal adaptado al contexto de las normas y expectativas de la cultura del individuo (Bernardi, 2010). Las fallas se manifiestan como perturbaciones nucleares del funcionamiento de la personalidad y como características extremas de al menos algún rasgo de la personalidad, que comienza en la adolescencia y que se mantiene a través del tiempo, aunque cambien las circunstancias (Bernardi, 2010). Los pacientes con TP presentan déficits en el autoconcepto y en el autocontrol, y muestran alteraciones en el ámbito de la empatía, de la intimidad y de la cooperación interpersonal, características que también son estables en el tiempo y de origen temprano (Tyrrer et al., 2015).

Con el desarrollo del primer DSM (APA) en 1952, hasta la versión reemplazada del manual (DMS-5) (APA, 2013), se han ampliado y refinado gradualmente las conceptualizaciones y los criterios clasificatorios que permiten describir y clasificar estos trastornos, considerados históricamente de alta complejidad por su gravedad y cronicidad. Una evolución similar se ha visto entre las CIE-10 y la CIE-11 (Organización Mundial de la Salud (OMS), 1992; OMS, 2018). De acuerdo con la primera versión del DSM (1952), los TP se caracterizan por defectos en el desarrollo o tendencias patológicas en la estructura de la personalidad, asociados a un escaso o nulo sentido de angustia. Los individuos utilizan principalmente un patrón de acción o de comportamiento para lograr la adaptación, en lugar de síntomas en las esferas mental, somática o emocional. A partir de 1980, con la publicación del DSM-III, se crea un eje independiente, el eje II, para el diagnóstico de esta patología (APA, 1980). Esta separación se llevó a cabo para compeler

a los clínicos a considerar la presencia de estos trastornos, los que con frecuencia eran relegados a favor de otros diagnósticos de sintomatología más llamativa, y también, como una forma de contextualizar de algún modo el escenario de los trastornos clasificados en el eje I (Grilo, McGlashan, & Skodol, 2000; Perry, Banon, & Ianni, 1999). El DSM-IV (APA, 1994) planteaba un diagnóstico multiaxial (de cinco ejes), donde en el eje II se describían diez tipos de trastornos de personalidad, clasificados en tres grupos o clústeres (excéntricos, dramáticos y ansiosos). En la última versión del Manual, DSM-5, se trabajó en un modelo alternativo de diagnóstico y comprensión de carácter dimensional. No obstante, por diversas razones se decidió presentar este modelo en la sección de modelos emergentes y mantener en la sección de diagnóstico los mismos criterios de la versión anterior. El nuevo modelo propuesto es un modelo híbrido, que incluye la evaluación de las deficiencias en el funcionamiento de la personalidad (forma en que un individuo normalmente se experimenta a sí mismo y a los otros) y cinco dominios de rasgos de personalidad patológicos. De los 10 TP existentes en el DSM-IVTR, el modelo híbrido mantiene sólo seis: TP límite, TP obsesivo compulsivo, TP evitativo, TP esquizotípico, TP antisocial y TP narcisista. (APA, 2014). La CIE también ha sufrido cambios en la conceptualización de los TP y los criterios descritos para su diagnóstico. A primera vista la clasificación propuesta de la CIE-11 parece muy diferente del modelo propuesto originalmente para el DSM-5 que ahora es incluido como modelo alternativo, pero la clasificación es conceptualmente compatible de muchas formas y su diferencia principal es que enfatiza la severidad de la perturbación de la personalidad y no preserva la comprensión categorial clásica de los TP (Tyrer, et al., 2015). Por el reconocimiento casi universal de que la disfunción de la personalidad se representa mejor en un continuo o dimensión, se definieron diferentes grados de severidad para dar cuenta qué punto en el continuo representa mejor el funcionamiento de la personalidad de la persona en el momento de la evaluación, incluyendo el pasado reciente (Tyrer, 2015; Bach, Sellbom, Skjernov, & Simonsen, 2017). La propuesta de la CIE-11 elimina todas las categorías de

tipos específicos de TP dejando como diagnóstico sólo la presencia del TP en sí, excepto por la mantención del diagnóstico de TPL, debido a su fuerte soporte empírico y a los sofisticados tratamientos terapéuticos que se han desarrollado para su abordaje (Figueroa-Cave, 2018). En el Anexo 1 se presentan en detalle los criterios diagnósticos para TP de las últimas versiones de los sistemas clasificatorios.

Acerca del trastorno de personalidad límite y su tratamiento en adolescentes y adultos

Si bien el TPL no fue considerado una categoría descriptiva por la APA hasta 1980, el concepto *bordeline* es más antiguo. Adolph Stern (1938) fue uno de los primeros en caracterizar a un grupo de pacientes que no podían ser clasificados ni como neuróticos ni como psicóticos, de acuerdo con las categorías psiquiátricas originales, describiéndolos como extremadamente difíciles de manejar efectivamente a través de los medios terapéuticos tradicionales. Stern describe los siguientes síntomas clínicos para este tipo de pacientes, enfatizando que si bien no todos ellos exclusivos de este grupo, algunos lo son, y otros son más pronunciados, constantes y de muy difícil abordaje a través de la terapia psicoanalítica tradicional: (a) narcisismo, (b) sangrado psíquico (*psychic bleeding* en el original), (c) hipersensibilidad excesiva, (d) rigidez psíquica y corporal, (e) reacciones terapéuticas negativas, (f) sentimientos de inferioridad constitucionalmente arraigados, (g) masoquismo, (h) ansiedad, (i) uso de mecanismos de proyección, y (j) dificultades en la prueba de la realidad, particularmente en las relaciones personales (1938). Durante muchos años, el término se utilizó para denominar a aquellos pacientes que pese a tener severos problemas en su funcionamiento, no calzaban en otras categorías diagnósticas tradicionales y tenían dificultades para ser tratados mediante tratamientos analíticos convencionales (Linehan, 1993).

Tradicionalmente, el TPL se ha conceptualizado desde al menos dos comprensiones diagnósticas. En primer lugar, desde un enfoque descriptivo, enfatizando

la sintomatología y características observables de forma más o menos directa, donde los criterios varían en función del sistema clasificatorio que se esté utilizando (DSM o CIE). En segundo lugar, desde un enfoque psicodinámico, destacando aspectos del desarrollo, estructurales y dinámicos como criterios diagnósticos (Gómez de Cortés, 2000). Esta doble consideración produce confusión y dificultades para el diagnóstico y tratamiento, sobre todo si se considera que, en inglés, el concepto *borderline* es utilizado tanto para aludir al TP de acuerdo con el DSM y la CIE, como para referirse a la organización de personalidad y el TP limítrofe descrito dentro de esta organización, ambos conceptos de la nosología psicopatológica desarrollada por Kernberg (1984), por lo que suelen existir dificultades para su diferenciación. Si bien en español se habla de trastorno de personalidad “límite”, distinguiéndolo del término “limítrofe” utilizado para hablar de la estructura de personalidad, también se genera cierta confusión en su uso y es así como, términos como límite, limítrofe, fronterizo y *borderline* parecen aludir indistintamente al mismo paciente. La coexistencia de diferentes nosologías que surgieron de diferentes tradiciones en su conceptualización, así como la diversidad de manifestaciones del trastorno, hacen que el diagnóstico de TPL sea controversial hasta el día de hoy, tanto en la clínica como en la investigación (Zandersen, Henriksen, & Parnas, 2019).

Desde un punto de vista descriptivo el concepto de TPL es relativamente nuevo y no aparece en el DSM sino hasta su tercera versión en 1980 (APA). Desde una perspectiva diagnóstica, el TPL plantea el problema de tener características considerablemente heterogéneas. Cualquier combinación de cinco (o más) de los nueve criterios es necesaria para el diagnóstico, produciendo hasta 256 expresiones posibles de la enfermedad. Además, muestra una importante comorbilidad con todos los TP y también con otros trastornos psiquiátricos, incluyendo depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno de estrés postraumático y abuso de sustancias (Critchfield, Levy, Clarkin, & Kernberg, 2008). En la actualidad, el DSM-5 continúa considerándolo como un diagnóstico relevante dada la complejidad de su configuración y de su tratamiento. Lo

mismo ocurre en el CIE-11, pese a la eliminación de los subtipos de trastorno (Tyrer, et al., 2015).

La comprensión psicoanalítica del TPL no es unitaria, y tampoco es la única corriente que ha desarrollado una comprensión teórica y empíricamente fundamentada del trastorno. Como ya se mencionó, si bien hasta el día de hoy el diagnóstico es controversial, también es efectivo el consenso acerca de una serie de características y complejidades que representa el abordaje exitoso de este tipo de pacientes. Critchfield y sus colaboradores (2008) lo describen como un problema clínico complejo, producto de los riesgos concomitantes de suicidio y autolesiones, inestabilidad afectiva, y por los patrones de idealización y devaluación de las relaciones interpersonales. Estos pacientes se caracterizan además por presentar arrebatos de ira y un marcado déficit en la capacidad para trabajar y mantener relaciones significativas (Levy et al., 2006).

En las últimas décadas, el interés por el TPL ha aumentado significativamente, lo que puede entenderse principalmente por su alta prevalencia, en particular en población clínica. En segundo lugar, los estudios muestran que la disfunción inicial de estos pacientes puede ser grave, puesto que generalmente afecta todas las esferas de la vida del individuo, lo que implica que la mejoría clínica puede ser muy lenta (tardando años) e incluso puede ser marginal al inicio del tratamiento (Linehan, 1993). Gunderson (1984, citado en Linehan, 1993) ha planteado que existen 4 fenómenos que permiten explicar el continuo interés en los pacientes con TP en general y con TPL en particular. En primer lugar, refiere que estos pacientes funcionan relativamente bien en pruebas diagnósticas estructuradas, empero fallan, mostrando estilos de pensamiento disfuncionales en las pruebas inestructuradas. En segundo lugar, es un grupo de pacientes que inicialmente parecen ser aptos para el psicoanálisis, no obstante, después tienden a empobrecer el tratamiento, abandonándolo en forma prematura, debiendo ser frecuentemente hospitalizados. En tercer lugar, este grupo de pacientes tiende a deteriorar su

comportamiento en psicoterapia de apoyo o programas de hospitalización o corta estadía tradicionales. Por último, estos individuos tienden a generar una intensa rabia e impotencia en el personal clínico que tiene que lidiar con ellos durante el tratamiento.

Si bien existen estudios que sostienen que los síntomas del TPL tienen validez de constructo y que pueden diagnosticarse confiablemente en adolescentes (e.g., Becker, McGlashan & Grilo, 2006; Bondurant, Greenfield, & Tse, 2004) también los hay que señalan que el trastorno no muestra estabilidad diagnóstica (e.g., Bernstein, et al., 1993; Meijer; Goedhart & Treffers, 1998). No obstante, Miller et al. (2008) plantean que la prevalencia, la confiabilidad y la validez del diagnóstico en muestras de adolescentes es adecuada y en gran medida comparable a las encontradas en muestras de adultos, y que esta comparabilidad en sí misma puede sugerir el TPL como un trastorno global, que opera de forma y con un curso similares, independientemente de la edad y el período de desarrollo, aun cuando es probable que la presentación de síntomas individuales varíe sustancialmente con el tiempo, permitiendo distinguir un subgrupo de adolescentes gravemente afectados para quienes el diagnóstico se mantiene estable en el tiempo, y otro subgrupo menos severo que entra y sale del diagnóstico. Así, argumentan que la detección temprana en la adolescencia permitiría implementar intervenciones psicológicas antes de que los patrones de conducta desadaptativos se cristalicen y sean refractarios al tratamiento en la edad adulta (Miller et al., 2008).

Becker et al., (2002), a través de entrevistas semiestructuradas evaluaron una muestra clínica de adolescentes, dando cuenta que la alteración de la identidad en conjunto con desregulación afectiva e ira incontrolable son las características centrales para diagnosticar apropiadamente el TPL en adolescentes. Muchos autores coinciden en que la difusión de identidad es una característica importante del TPL detectable en la adolescencia, sino la más importante (Foelsch, Krischer, Schlüter-Müller, & Schneck,

2010; Foelsch et al., 2014; Kernberg, Weiner, Bardenstein, 2008; Schlüter-Müller, Goth, Jung, & Schmeck, 2015).

Las investigaciones realizadas a fines de los '90 y la primera década del 2000, suelen coincidir en que los TP requieren tratamientos psicoterapéuticos especialmente diseñados, ya que un tratamiento convencional no obtiene buenos resultados, entre otros factores por la baja adherencia, lo que se traduce en pobres resultados terapéuticos en términos de reducción de sintomatología, disminución de las conductas de riesgo (autolesiones e intentos de suicidio) y mejoría en el funcionamiento global del paciente (Smith & Karpiak, 2002; Perry, Banon & Ianni, 1999; Barnicot, Katsakou, Marougka, & Priebe, 2001; Leichsenring & Leibing, 2003; Binks, et al., 2006; McMurrin, Huband, & Overton, 2010). El metaanálisis de Perry, Banon y Ianni (1999) sugiere que la psicoterapia es un tratamiento efectivo para los TP y puede estar asociada con una tasa de recuperación hasta siete veces más rápida en comparación con la historia natural de los trastornos. También hay evidencia que muestra que el tratamiento farmacológico es beneficioso sólo para tratar la sintomatología ansiosa y depresiva, pero es infructuoso para tratar los rasgos de personalidad subyacentes (Guimón & Dávila, 2007). Otro metaanálisis (McMurrin, Huband, & Overton, 2010) señala que las hipótesis respecto a los factores involucrados en la adherencia y culminación de los tratamientos deben continuar evaluándose para reunir pruebas sobre cómo funciona el proceso de cambio, pues dada la heterogeneidad de las personas diagnosticadas con TP, la variedad de tratamientos que se ofrecen, y las diferencias entre los servicios que lo hacen, no se puede plantear un modelo unitario de atención. Leichsenring y Leibing (2003) plantean que hay evidencia suficiente para señalar que tanto la terapia psicodinámica como la terapia cognitivo-conductual son tratamientos eficaces de los TP. En este sentido, después de un período pesimista respecto a la indicación y efectividad de la psicoterapia para el abordaje de los TP debido a las premisas freudianas que sugieren que el psicoanálisis está indicado sólo para la neurosis, se dio paso a una fase en la cual se han aplicado diversas psicoterapias a los cuadros

severos de este tipo (Florenzano, 2003b). En la última década, nuevos estudios han evaluado la hipótesis de la necesidad de tratamientos específicos para los pacientes con TPL. La revisión del estudio original de Binks et al. (2006), del año 2012 sugiere que hay evidencia para considerar beneficiosos los efectos de los tratamientos psicoterapéuticos específicos para TPL, tanto los de carácter comprensivo (que incluyen la psicoterapia individual como una parte sustancial del programa de tratamiento) como no comprensivos (que no la incluyen) sobre la patología central del TPL y la psicopatología general asociada. Sin embargo, plantean que ninguno de los tratamientos tiene una base de evidencia muy sólida, y existen algunas preocupaciones con respecto a la calidad de los estudios individuales (Stoffers, et al., 2012). Cristea et al. (2017), en una revisión sistemática y metaanálisis de 33 estudios, señalan que las psicoterapias específicamente diseñadas para el abordaje del TPL, especialmente la DBT y los enfoques psicodinámicos son efectivos para los síntomas del trastorno y los problemas concomitantes. No obstante, sugieren que los efectos son pequeños, y que además podrían estar inflados por los riesgos de sesgo en los estudios, y los sesgos de publicación, a lo que además se suman seguimientos de los casos sumamente inestables. Oud, Arntz, Hermens, Verhoef, y Kendall (2018), en su investigación metaanalítica incluyeron un total de 20 estudios con 1375 participantes, encontrando que las psicoterapias especializadas, en comparación con el tratamiento habitual o las intervenciones comunitarias, mostraron un efecto medio basado sobre la severidad general del TPL (diferencia de medias estandarizada = -0.59 [IC del 95%: $-0.90, -0.28$]) y la DBT, en comparación con el tratamiento habitual, con un efecto pequeño a medio sobre las conductas autolesivas (diferencia de medias estandarizada = -0.40 [IC del 95%: $-0.66, -0.13$]). Chakhssi, Zoet, Oostendorp, Noordzij, y Sommers-Spijkerman (2019) realizaron la primera revisión metaanalítica del efecto de la psicoterapia para el TPL en la calidad de vida. Aunque los estudios disponibles son escasos (se incluyeron 14 estudios con 1370 sujetos en total), los resultados sugieren que la psicoterapia tiene efectos significativos sobre la gravedad de la patología y sobre la

calidad de vida. Esto indica que la psicoterapia no solo da como resultado la reducción de la patología, en línea con los metaanálisis anteriores (Cristea et al., 2017; Oud et al., 2018), sino que también aumenta el funcionamiento físico, mental, emocional y social de individuos con TPL. Aunque el tamaño del efecto para la calidad de vida resultó ser más bajo que el observado para la patología del TPL, mostró magnitudes similares a otros estudios previos de los efectos globales. En general, todos los hallazgos de la última década respaldan un papel importante de las psicoterapias especializadas en el tratamiento de personas con TPL, pero indican claramente la necesidad de estudios replicativos (Cristea et al., 2017; Oud et al., 2018, Stoffer et al., 2012).

En el caso de los tratamientos especializados para el trabajo con adolescentes, los estudios son aún más recientes y escasos todavía, por lo que la disponibilidad de información derivada de estudios metaanalíticos es bastante limitada y lo que más se encuentra es información de ensayos individuales con las nuevas propuestas terapéuticas. Wong, Bahji y Khalid-Khan, (2019) revisaron 536 estudios, seleccionando siete ensayos (643 participantes) para su metaanálisis, concluyendo que la psicoterapia condujo a mejoras significativas a corto plazo en la sintomatología de TPL después del tratamiento, pero no en el seguimiento; no encontrando diferencias significativas en la adherencia al tratamiento entre los grupos experimentales y de control en general; reduciendo la frecuencia de autolesiones no suicidas pero no los intentos de suicidio, lo que daría cuenta de una creciente variedad de intervenciones psicoterapéuticas para adolescentes con sintomatología de TPL efectivas a corto plazo, pero que requieren de mayor estudio para evaluar sus efectos en el seguimiento. Biskin (2015) plantea que varios de los rasgos de personalidad subyacentes al TPL permanecen a lo largo del tiempo y pueden no abordarse completamente con los tratamientos actuales, lo que influye en que a largo plazo la recuperación funcional sea difícil. Así, sugiere que una posible solución a este problema es la identificación precoz de pacientes con TPL, puesto que la intervención temprana puede permitir que los pacientes reanuden una trayectoria más saludable al principio de la

vida y logren el funcionamiento social y vocacional, lo que frecuentemente es un desafío para los pacientes algo mayores.

Dentro de las características que dificultan el tratamiento de los pacientes con TPL, destaca el modo en que se relacionan con sus terapeutas, estableciendo desde el inicio una transferencia temprana, caótica e intensa, pudiendo presentar incluso ciertas alteraciones que podrían considerarse psicóticas (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2006). La percepción que tienen del terapeuta es distorsionada en forma extrema por las fantasías inconscientes del individuo, oscilando entre una devaluación permanente del profesional, una demanda continua e inadecuada y una idealización excesiva, verbalizando expectativas mágicas de curación respecto al tratamiento (Florenzano, 2003b). En este sentido, esperan mejorar pasivamente, por el sólo hecho de asistir al tratamiento, sin tener que realizar un esfuerzo activo por lograr algún cambio (Florenzano, 2003b). Otra dificultad frecuente en este tipo de pacientes se da porque existe una necesidad excesiva de dependencia y un temor a una cercanía extrema, por lo que están constantemente fluctuando en búsqueda de una distancia óptima que les genere la menor angustia posible (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2006). En relación con lo anterior, la contratransferencia del terapeuta tiende a ser consistente con esta actitud, siendo más intensa y estereotipada, lo que genera culpa y hostilidad en él (Clarkin, Yeomans y Kernberg, 2006; Florenzano, 2003b; Kernberg, 2008). Estos pacientes son extraordinariamente sensibles a cualquier frustración en la psicoterapia (atraso, cambios de hora, suspensión de horas) porque tienden a ver al terapeuta como un progenitor despreocupado que les abandona, lo que conduce a una regresión intensa que repercute en el terapeuta, quien puede actuar el rol de un padre perseguidor o someterse a las demandas excesivas del paciente (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2006, Florenzano, 2003b, Kernberg, 2008). Así pues, el tratamiento de estos pacientes requiere de gran experiencia y de un conocimiento del funcionamiento de sus dinámicas; y el éxito depende de la capacidad de mantenerse en forma empática junto al paciente por períodos prolongados, sin abandonarlo o criticarlo,

mostrando capacidad para reflejar y absorber las respuestas del paciente, de mantenerse en contacto emocional con él, y de tolerar la ambivalencia y sus oscilaciones de ánimo (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2006; Florenzano, 2003b). En el caso de los adolescentes, a las dificultades descritas para los adultos, se suman la necesidad de incorporar a los padres o cuidadores en el tratamiento, lo que puede ser complejo si se considera que hay una relación importante entre las características de personalidad de los padres y de los adolescentes. Ryan (2005) señala que la evidencia empírica sugiere que los déficits en la regulación autónoma de los pacientes con TPL provienen de crecer en entornos de cuidado temprano que no fueron empáticos ni receptivos y, en muchos casos, entornos donde se produjeron malos tratos y violencia. Esto implica que, en el trabajo terapéutico con adolescentes, no es posible obviar que éste puede mantenerse en un entorno de aquellas características, por lo que las intervenciones deben considerar la inclusión de las familias para abordar los casos de forma integral.

Las tasas de deserción en la psicoterapia de pacientes con TP, en especial con TPL, son muy elevadas. Perry, Banon, & Ianni, (1999) en un metaanálisis que evalúa 15 estudios refieren que la tasa de deserción observada tuvo una media de 21,8% aunque varía ampliamente entre un tratamiento y otro, donde los tratamientos cortos (de 16 semanas o menos) tienen una media de deserción de 8,2% versus el 29,3% en los tratamientos largos. Los mayores porcentajes de deserción, 42% y 51%, fueron encontrados en las dos condiciones de terapia de grupo a largo plazo. Otro metaanálisis que evaluó 41 estudios muestra que las tasas de terminación de los tratamientos van desde un 36% a un 100%, con una importante heterogeneidad entre los estudios (Barnicot et al., 2001). Allí se estimó una tasa de cumplimiento global del 75% para las intervenciones de menos de 12 meses de duración, y de un 71% para las intervenciones más largas, concluyéndose que las características de los tratamientos en términos de modalidad y encuadre no explican la heterogeneidad entre los estudios. En los estudios individuales, los factores que predicen el estado de abandono incluían el compromiso de cambiar, la

relación terapéutica y la impulsividad, mientras que las características sociodemográficas fueron consistentemente no predictivas (Barnicot et al., 2001). En adolescentes, las tasas son bastante similares. Los estudios muestran que aquéllos con comportamiento autolesivo, generalmente tienen una alta tasa de abandono del tratamiento (67%) (Gould, Greenberg, Velting & Shaffer, 2003). Otros estudios realizados específicamente con DBT muestran tasas de deserción más bajas, de un 37% (Woodberry & Popenoe, 2008), 38% (Rathus & Miller, 2002) y hasta de un 25% (Fleischhaker, et al., 2011).

El tratamiento con TP en general y TPL en particular, es especialmente difícil dado sus dificultades relacionales, especialmente porque interfieren en el establecimiento y mantenimiento de la alianza terapéutica (Yeomans, et al., 1994; Lingiardi, Filippucci & Baiocco, 2005). Los pacientes a menudo intentan probar los límites del terapeuta cuando se encuentran en tratamiento, por lo que las características del trabajo terapéutico deben ser claramente establecidas desde el inicio (Lingiardi, Filippucci & Baiocco, 2005). Ya en 1977, Shapiro, Shapiro, Zinner y Berkowitz, señalaban que el uso patológico de la escisión como defensa provoca en la adolescencia una dificultad para distinguir al terapeuta de sus proyecciones de objetos internalizados escindidos, lo que puede verse agravado por una interacción familiar regresiva concurrente que confirma repetidamente estas proyecciones. Debido a esta regresión familiar, puede haber una mayor dificultad para mantener una alianza de trabajo estable en la terapia individual a pesar del uso de modificaciones técnicas como la disminución de la frecuencia de las sesiones, la fijación de límites, entre otras.

Como ya se mencionó, existen varios tratamientos específicos desarrollados para trabajar con pacientes tanto adultos como adolescentes con TPL. Uno de estos tratamientos es la terapia manualizada AIT, desarrollada por Foeslch et al. (2014) a partir de los planteamientos de Paulina Kernberg, para comprender las patologías de la identidad en niños y adolescentes, y la TFP como modelo de tratamiento para el trabajo con adultos.

Al igual que en la TFP, las técnicas principales son la clarificación, la confrontación y la interpretación, con énfasis en los afectos en el aquí y ahora, así como en la identificación y elaboración de las diadas de relaciones objetales dominantes (Clarkin, et al., 2001). La AIT comienza con una amplia fase de evaluación diagnóstica para distinguir entre la crisis de identidad normativa de la adolescencia y la patología de la identidad grave, para luego orientar sus objetivos al abordaje de los problemas que subyacen a la experiencia del sí mismo y los otros, y sus manifestaciones conductuales, tales como la regulación del afecto, las autolesiones y el funcionamiento interpersonal. Estas áreas se trabajan mediante diversos componentes del tratamiento, incorporando un encuadre definido, psicoeducación, intervenciones ambientales, trabajo con los padres y/o tutores y psicoterapia individual (Foelsch et al., 2014). Durante la fase de psicoeducación del tratamiento, tanto los pacientes como los padres son informados sobre la etiología y el curso de los síntomas del TPL en los adolescentes, así como sobre las especificidades de la construcción y el mantenimiento de relaciones, la autonomía, el establecimiento de límites y la regulación del afecto en pacientes adolescentes con TPL (Zimmermann, et al., 2018). Un *home plan* escrito organiza las interacciones manifiestas de comportamiento entre el adolescente y su familia, proporcionando recompensas y consecuencias por el comportamiento y aclarando las discrepancias de percepción entre los adolescentes y sus familias, por lo que los padres están intensamente incluidos en el proceso terapéutico (Zimmermann, et al., 2018). El encuadre favorece la contención de las conductas autolesivas en un período de tiempo relativamente breve, lo que posibilita el trabajo en la experiencia del sí mismo, a fin de mejorar la regulación emocional y conductual (Foelsch, et al., 2014). En las sesiones de terapia individual se utilizan técnicas que permitan focalizar en las comunicaciones verbales y no verbales del adolescente, buscando como meta un aumento en la integración y diferenciación del sí mismo, favoreciendo el desarrollo de una identidad normal y potenciando la base de un funcionamiento adaptativo a lo largo de la vida (Foelsch, et al., 2014).

Acerca del Estudio de Proceso Terapéutico

Considerando que los resultados generales de la investigación del proceso terapéutico dan cuenta que las características del proceso en sí constituyen un mejor indicador para el pronóstico del tratamiento que las características previas a la relación de ayuda establecida entre paciente y terapeuta (Kolb, Davis, Beutler, Crago, & Shanfield, 1985), parece indispensable iniciar este tipo de estudios en pacientes con TPL, ya que hasta ahora los esfuerzos se han centrado principalmente en la efectividad de los tratamientos. Originalmente la investigación del proceso se distinguía con claridad de la investigación del efecto terapéutico. Sin embargo, actualmente, ambos campos se encuentran cada vez más vinculados (Krause, 2005). Greenberg (1999) plantea que para estudiar el proceso terapéutico se requieren metodologías que vayan más allá de la manipulación experimental y el control de variables, avanzando hacia métodos de análisis más profundos del quehacer clínico, lo que ha exigido el desarrollo de medidas más sensibles con estos fines (McCarthy et al., 2011). Elliott (2010) considera que la investigación del proceso de cambio debe estudiar la naturaleza del cambio terapéutico analizando cómo se logra y cuáles son sus características en términos evolutivos.

Estudio con episodios relevantes. Krause et al. (2006) sugieren que el estudio de los procesos terapéuticos debe centrarse tanto en la interacción terapéutica como en el proceso de cambio experimentado durante la relación de ayuda. Una de las metodologías ad hoc para llevar a cabo esta tarea es el estudio de los episodios relevantes. Los episodios relevantes, tanto aquellos en que el paciente muestra un cambio significativo producto de la terapia como aquellos que se transforman en un impasse o situación difícil que frena el proceso, son segmentos cuyo análisis puede develar información trascendental respecto a qué cambia en el paciente y cómo cambia (Krause et al, 2006; Timulak, 2010).

El estudio de episodios relevantes ha recorrido una larga trayectoria hasta hoy en día. Variadas metodologías se han desarrollado para identificar aquellos momentos de la

sesión que de acuerdo con determinados criterios llaman la atención por ser cruciales para el cambio del paciente, donde el objetivo esencial es identificar en forma más o menos precisa el período de tiempo o el segmento donde ocurren los cambios que la terapia busca, a fin de poder analizar en mayor profundidad sus características y las condiciones que lo promueven (Bastine et al, 1989; citado en Krause, 2005). Elliot por su parte, señala que el estudio de proceso puede ser más útil si se focaliza en momentos significativos del proceso de un modo exhaustivo y comprensivo considerando que no son tan frecuentes y son altamente complejos (1984).

Es importante señalar, que no se consideran relevantes en el proceso sólo aquellos períodos donde el paciente muestra cambios positivos y que podrían concebirse como “exitosos”, sino que también es importante considerar los momentos “difíciles” del proceso. Diversos autores han conceptualizado e investigado empíricamente el tema las dificultades que inciden en el proceso terapéutico, desde distintas perspectivas teóricas y metodológicas, por lo que Herrera et al. (2009) proponen una definición de “dificultades en psicoterapia” que pretende integrar la multiplicidad de visiones y conceptos sin perder por ello una especificidad que sea un aporte. Así, se entiende por dificultad en psicoterapia *“todo fenómeno o factor que obstaculiza los mecanismos y procesos de acción y de cambio en psicoterapia, de acuerdo a la perspectiva de un observador particular y según la teoría implícita o explícita sobre cómo se produce el cambio”* (Herrera et al., 2009, p. 170), considerándose también que una dificultad en psicoterapia es *“un fenómeno o factor que se relaciona a resultados negativos del proceso o a una disminución en el avance o logros esperados”*(p. 170).

De esta manera, las dificultades pueden manifestarse en la clínica de variadas formas (Herrera et al., 2009):

1. Estados displacenteros-disfóricos: desmotivación, aburrimiento, tensión o ansiedad, tanto en el paciente como en el terapeuta.

2. Problemas relacionales: dificultad para comunicarse y entenderse, problemas para negociar las propias necesidades, amenazas al vínculo terapéutico
3. Obstaculización del trabajo e intervenciones terapéuticas: rehuir el trabajo terapéutico, evitar pensar y asociar, negarse a realizar las tareas terapéuticas, incumplir los acuerdos o compromisos
4. Inexistencia de cambio en circunstancias donde cabría esperarlos.

Además, Herrera et al. (2009) proponen 3 ejes ordenadores para sistematizar y comparar los distintos conceptos que se han revisado en relación con las dificultades en psicoterapia. El primer criterio al que consideran relevante atender es el sistema o unidad de análisis donde se observa la dificultad, que puede ser un sistema individual (el paciente o el terapeuta), el sistema terapéutico-relacional y el sistema macrosocial o contexto general. El segundo criterio corresponde a la etapa de la terapia en que se observan las dificultades, a saber, input (aspectos del paciente, del terapeuta y/o del contexto existentes previamente a la terapia e independientes de la misma), proceso (aspectos que ocurren dentro del proceso mismo) y output (aspectos que se presentan como resultados del proceso) (Orlinsky, Ronnestad, & Willutzki, 2004). El tercer eje ordenador que plantean es el nivel de análisis temporal donde se presenta el fenómeno, ya que estos pueden ser procesos microanalíticos, momentos en sesión, sesiones, fases o etapas de la terapia o durante todo el proceso (Elliott, 1991).

En la presente investigación se utilizó una metodología de identificación de episodios relevantes, específicamente Episodios de Cambio (EC) y Episodios de Estancamiento (EE), desarrollada, como ya se mencionó, por el Programa Chileno de Investigación en Psicoterapia y Cambio (PCCRP, 2012).

De acuerdo con el PCCRP (2012) un Episodio de Cambio (EC) corresponde al segmento temporal mayor que ocurre durante la sesión terapéutica donde se observan

transformaciones de significados subjetivos asociados a un problema, síntoma, afecto y/o comportamiento. Finaliza con un momento de cambio (MC) y se inicia con la verbalización que origina la temática sobre la cual versa el cambio. Un MC se define como un evento significativo verbalizado, que señala un progreso en la terapia y se asocia a un resultado final positivo de ésta. Los MC se refieren únicamente al cambio observado en el paciente. Se distingue entre cambios intra y extra - sesión. El primero se refiere a aquellos eventos significativos que suceden durante la sesión, mientras que el segundo se refiere a un evento ocurrido fuera de ésta, pero relatado por el paciente en sesión y relacionado con el trabajo terapéutico de sesiones anteriores (PCCRP, 2012). Por otro lado, un EE corresponde al segmento temporal de la sesión terapéutica en que se presenta una detención temporal del proceso de cambio, producto de la reedición del problema del paciente durante la sesión y donde se aprecia una persistencia en las formas de entendimiento, comportamiento y emociones ligadas a éste, que no evolucionan hacia un cambio. La observación estará puesta en el paciente, independiente de la acción u omisión del terapeuta y de sus posibles aciertos o desaciertos. Además, este episodio se caracterizará por la nula construcción de nuevos modos de interpretación y representación de nuevos significados y por un clima emocional aburrido, entrampado, tenso y/o trabajoso. Para caracterizar el contenido del episodio, se ha elaborado un Listado de Temáticas de Estancamiento (ver Tabla 1), por lo que a cada EE se le asigna una Temática en particular, aquella que sea más representativa de acuerdo con el criterio de los jueces para describirlo en términos genéricos (PCCRP, 2012).

Tabla 1.

Listado de temáticas de estancamiento (PCCRP, 2012)

A	Negación de la existencia de un problema o su minimización
B	Negación de la necesidad de ayuda y no aceptación de los propios límites
C	Expresión de desesperanza (desmoralización)
D	No hacerse responsable de los propios actos
E	Aparición de sentimientos de incompetencia
F	Aumento de temor o ambivalencia frente al cambio
G	Atribución a otros de los propios problemas
H	Resistencia para pensar acerca de nuevas posibilidades de sí mismo (conducta, pensamiento o emoción)
I	Cuestionamiento del terapeuta como profesional competente
J	Resistencia al establecimiento de relaciones entre síntomas, emociones y comportamientos
K	Resistencia a la reconceptualización de las definiciones iniciales del problema o síntoma

Estudio del Proceso de Cambio Subjetivo. Como ya se ha mencionado anteriormente, uno de los principales intereses de la investigación de proceso es determinar qué cambia en los pacientes producto de la psicoterapia. Con este propósito, varios investigadores han desarrollado variadas metodologías que poseen a su base una determinada teoría de qué es el cambio en psicoterapia (e.g., Eventos de Empoderamiento (Timulak & Elliott, 2003), Momentos Innovativos (Gonçalves et al., 2009; Matos, Santos, Goncalves & Martins, 2009), Insight (Elliott, 1984) entre otros).

En esta investigación, se utilizó como teoría del cambio, el concepto de Cambio Genérico desarrollado por Krause y su equipo de investigación (PCCRP). Así, se plantea que el cambio genérico se puede entender como un cambio en los patrones subjetivos de interpretación y explicación que lleva a la construcción de nuevas teorías subjetivas (Krause, 2005, Krause & Dagnino, 2006; Krause et al., 2006, Krause et al., 2007), proceso que se lleva a cabo en etapas sucesivas de desarrollo de nuevos modos de interpretación y representación, los cuales involucran la teoría terapéutica del terapeuta (Krause, 2005). Krause et al. (2006) proponen que frente a la pregunta ¿qué cambia cuando se cambia? la respuesta sería que lo que cambia es la teoría subjetiva, la narrativa interna, que se construye progresivamente a medida que se van ensamblando los nuevos significados.

Krause et al. (2006, 2007) elaboran un listado jerárquico de 19 indicadores genéricos de cambio (IGC) que son identificables dentro de las sesiones de psicoterapia. Estos 19 indicadores son genéricos porque son observables en cualquier psicoterapia, independientemente de la orientación, donde cada indicador refiere a un contenido específico de aquello que está cambiando. La investigación sugiere que el proceso terapéutico es una serie variable de fases en las cuales se espera encontrar momentos de cambio (Elliot, 1984; Greenberg, 1999; Hill, 2005), razón por la cual los indicadores están ordenados en forma jerárquica, de acuerdo con las etapas de la psicoterapia en las que se esperarían encontrarlos. A medida que el proceso terapéutico avanza, el proceso de cambio del paciente se complejiza, por lo que se espera que al inicio de la terapia se identifiquen cambios más simples para luego avanzar hacia cambios profundos (Echávarri et al., 2009). Estos indicadores se asignan como un descriptor temático a los MC ya definidos previamente, y para ser identificados durante el proceso deben cumplir con una serie de criterios que se describen en detalle en el apartado metodológico. En la Tabla 2 se presenta el Listado de Indicadores Genéricos de Cambio (Krause et al., 2006).

De acuerdo con su contenido conceptual, los indicadores genéricos de cambio se pueden agrupar en tres niveles según la fase del tratamiento en la que tradicionalmente se esperaría encontrarlos (Krause, 2005, Krause et al., 2006, Krause et al., 2007, Echávarri et al., 2009; Altimir et al., 2010):

1. Fase inicial: consolidación inicial de la estructura de la relación terapéutica:

Comprende los IGC 1 a 7. En esta primera fase es fundamental la aceptación de la existencia de un problema y la aceptación de la necesidad de ayuda especializada, reconociendo los propios límites y al terapeuta como un profesional capacitado para ayudar de forma efectiva (Krause, 2005). Algunos de estos IGC se observan como condición de entrada al tratamiento, es decir, el paciente consulta con estos indicadores ya desarrollados previamente.

2. Fase media: Permeabilidad creciente hacia nuevos significados:

Las bases para los cambios que pueden observarse en el paciente en esta segunda etapa se fundan en el fortalecimiento de la relación de ayuda que se ha establecido durante la primera fase. Estos cambios se operacionalizan a través de los IGC 8 a 13. En el modelo de fases terapéuticas (Howard, Lueger, Maling, & Martinovic, 1993) se caracteriza esta fase como un período donde se experimenta mayor alivio sintomático y se define como una fase remedial. Morgan y MacMillan (1999) señalan que el objetivo de la segunda fase es facilitar una comprensión de cómo los primeros patrones relacionales contribuyeron a desarrollar las dificultades actuales.

3. Fase final: Construcción y consolidación de los nuevos significados:

En esta fase se esperaría que el aumento del bienestar del paciente y de la resignificación de elementos de la propia historia, conducta y emoción posibiliten la construcción de una nueva teoría subjetiva acerca de sí mismo a partir de la conexión de los cambios previamente logrados. Los cambios de esta fase se operacionalizan a través de los IGC 14 a 19.

Tabla 2.

Listado de indicadores genéricos de cambio (Krause et al., 2006; PCCRP, 2012)

<p>1. Consolidación inicial de la estructura de la relación terapéutica</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 de superar los problemas). 5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas de entendimiento, comportamientos 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”.
<p>2. Permeabilidad creciente hacia nuevos significados</p>	<ol style="list-style-type: none"> 8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo. 9. Manifestación de un comportamiento o de una emoción nuevos. 10. Aparición de sentimientos de competencia. 11. Establecimiento de nuevas conexiones entre: <ul style="list-style-type: none"> - 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 con sí mismo u otros.

3. **Construcción y consolidación de los nuevos significados**

14. Formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo 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 entre paciente y terapeuta.
19. Construcción de una Teoría Subjetiva, biográficamente fundada, sobre sí mismo y la relación con el entorno (indicador “global”).

Estudio de proceso en terapias de orientación psicoanalítica. Como ya se mencionó con anterioridad, gran parte de la literatura y la investigación en sobre tratamientos para TPL es de orientación psicoanalítica, aunque en las últimas décadas se han sumado los estudios de líneas cognitivo-conductuales. Si bien cada corriente enfatiza el trabajo de ciertos aspectos del trastorno y para ello utiliza diferentes técnicas, en la actualidad existe un marcado solapamiento entre los tratamientos psicoanalíticos y los tratamientos cognitivos conductuales para pacientes con TPL, lo que indica cambios importantes e históricos en ambas orientaciones y también la identificación de límites comunes en el establecimiento de la relación terapéutica en los pacientes con este diagnóstico (Clarkin, Fonagy & Gabbard, 2010).

Fonagy et al. (2001) plantean que el enfoque psicoanalítico tiene una característica epistemológica única: el sujeto y el método de estudio son idénticos, el aparato psíquico del paciente se estudia, se descubre y se analiza por medio del aparato psíquico del terapeuta. Si bien esta distinción entre la mente del terapeuta y la mente del paciente permite sugerir que el método es relativamente objetivo, en el sentido clásico del término, esta distinción no puede exagerarse pues de lo contrario se perdería de vista el diálogo

existente entre la transferencia del paciente y la contratransferencia del terapeuta, fenómenos centrales del método psicoanalítico y fundamentales para el trabajo psicoterapéutico desde esta orientación. Considerando las características centrales de la terapia psicoanalítica, la pregunta respecto a cómo se logra el cambio ha guiado múltiples investigaciones que han intentado abordar diversos fenómenos, tales como la transferencia y contratransferencia, el insight, las técnicas y su utilidad, entre muchos otros. A lo largo de los años se ha consensuado que se requiere “algo más” que la interpretación, en el sentido de hacer consciente lo inconsciente para lograr el cambio; y la discusión de qué es ese “algo” deriva de múltiples miradas, donde ese “algo” se ha conceptualizado como actos psicológicos versus palabras psicológicas, como cambio en las estructuras psicológicas versus el levantamiento de la represión, y como una relación mutativa con el terapeuta versus una información mutativa para el paciente (Stern et al., 1998). Según Mergenthaler (1996), los momentos de cambio en la terapia psicoanalítica pueden entenderse como un punto de inflexión o de resquebrajamiento (turning point o breakthrough en el original), reflejando un insight por parte del paciente, esencial para que ocurra un cambio a nivel conductual. En un esfuerzo por entender cómo el diálogo emocional y cognitivo entre paciente y terapeuta promueve el cambio terapéutico, Mergenthaler ha realizado estudios centrados en el análisis de la interacción verbal cognitiva y emocional a través del examen de las transcripciones de las sesiones terapéuticas (1996; Merghentaler & Bucci, 2000). Considerando el rol central que cumplen las emociones en el proceso terapéutico, asume que la presencia de un cierto tono emocional es un requisito necesario para que emerjan momentos de cambio, sin embargo, también es claro que la mera presencia de emociones es insuficiente para ello, por lo que se integra como segunda variable la abstracción, entendiéndola como el mecanismo central que subyace a la construcción de nuevas estructuras. En su estudio de los ciclos terapéuticos, demuestra que para exista un cambio real en los pacientes debe existir una coincidencia temporal de altas emoción y abstracción (patrón que él denomina

connecting) (Mergenthaler, 1996). Estos estudios han sido un gran aporte para la comprensión de los momentos de cambio, no obstante, presentan ciertas limitaciones derivadas del trabajo exclusivo con las transcripciones pues se excluyen del análisis los aspectos no verbales de la interacción. En este sentido, es que McCarthy y sus colaboradores en variadas publicaciones señalan que hasta la fecha muy pocos estudios han comparado los patrones de lenguaje de paciente y terapeuta con mayor profundidad (McCarthy et al, 2011; McCarthy, Caputi, & Grenyer, 2017; McCarthy, Mergenthaler y Grenyer, 2013).

Estudio de la interacción verbal entre paciente y terapeuta en términos de los Modos de Actividad Mental (MMA). Considerando la necesidad de desarrollar metodologías de análisis que permitan profundizar en la interacción entre paciente y terapeuta, integrando tanto los aspectos cognitivos y emocionales del proceso, y considerando tanto los contenidos verbales como los no - verbales, Foelsch y su equipo desarrollaron un sistema de codificación que operacionaliza la transferencia y contratransferencia de paciente y terapeuta, mediante el análisis de los modos de actividad mental (MMA). Este sistema de codificación está basado en el Countertransference Rating System (CRS) desarrollado por Normandin & Bouchard (1993), donde se plantea distinguir entre tres tipos de MMA apreciables en la contratransferencia: objetivo/racional, reactivo y reflexivo, categorías que también serían utilizadas para evaluar los MMA expresados en la transferencia del paciente. Estos MMA apuntan a identificar el nivel de procesamiento cognitivo y emocional en el que se encuentra el paciente en el aquí y el ahora de la sesión. Normandin y Bouchard (1993) sugieren que independiente de la conceptualización teórica que se efectúe del término “contratransferencia”, es coherente y clínicamente relevante distinguir estos tres MMA para comprender la interacción que establece la díada terapéutica.

Los MMA se expresan a través de la transferencia del paciente y la contratransferencia del terapeuta, fenómenos que han conceptualizados desde los inicios

de la teoría psicoanalítica. El concepto de “transferencia” apareció por primera vez en los escritos de Freud en 1888 y ha ido evolucionando a lo largo de años adquiriendo un rol fundamental y una comprensión llena de diversos matices y conceptualizaciones (Gelso & Bhatia, 2012). A pesar de esta diversidad, la mayoría de los teóricos continúa definiendo la “transferencia” como una actualización del pasado en el presente, de manera que la experiencia que el paciente vive en el aquí y ahora con su psicoterapeuta es teñida o distorsionada por conflictos previos no resueltos (no necesariamente edípicos) con las figuras significativas (no necesariamente los padres) (Gelso & Bhatia, 2012).

De acuerdo con lo planteado por Clarkin, Yeomans y Kernberg (2006), desde un punto de vista práctico, trabajar con pacientes desde un modelo psiconalítico, requiere centrarse en la transferencia del paciente, entendida como la reactivación de las relaciones objetales internalizadas en la relación con el terapeuta. Esto implica que el terapeuta se realice las siguientes preguntas en forma permanente: ¿Por qué el paciente me cuenta esto en este momento?, ¿Cómo me está viendo el paciente ahora?, ¿Cómo se está comportando el paciente conmigo?, ¿Qué está haciendo el paciente conmigo? y ¿Cómo respondo yo al paciente en estas circunstancias? Estas preguntas requieren que el terapeuta pueda considerar su propia contratransferencia, sus respuestas internas hacia el paciente y el impacto que tiene en él el uso que el paciente hace de sus mecanismos de defensa, en su mayoría primitivos. En los pacientes con TPL, las intensas reacciones transferenciales del paciente son a menudo la fuente o el estímulo que gatilla las dificultades contratransferenciales del terapeuta (Clarkin, 2006), razón por cual se constituye como un fenómeno relevante en el estudio del proceso terapéutico. Así, por ejemplo, un paciente que demuestra un sentimiento transferencial particularmente fuerte hacia el terapeuta ya sea positivo o negativo, puede evocar algún tipo de respuesta en la vida emocional del terapeuta, la que deberá ser manejada por éste para conducir adecuadamente el tratamiento (Scaturo & McPeak, 1998).

Varios fenómenos y estados mentales se han incluido bajo el término contratransferencia. Desde un punto de vista psicoanalítico clásico, el término fue introducido inicialmente por Freud (1912) para designar la interferencia inconsciente en la capacidad del analista para comprender el funcionamiento psíquico del paciente con precisión y sensibilidad, como resultado de la influencia que el propio paciente ejerce sobre sus estados internos. Desde este punto de vista, la contratransferencia es vista como un posible obstáculo para el progreso. Posteriormente, se desarrolló una visión más global del concepto donde se concibió como una herramienta importante para ayudar al terapeuta a alcanzar una comprensión más completa y directa de la dinámica del paciente y la transferencia (Heimann, 1950; Kernberg, 1965). Así, se entiende la contratransferencia como la totalidad de la respuesta emocional del terapeuta hacia el paciente en un momento dado, respuesta determinada por 1) la transferencia del paciente hacia el terapeuta; 2) las condiciones de vida, actuales o pasadas, del paciente. 3) la propia transferencia del terapeuta, determinada por su propio mundo interno y 4) las condiciones de vida actuales del terapeuta (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2006).

La contratransferencia necesita ser comprendida y estudiada para ayudar a los terapeutas, puesto que actúa como una herramienta indispensable y crucial para el entendimiento de aspectos inconscientes de la dupla paciente-terapeuta (Menelli et al., 2008). Ésta se vuelve aún más importante en el caso de patologías más graves, caracterizadas por modos más primitivos de funcionamiento, donde se pone en juego la capacidad de simbolización del individuo, puesto que en este caso los sentimientos contratransferenciales permiten al terapeuta conectarse con los aspectos inconscientes del paciente, los que así pueden ser mejor comprendidos para aliviar el sufrimiento del paciente. (Menelli et al., 2008). Es por ello por lo que Kernberg señala que la contratransferencia es el tercer canal de comunicación de lo que ocurre en el proceso, mientras que el primer canal es el lenguaje verbal y el segundo canal es el lenguaje no verbal (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2006).

Como se mencionó, el TCA describe que cada MMA caracteriza un tipo de comunicación usada por el paciente y el terapeuta, que se expresa a través de la transferencia del paciente y la contratransferencia del terapeuta, manifestándose en una forma verbal y no verbal en la sesión. En el modo reactivo, el terapeuta o el paciente es un participante inconsciente del proceso. Son un objeto pasivo de las proyecciones del otro y reaccionan de forma impulsiva y el contenido es deformado por sus reacciones, conscientes o inconscientes. En el modo objetivo/racional, el terapeuta o el paciente es más un observador que un participante. Su estado mental está caracterizado por un proceso de mantención de la objetividad y la distancia emocional. El foco está puesto en la realidad externa y objetiva del paciente o del proceso terapéutico. En el modo reflexivo, el terapeuta o el paciente están, sino totalmente al menos en forma parcial, conscientes de la experiencia inmediata y de su estado como sujetos participantes. Lo que se experimenta es reconocido como tal, pudiendo ser una experiencia vaga o difusa o bien elaborada y precisa en torno a la relación consigo mismos, la relación con el otro o con la situación terapéutica. Este estado de reflexión se articula a través de una serie de tres sub - estados: emergencia, inmersión y elaboración (Foelsch, et al, 2001).

El estudio de los MMA representa una herramienta útil para entender el proceso terapéutico en pacientes con TPL, sobre todo si se considera que la escisión de los procesos cognitivos y afectivos es una de las características esenciales de este tipo de pacientes, y que uno de los objetivos transversales de los diferentes tratamientos, tanto psicodinámicos como cognitivo-conductuales, es promover la regulación emocional, lo que sólo podría conseguirse logrando cambios psíquicos profundos caracterizados por una integración de aspectos cognitivos y emocionales de la experiencia.

A modo de conclusión de esta revisión bibliográfica, parece importante vincular los diferentes constructos desarrollados y plantear algunas ideas respecto a lo que se espera como resultado del estudio. En primer lugar, en el caso específico de los pacientes

con TPL, se espera que los IGC iniciales, que suelen observarse en procesos terapéuticos de pacientes con otros diagnósticos, no se observen como condición de entrada al tratamiento, principalmente por la tendencia de estos pacientes a escindir los diferentes aspectos de su experiencia, por la dificultad que tienen para regular sus propias emociones, lo que deriva en una apreciación muy subjetiva de la realidad, severamente teñida por afectos negativos (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2006). Esto se traduciría en una escasa capacidad de introspección, necesaria para alcanzar estos cambios como condición previa al ingreso al tratamiento. No obstante, sí se espera que una vez que el paciente haya ingresado en el tratamiento comience a lograr los IGC de este nivel, esto porque el trabajo con este tipo de pacientes, independientemente de la orientación terapéutica desde la cual se plantee el tratamiento, deben focalizarse en primer lugar en la reducción de las conductas que ponen en riesgo la vida del paciente (a través del establecimiento de un contrato y un encuadre adecuado para ello) y en segundo lugar, en la reducción de las conductas que ponen en riesgo la continuidad del tratamiento (por lo que se pone especial énfasis en la consolidación de la alianza de trabajo) (Clarkin, Yeomans y Kernberg, 2006; Linehan, 1993). Sobre los cambios de segundo nivel, los pacientes con TDPL exhibirán cambios principalmente orientados a establecer nuevas asociaciones entre aspectos propios, entre aspectos propios y del entorno, o entre aspectos propios y elementos biográficos, porque el trabajo una vez superada la etapa de consolidación, se focaliza en la integración de las experiencias de sí mismo y de los otros, para mejorar el funcionamiento interpersonal y de esta forma mejorar la adaptación del paciente al entorno, reduciendo la sintomatología. (Clarkin, 2006; Clarkin, Yeomans y Kernberg, 2006). Dicho de otro modo, se trata de corregir las experiencias frustrantes de la niñez del paciente, a través de una relación terapéutica estabilizadora (Florenzano, 2003b). Respecto de los cambios de más alto nivel, no se espera observarlos sino hasta después de un largo período de tratamiento, pues las investigaciones han mostrado que el déficit de estos pacientes se produce por la presencia de una identidad pobremente desarrollada, por

lo que lograr cambios profundos es un trabajo que tarda al menos uno o dos años (Linehan, 1993; Florenzano, 2003b).

Por otra parte, integrar la definición de los indicadores genéricos de cambio con la definición de modos de actividad mental, orienta a hipotetizar que para lograr un cambio significativo en el proceso terapéutico, el paciente debe ser capaz de integrar la dimensión cognitiva de la experiencia con la dimensión emocional, lo que sólo sería posible si se encuentra actuando bajo un MMA reflexivo. Por el contrario, durante los EE el paciente probablemente actuará utilizando un MMA predominantemente reactivo o racional, ya que la imposibilidad para construir nuevos significados se entiende producto de la reedición del patrón disfuncional durante la sesión. Respecto al rol del terapeuta, se plantea que para que el paciente exhiba un cambio, el terapeuta debe ser capaz de manejar la contratransferencia despertada por el paciente, lo que se traduce en que debe ser capaz de sentir y pensar respecto a lo que siente de un modo integrado. Dicho de otra manera, para promover el cambio en el paciente, el terapeuta también debe actuar usando un MMA reflexivo. En el caso de los EE, dado que el foco está puesto en el paciente y no se consideran los posibles aciertos o desaciertos del terapeuta, podría pensarse que la distribución de los MMA no debería mostrar una tendencia particular.

Objetivos

Objetivo General

- Evaluar la relación entre los modos de actividad mental, el proceso de cambio subjetivo y los episodios relevantes del proceso terapéutico de pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad limítrofe.

Objetivos Específicos

1. Acerca del proceso de cambio terapéutico de los pacientes:
 - 1.1. Caracterizar la evolución de los indicadores de cambio genérico en pacientes con diagnóstico de TPL.
 - 1.2. Caracterizar las temáticas de los episodios de estancamiento en pacientes con diagnóstico de TPL.
2. Acerca de los episodios relevantes del proceso terapéutico y su relación con los modos de actividad mental
 - 2.1 Determinar las diferencias y similitudes de los episodios de cambio y estancamiento en función de los modos de actividad mental de paciente y terapeuta.
 - 2.2. Determinar la capacidad explicativa de los modos de actividad mental de paciente y terapeuta en episodios de cambio y estancamiento.
3. Acerca de la relación entre los modos de actividad mental de paciente y terapeuta
 - 3.3. Describir la relación entre los modos de actividad mental de paciente y terapeuta en episodios relevantes del proceso terapéutico.

Hipótesis

1. Acerca del proceso de cambio terapéutico de los pacientes:
 - 1.1 Después de veinte sesiones de tratamiento, los pacientes con diagnóstico de TPL muestran mayoritariamente indicadores genéricos de cambio de nivel bajo y medio.
 - 1.2 Los pacientes con diagnóstico de TPL experimentan episodios de estancamiento donde las temáticas principales son H. Resistencia a pensar acerca de nuevas posibilidades de sí mismo (conducta, pensamiento o emoción) y J. Resistencia al establecimiento de relaciones entre síntomas, emociones y comportamientos
2. Acerca de los episodios relevantes del proceso terapéutico y su relación con los modos de actividad mental
 - 2.1 -En el paciente, en los episodios de cambio predomina el modo de actividad mental reflexivo mientras que, en los episodios de estancamiento, predomina el modo reactivo y/o racional.
 - 2.2 En el terapeuta, en los episodios de cambio predomina el modo de actividad mental del terapeuta reflexivo mientras que, en los episodios de estancamiento, se esperan proporciones equivalentes de los modos reflexivo, racional y reactivo.
 - 2.3 En el paciente, si predomina el modo de actividad mental reflexivo es más probable que se origine un episodio de cambio que si predomina un modo reactivo o racional.
 - 2.4 En el terapeuta, si predomina el modo de actividad mental reflexivo es más probable que se origine un episodio de cambio que si predomina un modo reactivo o racional.
3. Acerca de la relación entre los modos de actividad mental de paciente y terapeuta

- 3.1 El modo de actividad mental reflexivo del terapeuta está relacionado directamente con el modo de actividad mental reflexivo del paciente.
- 3.2 Los modos de actividad mental reactivo y racional del terapeuta están relacionados directamente con los modos de actividad mental reactivo y racional del paciente.

Metodología

Definición del diseño metodológico general

La investigación fue un estudio de proceso, de carácter mixto, donde se combinaron métodos cualitativos y cuantitativos de recolección y análisis de datos. En función del alcance de los objetivos fue de tipo correlacional, con un diseño no experimental, de caso múltiple con mediciones repetidas.

Participantes

Se analizaron tres procesos de psicoterapia individual, de pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad límite. Estos procesos fueron llevados a cabo por terapeutas de diferentes orientaciones teóricas que estaban siendo entrenados en el modelo AIT participando de un seminario teórico-práctico y supervisión semanal. Los terapeutas fueron psicólogos con un mínimo de 5 años de experiencia en atención psicoterapéutica y formación de postítulo y magíster previa a la formación en el modelo AIT.

El criterio de inclusión de los pacientes fue tener diagnóstico de trastorno de personalidad límite, de acuerdo con los criterios del DSM-5 (2013). Como criterio de exclusión se consideró la comorbilidad con trastornos psicóticos y/o trastorno de personalidad antisocial o disocial (en función de la edad de los pacientes), utilizando también el DSM-5 como referencia. Otras características de los pacientes, tales como género, edad y otras variables, fueron consideradas para homogeneizar a los participantes a fin de disminuir la variabilidad y hacer comparables los resultados. Dado que en múltiples estudios se ha determinado que una elevada sintomatología, en especial la depresiva, se asocia a una mayor adherencia al tratamiento (McMurrin, Huband & Overton, 2010) se evaluó aquella mediante el BDI-IA (Beck et al., 1961; Valdés, et al., 2017) para caracterizar a los pacientes.

Se trabajó con unidades muestrales en tres niveles (ver Figura 1). En un primer nivel, se estudió la trayectoria del cambio subjetivo en los tres procesos psicoterapéuticos.

En un segundo nivel, se analizó la totalidad de episodios de cambio y estancamiento identificados durante las primeras 20 sesiones de cada proceso psicoterapéutico (57 sesiones en total).

En un tercer nivel, se trabajó analizando los modos de actividad mental de paciente y terapeuta en cada turno de palabra componente de los episodios relevantes.

Dadas estas condiciones, la estrategia de muestreo se considera no probabilística, en todos sus niveles.

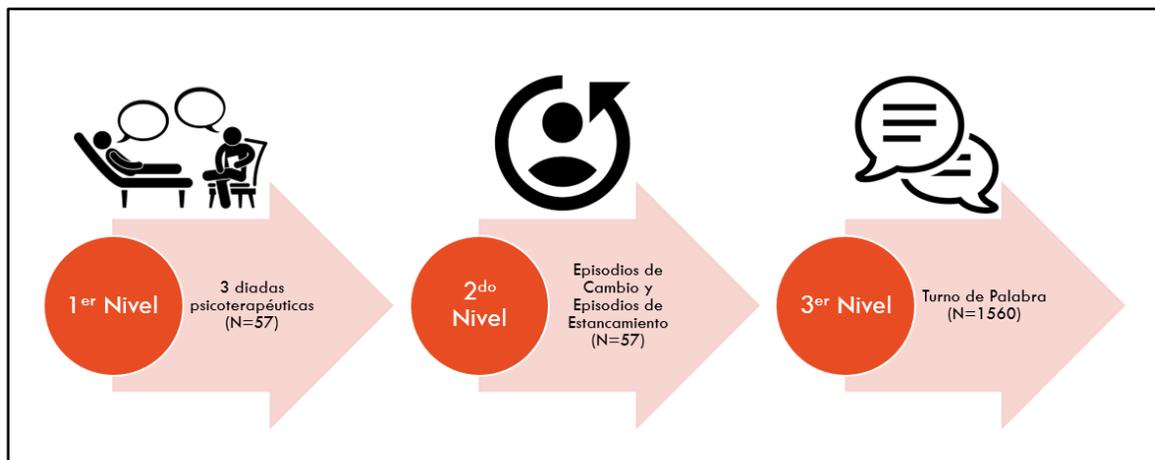


Figura 1. Tres niveles de unidad muestral en el estudio: sesión, episodio y turno de palabra

Instrumentos

Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos de la personalidad (SCID II; First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1995; Gómez-Beneyto et al., 1994).

Teniendo en cuenta que, al momento de la recolección de datos de esta investigación, el DSM-5 había sido recientemente publicado, las entrevistas SCID no habían sido actualizadas aún, por lo que se utilizó la versión en español disponible, considerando que los criterios diagnósticos para el TPL no sufrieron cambios significativos. La SCID II es una entrevista clínica semiestructurada que permite evaluar los criterios diagnósticos para todos los trastornos de personalidad descritos en el DSM-

IIIR y DSM-IV (First et al., 1995) siendo utilizada ampliamente en contextos de investigación (Clarkin, Hull, Cantor & Sanderson, 1993; Clarkin et al.; 2001; Cuevas et al., 2000; Lingardi, Filippucci & Baiocco, 2005; Jones, 2006; López, Cuevas, Gómez & Mendoza, 2004). De acuerdo con las investigaciones, la entrevista presenta una adecuada confiabilidad y consistencia interna: la confiabilidad interjuez oscila entre un 0,48 y un 0,98 (k de Cohen) para las categorías diagnósticas y entre un 0,9 y un 0,98 para los aspectos dimensionales, según las correlaciones intraclases, mientras que la consistencia interna va desde un 0,71 a un 0,94 (Maffei et al., 1997). En vista de que la recomendación de los autores es que las secciones pueden ser administradas de forma independiente en función de los intereses clínicos o de investigación (First et al., 1995), sólo se utilizaron los módulos de trastorno de personalidad límite para evaluar el criterio de inclusión en todos los pacientes, y el trastorno de personalidad antisocial para evaluar el criterio de exclusión en los pacientes mayores de 18 años, de la versión en español de Gómez-Beneyto et al. (1994).

Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI; Sheehan et al., 1998; Ferrando et al., 2000) y Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional para niños y adolescentes (MINI KID; Sheehan et al., 1998; Colón-Soto et al., 2005)

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada para evaluar adultos, de breve duración, que explora de manera estandarizada cada uno de los criterios diagnósticos principales de las Clasificaciones Internacionales de las Enfermedades Mentales (CIE-10 y DSM-IV) (Sheehan et al., 1998). Los estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con otras entrevistas de características similares, mostrando que tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptables, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ min, media 15 min) que las otras entrevistas (Sheehan et al., 1998). Esta entrevista se utilizó para evaluar el criterio de exclusión de trastorno psicótico y además caracterizar a los

pacientes participantes mayores de 18 años del estudio con relación a la comorbilidad con otras patologías.

La MINI-KID es una entrevista estructurada de características muy similares, desarrollada para evaluar los principales diagnósticos de niños y adolescentes. Los estudios muestran excelente validez concordante con la K-SADS-PL para los diagnósticos de trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, de abuso de sustancias, déficit atencional y trastornos comportamentales y de la conducta alimentaria (área bajo la curva [AUC] = 0.81–0.96, κ = 0.56–0.87) y un poco más variable para los trastornos psicóticos (AUC = 0.94, κ = 0.41). Presenta además una adecuada sensibilidad (0.61–1.00) para los 20 trastornos que evalúa. Su especificidad es excelente (0.81–1.00) para 18 de los 20 trastornos y sustancial para los dos restantes (> 0.73). Los coeficientes kappa de confiabilidad interjuez y test-retest son de adecuados a casi perfectos (0.64–1.00) para todos los trastornos evaluados excepto distimia. Lo anterior da cuenta que la MINI KID es una entrevista que permite llevar a cabo diagnósticos válidos y confiables para niños y adolescentes en un tiempo sustancialmente menor que otras entrevistas similares (Sheehan et al., 2010). Esta entrevista se utilizó para evaluar el criterio de exclusión de trastorno psicótico y además caracterizar a los pacientes participantes menores de 18 años del estudio con relación a la comorbilidad con otras patologías.

Beck Depression Inventory (BDI-IA; Beck et al., 1961; Valdés et al., 2017)

El Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA) es un cuestionario de autorreporte que contiene 21 ítems para medir la gravedad subjetiva de la sintomatología depresiva durante la última semana (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). Consta de 21 ítems, con cuatro opciones de respuesta (0 a 3 puntos), donde un mayor puntaje representa mayor sintomatología depresiva. En este estudio se utilizó la versión adaptada y validada por el equipo MIDAP, construida a partir de la versión española, la cual fue modificada en función del lenguaje más comúnmente usado en Chile (Valdés et al., 2017).

El metaanálisis de Beck, Steer, y Garbin, (1988) evaluó los estudios que se centran en las propiedades psicométricas del instrumento con muestras de pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos en un período de 25 años, indicando que las estimaciones de consistencia interna arrojan un coeficiente alfa de Cronbach promedio de 0,86 para pacientes psiquiátricos y de 0,81 para los pacientes no psiquiátricos. Los coeficientes de validez concurrente del BDI-IA respecto de las valoraciones clínicas y la Escala de Hamilton para la Depresión de Evaluación Psiquiátrica (HRSD) también fueron elevados. Las correlaciones medias entre las puntuaciones del BDI y la HRSD fueron de 0,72 y 0,73, respectivamente, para los pacientes psiquiátricos. Con sujetos no psiquiátricos, las correlaciones medias entre el BDI y el HRSD fueron de 0,60 y 0,74, respectivamente. La versión chilena utilizada mostró un adecuado grado de consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,92), el análisis factorial exploratorio mostró una solución de un factor, corroborada por el análisis factorial confirmatorio que muestra una adecuada bondad de ajuste. El puntaje de corte basado en el índice de Youden fue de 13-14 puntos, siendo capaz de discriminar entre participantes deprimidos y no deprimidos, mostrando que el BDI-IA es un instrumento adecuado para evaluar la sintomatología depresiva.

Metodologías de Análisis del Proceso Terapéutico

Identificación de Episodios Relevantes y caracterización del proceso de cambio

Para llevar a cabo la identificación de Episodios relevantes se utilizó el Manual de Identificación y Delimitación de Episodios de Cambio y Estancamiento, donde se establecen los criterios sustantivos y metodológicos para delimitar los episodios relevantes (PCCRP, 2012, ver Anexo 2). Para evaluar el Proceso Terapéutico se utilizó la Jerarquía de Indicadores Genéricos de Cambio (Krause et al., 2006) (ver Tabla 2) y el Listado de Temáticas de Estancamiento (PCCRP, 2012) (ver Tabla 1).

Codificación de los modos de actividad mental

Para evaluar los modos de actividad mental de paciente y terapeuta se utilizó un sistema de codificación que trabaja con las grabaciones en video y la transcripción de los episodios relevantes, analizando los turnos de palabra de paciente y terapeuta. Este procedimiento se incluye dentro de un sistema de análisis más amplio llamado TCA (término derivado del inglés *transference – countertransference analysis*), cuyo objetivo es analizar la transferencia del paciente y la contratransferencia del terapeuta, momento a momento en la sesión. Los jueces son entrenados en la codificación de cada turno de palabra calificando la presencia de los diferentes modos de actividad mental (reactivo, racional, reflexivo) inferidos de la actividad del terapeuta y de las reacciones verbales y no verbales del paciente., su dominancia (cuál de los tres modos es el más saliente durante el turno), y en caso de que el modo utilizado sea reflexivo, el nivel de profundidad en que éste se observa (emergencia, inmersión, elaboración). Las características psicométricas del sistema de análisis han sido estudiadas por las autoras, quienes evaluaron la confiabilidad interjuez después de un entrenamiento de 20 horas, luego del cual dos jueces califican de forma independiente 8 sesiones de psicoterapia grabadas en video, que han sido escogidas al azar. Se calcularon coeficientes Kappa para cada paso de la puntuación TCA, observándose una moderada coincidencia en el modo racional ($k = 0,53$), buenos resultados para el modo reactivo ($k = .62$) y aún mejores para el modo reflexivo ($k = .71$), resultados que indican una adecuada confiabilidad del instrumento (Foelsch, 2001).

Procedimiento

Reclutamiento de los participantes

Para reclutar a los participantes se estableció contacto con el Instituto Médico Schilkrut. Esta institución es una organización privada de salud mental, que se especializa en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes con trastornos de personalidad, dependencia química y otros desórdenes de salud mental, ofreciendo psicoterapia individual y familiar a adolescentes y adultos. Se trabajó en colaboración con el área de estudios del Instituto, que apoyó directamente los procedimientos de evaluación y

grabación de las sesiones. Tanto a los pacientes, y sus padres en caso de ser menores de edad, como a los terapeutas les fueron comunicadas las condiciones del estudio y firmaron un consentimiento informado para autorizar su participación. Las consideraciones éticas del estudio fueron revisadas y aprobadas por el Comité de Ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile, cumpliendo con todos los resguardos internacionales de investigación con humanos.

Diagnóstico y evaluación de criterios de exclusión y condiciones de entrada

Una vez que los pacientes aceptaron participar en la investigación, se llevaron a cabo los procedimientos destinados a evaluar los criterios de inclusión y exclusión, es decir, establecer el diagnóstico de trastorno de personalidad límite y descartar trastorno de personalidad antisocial mediante la SCID II, (First et al., 1995); y descartar trastornos psicóticos o trastorno de conducta disocial, mediante la aplicación de la Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI) (Sheehan et al., 1998). También se evaluó la sintomatología depresiva mediante el BDI-IA (Beck et al., 1961; Valdés et al., 2017). Ambas entrevistas fueron realizadas por una psicóloga clínica entrenada en el uso de ambas entrevistas.

Delimitación de episodios relevantes y análisis de los modos de actividad mental

Cada sesión de psicoterapia fue grabada en audio y video y posteriormente transcrita para el análisis de los episodios relevantes y de los modos de actividad mental de paciente y terapeuta.

La identificación de episodios relevantes se llevó a cabo por dos observadores entrenados en el uso del Manual de observación, registro y codificación de episodios de cambio y estancamientos, versión 2.0 (PCCRP, 2012, ver Anexo 2). Es importante recalcar que en ambos tipos de episodio el foco de la observación está puesto en el paciente, independiente de las intervenciones del terapeuta y de sus aciertos o errores

(Fernández et al., 2012). Se calcularon coeficientes kappa como una medida de confiabilidad de la metodología.

Para identificar un episodio de cambio, primero se debe identificar un momento de cambio y luego delimitar el episodio en que éste ocurre. Para que la manifestación verbal de cambio del paciente se considere un momento de cambio, debe cumplir con cuatro criterios sustantivos. En primer lugar, se requiere que exista correspondencia teórica, es decir, que los contenidos del momento de cambio correspondan a alguno de los indicadores de Listado de Indicadores Genéricos de Cambio (Krause et al., 2006). Para asignar un indicador al momento, se debe considerar que los indicadores son jerárquicos, por lo que, en caso de duda ante la evidencia de dos o más indicadores simultáneos, se debe codificar el indicador de cambio de nivel jerárquico más alto. En segundo lugar, debe cumplirse la verificabilidad, es decir, el cambio debe observarse durante la sesión o debe mencionarse durante ésta y ser referido a la terapia, en el caso de los cambios extra-sesión (un cambio extra-sesión es aquel en que el paciente refiere haber sufrido un cambio fuera de la sesión, donde la verbalización muestra que fue producto de la terapia). En tercer lugar, debe ser novedoso, o sea que el fenómeno debe manifestarse por primera vez durante al proceso respecto al contenido específico del cambio. Por último, debe ser consistente, o sea debe ser concordante con las claves no-verbales tanto generales como idiosincráticas de cada paciente y no debe ser contradicho en otro momento posterior de la terapia (Krause et al., 2006). El momento de cambio se considera el punto culminante y final del episodio de cambio y para determinar su inicio, ya definida su temática según el indicador asignado, se busca el comienzo de la interacción terapéutica sobre esa temática, a fin de identificar el inicio del trabajo terapéutico. Ese punto se define como el comienzo del episodio de cambio (ver Figura 2).

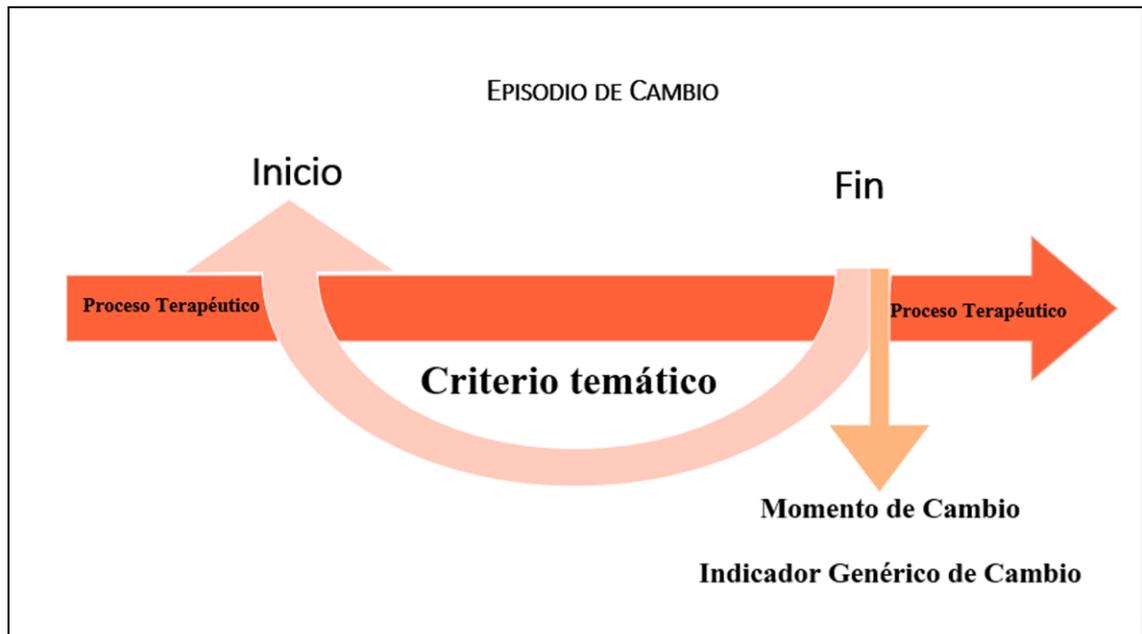


Figura 2. Delimitación de Episodios de Cambio (PCCRP, 2012)

Los episodios de estancamiento se definen como una reedición del patrón disfuncional transcurrida durante la sesión que muestra la detención temporal del proceso de cambio del consultante (Herrera et al., 2009). Esta detención se caracteriza por una persistencia de las formas de comprender, comportarse y sentir del paciente frente a su problemática (Fernández et al., 2012). Debe existir una coincidencia del contenido con las temáticas de estancamiento (se asigna la temática más representativa del Listado de Temáticas de Estancamiento (Programa Chileno de Investigación Psicoterapia y Cambio, 2012) y una congruencia no verbal con el indicador temático asignado. En términos metodológicos, el episodio de estancamiento debe tener una duración mínima continuada de 3 minutos y tener una distancia de al menos 10 minutos de algún Momento de Cambio posterior. Al delimitar el inicio y el fin del episodio, se debe seleccionar el fragmento donde se aprecie con mayor claridad el estancamiento, dejando fuera aquellos segmentos

donde haya dudas o falte mayor consenso (Programa Chileno de Investigación Psicoterapia y Cambio, 2012) (ver Figura 3).

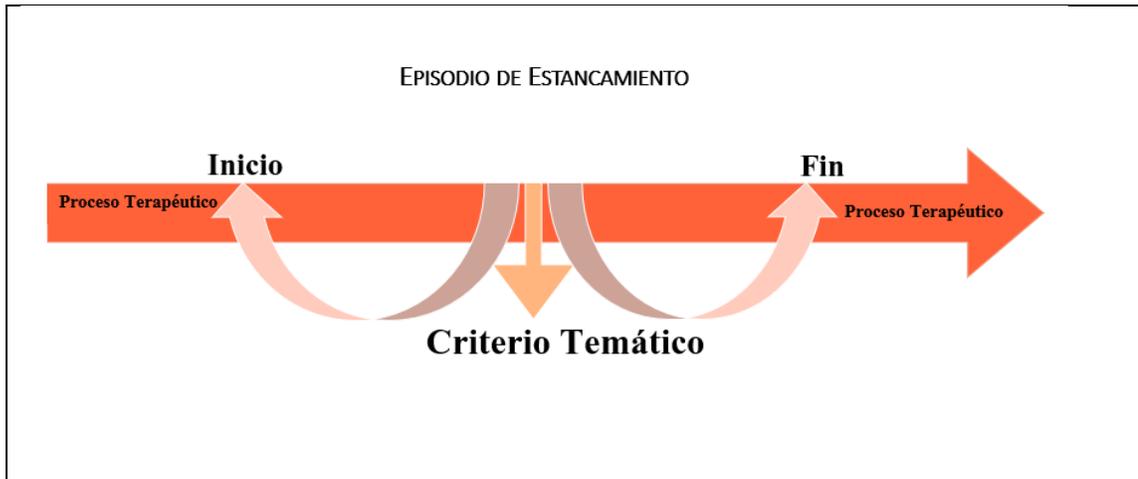


Figura 3. Delimitación de Episodios de Estancamiento (PCCRP, 2012)

Para analizar los MMA, también se trabajó con el video y la transcripción de los episodios relevantes, empleando el sistema de codificación descrito en el TCA Rating Methodology for Psychotherapy Process (Foelsch, 2001) ya descrito con anterioridad. Esta codificación se llevó a cabo por la creadora del sistema, quien además fue ciega al tipo de episodio codificado, para no sesgar los resultados. Un segundo observador entrenado codificó una muestra de los episodios para calcular un coeficiente kappa que diera cuenta de la confiabilidad de la metodología.

Procedimiento de análisis de datos

Construcción de variables

Se construyeron variables que permitieran trabajar con la codificación de los modos de actividad mental de forma cuantitativa. Estas variables recogen tres aspectos

esenciales de los modos de actividad mental: la intensidad con que cada modo se presenta en el episodio, el modo dominante en el episodio, y en caso de que el modo de actividad mental reflexivo sea el dominante, la profundidad con que se presenta en el episodio. Estas variables se construyeron tanto para el paciente como para el terapeuta.

Intensidad del modo de actividad mental en el episodio relevante. Cada turno del episodio se codificó en función de la presencia del modo de 0 a 3 puntos, donde 0 implica ausencia, 1 implica un aporte mínimo, 2 corresponde a una presencia media y 3 a una clara y marcada presencia del modo en el turno de palabra. La variable intensidad se construyó promediando la presencia del modo en todos los turnos que compone el episodio, por lo que el valor mínimo es 0 y el valor máximo es 3.

Dado que se codificó la intensidad para cada modo de actividad mental por separado para paciente y terapeuta, y que cada modo puede observarse en un mismo turno en forma simultánea, en total se construyeron 6 variables que son independientes entre sí. Esto implica que cada episodio relevante tiene asociado un valor para la intensidad de cada modo de actividad mental, tanto respecto del paciente como del terapeuta (ver Figura 4).

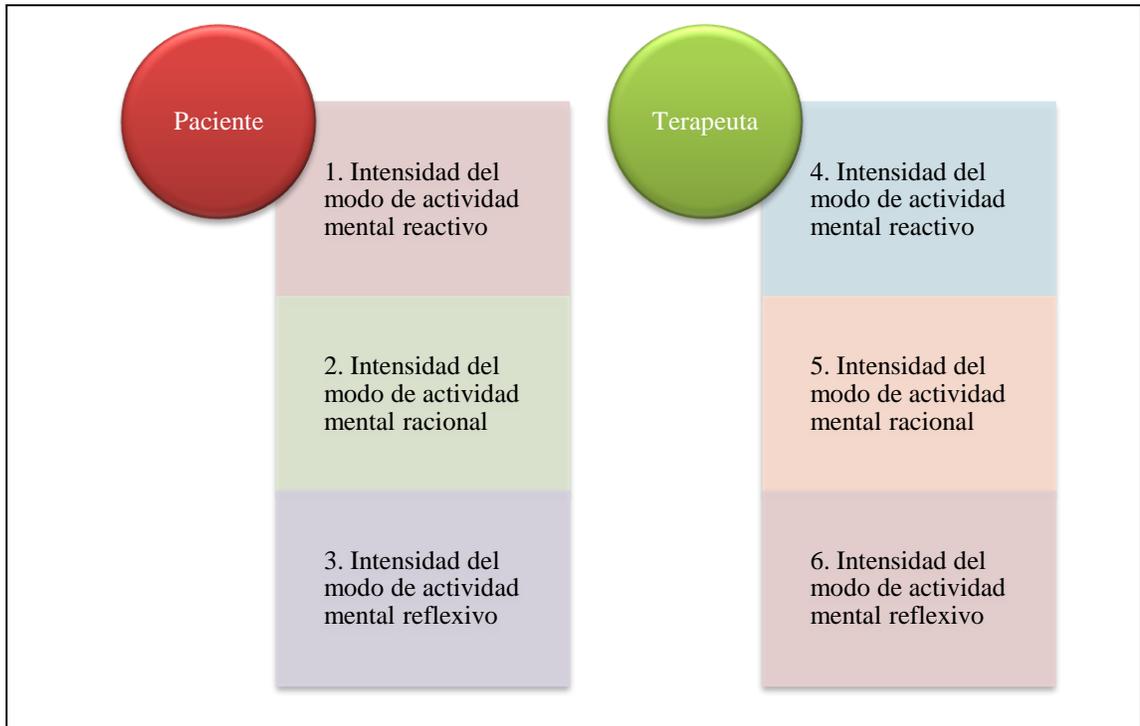


Figura 4. Variables de Intensidad del modo de actividad mental

Dominancia de cada modo de actividad mental en el episodio relevante. El sistema de codificación permite identificar la presencia de más de un modo de actividad mental en un mismo turno de palabra simultáneamente, por lo que adicional a la presencia también se codifica la dominancia, esto es, cuál de los modos define mejor la actividad del paciente o del terapeuta en dicho turno. Considerando esto, se construyeron una serie de variables para representar la dominancia que cada modo de actividad mental tiene en el episodio relevante en su totalidad, calculando la proporción que representan los turnos correspondientes a cada uno de los modos, respecto del total de turnos que componen el episodio. Esto implica que cada episodio relevante tiene asociado un valor para la dominancia de cada modo de actividad mental, tanto respecto del paciente como del terapeuta y, como cada variable representa una proporción en el turno, éstas no son independientes entre sí (ver Figura 5).

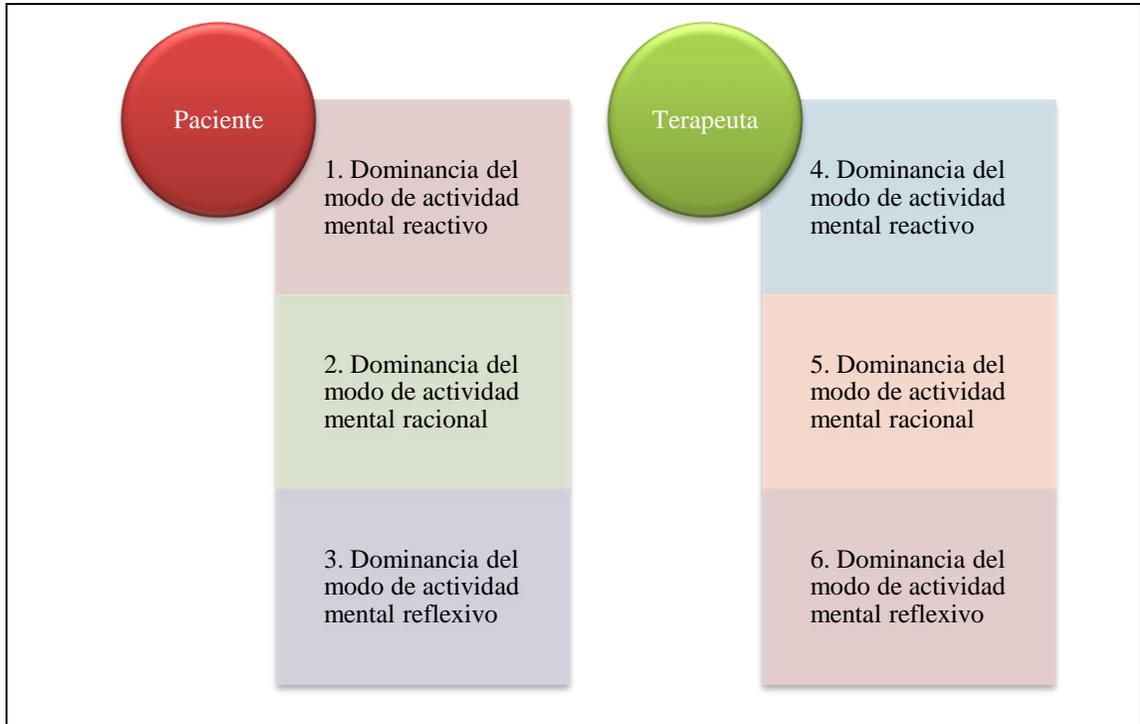


Figura 5. Variables de Intensidad del modo de actividad mental

Nivel de profundidad del modo de actividad mental reflexivo en el episodio relevante:

Cuando se codifica la presencia del modo de actividad mental reflexivo como dominante en un turno, se codifica además la profundidad de este modo, identificando tres niveles de menor a mayor complejidad: emergente, inmersivo o de elaboración. Teniendo esto en cuenta, se construyó la variable profundidad, calculando la proporción que representan los diferentes niveles respecto del total de turnos con dominancia reflexiva que componen el episodio. Esto implica que cada episodio relevante que tiene una proporción de dominancia del modo de actividad mental reflexivo, distinta de cero, tiene asociado un valor para la profundidad, tanto respecto del paciente como del terapeuta y, como cada

variable representa una proporción en el turno, éstas no son independientes entre sí (ver Figura 6).

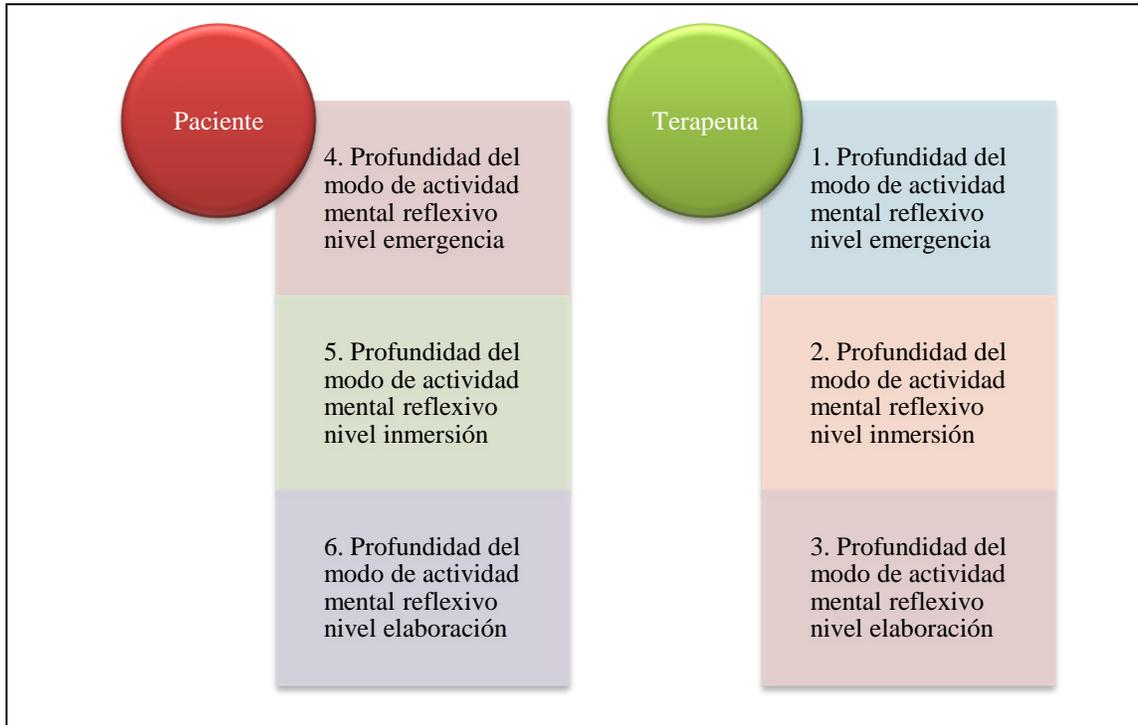


Figura 6. Variables de Intensidad del modo de actividad mental

Se realizó el análisis de datos utilizando técnicas de análisis cuantitativo de tipo descriptivo e inferencial. Al testear los supuestos de distribución, la gran mayoría de las variables creadas presentó una distribución normal, según la prueba de Kolmogorov-Smirnov. En aquéllas que no, se revisaron los gráficos Q-Q, donde se pudo ver que se presentaban desviaciones pequeñas y sin valores atípicos que hicieran desestimar el uso de pruebas paramétricas de análisis multivariado y univariado. Para caracterizar los episodios de cambio y estancamiento, comparando ambos tipos de episodios en relación con los modos de actividad mental del paciente y el terapeuta respectivamente, se usó

MANOVA para la comparación según la intensidad, dado que las variables son independientes entre sí, y ANOVA mixto para compararlos en función de la dominancia y la profundidad, puesto que estas variables, al ser proporciones, no son independientes entre sí. Para determinar la capacidad explicativa de los modos de actividad mental se utilizó regresión logística como modelo de análisis y para relacionar los modos de actividad mental de terapeuta y paciente, correlaciones de Pearson. Para ejemplificar la dinámica de la interacción se empleó un análisis descriptivo de carácter cualitativo.

Resultados

Caracterización de los casos y los datos analizados

Como se mencionó anteriormente, el contacto con los participantes del estudio se gestionó gracias a la colaboración del Instituto Médico Schilkrut y su área de investigación. Los pacientes fueron evaluados de acuerdo con el protocolo habitual de atención del Instituto, que contempla la realización de un proceso psicodiagnóstico que incluye entrevistas clínicas y la aplicación de diversas pruebas proyectivas y psicométricas que se seleccionan en función de la particularidad de cada caso. Adicionalmente, los pacientes fueron evaluados con las entrevistas estructuradas MINI o MINI-KID según su edad y con la SCID-II para evaluar los criterios de inclusión y exclusión, y respondieron el BDI-IA para evaluar la presencia de sintomatología depresiva.

Los tres terapeutas del estudio eran parte del equipo de atención de adolescentes y adultos con trastorno de personalidad del Instituto, con formación de postgrado en psicología clínica, al menos 5 años de experiencia en el tratamiento de pacientes, y además se encontraban en entrenamiento para la atención de pacientes con trastorno de personalidad bajo el modelo de atención Adolescence Identity Treatment (AIT; Foelsch et al., 2014) con supervisión semanal de sus casos.

Adicionalmente, todos los participantes tenían terapia familiar de frecuencia variable con otro terapeuta y controles psiquiátricos regulares. Además, se contemplaron otras derivaciones en el proceso como nutricionista y trabajador social dependiendo de las necesidades de cada caso.

Caso 1: Miguel (paciente) y María (terapeuta)

Miguel tiene 19 años cuando llega a consultar y se encuentra trabajando como proyccionista en una sala de cine en la zona céntrica de Santiago. Su consulta está

motivada por una serie de conflictos familiares y académicos, que derivaron en que abandonara sus estudios de cine en una universidad privada de Santiago. En la evaluación realizada con el MINI, no cumplió criterios para ninguno de los trastornos evaluados, aunque sí presentó diversa sintomatología afectiva y ansiosa, además de tener antecedentes de ideación suicida leve en el pasado. También cumplió con los criterios para trastorno de personalidad límite.

María, la terapeuta de Miguel, tenía 29 años, y 5 años de experiencia al momento del inicio de la terapia.

La terapia de Miguel se inicia con indicación de dos veces por semanas, se analizaron las primeras 21 sesiones que se llevaron a cabo en un período de aproximadamente 5 meses, entre junio y octubre del año 2014. La terapia se extendió hasta marzo del año siguiente, porque el paciente decidió terminar el proceso.

Caso 2: Trinidad (paciente) y Rafaela (terapeuta)

Trinidad tiene 17 años cuando llega a consultar y se encuentra cursando 4° de enseñanza media en un colegio particular de la zona oriente de Santiago. Su consulta estuvo motivada por una serie de síntomas depresivos y ansiosos, ausentismo escolar, consumo abusivo de alcohol y problemas familiares y sociales en la escuela. De acuerdo con lo explorado en las entrevistas estructuradas, la paciente cumplió con los criterios diagnósticos para episodio depresivo mayor, episodio hipomaniaco y riesgo suicida leve. Presenta una amplia variedad de síntomas afectivos, que se iniciaron al inicio del año escolar que se encontraba cursando, derivados de problemas con sus pares en el colegio. En el área de trastornos de angustia, la paciente cumplía criterios para trastorno de angustia sin agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada. Los síntomas angustiosos se relacionan principal, pero no exclusivamente, con temores vinculados a las relaciones con sus pares, la situación escolar, y a sentirse

abandonada por sus amigas. También cumplió con los criterios para trastorno de personalidad límite.

Rafaela, terapeuta de Trinidad, tenía 32 años y 7 años de experiencia clínica al momento del inicio de la terapia.

La terapia de Trinidad se inicia con indicación de una vez por semana, y se analizaron 17 sesiones que se llevaron a cabo en un período de aproximadamente 7 meses, entre agosto del 2014 y febrero del 2015. Originalmente la propuesta era un año de trabajo, no obstante, la paciente decide terminar anticipadamente la terapia, en contra de la recomendación de la terapeuta.

Caso 3: Carolina (paciente) y Carlos (terapeuta)

Carolina tiene 17 años cuando llega a consultar y se encuentra cursando 3° medio en un colegio municipal de la zona céntrica de Santiago. Es derivada a tratamiento tras una internación en una clínica psiquiátrica por riesgo suicida grave. De acuerdo con lo explorado en la entrevista, la paciente cumplía con los criterios diagnósticos para episodio depresivo mayor, trastorno distímico y riesgo suicida alto. Presenta una amplia variedad de síntomas afectivos, agudizados por situaciones de pérdida recientes (murió su mascota) y dificultades familiares y sociales derivadas de la hospitalización reciente. En el área de trastornos de angustia, la evaluada cumple criterios para agorafobia sin historial de trastorno de angustia, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada. Los síntomas angustiosos se relacionan principal, pero no exclusivamente, con temores vinculados a las relaciones con sus pares, la situación escolar, el miedo al fracaso y a sentirse desadaptada. Carolina presentaba también síntomas de estrés agudo por la reciente pérdida de su mascota, un gatito que fue envenenado intencionalmente por desconocidos malintencionados, de acuerdo con su relato. Cumplía también con los criterios diagnósticos de Trastorno Negativista Desafiante. Si bien no se cumplían todos

los criterios necesarios para el diagnóstico de bulimia nerviosa, la paciente presentaba varios síntomas de este tipo, aunque estos no requirieron de atención durante la parte del tratamiento que fue analizada.

Carlos, terapeuta de Carolina, tenía 43 años al momento del inicio de la terapia, y 10 años de experiencia clínica.

La terapia de Carolina se inicia con indicación de una vez por semana, y se analizaron las primeras 21 sesiones que se llevaron a cabo en un período de aproximadamente 7 meses, entre octubre del 2014 y marzo del 2015. La terapia se extendió por aproximadamente un año y hubo un alta positiva.

Sesiones, episodios y turnos de palabra analizados

Se analizaron 57 sesiones en total. De la terapia de Miguel, se analizaron las primeras 21 sesiones, esto porque en la sesión 13 participó su padre, por lo que no fue incluida en los análisis, pero sí revisada para asegurar la comprensión de la continuidad del proceso. De la terapia de Trinidad se analizaron 17 sesiones pues la terapia terminó en forma anticipada y no pudieron analizarse las 20 propuestas inicialmente. De la terapia de Carolina se analizaron las primeras 21 sesiones, esto porque hubo una falla técnica y de la sesión 3 se grabaron sólo 5 minutos, por lo que no pudo ser analizada.

Se identificó un total de 57 episodios relevantes: 25 episodios de cambio y 32 episodios de estancamiento. La Figura 7 muestra la distribución de los episodios para cada caso, donde puede verse que aquélla no es homogénea, lo que fue corroborado utilizando un análisis de Chi cuadrado que muestra que la tendencia en la distribución de los episodios en cada caso. Específicamente, Miguel y Trinidad muestran una mayor frecuencia de episodios de estancamiento que de cambio y Carolina muestra una frecuencia mayor de episodios de cambio que de estancamiento ($\chi^2(2, N = 57) = 13,073$; $p = 0,001$). Sólo una de las celdas obtuvo una frecuencia observada menor que cinco.

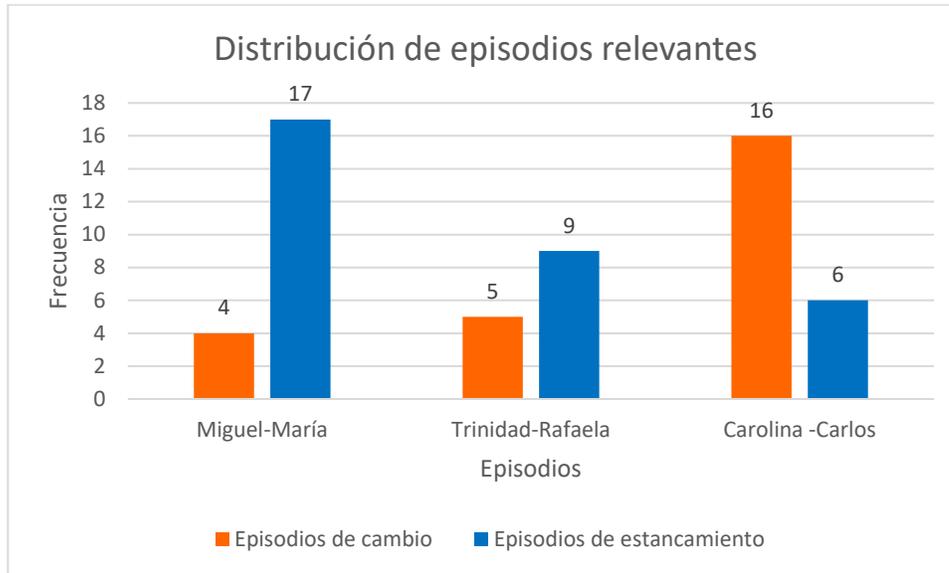


Figura 7. Distribución de Episodios relevantes en los 3 casos analizados

Se analizaron en total 1560 turnos de palabra, 779 del paciente y 779 del terapeuta. Los episodios de estancamiento tienen una media de 35,84 ($DE = 14,07$) turnos de palabra mientras que los episodios de estancamiento tienen una media de 16,52 ($DE = 11,43$), diferencia que se considera significativa ($t(55) = 5,576; p < 0,001; d = 1,5, 95\% IC [12,38, 26,27]$) (ver Figura 8).

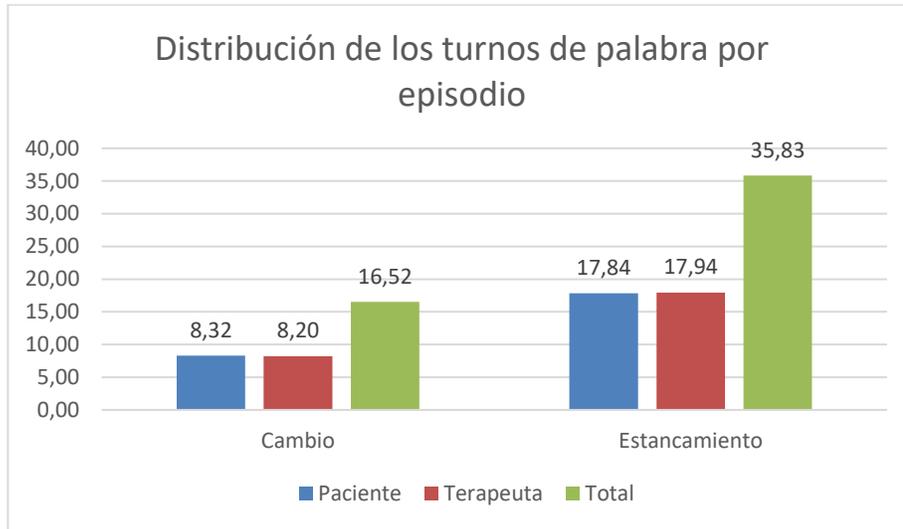


Figura 8. Distribución de turnos de palabra según tipo de episodio

Caracterización de la evolución de los IGC y las temáticas de estancamiento

Caso 1: Miguel (paciente) y María (terapeuta)

El Caso 1 mostró una gran cantidad de episodios de estancamiento (17), donde las temáticas más recurrentes fueron negar la existencia o disminuir la importancia de un problema y no hacerse responsable de los propios actos. Los cambios (4) experimentados tuvieron que ver con el descongelamiento o cuestionamiento de forma habituales de la conceptualización del sí mismo. La Figura 9 muestra la evolución de los indicadores de cambio y de las temáticas de estancamiento en el proceso terapéutico de Miguel.

Indicadores de Cambio	Sesión	Temáticas de estancamiento
	1	
	2	
	3	
	4	A. Negación de la existencia de un problema o su minimización
		A. Negación de la existencia de un problema o su minimización
		D. No hacerse responsable de los propios actos
5. Descongelamiento de formas habituales de entendimiento, comportamiento y/o emoción	5	A. Negación de la existencia de un problema o su minimización
	6	H. Resistencia a pensar acerca de nuevas posibilidades de sí mismo (conducta, pensamiento o emoción)
		A. Negación de la existencia de un problema o su minimización
	7	
	8	A. Negación de la existencia de un problema o su minimización
	9	A. Negación de la existencia de un problema o su minimización
	10	
		D. No hacerse responsable de los propios actos
	11	D. No hacerse responsable de los propios actos
6. Expresión de la necesidad de cambio	12	K. Resistencia a la reconceptualización de las definiciones iniciales del problema o síntoma
17. Reconocimiento de la ayuda recibida		
	13	
	14	A. Negación de la existencia de un problema o su minimización
5. Descongelamiento de formas habituales de entendimiento, comportamiento y/o emoción	15	
	16	D. No hacerse responsable de los propios actos
	17	
	18	K. Resistencia a la reconceptualización de las definiciones iniciales del problema o síntoma
	19	A. Negación de la existencia de un problema o su minimización
	20	A. Negación de la existencia de un problema o su minimización
	21	A. Negación de la existencia de un problema o su minimización

Figura 9. Evolución de los indicadores de cambio y de las temáticas de estancamiento en el proceso terapéutico del Caso 1.

Caso 2: Trinidad (paciente) y Rafaela (terapeuta)

En el Caso 2, se observó también un predominio de episodios de estancamiento (9) por sobre los de cambio (5). Los indicadores de cambio muestran en su mayoría cambios del primer nivel, y las temáticas de estancamiento más recurrentes fueron el no hacerse cargo de los propios actos y atribuir a otros los propios problemas. La Figura 10 muestra la evolución de los indicadores de cambio y las temáticas de estancamiento de su proceso terapéutico

Indicadores de Cambio	Sesión	Temáticas de estancamiento
	1	
	2	
	3	
	4	E. Aparición de sentimientos de incompetencia G. Atribución a otros de los propios problemas
5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas habituales de entendimiento, comportamiento y/o emoción	5	A. Negación de la existencia de un problema o su minimización
	6	E. Aparición de sentimientos de incompetencia
2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda	7	
	8	D. No hacerse responsable de los propios actos G. Atribución a otros de los propios problemas
	9	H. Resistencia a pensar acerca de nuevas posibilidades de sí mismo
	10	
	11	
	12	
7. Reconocimiento de la participación en los propios problemas	13	
9. Manifestación de un comportamiento o emoción nuevos		
	14	

12. Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas	15	I. Cuestionamiento del terapeuta como profesional competente
	16	I. Cuestionamiento del terapeuta como profesional competente
	17	

Figura 10. Evolución de los indicadores de cambio y de las temáticas de estancamiento en el proceso terapéutico del Caso 2.

Caso 3: Carolina (paciente) y Carlos (terapeuta)

El Caso 3, tuvo mucho más avance en términos de momentos de cambio (16) y una presencia comparativa mucho menor de episodios de estancamiento (6). Los indicadores de cambio muestran que el proceso estuvo marcado principalmente por el descubrimiento de nuevos aspectos de sí misma y por el establecimiento de relaciones entre estos aspectos, aspectos de la propia biografía y del entorno. Por otra parte, la temática de estancamiento más recurrente fue la resistencia a pensar acerca de nuevas posibilidades de sí misma, en oposición directa a lo que se trabajaba permanente en la terapia y que transformaba las significaciones de la paciente. En la Figura 11 se muestra el detalle de los IGC y las temáticas de estancamiento de su proceso.

Indicadores de Cambio	Sesión	Temáticas de estancamiento
	1	
	2	
	3	
8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo	4	H. Resistencia a pensar acerca de nuevas posibilidades de sí mismo
8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo	5	H. Resistencia a pensar acerca de nuevas posibilidades de sí mismo
8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo	6	H. Resistencia a pensar acerca de nuevas posibilidades de sí mismo
	7	
9. Manifestación de un comportamiento o emoción nuevos	8	
10. Establecimiento de nuevas asociaciones entre aspectos propios, entre aspectos propios y del entorno, o entre aspectos propios y biográficos		

10. Establecimiento de nuevas asociaciones entre aspectos propios, entre aspectos propios y del entorno, o entre aspectos propios y biográficos		
	9	
	10	
	11	
	12	
10. Establecimiento de nuevas asociaciones entre aspectos propios, entre aspectos propios y del entorno, o entre aspectos propios y biográficos	13	H. Resistencia a pensar acerca de nuevas posibilidades de sí mismo
10. Establecimiento de nuevas asociaciones entre aspectos propios, entre aspectos propios y del entorno, o entre aspectos propios y biográficos	14	
	15	
10. Establecimiento de nuevas asociaciones entre aspectos propios, entre aspectos propios y del entorno, o entre aspectos propios y biográficos	16	
13. Transformación de valoraciones o emociones y relaciones en relación con sí mismo u otros		
9. Manifestación de un comportamiento o emoción nuevos	17	
9. Manifestación de un comportamiento o emoción nuevos	18	J. Resistencia al establecimiento de relaciones entre síntomas, emociones y comportamientos
9. Manifestación de un comportamiento o emoción nuevos		
12. Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas	19	K. Resistencia a la reconceptualización de las definiciones iniciales del problema o síntoma
16. Autonomía en torno al manejo de significado psicológico		
	20	
13. Transformación de valoraciones o emociones y relaciones en relación con sí mismo u otros	21	

Figura 11. Evolución de los indicadores de cambio y de las temáticas de estancamiento en el proceso terapéutico del caso 3.

Análisis comparativo de los modos de actividad mental de paciente y terapeuta en episodios de cambio y estancamiento

Intensidad de los modos de actividad mental de paciente y terapeuta en episodios de cambio y estancamiento

El primer paso es evaluar los supuestos del modelo. Si bien no se cumple el supuesto de esfericidad de las matrices de covarianza ($M de Box = 42,418; F(21, 9767,884) = 1,777; p = 0,016$), sí se cumple el supuesto de homocedasticidad de varianzas

para todas las comparaciones ($p > 0,005$) excepto para la intensidad del modo de actividad mental reactivo del paciente ($F(1,55) = 8,369; p = 0,005$).

El MANOVA realizado para comparar los episodios de cambio y estancamiento en función de la intensidad de los modos de actividad mental en cada uno de los turnos de palabra que componen los episodios, tanto del paciente como del terapeuta, controlando el efecto de la variable día terapéutica; mostró que existen diferencias significativas en la intensidad de los modos de actividad mental en función del tipo de episodio (λ de Wilks = 0,414; $F(6; 49) = 11,556; p < 0,001$).

Específicamente, respecto de los modos de actividad mental del terapeuta, no se observan diferencias entre los episodios en función de los modos de actividad mental ni racional ($F(1,54) = 0,435; p = 0,512$) ni reflexivo ($F(1,54) = 0,341; p = 0,562$). Sin embargo, sí se observaron diferencias significativas en la intensidad del modo de actividad mental reactivo ($F(1,54) = 4,414; p = 0,04$). Específicamente, en los episodios de estancamiento, la media de la intensidad del modo de actividad mental reactivo es de 1,94 ($DE = 0,46$) mientras que en los episodios de cambio es más baja, de 1,57 ($DE = 0,69$). El resto de las medias de la intensidad del modo de actividad mental del terapeuta según el tipo de episodio pueden verse en la Figura 12.

En relación con los modos de actividad mental del paciente, se observan diferencias significativas entre los episodios en la intensidad de todos los modos de actividad mental. Particularmente, en los episodios de cambio se observa mayor intensidad del modo de actividad mental reflexivo ($M = 2,32; DE = 0,74$) que en los episodios de estancamiento ($M = 0,77; DE = 0,55; F(1,54) = 54,068; p < 0,001$). Por otra parte, en los episodios de estancamiento se observa mayor intensidad de los modos de actividad mental reactivo con una media de 2,7 ($DE = 0,29$) frente a 2,26 ($DE = 0,52$) en los episodios de cambio ($F(1,54) = 30,195; p < 0,001$) y del modo de actividad mental

racional con una media de 1,25 ($DE = 0,67$) en los episodios de estancamiento y una media de 0,54 ($DE = 0,57$) en los episodios de cambio ($F(1,54) = 30,195$; $p < 0,001$).

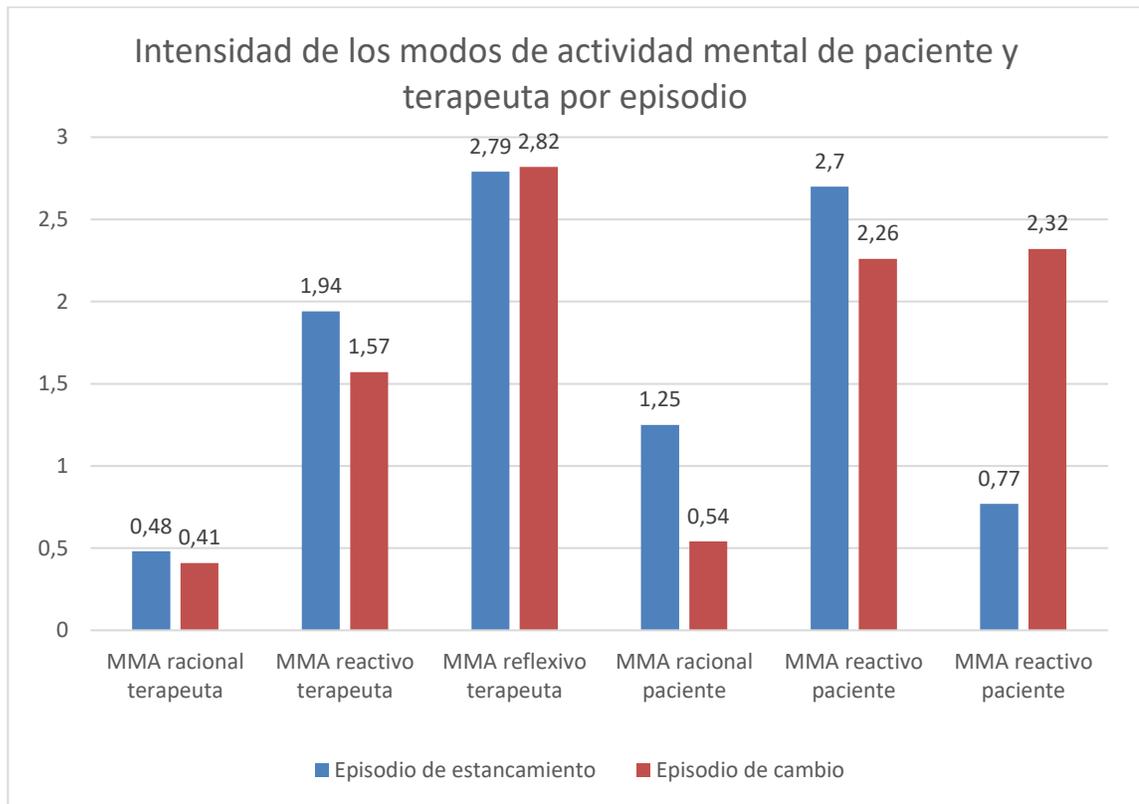


Figura 12. Intensidad de los modos de actividad mental racional, reactivo y reflexivo de paciente y terapeuta según tipo de episodio.

Dominancia de los modos de actividad mental de paciente y terapeuta en episodios de cambio y estancamiento

Al evaluar los supuestos del ANOVA mixto para comparar la dominancia de los modos de actividad mental del terapeuta en función del tipo de episodio, controlando el efecto de la diada terapéutica, se observó que si bien no se cumple el supuesto de

esfericidad de las matrices de covarianza ($M de Box = 16,507$; $F(6, 18599,049) = 2,584$; $p < 0,017$), sí se cumple el supuesto de homocedasticidad de varianzas para todas las comparaciones ($p > ,005$). Los resultados del análisis muestran que sólo hay un efecto de la dominancia ($\lambda de Wilks = 0,431$; $F(2; 53) = 35,005$; $p < 0,001$) y no de la interacción entre dominancia y tipo de episodio ($\lambda de Wilks = 0,964$; $F(2; 53) = 0,995$; $p = 0,376$).

Específicamente, respecto de los modos de actividad mental del terapeuta, no se observan diferencias significativas en la dominancia de los modos racional ($M = 0,07$, $DE = 0,12$) y reactivo ($M = 0,08$, $DE = p > ,005$). Sin embargo, sí se observaron diferencias significativas en la dominancia del modo reflexivo ($M = 0,87$, $DE = 0,17$), que muestra una proporción mayor que los otros modos ($p < ,001$). Estas diferencias pueden verse en la Figura 13, donde se presentan además separadas por tipo de episodio.

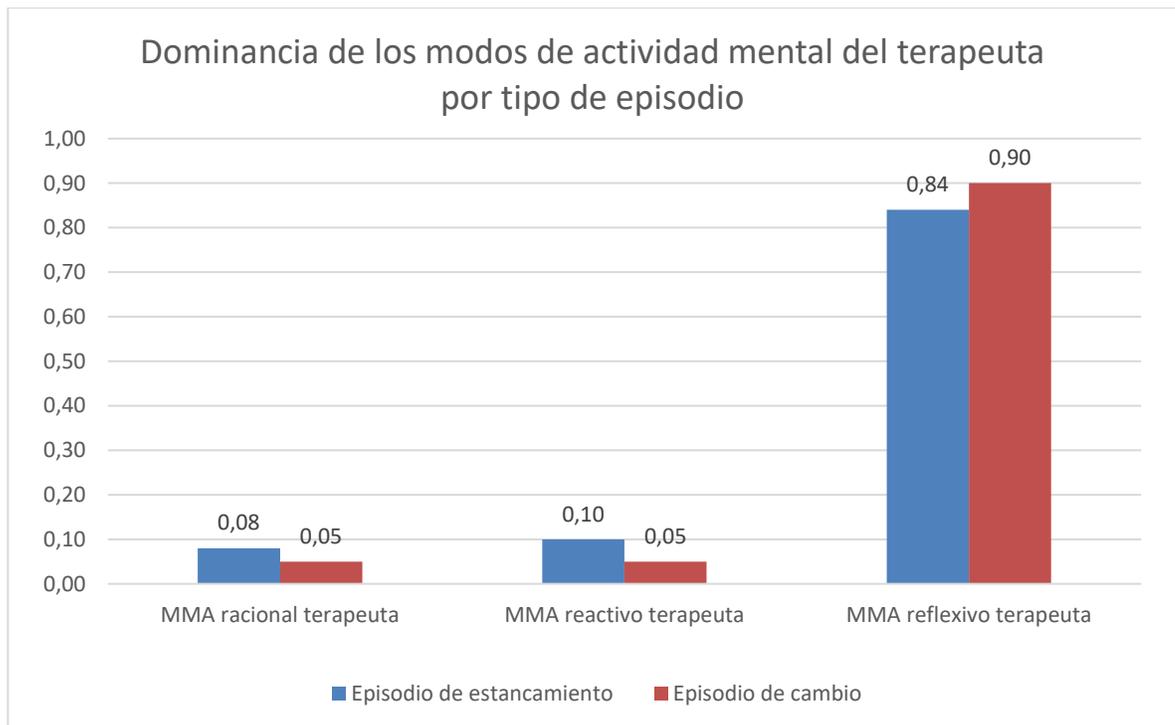


Figura 13. Dominancia de los modos de actividad mental del terapeuta según tipo de episodio.

Al evaluar los supuestos del ANOVA mixto para comparar la dominancia de los modos de actividad mental del paciente en función del tipo de episodio, controlando el efecto de la diada terapéutica, se observó que si bien no se cumple el supuesto de esfericidad de las matrices de covarianza ($M de Box = 24,675; F(6, 18599,049) = 3,863; p < 0,001$), sí se cumple el supuesto de homocedasticidad de varianzas para todas las comparaciones ($p > ,005$) excepto para la dominancia del modo reflexivo ($p < 0,001$). Los resultados del análisis muestran que hay un efecto significativo de la interacción entre dominancia y tipo de episodio ($\lambda de Wilks = 0,507; F(2; 53) = 25,786; p < 0,001$) y no hay efecto principal de la dominancia ($\lambda de Wilks = 0,956; F(2; 53) = 1,231; p = 0,30$).

Específicamente, en los episodios de estancamiento, hay diferencias significativas entre el modo reactivo ($M = 0,63, DE = 0,21$) y los modos racional ($M = 0,23, DE = 0,17$) y reflexivo ($M = 0,14, DE = 0,14; p < ,001$), pero no entre estos últimos ($p = ,0513$). Por otra parte, en los episodios de cambio, se observan diferencias entre el modo reactivo ($M = 0,32, DE = 0,23$) racional ($M = 0,08, DE = 0,14$) y reflexivo ($M = 0,60, DE = 0,29; p < 0,005$). Estas diferencias pueden verse en la Figura 14, donde se presentan además separadas por tipo de episodio.

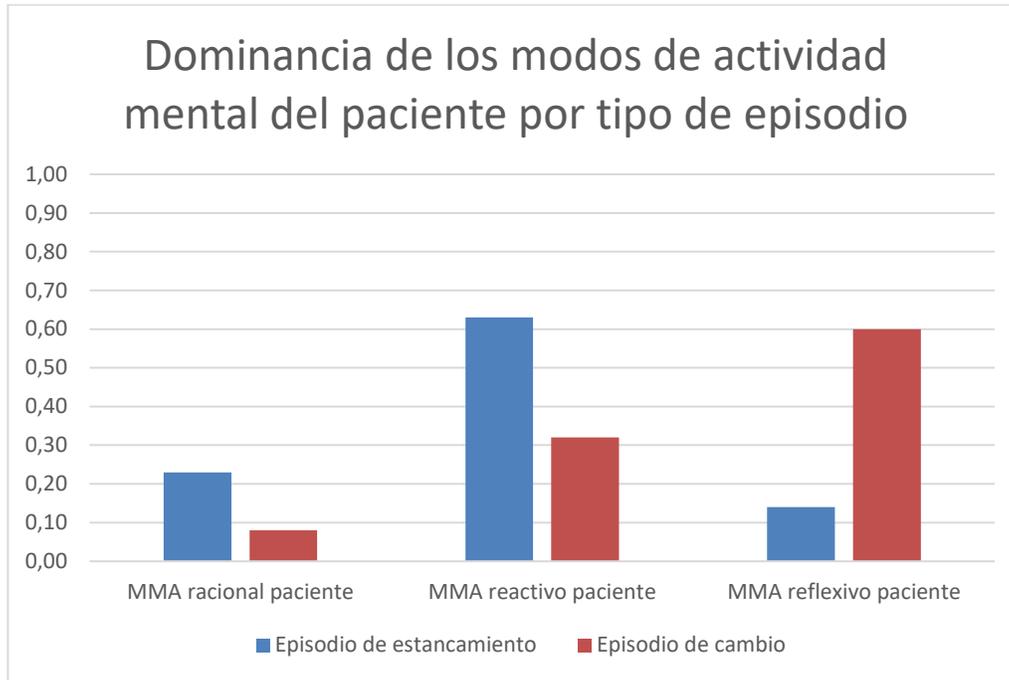


Figura 14. Dominancia de los modos de actividad mental del paciente según tipo de episodio.

Profundidad del modo de actividad mental reflexivo de paciente y terapeuta en episodios de cambio y estancamiento

Dos ANOVA mixtos permitieron comparar los episodios de cambio y estancamiento en función del nivel del modo de actividad mental reflexivo (emergencia, inmersión, elaboración) controlando el efecto de la variable día terapéutica, para el terapeuta y el paciente.

En primer lugar, se evaluaron los supuestos, observándose que no se cumple el supuesto de esfericidad de las matrices de covarianza ($M de Box = 14,845; F(6, 18599,049) = 2,324; p < 0,03$), ni el supuesto de homocedasticidad de varianzas para las comparaciones

($p < 0,05$) excepto para el nivel elaboración ($p = 0,921$). Se observó que no hay efecto principal de la profundidad del modo de actividad reflexivo (λ de Wilks = 0,937; $F(2; 53) = 1,769$; $p < 0,180$) ni de la interacción entre la profundidad del modo reflexivo y el tipo de episodio (λ de Wilks= 0,929; $F(2; 53) = 2,035$; $p = 0,141$) en el terapeuta.

Por otra parte, en el paciente sí se observó un efecto principal significativo de la profundidad del modo de actividad mental reflexivo (λ de Wilks = 0,877; $F(2; 53) = 3,728$; $p < ,031$), pero no de la interacción entre la profundidad y el tipo de episodio (λ de Wilks= 0,935; $F(2; 53) = 1,842$; $p = ,169$). Específicamente, en los episodios de cambio no hay diferencias significativas entre los niveles de emergencia ($M = 0,36$, $DE = 0,34$), inmersión ($M = 0,36$, $DE = 0,23$) y elaboración ($M = 0,30$, $DE = 0,27$, $p > 0,05$). En los episodios de estancamiento, por otra parte, se observa una mayor proporción de inmersión ($M = 0,47$, $DE = 0,21$) que de emergencia ($M = 0,38$, $DE = 0,25$) y elaboración ($M = 0,17$, $DE = 0,15$, $p < 0,001$). Entre emergencia y elaboración no hay diferencias ($p = 0,513$). Estas diferencias pueden verse en la Figura 15, donde se presentan además separadas por tipo de episodio.

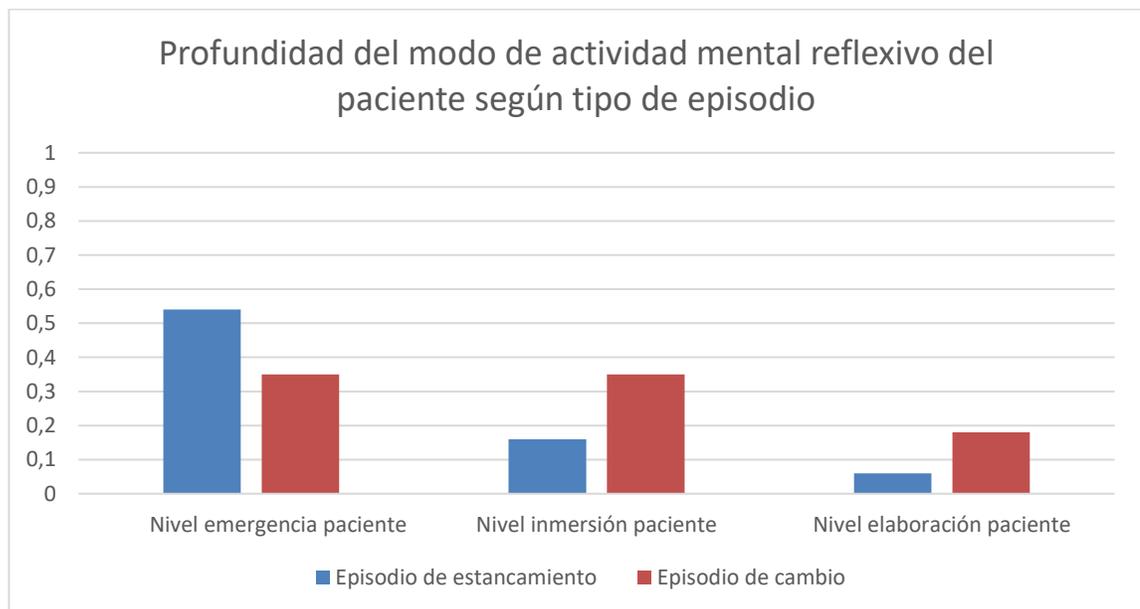


Figura 15. Profundidad del modo de actividad mental reflexivo del paciente según tipo de episodio.

Capacidad explicativa de los modos de actividad mental respecto de los episodios relevantes

Para evaluar la capacidad explicativa de los modos de actividad mental respecto del tipo de episodio, se utilizó como prueba estadística un modelo de regresión logística binaria, utilizando como predictores la intensidad de los modos de actividad mental tanto del paciente como del terapeuta.

Al añadir las variables predictoras del tipo de episodio (intensidad de cada modo de actividad mental tanto del paciente como del terapeuta), el test ómnibus general de los coeficientes del modelo, muestra un $\chi^2(6, N = 57)$ de 56,317 ($p < 0,001$), lo que indica que los predictores incrementan la varianza explicada de la variación de la variable dependiente, en este caso tipo de episodio, de una forma significativa.

Al analizar los indicadores R^2 de Cox y Snell y R^2 de Nagelkerke se aprecia que la variabilidad explicada por el modelo oscila entre un 62,8% y un 84,1%. La prueba de Hosmer y Lemeshow muestra que no hay discrepancias entre los valores predichos y los observados ($\chi^2(8, N = 57) = 2,407; p = 0,966$).

En términos de la sensibilidad del modelo, la tabla de clasificación muestra que el modelo clasifica correctamente al 88% de los episodios de cambio mientras que en términos de especificidad se observa una clasificación correcta de un 93%.

Al analizar las variables que entran en la ecuación, se observa que los únicos predictores estadísticamente significativos son la intensidad del modo de actividad mental reflexivo tanto del terapeuta como del paciente ($p < 0,005$). En el caso del modo de

actividad mental reflexivo del terapeuta, el aporte es marginal, pues no aumenta la chance de un episodio de cambio en más de 0,001 veces. En cambio, en el caso del modo de actividad mental reflexivo del paciente, el aporte es mucho más importante, considerando que cuando la intensidad de este modo aumenta en un punto, la chance de que se observe un episodio de cambio aumenta 139,812 veces.

En términos de la sensibilidad del modelo, la tabla de clasificación (Tabla XZ) muestra que el modelo clasifica correctamente al 93,8% de los episodios de estancamiento y al 92 % de los episodios de cambio mientras que en términos de especificidad se observa un 93%.

Relación entre los modos de actividad mental de paciente y terapeuta a lo largo del proceso terapéutico

Para evaluar la relación entre la intensidad de los modos de actividad mental de paciente y terapeuta en el proceso terapéutico, es decir, sin hacer distinciones en función del tipo de episodio, se calcularon correlaciones de Pearson. La matriz de correlaciones (ver Tabla 3) muestra que hay una serie de coeficientes de correlación significativa que permiten entender cómo es la interacción entre el paciente y el terapeuta en función de sus modos de actividad mental

La intensidad del modo de actividad mental reactivo del terapeuta se relaciona positivamente con la intensidad de los modos de actividad mental reactivo ($r(57) = 0,478$; $p < 0,001$) y racional ($r(57) = 0,306$; $p = 0,021$) del paciente. En cambio, la intensidad del modo de actividad mental reactivo del terapeuta se relaciona negativamente con la intensidad del modo de actividad mental reflexivo del paciente ($r(57) = -0,506$; $p < 0,001$).

La intensidad del modo de actividad mental racional del terapeuta se relaciona positivamente con la intensidad del modo de actividad mental racional del paciente ($r(57) = 0,352$; $p < 0,001$).

La intensidad del modo de actividad mental reflexiva del terapeuta se relaciona negativamente con la intensidad del modo racional del paciente ($r(57) = -0,383$; $p = 0,007$). Por otra parte, la intensidad del modo reflexivo del terapeuta se relaciona positivamente con la intensidad del modo reflexivo del paciente ($r(57) = 0,302$; $p = ,022$).

Puede resultar interesante también considerar las relaciones entre los modos de actividad mental del terapeuta consigo mismo, donde se observa que un terapeuta que muestra una mayor intensidad del modo reflexivo, se encuentra menos reactivo ($r(57) = -0,332$; $p = 0,012$) y menos racional ($r(57) = -0,686$; $p < 0,001$). Por otra parte, en el paciente se observa el mismo fenómeno, una mayor intensidad del modo reflexivo se relaciona con una menor intensidad del modo reactivo ($r(57) = -0,508$; $p < 0,001$) y racional ($r(57) = -0,624$; $p < 0,001$).

Tabla 3
Correlación entre los modos de actividad mental de paciente y terapeuta

Variables	MMA reactivo del terapeuta	MMA racional del terapeuta	MMA reflexivo del terapeuta	MMA reactivo del paciente	MMA racional del paciente	MMA reflexivo del paciente
MMA reactivo del terapeuta		0,105	-0,332*	0,478**	0,306*	-0,506**
MMA racional del terapeuta			-0,686**	0,039	0,352**	-0,123
MMA reflexivo del terapeuta				-0,007	-0,383**	0,302*
MMA reactivo del paciente					0,122	-0,508**
MMA racional del paciente						-0,624**
MMA reflexivo del paciente						

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Discusión y Conclusiones

Finalizado este estudio, es posible afirmar que los resultados obtenidos permiten dar una respuesta inicial a la pregunta de investigación y a los objetivos establecidos. En concreto, se analizaron las primeras 20² sesiones de tres procesos terapéuticos de pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad límite, identificando episodios relevantes, caracterizando el proceso de cambio subjetivo, para luego analizar la interacción de la díada paciente y terapeuta en aquéllos, en función de los modos de actividad mental de ambos momento a momento, a fin de ampliar la comprensión del cambio terapéutico de los pacientes con este diagnóstico y la interacción terapéutica que lo promueve.

A continuación, se analizarán los hallazgos encontrados, contrastándolos con las hipótesis iniciales y se discutirán a la luz de los antecedentes teóricos presentados al inicio de esta investigación incluyendo, además, algunas reflexiones en torno a las implicancias clínicas de estos hallazgos para el abordaje terapéutico de este tipo de pacientes, considerando por supuesto, las limitaciones y proyecciones de este estudio.

Acerca del proceso de cambio terapéutico de los pacientes

Uno de los primeros elementos que aparece como llamativo al intentar caracterizar el proceso de cambio subjetivo experimentado por los pacientes participantes del estudio, es que, si bien se pudieron observar ciertos elementos comunes, lo que más destaca son las particularidades de cada caso.

En relación con los aspectos más transversales y generales, al revisar los 25 momentos de cambio vividos por los pacientes en la porción de sus procesos analizada y los indicadores genéricos de cambio asociados a cada uno de ellos, se pudo apreciar que seis son de primer nivel, 17 de segundo nivel y sólo 2 de ellos de tercer nivel, tal como se había hipotetizado inicialmente. Esto es coherente si se consideran las peculiaridades que caracterizan el diagnóstico de trastorno de personalidad límite y las dificultades que

² Como ya se precisó, se analizaron las 21 primeras sesiones en dos de los tres casos, en el otro se analizaron 17 dado que terminó de forma anticipada.

sistemáticamente los estudios han descrito en su abordaje terapéutico. Como se mencionó en la revisión de antecedentes inicial, uno de los principales factores que predice la adherencia al tratamiento y resultados positivos en la psicoterapia de pacientes con diagnóstico de TPL es el establecimiento de una adecuada relación terapéutica en general, y de una adecuada alianza de trabajo en particular (Hirsh, Quilty, Bagby, & McMain, 2012); McMain, Boritz y Leybman, 2015). No obstante, es uno de los aspectos que se reconoce como más complejos y difíciles (Barnicot, et al., 2001; Lingardi, Filippucci, & Baiocco, 2005), dado que el establecimiento de relaciones interpersonales es una de las esferas más comprometidas de su funcionamiento. Los pacientes con TPL suelen oscilar en sus relaciones entre polos de idealización y devaluación, lo que dificulta el reconocimiento del terapeuta como un experto que puede prestar la ayuda que el paciente necesita, aspecto que como señala Krause (2005) es crucial para la consolidación del establecimiento de la relación de ayuda que en un principio es asimétrica. En relación con los indicadores de segundo nivel observados, estos predominan sólo en la díada terapéutica conformada por Carolina y Carlos, siendo en su mayoría indicadores de tipo 8, 9 y 11, lo que sería consistente con los objetivos del tratamiento, que busca promover la integración de las relaciones de objeto escindidas en una visión más coherente, favoreciendo la integración de la propia identidad, implicando una visión más ajustada del sí mismo y de los otros (Clarkin, Yeomans y Kernberg, 2006; Foeslch et al., 2014). Respecto de los indicadores de tercer nivel, se observaron sólo 2, específicamente el indicador 16 en la díada Carolina Carlos y el 17 en la díada Miguel María. Esto es esperable, considerando que los tratamientos con este tipo de pacientes suelen ser de largo aliento (Leichsenring, & Rabung, 2011).

Por otra parte, al revisar los episodios de estancamiento y las temáticas sobre las que versan, se pudo apreciar que en los 32 episodios identificados las temáticas más frecuentes son A. Negación de la existencia de un problema, H. Resistencia a pensar acerca de nuevas posibilidades de sí mismo y D. No hacerse responsable de los propios

actos. Estos resultados pueden comprenderse si se considera que se ha descrito que los pacientes con TPL utilizan mecanismos de defensa predominantemente basados en la escisión (Kernberg, 1984; Clarkin, 2006) que pueden vincularse también con las estrategias de regulación del afecto, que pueden ir en una línea de activación o desactivación, donde se observa una frecuente autoconfianza compulsiva para controlar y maximizar la distancia psicológica del Otro, una evitación de las interacciones que conlleven vinculación emocional, intimidad, autorrevelación e interdependencia y una renuencia a pensar o expresar debilidades personales y conflictos de relaciones (Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003; Foelsch et al., 2014).

Con relación a las particularidades de los casos, el elemento que aparece como más llamativo es la distribución de los episodios relevantes, que es sumamente dispar. Esto no es raro si se considera que incluso pensando en las nosologías categoriales que simplifican el diagnóstico en términos de criterios del tipo “todo o nada” es posible más de 200 combinaciones y por ende de presentaciones del paciente. Si se considera, además, que hoy existe un acuerdo acerca de la dimensionalidad de los rasgos predominantes (APA, 2013; OMS, 2018), eso permite entender que cada paciente representa un desafío único en su compleja individualidad.

Un fenómeno llamativo en los tres casos fue que, sistemáticamente, se observan períodos en los que no se identificaron episodios de cambio ni estancamiento. Esto podría hacer pensar equívocamente que en estos períodos (una o más sesiones) el proceso terapéutico no muestra episodios relevantes y por ende el proceso de cambio del paciente se encuentra “pausado”. Sin embargo, la observación de las sesiones y la discusión posterior de los jueces de este estudio reveló que pudo observarse que en estos períodos el proceso se jugaba en la relación entre paciente y terapeuta, apreciándose múltiples rupturas de la alianza terapéutica en consonancia con el despliegue de estrategias de resolución por parte del terapeuta. Esto pudo apreciarse porque los jueces además de estar entrenados para la identificación de episodios de cambio y estancamiento también estaban

entrenados en la metodología desarrollada por Eubanks, Safran y Muran (2015). Morales, Espinosa y Krause (2012), en un trabajo anterior, plantean la articulación de dos ejes para la comprensión del proceso terapéutico, el eje de la transformación subjetiva y el eje de la alianza terapéutica (ver Figura 16), no obstante, dado que la consideración del eje de la alianza no formó parte de los objetivos de este estudio, esta discusión no puede más que quedar en el plano de la proyección para futuros estudios con pacientes con este diagnóstico.

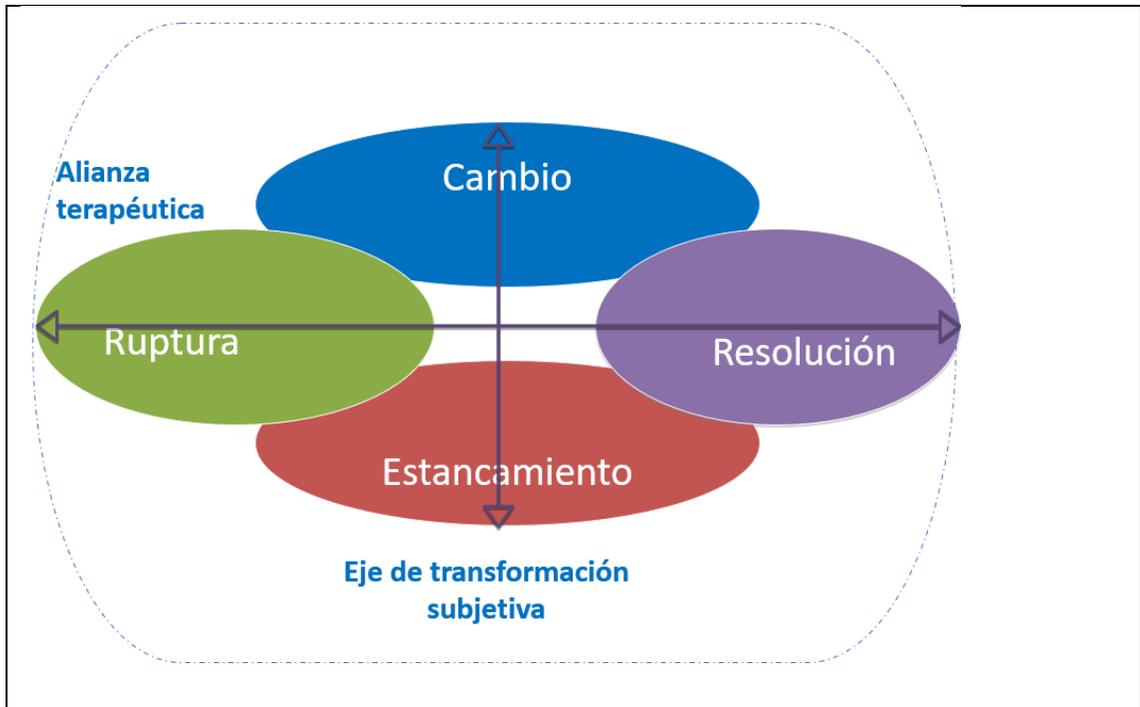


Figura 16. Articulación de los ejes de transformación subjetiva y de la alianza terapéutica en el proceso de psicoterapia (Morales, Espinosa & Krause, 2012).

Acerca de los episodios relevantes del proceso terapéutico y su relación con los modos de actividad mental

Es posible afirmar con base en los resultados que los episodios relevantes de cambio y estancamiento sí muestran diferencias importantes en función de la intensidad y dominancia de los MMA tanto del paciente como del terapeuta, aunque no exactamente como se había hipotetizado para este último.

En relación con los modos de actividad del paciente, en los episodios de cambio la intensidad del modo de actividad mental reflexiva sí es más alta que en los modos racional y reactivo. Respecto a la dominancia se observa el mismo fenómeno, donde la proporción de dominancia del modo de actividad mental reflexivo es mayor que la del modo racional y reactivo. En los episodios de estancamiento en cambio, se observa todo lo contrario. Esto es consistente con lo esperado, considerando que la AIT fue desarrollada como una modificación de la TFP (Foelsch, 2014), la cual utiliza una variedad de estrategias, con especial énfasis en el despliegue de la atención y el cambio cognitivo mediante la examinación en profundidad de los complejos procesos cognitivos y emocionales utilizados por el paciente en la interacción aquí y ahora con el terapeuta (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2006). De esta forma, se plantea que el tratamiento busca llamar la atención, cambiar y amplificar la concepción cognitiva del paciente sobre sí mismo en relación con los demás, incluido el terapeuta. Por otra parte, en relación con los modos de actividad mental del terapeuta, se observó en primer lugar que tanto la intensidad como la dominancia del MMA reflexivo es mayor que la de los modos reactivo y racional en ambos tipos de episodios. Además, la intensidad del modo reactivo es más alta en episodios de estancamiento que de cambio.

Si se considera además que los resultados de la regresión logística muestran que sólo el MMA reflexivo del paciente aumenta significativamente las chances de alcanzar un momento de cambio en el proceso, esto se alinea completamente con los mecanismos de cambio propuestos por Clarkin (2006) en forma teórica en la descripción del tratamiento. Así plantea que uno de los mecanismos fundamentales del cambio psíquico del paciente es la facilitación de la reactivación de relaciones objetales internalizadas

disociadas, reprimidas o proyectadas bajo circunstancias controladas, facilitando un proceso regresivo en términos de tiempo, en modo de funcionamiento, experiencia y desarrollo de la introspección o autorreflexión, por lo que se considera que el aumento de la *reflexión* del paciente es un mecanismo esencial de cambio. En este sentido, estos resultados dan cuenta empíricamente de la necesidad de trabajar en el tratamiento la integración de la emoción y la cognición para lograr el cambio. En términos clínicos, estos resultados tienen implicancias relevantes, porque refuerzan la importancia del trabajo terapéutico en pro de la integración de aspectos escindidos con este tipo de pacientes, remarcando la importancia del trabajo reflexivo del terapeuta, puesto que sólo de esta forma el aquí y el ahora ofrecerá una instancia para re - editar en un espacio seguro y controlado - sin el círculo vicioso que provoca la reacción temida del entorno - la desregulación de las emociones de forma transformadora.

Acerca de la relación entre los modos de actividad mental de paciente y terapeuta

Directamente relacionado con lo anterior, se encuentran los resultados del análisis correlacional, que mostró relaciones significativas entre los MMA del paciente y del terapeuta, pudiendo observarse que un terapeuta más reflexivo trabaja con un paciente también más reflexivo, y menos racional o reactivo, mientras que un terapeuta más reactivo trabaja con un paciente más racional y reactivo, y menos reflexivo. Estas relaciones cobran especial importancia en términos clínicos si se considera que, como señalan Martínez, Tomicic, Medina y Krause (2015) el proceso psicoterapéutico implica procesos de autorregulación mutua que apoyan la comunicación efectiva, procesos regulatorios que son necesarios para mantener una alianza de trabajo positiva y también contribuyen al cambio terapéutico. En el caso de los pacientes con TPL, dada la desorganización primitiva de los afectos y su conexión con los procesos cognitivos, el esfuerzo del terapeuta para ayudar a delinear estos escenarios primitivos contiene el afecto y al mismo tiempo facilita el desarrollo del paciente de la capacidad cognitiva para representar el afecto, así, el terapeuta ayuda al paciente a unir la cognición y el afecto que

estaban anormalmente disociados y desorganizados (Clarkin, 2006; Clarkin, Yeomans y Kernberg, 2006; Foelsch, 2014). Esto último, sólo sería posible si el terapeuta ofrece un espacio de contención y holding para el paciente, el que hasta ahora se había concebido como provisto por el encuadre y el contrato terapéutico. No obstante, los resultados de este estudio ponen de manifiesto que la actitud del terapeuta, en términos del MMA en el cuál se encuentra operando durante la sesión, también constituirá un elemento esencial del tratamiento para proveer las condiciones necesarias para el cambio. Ampliando la implicancia de estos resultados, las relaciones observadas entre las MMA de paciente y terapeuta resaltan, además, la importancia del trabajo personal del terapeuta para integrar y regular las emociones que despiertan estos pacientes, las cuales han sido ampliamente descritas en la literatura como en extremo difíciles de manejar (Black, et al., 2011; Treloar, 2009).

Aportes, limitaciones y proyecciones

En relación con las limitaciones de este estudio, es posible identificar diversos elementos que podrían significar una barrera al momento de discutir y extrapolar los resultados.

En primer lugar, al ser un estudio de caso múltiple, aun cuando se haya trabajado con herramientas metodológicas cualitativas y cuantitativas, y se hayan realizado análisis estadísticos de carácter inferencial, la generalización de estos resultados a la población de pacientes con este diagnóstico no es apropiada y de hacerse debe ser con muchísima cautela. En este sentido, la estadística fue utilizada más como una herramienta para sostener que los patrones que se observan en el comportamiento de los datos no son azarosos ni se sostienen sólo en la subjetividad de la investigadora responsable. A esto se suma que el estudio tiene varias unidades de análisis, y que los análisis inferenciales se hicieron tomando como unidades los turnos de palabra y los episodios, por lo que la generalización en estricto rigor podría hacerse sólo a la población de episodios y turnos de palabras de los procesos terapéuticos de estas tres díadas terapéuticas. En esta misma

línea, actúa como limitante también, el hecho de que sólo se hayan considerado las primeras 20 sesiones de cada proceso y no los procesos en su totalidad. Esto no quiere decir que los resultados de este estudio no tengan una utilidad clínica en tanto amplían la comprensión de la dinámica de la interacción entre paciente y terapeuta en términos de MMA y cómo esta se relaciona con el proceso de cambio y transformación subjetiva experimentado en la terapia. Valor que crece si se considera la escasez de estudios de proceso con este tipo de pacientes en comparación con los estudios de resultado.

Otra limitación del estudio está dada por la exclusión de variables que durante el proceso de análisis de los datos se apreció pudieron haber sido fundamentales para entender mejor la dinámica del proceso, específicamente la referencia acá es a la variable relación terapéutica y su componente de alianza terapéutica. Como se mencionó antes, se observaron períodos de una o más sesiones en todos los pacientes, dónde no hubo episodios relevantes de cambio y estancamiento, básicamente porque en esos períodos el proceso se estaba jugando más exclusivamente en la dimensión relacional de la alianza terapéutica. Esto abre una proyección para estudios futuros, donde sería muy interesante incorporar este tipo de episodios para entender qué aporte permitiría incluir el análisis de los MMA en la comprensión de la relación entre el eje de transformación subjetiva y el eje relacional.

Una tercera limitación del estudio y que también abre una proyección para estudios futuros, es el hecho de no haber considerado formalmente el eje temporal en la mirada analítica de los datos. En este sentido, se proyecta para futuros estudios la inclusión de condiciones que permitan utilizar otras herramientas estadísticas de análisis, tales como el análisis secuencial. Esto permitiría entender no sólo transversalmente la interacción sino también longitudinalmente a lo largo de los episodios y de las sesiones, para una mejor comprensión de la evolución del proceso de cambio subjetivo que experimenta el paciente en el marco de una interacción terapéutica.

Otras proyecciones surgen tras culminado la investigación. Considerando que no hay estudios previos que hayan utilizado el mismo sistema de análisis de la interacción entre paciente y terapeuta, se abre una nueva posibilidad metodológica para hacer otros estudios que permitan la contrastación de los resultados aquí encontrados, ampliando además las posibilidades hacia la comparación, por ejemplo, con adolescentes sin diagnóstico de TPL, o con pacientes con TPL, pero tratados con otros modelos psicoterapéuticos. También aparece como una posibilidad de dar continuidad a esta línea de investigación, la incorporación de nuevas variables de tipo interaccional, como la función reflexiva, por ejemplo.

En conclusión, este estudio se configura como un punto de partida para demostrar empíricamente la relación entre los MMA de paciente y terapeuta, los episodios relevantes y el proceso de cambio subjetivo, dando cuenta de la importancia que cobra la interacción entre paciente y terapeuta como un mecanismo que facilita el cambio a partir del ofrecimiento de las condiciones necesarias para desplegar las herramientas terapéuticas necesarias para el abordaje apropiado de pacientes que históricamente han sido considerados de alta complejidad.

Referencias bibliográficas

- Altimir, C., Krause, M., de la Parra, G., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., & Arístegui, R. (2010). Clients', therapists' and observers' perspectives on moments and contents of therapeutic change. *Psychotherapy Research*, 20(4), 472-487. <https://doi.org/10.1080/10503301003705871>
- Álvarez-Tomás, I., Ruiz, J., Guilera, G., & Bados, A. (2019). Long-term clinical and functional course of borderline personality disorder: A meta-analysis of prospective studies. *European Psychiatry*, 56(1), 75-83. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.10.010
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing Inc.
- American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing Inc.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IVTR)*. Washington: American Psychiatric Publishing Inc.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)*. Washington: American Psychiatric Publishing Inc.
- Bach, B., Sellbom, M., Skjernov, M., & Simonsen, E. (2017). ICD-11 and DSM-5 personality trait domains capture categorical personality disorders: Finding a common ground. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(5), 425–434. doi:10.1177/0004867417727867
- Barnicot, K.; Katsakou, C.; Marougka, S. & Priebe, S. (2001). Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review and meta-

analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(5), 327-338. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2010.01652.x

Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization – based treatment*. New York: Oxford Press.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). 8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual. *American Journal of Psychiatry*, 165(5), 631-638.

Beck, A. & Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva para los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Paidós.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8(1), 77-100.

Beck, A.; Ward, C.; Mendelson, M.; Mock, J.; & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4(6), 561-571.

Becker, D. F., Grilo, C. M., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (2002). Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: comparison with hospitalized adults. *Am J Psychiatry*, 159(12), 2042-2047. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.12.2042

Becker, D. F., McGlashan, T. H., & Grilo, C. M. (2006). Exploratory factor analysis of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 47(2), 99-105. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.07.003>

- Bernardi, R. (2010). DSM-5, OPD-2 y PDM: convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátricos y psicoanalíticos. *Revista Gaceta Psiquiatría Universitaria*, 7(3), 256-276.
- Bernstein, D. P., Cohen, P., Velez, C. N., Schwab-Stone, M., Siever, L. J., & Shinsato, L. (1993). Prevalence and stability of the DSM-III—R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *The American journal of psychiatry*, 150(8), 1237-1243. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.8.1237>
- Binks C, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. (2006). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1. Art. No.: CD005652. DOI: 10.1002/14651858.CD005652.*
- Biskin, R. S. (2015). The lifetime course of borderline personality disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(7), 303–308. <https://doi.org/10.1177/070674371506000702>
- Black, D. W., Pfohl, B., Blum, N., McCormick, B., Allen, J., North, C. S., ... & Zimmerman, M. (2011). Attitudes toward borderline personality disorder: a survey of 706 mental health clinicians. *CNS spectrums*, 16(3), 67-74. doi: 10.1017/S109285291200020X.
- Bondurant, H., Greenfield, B., & Tse, S. M. (2004). Construct validity of the adolescent borderline personality disorder: a review. *The Canadian child and adolescent psychiatry review*, 13(3), 53. PMID: PMC2538734
- Bustamante, M. L., Villarroel, J., Francesetti, V., Ríos, M., Arcos-Burgos, M., Jerez, S., ... Silva, H. (2009). Planning in borderline personality disorder: Evidence for

distinct subpopulations. *The World Journal of Biological Psychiatry*, *10*(4), 512–517. doi:10.1080/15622970903079481

Chakhssi, F., Zoet, J. M., Oostendorp, J. M., Noordzij, M. L., & Sommers-Spijkerman, M. (2019). Effect of psychotherapy for borderline personality disorder on quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Personality Disorders*, *33*, 1-15. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_439

Chanen, A. M., Jackson, H. J., McGorry, P. D., Allot, K. A., Clarkson, V., & Yuen, H. P. (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of personality disorders*, *18*(6), 526-541. DOI: 10.1521/pedi.18.6.526.54798

Chanen, A. M., Jovev, M., McCutcheon, L. K., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2008). Borderline personality disorder in young people and the prospects for prevention and early intervention. *Current Psychiatry Reviews*, *4*(1), 48-57. <https://doi.org/10.2174/157340008783743820>

Choi-Kain, L. W., Finch, E. F., Masland, S. R., Jenkins, J. A., & Unruh, B. T. (2017). What works in the treatment of borderline personality disorder. *Current behavioral neuroscience reports*, *4*(1), 21-30. DOI 10.1007/s40473-017-0103-z

Clarkin, J. (2006). Conceptualization and treatment of personality disorders. *Psychotherapy Research*, *16*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1080/10503300500395889>

Clarkin, J.; Foelsch, P.; Levy, K.; Hull, J.; Delaney, J. & Kernberg, O. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *Journal of personality disorders*, *15*(6), 487-495. <https://doi.org/10.1521/pedi.15.6.487.19190>

- Clarkin, J.; Fonagy, P.; & Gabbard, G. (2010). Preface. En Clarkin, J.; Fonagy, P.; & Gabbard, G. (Eds.). *Psychodynamic Psychotherapy for personality disorders. A clinical handbook*. American Psychiatric Publishing Inc.
- Clarkin, J.; Hull, J.; Cantor, J. & Sanderson, C. (1993). Borderline personality disorder and personality traits: a comparison of SCID-II TDPL and NEO-PI. *Psychological assessment*, 5(4), 472-476.
- Clarkin, J.; Levy, K.; Lenzenweger, M. & Kernberg, O. (2007) Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*. 164(6), 922-928.
- Clarkin, J.; Yeomans, F. & Kernberg, O. (2006). *Psychotherapy for borderline personality*. New York: Willey.
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Jama psychiatry*, 74(4), 319-328. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.4287
- Critchfield, K.; Levy, K.; Clarkin, J. & Kernberg, O. (2008). The relational context of aggression in borderline personality disorder: using adult attachment style to predicts forms of hostility. *Journal of clinical psychology*, 64(1), 67-82. <https://doi.org/10.1002/jclp.20434>
- Crystal, S. (2017). The effect of emotional vulnerability and invalidation on emotion dysregulation in early adolescence: an empirical investigation of Linehan's biosocial theory of borderline personality disorder. *Clinical Psychology Dissertations*. 22. https://digitalcommons.spu.edu/cpy_etd/22

- Cuevas, P.; Camacho, J.; Mejía, R.; Rosario, I.; Parres, R.; Mendoza, J. & López, D. (2000). Cambios en la psicopatología del trastorno límite de la personalidad, en los pacientes tratados con psicoterapia dinámica. *Salud Mental*, 23(006), 1-11.
- de la Parra, G., von Bergen, A., & del Río, M. (2002). Primeros hallazgos de la aplicación de un instrumento que mide resultados psicoterapéuticos en una muestra de pacientes y de población general: Preliminary findings. *Revista Chilena De Neuro-Psiquiatría*, 40(3), 201-209.
- Díaz, J. (2001). Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21(78), 51-70. EISSN: 2340 2733
- Echávarri, O.; González, A.; Krause, M.; Tomicic, A.; Pérez, C.; Dagnino, P.; et al. (2009). Cuatro terapias psicodinámicas breves exitosas estudiadas a través de los indicadores genéricos de cambio. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(1), 5-19.
- Elliott, R. (1984). A discovery-oriented approach to significant change events in psychotherapy: Interpersonal process recall and comprehensive process analysis. In L. Rice & L. S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change: intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 249-286). New York: Guilford.
- Elliott, R. (1991). Five dimensions of therapy process. *Psychotherapy Research*, 1(2), 92-103. <https://doi.org/10.1080/10503309112331335521>
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123-135. <https://doi.org/10.1080/10503300903470743>

- Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, *41*(4), 561-573. doi:10.1016/j.psc.2018.07.008
- Esbec, E. & Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *39*(1), 1-11.
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2015). El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *43*(5), 177-86.
- Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015). *Rupture resolution rating system (3RS): Manual*. Unpublished manuscript, Mount Sinai-Beth Israel Medical Center, New York.
- Fernández, O., Herrera, P., Krause, M., Pérez, J. C., Valdés, N., Vilches, O., & Tomicic, A. (2012). Episodios de Cambio y Estancamiento en Psicoterapia: Características de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas. *Terapia psicológica*, *30*(2), 5-22.
- Figueroa-Cave, G. (2018). Una nueva propuesta de clasificación de los trastornos de personalidad: la clasificación internacional de enfermedades CIE-11. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, *56*(4), 260-268. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272018000400260>
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B.W. (1995). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders, Patient Edition (SCID-II/P, Version 2.0). New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A): a clinical trial for patients

with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 5(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-5-3>

Florenzano, R. (2003a). Epidemiología de los trastornos de la personalidad. En Riquelme, R.; Oksenberg, A. (Eds.). *Trastornos de la personalidad. Hacia una mirada integral* (pp. 81-90). Santiago: Sociedad Chilena de Salud Mental.

Florenzano, R. (2003b). Indicaciones y contraindicaciones de psicoterapias en trastornos de personalidad. En *La psicoterapia y las psicoterapias*. Comp. Dr. Humberto Mesones Arroyo. Buenos Aires: Editorial Ananké.

Florenzano, R., Weil, K., Cruz, C., Acuña, J., Fullerton, C., Muñiz, C., Leighton, C., & Marambio, M. (2002). Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un estudio empírico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(4), 335-340. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000400005>

Foelsch, P.; Normandin, L.; Parent, K.; McClough, J.; & Marvin, S. (2001). *TCA Training Manual*. Unpublished document.

Foelsch, P. A., Krischer, M. K., Schlüter-Müller, S., & Schmeck, K. (2010). Differenzierung zwischen Identitätskrise und Identitätsdiffusion und ihre Bedeutung für die Behandlung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59(6), 418-434. <https://doi.org/10.13109/prkk.2010.59.6.418>

Foelsch, P. A., Schlüter-Müller, S., Odom, A. E., Arena, H. T., Borzutzky, A., & Schmeck, K. (2014). *Adolescent identity treatment: An integrative approach for personality pathology*. Springer.

Fok, M. L., Hayes, R. D., Chang, C. K., Stewart, R., Callard, F. J., & Moran, P. (2012). Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality

disorder. *Journal of psychosomatic research*, 73(2), 104-107.
doi:10.1016/j.jpsychores.2012.05.001

Fonagy, P., Jones, E.E., Kächele, H., Krause, R., Clarkin, J.F., Perron, R., Gerber, A., & Allison, E. (2001). *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis. Second Edition*. London: International Psychoanalytical Association.

Freud, S. (1912). The dynamics of transference. *Essential papers on transference analysis*, 5-17.

Frías, Á., Baltasar, I., & Birmaher, B. (2016). Comorbidity between bipolar disorder and borderline personality disorder: prevalence, explanatory theories, and clinical impact. *Journal of affective disorders*, 202, 210-219.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.048>

Fuggle, P., Bevington, D., Duffy, F., & Cracknell, L. (2016). The AMBIT approach: working with hard to reach youth. *Mental Health Review Journal*, 21(1), 61-72. DOI 10.1108/MHRJ-04-2015-0012

Gelso, C. & Bhatia, A. (2012). Crossing theoretical lines: The role and effect of transference in nonanalytic psychotherapies. *Psychotherapy*, 49(3), 384-390.
<https://doi.org/10.1037/a0028802>

Gómez de Cortés, C. (2000). ¿Quién es el paciente limítrofe? *Salud Mental*, 23(1), 30-38.
Retrieved from http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/802

Gonçalves, M.; Matos, M. Santos, A. (2009). Narrative therapy and the nature of “innovative moments” in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology*, 22(1), 1-23. <https://doi.org/10.1080/10720530802500748>

- Gould, M. S., Greenberg, T. E. D., Velting, D. M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386-405. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046821.95464.CF>
- Granmegna, G., Lora, R., & Ahumada, P. (2006). Análisis base de datos unidad de hospitalización de corta estadía (UHCE): Psiquiatría. Hospital Dr. Sótero del Río. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 44(1), 23-38.
- Greenberg (1999). Ideal psychotherapy research: a study of significant change processes. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1467-1480. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199912\)55:12<1467::AID-JCLP5>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199912)55:12<1467::AID-JCLP5>3.0.CO;2-2)
- Greenfield, B., Henry, M., Lis, E., Slatkoff, J., Guilé, J. M., Dougherty, G., ... & Mishara, B. L. (2015). Correlates, stability, and predictors of borderline personality disorder among previously suicidal youth. *European child & adolescent psychiatry*, 24(4), 397-406. doi:10.1007/s00787-014-0589-9
- Griffiths, H., Duffy, F., Duffy, L., Brown, S., Hockaday, H., Eliasson, E., ... & Schwannauer, M. (2019). Efficacy of Mentalization-based group therapy for adolescents: the results of a pilot randomised controlled trial. *BMC psychiatry*, 19(167), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2158-8>
- Grilo, C. M., McGlashan, T. H., & Skodol, A. E. (2000). Stability and course of personality disorders: the need to consider comorbidities and continuities between axis I psychiatric disorders and axis II personality disorders. *Psychiatric Quarterly*, 71(4), 291–307. doi:10.1023/a:1004680122613
- Grilo, C. M., Walker, M. L., Becker, D. F., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (1997). Personality disorders in adolescents with major depression, substance abuse

- disorders, and coexisting major depression and substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(2), 328–332. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.2.328>
- Guimón, J. & Dávila, W. (2007). The empirically supported treatment of borderline personality disorders. *Avances en Salud Mental Relacional*, 6(1), 1-16.
- Ha, C., Balderas, J. C., Zanmarini, M. C., Oldham, J., & Sharp, C. (2014). Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 75(5), 457-464. DOI:10.4088/JCP.13m08696
- Heimann, P. (1960). On counter-transference. *British Journal of Medical Psychology*, 33(1), 9-15.
- Hancock-Johnson, E., Griffiths, C. & Picchioni, M. (2017). A focused systematic review of pharmacological treatment for borderline personality disorder. *CNS Drugs* 31, 345–356. <https://doi.org/10.1007/s40263-017-0425-0>
- Herrera, P., Fernández, O., Krause, M., Vilches, M., Valdés, N. & Dagnino, P. (2009). Revisión teórica y metodológica de las dificultades en psicoterapia: propuesta de un modelo ordenador. *Terapia Psicológica*, 27(2), 169-179. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200003>
- Hill, C. (2005). Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: Inextricably intertwined in the therapy process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 431-442. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.4.431>
- Hirsh, J. B., Quilty, L. C., Bagby, R. M., & McMain, S. F. (2012). The relationship between agreeableness and the development of the working alliance in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26(4), 616–627. doi:10.1521/pedi.2012.26.4.616

- Howard, K. I., Lueger, R.J., Maling, M. S. & Martinovic, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61(4), 678-685. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.678>
- Huang, B., Grant, B. F., Dawson, D. A., Stinson, F. S., Chou, S. P., Saha, T. D., Goldstein, R. B., Smith, S. M., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2006). Race-ethnicity and the prevalence and co-occurrence of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, alcohol and drug use disorders and Axis I and II disorders: United States, 2001 to 2002. *Comprehensive psychiatry*, 47(4), 252–257. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.11.001>
- Jerez, S., Alvarado, L., Paredes, A., Montenegro, A., Montes, C., & Venegas, L. (2001). Programa de trastornos de personalidad de la Clínica Psiquiátrica Universitaria: un enfoque multidisciplinario. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 39(1), 69-76. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272001000100020>
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Skodol, A. E., & Oldham, J. M. (2008). Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(5), 410-413. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01231.x>
- Jones, S. (2006). Personality disorder in primary care: factors associated with therapist views of process and outcome. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 34, 453-466.
- Kernberg, O. (1965). Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13(1), 38-56. <https://doi.org/10.1177/000306516501300102>
- Kernberg, O. (1984). Trastornos graves de la personalidad. El Manual Moderno.

- Kernberg, O. (2008). *Aggressivity, Narcissism, and self-destructiveness in the psychotherapeutic Rela: New developments in the psychopathology and psychotherapy of severe personality disorders*. Yale University Press.
- Kernberg, P. F., Weiner, A. S., & Bardenstein, K. (2008). *Personality disorders in children and adolescents*. Basic Books.
- Kolb, D. L., Beutler, L. E., Davis, C. S., Crago, M., & Shanfield, S. B. (1985). Patient and therapy process variables relating to dropout and change in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(4), 702–710. <https://doi.org/10.1037/h0085556>
- Knafo, A., Guilé, J. M., Breton, J. J., Labelle, R., Belloncle, V., Bodeau, N., Boudailliez, B., De La Rivière, S. G., Kharij, B., Mille, C., Mirkovic, B., Pripis, C., Renaud, J., Vervel, C., Cohen, D., & Gérardin, P. (2015). Coping strategies associated with suicidal behavior in adolescent inpatients with borderline personality disorder. *Canadian journal of psychiatry*, 60(2 Suppl 1), 46–54. PMID: 25886671
- Kolb, D. L., Beutler, L. E., Davis, C. S., Crago, M., & Shanfield, S. B. (1985). Patient and therapy process variables relating to dropout and change in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(4), 702–710. <https://doi.org/10.1037/h0085556>
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio: una mirada desde la subjetividad*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Krause, M.; & Dagnino, P. (2006). Evolución del cambio en el proceso terapéutico. *Revista Gaceta Universitaria*, 2(3), 287-298.
- Krause, M., de la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Vilches, O., Echávarri, O., Ben-Dov, P., Reyes, L., Altimir, C. & Ramírez, I. (2006).

Indicadores genéricos de cambio en la investigación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (2), 299-325.

Krause, M., de la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., et.al. (2007). The evolution of therapeutic change studied through generic change indicators. *Psychotherapy Research*, 17 (6), 673-689. <https://doi.org/10.1080/10503300601158814>

Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3(4), 249-258.

Larrivé, M. P. (2013). Borderline personality disorder in adolescents: the He-who-must-not-be-named of psychiatry. *Dialogues in clinical neuroscience*, 15(2), 171. doi: 10.31887/DCNS.2013.15.2/mplarrivee

Lecours, S., Bouchard, M., Normandin, L. (1995). Countertransference as the Therapist's Mental Activity: Experience and Gender Differences Among Psychoanalytically Oriented Psychologists. *Psychoanalytic Psychology*, 12, 259-279.

Leichsenring, F. & Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1223-1232. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1223>

Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)61422-5)

- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(1), 15-22. doi: 10.1192/bjp.bp.110.082776
- Leichsenring, F., Steinert, C., & Crits-Christoph, P. (2018). On mechanisms of change in psychodynamic therapy. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 64(1), 16-22. <https://doi.org/10.13109/zptm.2018.64.1.16>
- Lenzenweger, M. F.; Lane, M. C.; Loranger, A. W.; & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV Personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62(6), 553–564. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.09.019>
- Leuzinger-Bohleber, M., & Kächele, H., (eds.) (2015). An open door review of outcome and process studies in psychoanalysis. Third edition. London: International Psychoanalytical Association.
- Levy, K.; Clarkin, J.; Yeomans, F.; Scott, L.; Wasserman, R.; & Kernberg, O. (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
- Linehan, M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lingiardi, V.; Filippucci, L. & Baiocco, R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1), 45-53. DOI: 10.1080/10503300512331327047
- López, D.; Cuevas, P.; Gómez, A. & Mendoza, J. (2004). Psicoterapia focalizada en la transferencia para el trastorno límite de la personalidad. Un estudio con pacientes femeninas. *Salud Mental*, 27(4), 44-54.

- López, C., Pérez, F., Troncoso, M., Saldaña, J., Bustamante, M. L., & Jerez, S. (2010). Caracterización de las hospitalizaciones realizadas en la Unidad de Trastornos de Personalidad de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile entre los años 2006 y 2008. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(2), 123-134. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000300005>
- McCarthy, K. L., Caputi, P., & Grenyer, B. F. (2017). Significant change events in psychodynamic psychotherapy: Is cognition or emotion more important? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 377-388. <https://doi.org/10.1111/papt.12116>
- McCarthy, K.; Mergenthaler, E.; Schneider, S.; & Grenyer, B. (2011). Psychodynamic change in psychotherapy: Cycles of patient-therapist linguistic interactions and interventions. *Psychotherapy Research*, 21(6), 722-731. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.615070>
- McCarthy, K. L., Mergenthaler, E., & Grenyer, B. F. S. (2013). Early in-session cognitive-emotional problem-solving predicts 12-month outcomes in depression with personality disorder. *Psychotherapy Research*, 24(1), 103–115. doi:10.1080/10503307.2013.826834
- McMain, S. F., Boritz, T. Z., & Leybman, M. J. (2015). Common strategies for cultivating a positive therapy relationship in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(1), 20–29. doi:10.1037/a0038768
- McMurrin, M.; Huband, N. & Overton, E. (2010). Non-completion of personality disorder treatments: a systematic review of correlates, consequences, and interventions. *Clinical Psychology Review*, 30, 277–287. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.002>

- Maffei, C.; Fossati, A.; Agostoni, I.; Barraco, A.; Bagnato, M.; Deborah D.; Namia, C.; Novella, L.; & Petrachi, M. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal of Personality Disorders*, 11(3), 279-284.
- Martinez, C., Tomicic, A., Medina, L., & Krause, M. (2015). A microanalytical look at mutual regulation in psychotherapeutic dialogue: dialogic discourse analysis (DDA) in episodes of rupture of the alliance. *Research in psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 17(2), 73-93. doi:10.4081/ripppo.2014.153
- Matos, M.; Santos, A.; Gonçalves & Martins. C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research*, 19(1), 68-80. <https://doi.org/10.1080/10503300802430657>
- Meaney, R., Hasking, P., & Reupert, A. (2016). Prevalence of borderline personality disorder in university samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *PloS one*, 11(5), 1-15. doi: 10.1371/journal.pone.0155439
- Meijer, M., Goedhart, A. W., & Treffers, P. D. (1998). The persistence of borderline personality disorder in adolescence. *Journal of Personality Disorders*, 12(1), 13-22. <https://doi.org/10.1521/pedi.1998.12.1.13>
- Menelli, P.; Wiethaeuper, D. Bouchard, M.; Terra, L.; Baumgardt, R.; Lauermann, M.; et al. (2008). Adaptação transcultural do Mental States Rating System para o português brasileiro. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(1), 59 – 64. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082008000100012>
- Mergenthaler, E. (1996). Emotion-abstraction patterns in verbatim protocols: A new way of describing psychotherapeutic processes. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64(6), 1306-1315. DOI: 10.1037//0022-006x.64.6.1306

- Mergenthaler, E., & Bucci, W. (2000). Linking verbal and non-verbal representations: Computer analysis of referential activity. *Psychology and Psychotherapy. Theory, research and practice*, 72 (3), 339-354. DOI: 10.1348/000711299160040
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27(2), 77–102. <https://doi.org/10.1023/A:1024515519160>
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2006). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., & Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical psychology review*, 28(6), 969-981. doi:10.1016/j.cpr.2008.02.004
- Morales-Reyes, I., Espinosa, H. & Krause, M. (2012). *Comunicación terapéutica en episodios de cambio, estancamiento, ruptura y resolución*. Presentación en 10° Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoterapia. Society for Psychotherapy Research. Buenos Aires, Argentina
- Moran, P., Romaniuk, H., Coffey, C., Chanen, A., Degenhardt, L., Borschmann, R., & Patton, G. C. (2016). The influence of personality disorder on the future mental health and social adjustment of young adults: a population-based, longitudinal cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 636-645. <http://dx.doi.org/10.1016/>
- Morgan, B.; & MacMillan, P. (1999). Helping clients move toward constructive change: a three-phase integrative counseling model. *Journal of Counseling and Development*, 77(2), 153-159. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1999.tb02435.x>
- Normandin, L. & Bouchard, M-A. (1993). The effects of theoretical orientation and experience on rational, reactive, and reflective countertransference. *Psychotherapy Research*, 3(2), 77-94. <https://doi.org/10.1080/10503309312331333689>

- Oud, M., Arntz, A., Hermens, M. L., Verhoef, R., & Kendall, T. (2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(10), 949-961. DOI: 10.1177/0004867418791257
- Organización Mundial de la Salud (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades. <https://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/>
- Organización Mundial de la Salud (2018) Clasificación Internacional de Enfermedades. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Orlinsky, D., Ronnestad, M.H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. En Bergin & Garfield's *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 307-389). New York: John Wiley & Sons.
- Paredes, A., Silva, H., Jerez, S., Montes, C., Montenegro, A., Alvarado, L., ... & Calabrese, M. (2002). Estudio exploratorio de funciones cognitivas en trastornos de personalidad. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(4), 341-346. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000400006>
- Perry, J. C.; Banon, E. & Ianni, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *American Journal Psychiatry*, 156, 1312-1321.
- Psychotherapy & Change Chilean Research Program (2012). *Manual de observación, registro y codificación de episodios de cambio y estancamiento*. <http://www.milenio-depresion.cl/>

- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and life-threatening behavior*, 32(2), 146-157. doi/abs/10.1521/suli.32.2.146.24399
- Ryan, R. M. (2005). The developmental line of autonomy in the etiology, dynamics, and treatment of borderline personality disorders. *Development and Psychopathology*, 17(4), 987-1006. DOI: 10.10170S0954579405050467
- Salinas, V., Villarroel, J., Silva, H., Herrera, L., Jerez, S., Zazueta, A., ... Bustamante, M. L. (2020). SERT and BDNF polymorphisms interplay on neuroticism in borderline personality disorder. *BMC Research Notes*, 13(1). doi:10.1186/s13104-020-4924-6
- Scaturro, D. & McPeak, W. (1998). Clinical dilemmas in contemporary psychotherapy: The search for clinical wisdom. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(1), 1-12. DOI:10.1037/h0087726
- Schlüter-Müller, S., Goth, K., Jung, E., & Schmeck, K. (2015). Assessment and treatment of identity pathology during adolescence. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 3(1), 63-70. Retrieved from <https://tidsskrift.dk/sjcapp/article/view/17294>
- Shapiro, E. R., Shapiro, R. L., Zinner, J., & Berkowitz, D. A. (1977). The borderline ego and the working alliance: indications for family and individual treatment in adolescence. *International Journal of Psychoanalysis*, 58, 77-87.
- Sharp C, Green KL, Yaroslavsky I, Venta A, Zanarini MC, Pettit J. (2012) The incremental validity of borderline personality disorder relative to major depressive disorder for suicidal ideation and deliberate self-harm in adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 26(6), 927-938. doi:10.1521/pedi.2012.26.6.927

- Sheehan, D.V.; Lecrubier, Y.; Sheehan, K.H.; Amorim, P.; Janavs, J.; Weiller, E.; Hergueta, T.; Baker, R. & Dunbar, G. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 34-57.
- Smith, L. & Karpiak, C. (2002). Personality disorders. En Norcross, J. (Ed.). *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 423-438). Oxford: University Press.
- Silva, H., Iturra, P., Solari, A., Villarroel, J., Jerez, S., Roa, N., & Bustamante, M. L. (2010). Respuesta a fluoxetina y polimorfismos del transportador de serotonina en trastorno límite de personalidad. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(1), 29-37. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000200004>
- Starcevic, V., & Janca, A. (2018). Pharmacotherapy of borderline personality disorder: replacing confusion with prudent pragmatism. *Current opinion in psychiatry*, 31(1), 69-73. DOI:10.1 097/YCO.0000000000000373
- Stern, A. (1938) Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*, 7(4), 467-489. <https://doi.org/10.1080/21674086.1938.11925367>
- Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschiweiler-Stern, N., & Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. The something more than interpretation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 903-921.
- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. The

Cochrane database of systematic reviews, 2012(8), CD005652.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>

- Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(4), 421–447. doi:10.1348/147608310x499404
- Timulak, L. & Elliott, R. (2003). Empowerment events in process-experiential psychotherapy of depression: An exploratory qualitative analysis. *Psychotherapy Research*, 13(4), 443-460.
- Tørmoen, A. J., Grøholt, B., Haga, E., Brager-Larsen, A., Miller, A., Walby, F., ... & Mehlum, L. (2014). Feasibility of dialectical behavior therapy with suicidal and self-harming adolescents with multi-problems: training, adherence, and retention. *Archives of suicide research*, 18(4), 432-444. DOI: 10.1080/13811118.2013.826156
- Treloar, A. J. (2009). A Qualitative Investigation of the Clinician Experience of Working with Borderline Personality Disorder. *New Zealand Journal of Psychology*, 38(2), 30-34.
- Tusiani-Eng, P., & Yeomans, F. (2018). Borderline personality disorder: Barriers to borderline personality disorder treatment and opportunities for advocacy. *Psychiatric Clinics*, 41(4), 695-709. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.006>
- Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet*, 385(9969), 717–726. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61995-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61995-4)
- Vicente, B.; Rioseco, P.; Saldivia, S.; Kohn, R.; & Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (E CPP). *Revista Médica Chilena*, 130(5), 527-536. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002000500007>

- Villarroel, J., Salinas, V., Silva, H., Herrera, L., Montes, C., Jerez, S., Vöhringer, P. A., & Bustamante, M. L. (2020). Beyond the Categorical Distinction Between Borderline Personality Disorder and Bipolar II Disorder Through the Identification of Personality Traits Profiles. *Frontiers in psychiatry, 11*, 552. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00552>
- Volkert, J., Gablonski, T. C., & Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 213*(6), 709-715. doi: 10.1192/bjp.2018.202
- Weiner, A. S., Ensink, K., & Normandin, L. (2018). Psychotherapy for borderline personality disorder in adolescents. *Psychiatric Clinics, 41*(4), 729-746. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.005>
- Wong, J., Bahji, A., & Khalid-Khan, S. (2020). Psychotherapies for adolescents with subclinical and borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry, 65*(1), 5-15. <https://doi.org/10.1177/0706743719878975>
- Woodberry, K. A., & Popenoe, E. J. (2008). Implementing dialectical behavior therapy with adolescents and their families in a community outpatient clinic. *Cognitive and behavioral practice, 15*(3), 277-286. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2007.08.004>
- Yeomans, F. E., Gutfreund, J., Selzer, M. A., Clarkin, J. F., Hull, J. W., & Smith, T. E. (1994). Factors related to drop-outs by borderline patients: Treatment contract and therapeutic alliance. *The Journal of psychotherapy practice and research, 3*(1), 16. PMID: 22700170

- Zanarini, M.; Frankenburg, F.; Hennen, J.; Bradford, D., & Silk, K. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal Psychiatry*, 161, 2108-2114. doi: 10.1176/appi.ajp.161.11.2108.
- Zandersen, M., Henriksen, M. G., & Parnas, J. (2019). A recurrent question: what is borderline? *Journal of Personality Disorders*, 33(3), 341-369. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_348
- Zimmermann, R., Krause, M., Weise, S., Schenk, N., Fürer, L., Schrobildgen, C., ... & Schmeck, K. (2018). A design for process-outcome psychotherapy research in adolescents with Borderline Personality Pathology. *Contemporary clinical trials communications*, 12, 182-191. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2018.10.007>

ANEXOS

ANEXO 1

Criterios diagnósticos TPL según DSM-5 y CIE-11

Trastorno de la personalidad límite según DSM-5 (301.83 [F60.3])

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.

6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p.ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Trastorno de la personalidad según el CIE-11

Perturbación generalizada en la forma en que un individuo experimenta y piensa sobre sí mismo, los demás y el mundo, que se manifiesta en patrones de cognición, experiencia emocional, expresión emocional y comportamiento desadaptativos.

Los patrones de mala adaptación son relativamente inflexibles y están asociados con problemas importantes en el funcionamiento psicosocial que son particularmente evidentes en las relaciones interpersonales.

La perturbación se manifiesta en una variedad de situaciones personales y sociales (es decir, no se limita a relaciones o situaciones específicas).

La perturbación es relativamente estable en el tiempo y es de larga duración. Más comúnmente, el trastorno de la personalidad tiene sus primeras manifestaciones en la infancia y es claramente evidente en la adolescencia.

Si la alteración tiene su origen en la edad adulta, se puede agregar el calificativo de "aparición tardía". El calificador de "aparición tardía" debe utilizarse para los casos en los que, según la historia, no hay evidencia de trastorno de la personalidad o sus manifestaciones tempranas antes de los 25 años.

ANEXO 2

MANUAL DE OBSERVACIÓN, REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE EPISODIOS DE CAMBIO Y ESTANCAMIENTO

Autores: Programa Chileno de Investigación en Psicoterapia y Cambio
Versión 2.0 - año 2012

Objetivo: El presente manual de procedimiento tiene como finalidad servir como guía para la identificación de Episodios de Cambio y Episodios de Estancamiento a través de un proceso estandarizado, sistemático y confiable.

TABLA DE CONTENIDOS

PARTE 1:	CONCEPTOS Y CRITERIOS FUNDAMENTALES
PARTE 2:	PROCEDIMIENTO DE TRABAJO PARA LA OBSERVACIÓN, REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE EPISODIOS DE CAMBIO Y ESTANCAMIENTO
PARTE 3:	ANEXOS: Pautas de Observación que incluyen ambos tipos de indicadores, Listados y Criterios de cada uno de ellos.

CONCEPTOS Y CRITERIOS

ACERCA DE LOS EPISODIOS DE CAMBIO

Definición de Momento de Cambio (MC)

Se entiende por Momento de Cambio un evento significativo verbalizado, que señala un progreso en la terapia y se asocia a un resultado final positivo (*outcome*) de ésta. Los momentos de cambio se refieren únicamente al cambio observado en el paciente. Se distingue cambio intra y extra sesión. El primero se refiere a aquellos eventos significativos que suceden durante la sesión, mientras que el segundo se refiere a un evento ocurrido fuera de ésta, pero relatado por el paciente en sesión y relacionado con el trabajo terapéutico de sesiones anteriores. El Momento de Cambio corresponde al final del Episodio de Cambio.

Definición de Episodio de Cambio (EC)

Se entiende por Episodio de Cambio el segmento mayor que ocurre en la sesión terapéutica donde se observan transformaciones de significados subjetivos asociados a un problema, síntoma, afecto y/o comportamiento. Finaliza con el Momento de Cambio y se inicia con la temática sobre la cual versa el cambio (Criterio Temático).

Definición de Indicador de Cambio Genérico (ICG)

Los Indicadores de Cambio Genérico explicitan los contenidos de los Momentos de Cambio y, por lo tanto, dan cuenta de qué es lo que cambia en el paciente. Son genéricos, porque pueden aplicarse a diferentes tipos de terapia, y jerárquicos, porque dan cuenta de la evolución del proceso de cambio. (Los cambios de mayor nivel y numeración más altos incluyen los cambios de menor y numeración más baja).

Criterios Sustantivos:

- Correspondencia teórica:** El cambio observado se corresponde con alguno/s de los Indicadores de Cambio Genéricos.
- Actualidad/Distinción de cambio Intra y Extra Sesión:** Cuando el cambio observado ocurre en y durante la sesión se denomina cambio intra-sesión; cuando el paciente refiere en la sesión un cambio ocurrido fuera de ésta y vinculado al trabajo de sesiones previas, se denomina cambio extra-sesión.
- Novedad:** el cambio observado sucede o es referido por primera vez respecto de una temática en particular. Esto es, puede observarse más de una vez el indicador 5

“descongelamiento”, sin embargo, solo puede indicarse como cambio cuando por primera vez se trata de un descongelamiento de un tema específico, por ejemplo, la forma como el paciente habitualmente comprende sus síntomas. Si este “descongelamiento” particular vuelve a ser observado en otra sesión no se vuelve a codificar puesto que no cumpliría con el criterio de novedad.

- d. **Consistencia:** el cambio observado debe cumplir con el criterio de coherencia entre la expresión verbal y no verbal del paciente. Asimismo, no debe ser contradicho posteriormente en la misma sesión o durante la evolución de la terapia.

Criterios Metodológicos

- a. En caso de que el cambio observado se corresponda con más de un indicador, se debe codificar el indicador de cambio de mayor jerarquía, considerando que éste incluye los de nivel más bajo.
- b. Al delimitar el inicio y el fin del episodio, se debe seleccionar el fragmento donde se aprecie de manera más clara el cambio, por lo tanto deben dejarse fuera segmentos donde hayan dudas o falte mayor consenso, por ejemplo, en el inicio del mismo (sobre el final las dudas de delimitación son menos probables ya que éste coincide con el momento de cambio)

LISTADO DE INDICADORES DE 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 asociaciones 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.
14. Formación de constructos subjetivos de sí mismo 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”).

ACERCA DE LOS EPISODIOS DE ESTANCAMIENTO

Definición de Episodio de Estancamiento (EE)

Se entenderá por Episodios de Estancamiento los segmentos de la sesión terapéutica en que se presenta una detención temporal del proceso de cambio, producto de la reedición del problema del paciente durante la sesión y donde se aprecia una persistencia en las formas de entendimiento, comportamiento y emociones ligadas a éste, que no evolucionan hacia un cambio. La **observación estará puesta en el paciente**, independiente de la acción u omisión del terapeuta y de sus posibles aciertos o desaciertos.

Además este episodio se caracterizará por la:

- Nula construcción de nuevos modos de interpretación y representación de nuevos significados.
- Un clima emocional aburrido, entrampado, tenso y/o trabajoso.

Criterios Sustantivos

- a. **Reiteración del patrón disfuncional (o factores mantenedores del mismo):** Se reitera el patrón disfuncional del paciente en sesión. Se observa en una repetición de cogniciones, emociones, comportamientos y significados característicos del paciente y de sus dificultades, dando cuenta de ausencia de innovación, en su planteamiento y visión del problema.
Ejemplo 1: una paciente sostiene reiteradamente que su madre fue muy cariñosa con ella durante la infancia, aunque conjuntamente relata situaciones donde se observa descuido y abandono materno hacia ella; pese a eso, la paciente vuelve a insistir en su actitud agradecida e idealizada hacia su madre, pareciendo no escuchar lo que ella misma dice. Ejemplo 2: un paciente presenta un patrón disfuncional de desconexión afectiva consigo mismo. Durante la sesión cuenta la experiencia de separación reciente con su pareja de años, indica que es un tema que lo aqueja mucho y que ha motivado su consulta; sin embargo, en todo momento se muestra impávido, aplanado emocionalmente, sin signos de emoción. Habla largamente sobre el tema doloroso, manteniendo su patrón disfuncional de desconexión, sin poder generar nuevas miradas frente a lo que está relatando.
- b. **Persistencia en el discurso de significados y argumentos que sostienen el patrón problema:** Esto dice relación con la insistencia del consultante, durante todo el episodio, en un discurso, interpretación o argumento que mantiene el problema y/o su mirada sobre éste. Se evidencia un discurso cerrado, rígido e impermeable a la innovación. Por ejemplo, el mismo paciente anterior, en un momento de la sesión se dedica insistentemente a argumentar acerca de los beneficios de “no sentir pena, ni rabia” en relación al término de su matrimonio; este discurso se reitera o se argumenta prolongadamente sin abrirse a nuevas interpretaciones.
Este patrón de funcionamiento, y modo argumentativo, se mantiene y persiste en el tiempo, entorpeciendo la innovación.
- c. **Actualidad:** El Episodio de Estancamiento debe ocurrir durante la sesión observada.



Criterios Metodológicos

- a. El Episodio de Estancamiento tiene una distancia de al menos 10 minutos de algún Episodio de Cambio posterior. No se codifica estancamiento si luego aparece un cambio (a menos de 10 minutos de distancia) en relación con el mismo tema. (En este caso sí se puede codificar "cambio" en el segmento posterior, si éste cumple con los criterios).
- b. Cada episodio deberá tener una duración mínima continuada de 3 minutos.
- c. Solamente se debe codificar una temática (o indicador) por Episodio de Estancamiento (el más representativo).
- d. Al delimitar el inicio y el fin del episodio, se debe seleccionar el fragmento donde se aprecie de manera más clara el estancamiento, dejando fuera segmentos donde hayan dudas o falte mayor consenso. No obstante lo anterior, no se debe seccionarse el episodio. El criterio solamente se refiere a la delimitación inicial y final.

Listado de Indicadores de Estancamiento

- A. Negación de la existencia de un problema o su minimización.
- B. Negación de la necesidad de ayuda y no aceptación de los propios límites. C. Expresión de desesperanza (desmoralización).
- D. No hacerse responsable de los propios actos.
- E. Aparición de sentimientos de incompetencia.
- F. Aumento de temor o ambivalencia frente al cambio. G. Atribución a otros de los propios problemas.
- H. Resistencia a pensar acerca de nuevas posibilidades de sí mismo (conducta, pensamiento o emoción).
- I. Cuestionamiento del terapeuta como profesional competente.
- J. Resistencia al establecimiento de asociaciones entre síntomas, emociones y comportamientos. K. Resistencia a la reconceptualización de las definiciones iniciales del problema o síntoma.



PROCEDIMIENTO DE TRABAJO PARA OBSERVACIÓN, REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LOS EPISODIOS DE CAMBIO

IMPORTANTE: PARA EL PROCESO QUE SIGUE, ES NECESARIA LA PARTICIPACIÓN DE AL MENOS DOS OBSERVADORES, QUE TRABAJARÁN DE MANERA INDEPENDIENTE O CONJUNTA SEGÚN LA ETAPA DE CODIFICACIÓN EN QUE SE ENCUENTREN

El proceso de observación, registro y codificación de los Episodios de Cambio y Estancamiento, se realiza en DOS ETAPAS, diferentes y sucesivas:

- Etapas 1: Primera observación de la sesión de psicoterapia en vivo o en video
- Etapas 2: Etapa de Conciliación o acuerdo intersubjetivo entre observadores

MATERIALES

Para registrar y codificar momentos, indicadores y Episodios de Cambio y Estancamiento se requiere de:

- a) La observación de sesiones terapéuticas en vivo (tras espejo) o bien de sus grabaciones en video.
- b) Las transcripciones textuales de las sesiones (transcripción del audio).
- c) Pauta de registro de observación inicial de la terapia (Anexo 1)
- d) Lista de Indicadores Genéricos de Cambio (Anexo 5)
- e) Lista de Indicadores de Estancamiento (Anexo 7)
- f) Criterios para la identificación de Episodios de Cambio (Anexo 4)
- g) Criterios para la identificación de Episodios de Estancamiento (Anexo 6)
- h) Planilla de acuerdo intersubjetivo (versión Word para imprimir) (Anexo 2)
- i) Planilla de acuerdo intersubjetivo (versión Excel para llenar computacionalmente) (Planilla Excel Adjunta)

ETAPA 1: PRIMERA OBSERVACIÓN DE LA SESIÓN DE PSICOTERAPIA EN VIVO O EN VIDEO

ESTA FASE DE REGISTRO SE LLEVA A CABO POR AL MENOS DOS OBSERVADORES INDEPENDIENTES

Las instrucciones que siguen tienen por objetivo asegurar una identificación y codificación inicial independiente de los Momentos de Cambio y de los Episodios de Estancamiento que se observen en la terapia, con el fin de estimar el acuerdo inicial entre los observadores.

1. Se realiza la observación en vivo o en video de la sesión de psicoterapia, teniendo cuidado de no interactuar con el segundo observador en ningún tema relacionado con los Momentos de Cambio o Episodio de Estancamiento. Es necesario que, durante la observación, no se comente lo que está ocurriendo y se haga lo posible por suprimir señales no verbales que puedan sugerir al segundo observador cualquier reacción que se haya podido tener frente a los sucesos de la terapia.
2. Se registra lo observado en la "Pauta de Registro de Observación Inicial" (Anexo 1)
 - a. Se indica en la primera columna, "HORA", la hora en que se observó el cambio o estancamiento (tiempo transcurrido de grabación).
 - b. Se indica en la segunda columna, "TIPO DE EPISODIO" si se trata de un Cambio intra o extra-sesión, o de un Estancamiento, con las abreviaturas siguientes:
 - i. **CI** Cambio Intra-sesión ii. **CE** Cambio Extra-sesión
 - iii. **E** Estancamiento
 - c. En la tercera columna, "MANIFESTACIÓN DEL EPISODIO", se señala qué fue observado en la sesión que pueda entenderse como Cambio o Estancamiento. Debe anotarse una frase textual que facilite posteriormente la ubicación del momento identificado.

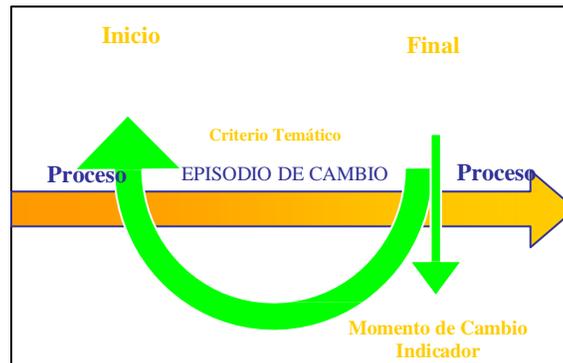


- d. Se indica en la cuarta columna, “NÚMERO O LETRA INDICADOR”, aunque sea en forma tentativa, el Indicador de Cambio o Estancamiento que se cree corresponde al momento observado.
 - e. En la quinta columna, “REGISTRADO POR”, se identifica la persona o personas que registran el EC o EE.
 - f. Las columnas siguientes, esto es, “PÁRRAFO INICIAL”, “PÁRRAFO FINAL” y “ACEPTACIÓN”, se registran posteriormente en la etapa de conciliación.
3. En caso de que se trate de la observación de la PRIMERA SESIÓN de la psicoterapia, una vez terminada la observación de la misma -en vivo o en video- cada observador, en forma independiente, debe identificar tentativamente los patrones disfuncionales de estancamiento del paciente, los que facilitarán la posterior justificación de los episodios identificados en el resto de la terapia. Estas hipótesis de patrones disfuncionales, idiosincráticos, de estancamiento se consignan en la hoja de registro en el recuadro correspondiente, “HIPÓTESIS DE ESTANCAMIENTO”.
 4. Estas hipótesis iniciales pueden ser corregidas o complementadas durante todo el proceso de codificación. Orientarán la observación de los Episodios de Estancamiento durante el resto de la terapia, y se codificarán cada vez que, cumpliendo con los demás criterios sustantivos y metodológicos, se manifiesten en sesión, registrándose de la manera indicada en el punto 2.
 5. Se deben completar todos estos pasos **antes** de comunicarse con el segundo observador de cualquier forma.
 6. Una vez seguidos estos pasos, usted puede discutir la sesión con el segundo observador. Si lo desea, puede incluso discutir las diferencias en su juicio para utilizar esta información en subsiguientes observaciones, pero no debe alterar el registro original de la planilla. Conserve la planilla para continuar llenándola con la información de subsiguientes observaciones.

ETAPA 2: ETAPA DE CONCILIACIÓN O ACUERDO INTERSUBJETIVO

EN ESTA FASE PARTICIPAN AMBOS OBSERVADORES TRABAJANDO CONJUNTAMENTE

1. Se revisan en conjunto los Episodios de Cambio o Estancamiento registrados de la sesión videada, apoyándose en las pautas de observación correspondientes a dicha sesión (Anexo 1) y en el texto correspondiente a la transcripción de la misma. Se ponen en común, con la transcripción y la hoja de registro individual, los Momentos de Cambio y los Episodios de Estancamiento identificados por cada observador.
2. **Si existe acuerdo** de ambos observadores en el Momento de Cambio, se registra dicha coincidencia en la planilla correspondiente (“Planilla de Acuerdo Intersubjetivo”) (Anexo 2)
3. **En caso de no existir acuerdo**, se vuelve a observar en conjunto el segmento de video en que está incluido el episodio en discusión.
4. De acuerdo a la pautas de observación, se **ubican temporalmente**, tanto en la grabación como en la transcripción de la sesión, aquellos momentos preliminarmente identificados como de Cambio o Estancamiento, con el fin de confirmar o descartar esa primera impresión en base a los criterios sustantivos y metodológicos de cada tipo de Episodio.
5. Se **registra el Indicador** de cambio o de estancamiento correspondiente al episodio recién identificado y recordando indicar si se trata de un cambio intra o extra-sesión (Listado de Indicadores de Cambio, Anexo 5; Listado de Indicadores de Estancamiento, Anexo 7).
6. Una vez identificado y categorizado el Momento de Cambio, se **delimita el Episodio de Cambio** comenzando desde el turno de palabra en que se sitúa el Momento de Cambio y rastreando hacia atrás en el texto (retrocediendo turno por turno) hasta identificar el inicio de la temática sobre la cual versa el cambio. Una vez delimitado el Episodio de Cambio se registra el número de turno de palabra inicial y final. (Por lo general los momentos de cambio comprenden entre 1 y 3 turnos de palabra con un máximo de 5. Los episodios de cambio generalmente tienen entre 20 y 50 turnos de palabra aproximadamente. Finalmente, se marca el episodio delimitado en el texto de la transcripción, distinguiendo entre los turnos que corresponden al momento de cambio y los turnos que –incluyendo a éste- se extienden a turnos anteriores para incluir al episodios de cambio completo.



7. En el caso de los momentos de cambio **extra-sesión**, se marcan todos los párrafos en que se hace alusión al cambio ocurrido, sin delimitar o distinguir un momento específico del resto del episodio.
8. Una vez discutida la codificación, y luego de llegar a un consenso al respecto, se registra el acuerdo o desacuerdo en la planilla de acuerdo intersubjetivo, junto con los demás datos que allí se requieren (Anexo 2)
9. Se traspasa esta información a la Planilla Excel de Acuerdo Intersubjetivo (Planilla Excel Adjunta), que debe ser llenada de manera digital, cuya copia debe ser enviada luego al responsable del manejo de los datos del respectivo equipo de investigación.
10. Se recomienda copiar, en un archivo aparte (formato Word), los momentos de cambio de cada sesión, señalando el indicador de cambio correspondiente, si se trata de un cambio intra o extra-sesión y, el número del turno inicial y final del Episodio de Cambio.
11. Para la observación de aquellas sesiones que servirán al **cálculo de la confiabilidad**, se deberá llenar además la "Planilla de Cálculo de Confiabilidad de los Observadores". (Ejemplo 2 y Anexo 3), que debe ser luego traspasada a la correspondiente Planilla Excel.



ÍNDICE Y ANEXOS

<u>MANUAL DE OBSERVACIÓN, REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE EPISODIOS DE CAMBIO Y ESTANCAMIENTO</u>	<u>1</u>
<u>CONCEPTOS Y CRITERIOS</u>	<u>1</u>
<u>PROCEDIMIENTO DE TRABAJO PARA OBSERVACIÓN, REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LOS EPISODIOS DE CAMBIO</u>	<u>5</u>
ETAPA 1: PRIMERA OBSERVACIÓN DE LA SESIÓN DE PSICOTERAPIA EN VIVO O EN VIDEO	5
ETAPA 2: ETAPA DE CONCILIACIÓN O ACUERDO INTERSUBJETIVO	6
<u>ÍNDICE Y ANEXOS</u>	<u>8</u>
<u>EJEMPLOS:</u>	<u>9</u>
<u>1) EJEMPLO 1: “PAUTA DE REGISTRO OBSERVACIÓN INICIAL”</u>	<u>9</u>
<u>2) EJEMPLO 2: “PLANILLA DE CÁLCULO DE CONFIABILIDAD DE LOS OBSERVADORES”.</u>	<u>10</u>
<u>ANEXO 1: PAUTA DE REGISTRO OBSERVACIÓN INICIAL</u>	<u>11</u>
<u>ANEXO 2: PLANILLA ACUERDO INTERSUBJETIVO DE REGISTRO DE EPISODIOS DE CAMBIO Y ESTANCAMIENTO</u>	<u>12</u>
<u>ANEXO 3: PLANILLA DE CÁLCULO DE CONFIABILIDAD DE LOS OBSERVADORES</u>	<u>13</u>
<u>ANEXO 4 : CRITERIOS EPISODIOS CAMBIO</u>	<u>14</u>
<u>ANEXO 5: LISTADO INDICADORES CAMBIO</u>	<u>15</u>
<u>ANEXO 6: CRITERIOS ESTANCAMIENTO</u>	<u>16</u>
<u>ANEXO 7: LISTADO INDICADORES DE ESTANCAMIENTO</u>	<u>17</u>



EJEMPLOS:

1) Ejemplo 1: “Pauta De Registro Observación Inicial”

TERAPIA N°:	10	SESIÓN:	1
Terapeuta:	XXXX		
Paciente (pseudónimo):	XXXX		
Fecha sesión:	XX/CC/CCCC		
Fecha observación:	XX/XX/XXXX		
Hora comienzo y final de sesión:			
Observada	EN VIVO	EN VIDEO	X
Observador/as:	XXXX		

HORA (En la grabación)	TIPO DE EPISODIO: <input type="checkbox"/> Cambio Intra-sesión <input type="checkbox"/> Cambio Extra-sesión <input type="checkbox"/> Estancamiento	MANIFESTACIÓN DEL EPISODIO (INCLUIR FRASE TEXTUAL)	NÚMERO O LETRA INDICADOR	REGISTRADO POR	PARA SER COMPLETADO EN ETAPA DE CONCILIACIÓN		
					PÁRRAFO INICIAL	PÁRRAFO FINAL (incluye r turnos de momentos de cambio)	ACEPTADO (SI NO)
19:09	CI	P: Sí, en realidad me gusta hacer cosas sola	5	XXX	13	28 (momento de cambio: 27-28)	si
34:53	E	P: Yo creo que estás exagerando	H	xxx	101	126	si
1:33	CE	P: ...el hecho de hablar todos los temas, como que se me revolvieron varias cosas en la cabeza y en realidad estuve bien bajoneada esta semana...	2	xxx	181	192	si

PARA SER LLENADO EN LA PRIMERA SESIÓN	
HIPÓTESIS DE ESTANCAMIENTO:	
<p>a) Resistencia a pensar acerca de nuevas posibilidades de sí mismo (conducta, pensamiento o emoción); Ejemplo: se ve a sí misma en forma derrotista, pensando que no podrá nunca lograr una mejor relación con su hija.</p> <p>b) Atribución a otros de sus propios problemas. Ejemplo: reitera que la hija es una persona egocéntrica y desalmada que solamente la busca por interés material.</p>	

Observaciones adicionales:

Audio se registra con interferencias que dificultan la tarea de delimitación.



3) Ejemplo 2: “Planilla de Cálculo de Confiabilidad de los Observadores”.

Resumen acuerdo/desacuerdos observaciones:		
TERAPIA N°	5	SESION N° 3
		FECHA: 23/10/2010
Observadores independientes: (EJEMPLO)		

Tiempo (minuto s)	Cambio intra Obs. 1	Cambio intra Obs. 2	Cambio extra Obs. 1	Cambio extra Obs. 2	Estanca miento Obs. 1	Estanca miento Obs. 2	Aceptado en Conciliación con texto transcrito
0-5			No	No	No	No	..
5-10			No	No	No	No	..
10-15			No	No	No	No	..
15-20			No	No	No	No	..
20-25			No	No	No	No	..
25-30			No	No	No	No	..
30-35			no	no	si	si	Si
35-40			No	No	No	No	..
40-45			No	No	no	no	..
45-50			No	No	No	No	..
50-55	Si	Si			No	No	Si
55-60			No	No	No	No	--



ANEXO 3: PLANILLA DE CÁLCULO DE CONFIABILIDAD DE LOS OBSERVADORES

Resumen acuerdo/desacuerdos observaciones:		
TERAPIA N°	SESION N°	FECHA:
Observadores independientes:		

SESIÓN 1:

Tiempo (minutos)	CI Obs. 1	CI Obs. 2	CE Obs. 1	CE Obs. 2	E Obs. 1	E Obs. 2	Aceptado en Conciliación
0-5							..
5-10							..
10-15							
15-20							
20-25							
25-30							
30-35							
35-40							
40-45							
45-50							
50-55							
55-60							

SESION 2:

Tiempo (minutos)	CI Obs. 1	CI Obs. 2	CE Obs. 1	CE Obs. 2	E Obs. 1	E Obs. 2	Aceptado en Conciliación
0-5							..
5-10							..
10-15							
15-20							
20-25							
25-30							
30-35							
35-40							
40-45							
45-50							
50-55							
55-60							

SESION 3:

Tiempo (minutos)	CI Obs. 1	CI Obs. 2	CE Obs. 1	CE Obs. 2	E Obs. 1	E Obs. 2	Aceptado en Conciliación
0-5							..
5-10							..
10-15							
15-20							
20-25							
25-30							
30-35							
35-40							
40-45							
45-50							
50-55							
55-60							



Criterios Sustantivos:

- a. **Correspondencia teórica:** El cambio observado se corresponde con alguno/s de los Indicadores Genéricos de Cambio.
- b. **Actualidad/Distinción de cambio Intra y Extra Sesión:** Cuando el cambio observado ocurre en y durante la sesión se denomina cambio intra-sesión; cuando el paciente refiere en la sesión un cambio ocurrido fuera de ésta vinculado al trabajo de sesiones previas, se denomina cambio extra-sesión.
- c. **Novedad:** el cambio observado sucede o es referido por primera vez respecto de la temática en particular. Esto es, puede observarse más de una vez el indicador 5 “descongelamiento”, sin embargo, solo puede indicarse como cambio cuando por primera vez se trata de un descongelamiento de un tema específico, por ejemplo, la forma como el paciente habitualmente comprende sus síntomas. Si este “descongelamiento” particular vuelve a ser observado en otra sesión no se vuelve a codificar puesto que no cumpliría con el criterio de novedad.
- d. **Consistencia:** el cambio observado debe cumplir con el criterio de coherencia entre la expresión verbal y no verbal del paciente. Asimismo, no debe ser contradicho posteriormente en la misma sesión o durante la evolución de la terapia.

Criterios Metodológicos

- a. En caso de que el cambio observado se corresponda con más de un indicador, se debe codificar el indicador de cambio de mayor jerarquía, considerando que éste incluye los de nivel más bajo.
- b. Al delimitar el inicio y el fin del episodio, se debe seleccionar el fragmento donde se aprecie de manera más clara el cambio, por lo tanto deben dejarse fuera segmentos (anteriores o posteriores) donde hayan dudas o falte mayor consenso.



ANEXO 5: LISTADO 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 asociaciones 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.
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”).



Criterios Sustantivos

- a. **Reiteración del patrón disfuncional (o factores mantenedores del mismo):** Se reitera el patrón disfuncional del paciente en sesión. Se observa en una repetición de cogniciones, emociones, comportamientos y significados característicos del paciente y de sus dificultades, dando cuenta de ausencia de innovación, en su planteamiento y visión del problema.
Por ejemplo, la paciente sostiene reiteradamente que su madre fue muy cariñosa con ella durante la infancia, aunque conjuntamente relata situaciones donde se observa descuido y abandono materno hacia ella; pese a eso, la paciente vuelve a insistir en su actitud agradecida e idealizada hacia su madre, pareciendo no escuchar lo que ella misma dice.
Otro ejemplo, es un paciente que presenta un patrón disfuncional de desconexión afectiva consigo mismo. Durante la sesión, cuenta la experiencia de separación reciente con su pareja de años, indica que es un tema que lo aqueja mucho y que ha motivado su consulta; sin embargo, en todo momento se muestra impávido, aplanado emocionalmente, sin signos de emoción. Habla largo rato del tema doloroso, manteniendo su patrón disfuncional de desconexión, sin poder generar nuevas miradas frente a lo que está relatando.
- b. **Persistencia en el discurso de significados y argumentos que sostienen el patrón problema:** Esto tiene que ver con la insistencia del consultante durante todo el episodio, en un discurso, interpretación o argumento que mantiene el problema y/o su mirada sobre éste. Se evidencia un discurso cerrado, rígido e impermeable a la innovación. Por ejemplo, el mismo paciente anterior, en un momento de la sesión se dedica insistentemente a argumentar acerca de los beneficios de “no sentir pena, ni rabia” en relación al término de su matrimonio; este discurso se reitera o se argumenta prolongadamente sin abrirse a nuevas interpretaciones.
 - i. Este patrón de funcionamiento, y modo argumentativo, se mantiene y persiste en el tiempo, entorpeciendo la innovación.
- c. **Actualidad:** El Episodio de Estancamiento debe ocurrir durante la sesión observada.

Criterios Metodológicos

- a. El Episodio de Estancamiento tiene una distancia de al menos 10 minutos de algún Episodio de Cambio posterior. No se codifica estancamiento si luego hay cambio en el mismo tema a menos de 10 minutos.
- b. Cada episodio deberá tener una duración mínima continuada de 3 minutos.
- c. Solamente se debe codificar una temática (o indicador) por Episodio de Estancamiento (el más representativo).
- d. Al delimitar el inicio y el fin del episodio, se debe seleccionar el fragmento donde se aprecie de manera más clara el estancamiento, dejando fuera segmentos donde hayan dudas o falte mayor consenso.



ANEXO 7: LISTADO DE INDICADORES DE ESTANCAMIENTO

Listado de las “temáticas” que indican Estancamiento

- A. Negación de la existencia de un problema o su minimización.
- B. Negación de la necesidad de ayuda y no aceptación de los propios límites. C. Expresión de desesperanza (desmoralización).
- D. No hacerse responsable de los propios actos. E. Aparición de sentimientos de incompetencia.
- F. Aumento de temor o ambivalencia frente al cambio.
- G. Atribución a otros de los propios problemas.
- H. Resistencia a pensar acerca de nuevas posibilidades de sí mismo (conducta, pensamiento o emoción).
- I. Cuestionamiento del terapeuta como profesional competente.
- J. Resistencia al establecimiento de relaciones entre síntomas, emociones y comportamientos. K. Resistencia a la reconceptualización de las definiciones iniciales del problema o síntoma.

