

Episodios de mentalización durante psicoterapia de adolescentes con difusión de identidad

Mentalization Episodes During Psychotherapy in Adolescents with Identity Diffusion

Yamil Quevedo^{a,b,c}, Cristóbal Hernández^{a,d}, Diana Gómez^a, Carmen Gloria Díaz^a, & Nelson Valdés^{b,e}

^a*Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile*

^b*Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad, Santiago, Chile*

^c*Universidad de Chile, Santiago, Chile*

^d*Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago, Chile*

^e*Universidad Santo Tomás, Santiago, Chile*

La difusión de identidad es considerada un elemento central en la psicopatología del trastorno límite de la personalidad, la cual se encuentra enraizada en déficits en las habilidades de mentalización. El presente artículo muestra los resultados de un análisis cualitativo realizado a las narrativas de pacientes y terapeutas durante sesiones de psicoterapia con el modelo Tratamiento para la Identidad del Adolescente (AIT), en las cuales participaron adolescentes que fueron diagnosticados con difusión de identidad. Los hallazgos permitieron proponer una nueva forma de identificar, delimitar y describir episodios de mentalización durante el diálogo psicoterapéutico. Se presenta una caracterización de dichos episodios relevantes, en función de su nivel de complejidad, su cercanía a la historia biográfico-afectiva del paciente, y el foco puesto en sí mismo o en los otros. Dichos episodios fueron precedidos por una serie de acciones del terapeuta, que resultaron facilitadoras o atenuantes de los procesos de mentalización del paciente. Estos resultados son discutidos a la luz de su potencial para orientar la práctica clínica, la formación de terapeutas, y la realización de futuras investigaciones.

Palabras clave: trastorno de personalidad límite, mentalización, adolescentes, difusión de identidad.

Identity diffusion is considered a central element in the psychopathology of borderline personality disorder, which is rooted in deficits in mentalization skills. This article presents the results of a qualitative analysis carried out on the patients' and therapists' narratives during psychotherapeutic sessions with the Identity Treatment for Adolescents model (AIT), in which adolescents were diagnosed with identity diffusion. The findings allowed to propose a new way for identifying, delimiting and describing mentalization episodes within the psychotherapeutic dialogue. A description of these relevant episodes is presented, depending on their level of complexity, their proximity to the patient's biographical-affective history, and the focus placed on him/herself or others. Such episodes were usually preceded by certain actions from therapists, which can facilitate or attenuate the patient's mentalization processes. These results are discussed considering their potential to guide clinical practice, the training of therapists, and the conduct of future research.

Keywords: borderline personality disorder, mentalization, adolescents, identity diffusion.

Agradecimiento: Al Fondo Nacional de Ciencia y Tecnología (Proyectos N° 3130367 y 1150166), al Fondo de Innovación para la Competitividad (FIC) del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, y al Instituto Milenio para la Investigación de Depresión y Personalidad (Midap), Proyecto IS130005.

Contacto: Y. Quevedo. Av. Salvador 486, 7500922, Santiago, Chile. Correo electrónico: yamilquevedo@uchile.cl

Cómo citar: Quevedo, Y., Hernández, C., Gómez, D., Díaz, C. G., & Valdés, N. (2019). Episodios de mentalización durante psicoterapia de adolescentes con difusión de identidad. *Revista de Psicología*, 28(1), 1-14.
<http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2019.53941>

Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracteriza por un patrón general de inestabilidad en la regulación de los afectos, el control de impulsos, las relaciones interpersonales y la propia autoimagen. Los signos clínicos del trastorno incluyen desregulación emocional, agresión impulsiva, reiteradas autolesiones y tendencias suicidas crónicas (Gunderson, Herpertz, Skodol, Torgeresen, & Zanarini, 2018; Lieb, Zanarini, Schmah, Linehan, & Bohus, 2004). En la población adolescente, los estudios epidemiológicos reportan prevalencias similares a las de la población adulta, que van desde 0,9%, hasta 3,2% de jóvenes que cumplen criterios para el diagnóstico de TLP a la edad de 22 años (Johnson, Cohen, Kasen, Skodol, & Oldham, 2008), mientras que en contextos clínicos, las prevalencias alcanzan el 11% de pacientes ambulatorios (Chanen, Jovev, McCutcheon, Jackson, & McGorry, 2008), y 50% de pacientes hospitalizados (Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011). El diagnóstico permite predecir trastornos afectivos, ansiosos y conductuales, un menor nivel de funcionamiento psicosocial, mayor utilización de servicios de salud, mayores tasas de suicidio, y peores resultados terapéuticos en estudios longitudinales (Chanen et al., 2008; Fonagy et al., 2015). Basado en lo anterior, si bien la presentación clínica del TLP en adolescentes puede ser distinta a la de los adultos, es posible proponer que el diagnóstico en adolescentes es válido, estable y emerge al menos en la última etapa de la adolescencia e inicio de la vida adulta (Fonagy et al., 2015; Kaess, Brunner, & Chanen, 2014).

En la actual versión del Manual Estadístico de Trastornos Psiquiátricos DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013), se le ha otorgado una mayor preponderancia al constructo de identidad y a los problemas en su conformación como elementos importantes en la psicopatología de la personalidad. De acuerdo con el mismo manual, un criterio fundamental que define los trastornos de personalidad es presentar dificultades en la autodirección e identidad, es decir, en la posibilidad de percibirse como individuo único y con límites claros entre sí mismo y los otros.

Relacionado con los problemas en su conformación, el constructo “difusión de identidad”, derivado de la teoría del desarrollo identitario de

Erikson (1956), se caracteriza por dificultades en el logro de la intimidad, la elección de carrera, la capacidad para la competencia y para el logro de una autodefinición psicosocial, acompañado de un sentimiento de aislamiento y vacío interno. Esta definición concuerda con síntomas típicos del TLP como el vacío crónico, superficialidad, poca tolerancia a la ansiedad, dificultad en el control de impulsos y en el logro de una autodefinición estable, además de problemas en el establecimiento de relaciones de intimidad (Schlüter-Müller, Goth, Jung, & Schmeck, 2015). Becker, Grilo, Edell, y McGlashan (2002), explorando una muestra clínica de adolescentes a través de entrevistas semiestructuradas, encuentran que la alteración de la identidad en conjunto con ira incontrolable y desregulación afectiva son los síntomas más significativos para el diagnóstico adecuado del trastorno límite de la personalidad en los adolescentes. Frente a lo anterior, es posible pensar en la difusión de identidad como una característica importante del TLP detectable en la adolescencia.

Además de las dificultades en la conformación de la identidad, el fenómeno de mentalización ha tenido una acogida extensa en la práctica clínica actual, dada la relación entre los déficits en el mentalizar y la presentación de psicopatología, especialmente con la sintomatología del TLP (Bateman & Fonagy, 2004).

La mentalización, derivada de la intersección de la teoría del apego y la teoría de la mente (Fonagy & Luyten, 2009), es entendida como la capacidad que tiene un individuo para interpretar el comportamiento humano basado en estados mentales (e.g., necesidades, deseos, sentimientos, y metas), por lo que es en esencia una forma de cognición social (Fonagy & Luyten, 2009). De acuerdo con Fonagy, Gergely, Jurist, y Target (2002), a través de la mentalización los individuos serían capaces de darse cuenta de que su experiencia en el mundo es mediada por su propia mente, distinguiendo así la realidad interna de la realidad externa y, por otro lado, el contexto mental intrapersonal de los procesos emocionales de la comunicación interpersonal. Para Bateman y Fonagy (2004), esta capacidad es el resultado de un proceso evolutivo, que depende de las experiencias tempranas y del vínculo emocional experimentado con un cuidador. A su vez, en contextos interpersonales de mayor demanda emocional, los autores proponen que modos más básicos de cognición

social serían activados, generando así una propensión a la impulsividad y desregulación emocional capaz de perpetuar ciclos interpersonales disfuncionales (Fonagy & Luyten, 2009).

Este último aspecto destaca la dependencia de la mentalización a los contextos afectivos e interpersonales. Sin embargo, la mentalización ha sido habitualmente tratada como una habilidad individual que las personas pueden poseer o no, en lugar de considerarla un fenómeno que emerge en la interacción (Keselman, Osvaldsson Cromndal, Kullgard, & Holmqvist, 2018). Esta crítica emerge desde la psicología discursiva, donde Antaki (2004) y luego Childs (2014) proponen entender la teoría de la mente, aspecto base de la mentalización, como una acción en un contexto interaccional específico, ofreciendo así la alternativa de comprender lo que un interlocutor dice, al menos en parte, en referencia a la dimensión del espacio discursivo que ha abierto el otro interlocutor previamente.

El punto destacado anteriormente resulta relevante en el contexto de la investigación en psicoterapia, puesto que permite abrir el espacio del estudio de la mentalización desde los enfoques tradicionales enfocados en la medición de esta como función reflexiva en una entrevista de apego (Taubner et al., 2013) a la interacción terapéutica. En esta línea, Keselman et al. (2018) proponen que lo que en los análisis aislados de un contexto interaccional naturalista puede ser considerado como una falla en la mentalización, tomado en un contexto interaccional puede ser, por ejemplo, una forma de controlar el curso de la conversación, o como una acción protectora de sí mismo, es decir, cumpliendo una función performativa en la relación. Es importante notar que los autores proponen que estas acciones presuponen ya la comprensión del contexto interpersonal práctico en el están imbuidos paciente y terapeuta, y, por lo tanto, de una capacidad implícita de mentalización.

Las perspectivas expuestas anteriormente se alejan de la idea de conceptualizar la mente como una entidad “dentro de la cabeza” para proponer, al menos, su dependencia a los contextos prácticos e interpersonales. También proponen que hablar de estados mentales no en todos los casos tendría la función práctica de reportar una experiencia, sino que podrían tratarse de una forma de manejar una situación interaccional en curso.

Esta controversia refleja el interés creciente du-

rante los últimos años en el concepto de mentalización, ya sea como un fenómeno a considerar en la psicopatología del TLP, o bien, como un modelo de tratamiento específico (Fernández-Guerrero & Palacios-Vicario, 2017).

En los adolescentes, los sujetos con TLP muestran una menor mentalización medida por el cuestionario de autoinforme Reflective Functioning Questionnaire for Youth en comparación con los controles normales. Además, la baja mentalización se asoció con respuestas hipermentalizantes en la Evaluación de la Cognición Social, consistente con la tendencia propuesta a la sobreatribución de los estados mentales (Ha, Sharp, Ensink, Fonagy, & Cirino, 2013).

Existe evidencia del efecto positivo de las Terapias Basadas en la Mentalización (TBM), sobre diversos dominios sintomáticos y de funcionamiento de pacientes con TLP en adultos (Bateman & Fonagy, 2010) y adolescentes (Fonagy et al., 2015). Sin embargo, a la fecha existen escasos estudios empíricos que exploren la capacidad de mentalización con la difusión de identidad y en el marco de la investigación de proceso terapéutico.

En un estudio que incluyó 405 sujetos con trastorno de personalidad y sujetos sanos, una baja mentalización, medida con el cuestionario de auto-reporte Reflective Functioning Questionnaire, se asoció a difusión de identidad medida con el Inventario de la Personalidad Organización (Fonagy et al., 2016). Otro estudio en una muestra de 167 pacientes con TPL mostró que la difusión de la identidad mediaba la relación entre las dificultades de la mentalización y las relaciones interpersonales (De Meulemeester, Lowyck, Vermote, Verhaest, & Luyten, 2017).

El logro de una identidad estable y coherente es una tarea propia del desarrollo de un adolescente. Una identidad difusa en esta etapa emerge como fenómeno psicopatológico distinguible de la crisis de identidad normativa, y ha sido vinculada a patología de la personalidad (Fonagy et al., 2015; Schlüter-Müller et al., 2015; Westen, Betan, & DeFife, 2011). Esto la convierte en un constructo de interés clínico y una oportunidad para intervenir precozmente en la emergencia del TLP, realizando acciones enfocadas en los procesos de mentalización y su repercusión en la consolidación de la identidad de los adolescentes, en una ventana de tiempo en la que en que se amplía y se complejiza su mundo interpersonal (Blakemore,

2012).

Basado en lo anterior, el presente artículo pretende dar luces respecto de las características del proceso de mentalización en adolescentes que presentan difusión de identidad. Tomando en consideración el componente interaccional de la mentalización (Keselman et al., 2018), también se propondrá una metodología de análisis que permita identificar y describir la forma en que este proceso se despliega en segmentos significativos de la sesión, incluyendo así las acciones tanto de pacientes como de terapeutas en su comprensión. Esta metodología será basada en el concepto de “eventos significativos” (Stiles, Shapiro, & Elliott, 1986), haciendo referencia a unidades clínicamente significativas durante el proceso terapéutico que hacen posible la observación de fenómenos relevantes, en este caso la mentalización en su contexto interaccional.

Para ello, se plantean los siguientes objetivos: a) caracterizar los episodios de mentalización durante la sesión a partir de la conversación entre pacientes y terapeutas; y b) identificar y describir las acciones facilitadoras u obstaculizadoras de dichos procesos de mentalización realizadas por los terapeutas.

Método

La presente investigación tiene carácter fenomenológico e idiográfico, ya que implica la descripción amplia y profunda de cada uno de los casos en sí mismos, sin el propósito de generalizar las observaciones (Gilgun, 1994). Para ello, se utilizó un diseño de caso instrumental que consiste en el estudio de un grupo de casos similares o diferentes, con el fin de fundamentar la generalidad de un fenómeno a partir de las concordancias

o variantes entre los mismos (Stake, 1994).

Participantes

Se analizaron cualitativamente 17 sesiones psicoterapéuticas correspondientes a cinco pacientes adolescentes (14 a 22 años), todos con diagnóstico clínico de trastorno de personalidad límite, y con presencia de difusión de identidad de acuerdo con el DSM-5 (APA, 2013). Los pacientes fueron atendidos en un centro clínico privado de Santiago de Chile, y recibieron un tratamiento centrado en el modelo Terapia para la Identidad del Adolescente, AIT (Foelsch et al., 2014). La selección de los mismos fue a partir de un muestreo intencional a través de la estrategia de caso típico (Merriam, 1998), vale decir, individuos que representan un determinado grupo por presentar algún aspecto en común que los hace, hasta cierto punto, un grupo homogéneo. Para ello, se utilizó el juicio clínico de un profesional externo (psiquiatra infanto-juvenil), que posibilitara además mantener ciegos a los codificadores. Se consideraron los siguientes criterios de exclusión: retardo mental, trastornos neurológicos graves, trastorno psicótico, trastorno generalizado del desarrollo, dependencia a sustancias, o la existencia de indicadores de un trastorno de personalidad antisocial. A su vez, se solicitó formalmente la participación de los terapeutas a cargo de los casos elegidos. Todos eran psicólogos clínicos acreditados por la Comisión Nacional de Psicólogos Clínicos de Chile, quienes contaban con una formación de dos años en el modelo AIT. El grupo de terapeutas participantes fue supervisado semanalmente durante las reuniones clínicas por parte de la experta en el modelo, con el fin de asegurar la adherencia y competencia de los terapeutas. Las características de los participantes se resumen en la tabla 1.

Tabla 1
Características de los participantes

Caso	Paciente	Nº de sesiones analizadas	Edad al inicio	Terapeuta
1	Hombre	4	16	Hombre
2	Mujer	4	16	Mujer
3	Mujer	4	22	Mujer
4	Mujer	4	14	Mujer
5	Mujer	1	14	Mujer

Procedimiento

Para la realización del presente estudio se utilizaron datos secundarios, que fueron generados en el marco de una investigación posdoctoral sobre procesos terapéuticos con pacientes adolescentes, la cual contaba con aprobación del Comité Asesor de Bioética de Fondecyt¹. No obstante, para la realización de este estudio se contactó nuevamente a todos los participantes para solicitarles formalmente poder hacer uso únicamente de las transcripciones de sus sesiones. Los participantes que accedieron, debieron firmar un asentimiento (menores de edad) y un consentimiento informado (mayores de edad, padres y terapeutas). Las transcripciones fueron realizadas utilizando las normas de Mergenthaler y Gril (1996).

Los datos fueron codificados por cuatro jueces (tres psicólogos y un psiquiatra) que recibieron un entrenamiento en análisis cualitativo de datos, como parte de su formación doctoral en investigación. En una primera fase, los jueces analizaron grupalmente las primeras tres sesiones completas elegidas al azar, de manera de tener una aproximación a los datos. Esto permitió unificar criterios al momento de codificar; además, hizo posible la emergencia de los criterios preliminares que permitieron la identificación y delimitación de los segmentos de la sesión con presencia de episodios de mentalización (EM). Dichos criterios se fueron perfeccionando a medida que fueron analizadas el resto de las sesiones. En una segunda fase, las EM fueron codificadas por los jueces en duplas, de manera de lograr un consenso intersubjetivo de las categorías emergentes.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados siguiendo los lineamientos de la teoría fundamentada (Strauss & Corbin, 2002), la que da un lugar privilegiado a los datos, permitiendo la generación de teoría a partir del consenso intersubjetivo. Se trata de un método que busca la comprensión de un fenómeno a partir de las acciones y significaciones de los propios participantes (Charmaz, 2013), utilizando para ello la estrategia de comparación constante.

¹ Proyecto Fondecyt N°3130367 denominado “Características de la comunicación verbal de pacientes con depresión [introyectivos y anaclíticos] durante la conversación terapéutica, y su relación con el cambio psicoterapéutico”, con Nelson Valdés como investigador principal.

De acuerdo con Soneira (2006), esta estrategia implica flexibilidad del investigador al momento de producir y codificar los datos en forma simultánea.

Durante el procedimiento de análisis del material textual, los codificadores etiquetaron, codificaron, acordaron y compararon los resultados obtenidos, hasta alcanzar un grado considerable de saturación teórica, vale decir, aquel punto en el cual los resultados dejan de aportar aspectos nuevos al modelo teórico en construcción (Flick, 2004). En el presente artículo se describen los principales hallazgos obtenidos como producto de la codificación abierta y axial de las unidades de significación, que se presentarán en los resultados en forma de categorías y subcategorías ordenadas taxonómicamente (Flick, 2004).

Resultados

Conceptualización de los momentos de mentalización

El primer paso consistió en describir las características de los momentos de mentalización (MM) basados en la definición conceptual de mentalización. Esta última fue entendida como la capacidad que tiene un individuo de razonar o percibirse a sí mismo y a los otros, en términos de las verbalizaciones referidas a sus estados mentales (sentimientos, creencias, intenciones y deseos), dejando por fuera del análisis a aquellas verbalizaciones referidas a estados mentales que eran parte del discurso, pero fuera del foco de la terapia (Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998). A partir de esta definición, los cuatro codificadores procedieron a analizar la interacción verbal de los pacientes y sus terapeutas durante la sesión, con el propósito de: a) identificar los turnos de palabra de los pacientes con la presencia de indicadores verbales que dieran cuenta de un MM; b) delimitar los episodios de mentalización a partir de un criterio temático; y c) codificar todas las acciones realizadas por ambos protagonistas de la conversación, antes, durante y después de dichos momentos.

Identificación de los momentos de mentalización

Uno de los primeros resultados tiene que ver con el hecho de que los MM de los pacientes bajo ningún caso ocurrieron de manera homogénea a lo largo de la sesión. Por el contrario, estos MM

aparecían durante períodos específicos de sesión, en los cuales ciertos indicadores verbales emergían durante la conversación terapéutica entre pacientes y terapeutas. Por lo tanto, un primer resultado tuvo que ver con la posibilidad de establecer criterios que permitieran la identificación de los MM durante las verbalizaciones de los pacientes y sus terapeutas. Este paso previo aseguró la homogeneidad en los MM identificados sistemáticamente, y consensuados entre los distintos observadores.

Delimitación de episodios de mentalización

El siguiente paso a la identificación de los MM, fue realizar la delimitación de los segmentos de la sesión en los cuales el paciente —conjuntamente con su terapeuta— se refería a su capacidad para percibirse y entenderse a sí mismo. Estos segmentos de la sesión fueron denominados episodios de mentalización (EM), los cuales también fueron definidos conceptual y metodológicamente.

Una vez identificados los turnos de palabra del paciente con la presencia de un MM, se procedió a revisar los turnos de palabra posteriores, con el fin de identificar en qué momento el paciente dejaba de mentalizar acerca de los estados mentales de sí mismo y/o de los otros. Este turno de palabra marcaba el fin del EM. De igual forma, se revisaron los turnos de palabra previos al MM, con el fin de rastrear el inicio del tema acerca del cual versaba el MM identificado. Este turno de palabra marcaba el inicio del episodio. Hay que recalcar que durante los EM quedaron incluidos también todos los turnos de palabra de los terapeutas, los que fueron analizados para identificar las acciones verbales realizadas con el fin de facilitar u obstaculizar dichos momentos.

Estos segmentos de la sesión se convirtieron entonces en la unidad de análisis para las codificaciones posteriores. En las 17 sesiones analizadas, fue posible identificar un total de 93 MM, los que fueron delimitados y codificados posteriormente. Las características de las narrativas de los pacientes durante estos episodios de la sesión versaban básicamente acerca de las siguientes temáticas generales: estados mentales de los pacientes sobre sí mismos, estados mentales de los pacientes sobre los otros, acciones del terapeuta facilitadoras de la mentalización, y las acciones del terapeuta obstaculizadoras de la mentalización.

Estados mentales sobre sí mismos. La primera categoría identificada hacía referencia a la verbalización de contenidos mentales dirigidos hacia sí mismos, con el fin de facilitar la autocomprensión y la autopercepción. Esta categoría permitió identificar dos aspectos emergentes en el relato de las dinámicas cotidianas de los pacientes, y en sus relaciones con otros significativos. Por un lado, las descripciones de los estados mentales del paciente sobre sí mismo, las cuales hacían referencia a contenidos del orden de lo afectivo, cognitivo, motivacional, intencional, conductual, y a la manera de relacionarse con los demás. Y, por otro lado, la relación entre los estados mentales del paciente sobre sí mismo, las cuales aluden a distintas combinaciones entre los contenidos mencionados previamente, y que, de alguna forma, permitían al paciente entregar explicaciones sobre sí mismo, con un mayor grado de complejidad y elaboración.

Estados mentales del paciente sobre los otros. La segunda categoría general emergente hacía referencia a las descripciones acerca de los estados mentales sobre los otros, por ejemplo, padres, pares, e, incluso, el mismo terapeuta. Los pacientes utilizaban verbalizaciones para dar cuenta de sus pensamientos, conductas (e.g., “él está demasiado pendiente de su mamá”, Caso II, S8:145), intenciones/motivaciones (e.g., “mi mamá estaba entusiasmada con el viaje porque también quería aprender inglés”, Caso IV, S5:204), y los afectos de los demás. La siguiente viñeta extraída de la sesión 14 del Caso IV, permite ilustrar este último tipo de descripción:

Porque no me iba a ir, y ahora sí. O sea, porque no me van a ver todo el tiempo, y no se van a sentir culpables cuando me vean, y si me ven obviamente van a decir “oh mira la Jacinta no sé qué”. Pero ahora no me van a ver todo el tiempo, entonces no se van a sentir culpables todo el tiempo (39).

También fue posible identificar un tipo de descripciones de los pacientes que contenían relaciones entre estados mentales sobre los otros. Algunas de estas verbalizaciones hacían referencia a la asociación entre afectos y conductas (e.g., “cuando estamos juntos, lo miro y veo que me está mirando. Yo creo que le gusto”, Caso II, S8:220), y otras lo hacían acerca de la asociación entre cog-

niciones y conductas (e.g., “prefiere quedarse jugando con amigos a los videojuegos, en vez de estar conmigo. Yo creo que es porque es inmaduro”, Caso II, S8:192). En ambos momentos, las verbalizaciones reflejaban una inferencia del paciente de interés amoroso con base en la conducta de otra persona, y la explicación del patrón conductual de la pareja, respectivamente.

También fue posible identificar verbalizaciones dentro de los EM que hacían referencia a la relación entre afectos y cogniciones de los otros. Por ejemplo, la siguiente viñeta extraída de la quinta sesión del Caso IV, permite ejemplificar cómo el paciente era capaz de describir una atribución de enojo relacionada con las preocupaciones de otro: “se va enojar también, y me va a decir ‘pero es que tú siempre has hecho lo mismo y ¿qué pasa si después dejas de ir?’ eh si no vas a ir más, yo voy a tener que dar la cara y decir que no vas a ir” (Caso IV, S5:522).

Acciones del terapeuta facilitadoras de la mentalización del paciente. Al realizar la codificación de las acciones verbales de los terapeutas, previas a los momentos de mentalización, fue posible distinguir que algunas de estas cumplían la función de facilitar los procesos de mentalización del paciente en determinados momentos de la sesión. Estas acciones fueron agrupadas de la siguiente manera: a) todas aquellas verbalizaciones realizadas para suscitar procesos de mentalización en el paciente; y b) verbalizaciones realizadas para predisponer al paciente a la mentalización. El primer grupo de acciones verbales incluyó intervenciones realizadas para generar de forma inmediata la mentalización del paciente, o bien, posibilitar la profundización de una mentalización en curso. Entre estas intervenciones se encuentran: a) el reflejo, referido a la capacidad del terapeuta de mostrarle al paciente cómo logra advertir su emoción o conducta (e.g., “veo que lo que te dije te molestó”, Caso II, S8:141); b) la confrontación, referido a la capacidad de mostrarle al paciente aspectos contradictorios o confusos en su relato; c) la interpretación, referido a la capacidad de proveer de nuevas explicaciones al paciente; y d) la invitación a la reflexión conjunta, referido a la capacidad de invitar al paciente a pensar colaborativamente en aquello que le pasa (e.g., “¿cómo podríamos entender los dos esto que te está pasando?”, Caso III, S10:20).

En cuanto a las intervenciones del terapeuta

que predisponen al paciente a la mentalización, se pudo observar que estas no suelen ocurrir de manera inmediata, sino que surgen posteriormente durante la conversación terapéutica en otro momento de la sesión. En otras palabras, estas son acciones verbales del terapeuta que parecen allanar o preparar el camino para futuros MM del paciente. Tales acciones son: a) clarificaciones, realizadas con el fin de solicitar mayor información o detalles al paciente respecto de sus elementos vivenciales; b) acciones psicoeducativas, realizadas para dar indicaciones concretas al paciente, por ejemplo, cumplir con los acuerdos del tratamiento; y c) preguntas, realizadas con el fin de explorar determinados contenidos del paciente, por ejemplo, utilizar preguntas abiertas para aclarar ciertos contenidos que aparecen ambiguos en el discurso del paciente. Un resultado que llamó la atención fue la existencia de ciertas formas de preguntas que parecían atenuar el proceso de mentalización del paciente. Estas preguntas eran realizadas de manera dicotómica, y solían centrarse en aspectos demasiado concretos de la experiencia de los pacientes. La siguiente viñeta extraída de la sesión 2 del Caso III (84-93) permite ilustrar lo anterior:

T: ¿Cómo te sentías en ese momento?

P: No me fui a encerrarme en mi pieza tampoco, fui a la terraza.

T: Ya... ya

P: A sentarme.

T: ¿Y qué hiciste en la terraza?

P: Nada, me quedé mirando, me fumé un cigarrillo.

T: Ya, ¿cómo te sentías corporalmente en ese momento? Por ejemplo, si tenías la guata apretada, si...

P: No.

T: Tenías más acelerado el corazón, como... ¿No?

P: No, es que corporalmente no cambio mucho tampoco.

Acciones del terapeuta obstaculizadoras de la mentalización del paciente. Hubo algunos EM durante los cuales los terapeutas realizaron acciones verbales que terminaban obstaculizando el proceso de mentalización del paciente. Estas acciones se agruparon de la siguiente forma: a) verbalizaciones que impedían que el paciente conti-

nuara mentalizando; y b) verbalizaciones que impedían que el paciente aumentara el nivel de complejidad o profundidad de una mentalización en curso. Este último grupo de acciones verbales limitaban el desarrollo de una mentalización, ya sea porque el proceso de mentalización finalizaba, o bien, porque el paciente no lograba profundizar durante el proceso de mentalización iniciado. Estas acciones eran: a) verbales enjuiciadoras, durante las cuales el terapeuta cuestionaba la veracidad del relato de su paciente, o bien, se mostraba como poseedor de una verdad, tomando una actitud valorativa en torno al actuar o relato del paciente; y b) verbales rígidas, que demostraban una falta de flexibilidad por parte del terapeuta, como, por ejemplo, persistir en un tema a pesar de la negación del paciente a participar de él.

Niveles de profundidad y complejidad de la mentalización

A partir de la codificación abierta y la comparación inter e intracaso, se llevó a cabo una codifi-

cación axial que permitió determinar distintos niveles de profundidad de los MM, los que contribuyeron a explicar otros aspectos del proceso de mentalización (ver figura 1).

Niveles de complejidad de la mentalización.

Independientemente de los contenidos de la mentalización, parecen existir niveles de complejidad que abarcaron un primer nivel o bajo, que implicaron la presencia de una simple descripción de estados mentales. La siguiente viñeta extraída de la sesión 10 del Caso III, permite ilustrar este primer nivel:

No es que ya pasó, como que el tema ya fue. Y sé que después de un rato ya voy a salir y me va a dar lo mismo. De hecho, tengo la despedida de la Magda el sábado y chao. Pero como que fue tanto lo mal que lo pasé. Como cuando me pasaban estos borrones, que como que esto fue como un aviso. Como que no sé, me fui, me bajó toda la angustia otra vez, no sé (26).

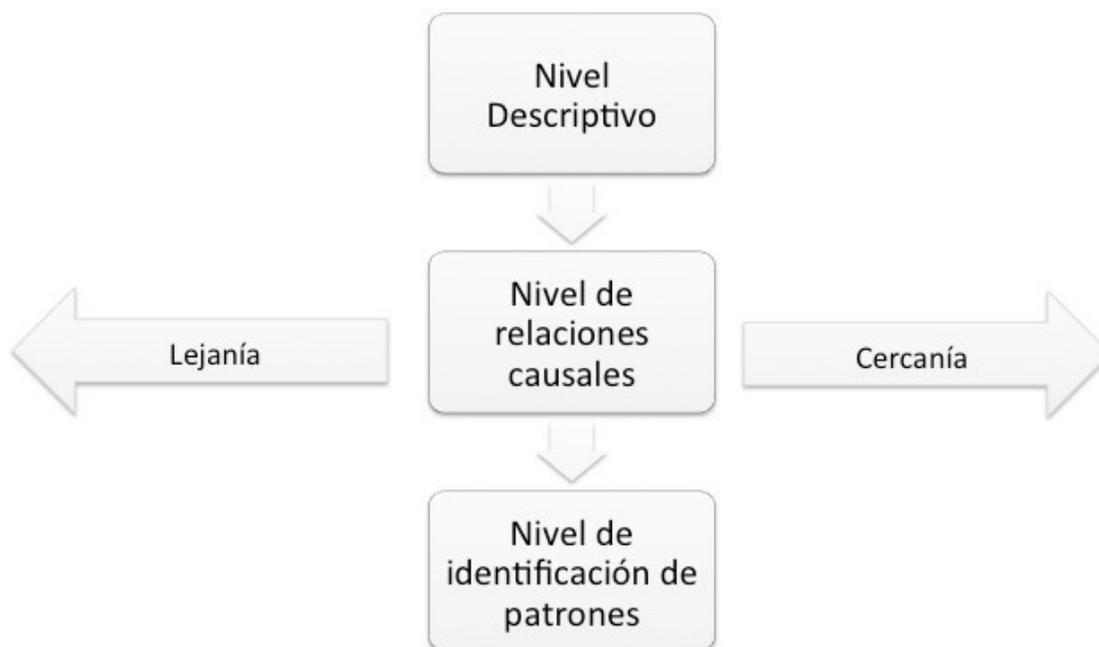


Figura 1. Esquema de niveles de complejidad/dimensión “afectivo-biográfica”.

Existiría un segundo nivel o intermedio que establecía relaciones de causalidad entre distintos estados mentales del paciente, por ejemplo, cuando el Caso IV da cuenta en sus verbalizaciones de una relación entre el propio estado emocional y la conducta hacia otros (e.g., “si tú me encuentras en un mal momento obvio que reacciono mal, por ejemplo, cuando despierto en la mañana malhumorada, a veces trato mal a mis papás”, S5:150). Y finalmente, un tercer nivel o alto, que implicaba la identificación y verbalización del paciente de patrones relacionales entre distintos estados mentales que se repiten en el tiempo. Por ejemplo, cuando el Caso II relata que ha notado que existen formas de relacionarse con la pareja que suelen repetirse (e.g., “Me di cuenta de que soy muy maternal en todas mis relaciones de pareja”, S8:300).

Dimensión de cercanía/lejanía afectivo-biográfica. Independientemente de los niveles de complejidad, se observó que un MM podía estar conectado de manera muy superficial y vaga, con la historia personal o el afecto vivido por el paciente durante ese momento. Este tipo de marcadores verbales de mentalización del paciente, tenían la apariencia de impresiones generales o un lugar común en relación con la experiencia. Por ejemplo, cuando durante la sesión 11 del Caso III, el terapeuta le pregunta al paciente si no creía que podía servirle de algo pensar en determinado contenido, a lo que el paciente responde “No creo, porque ya son temas cerrados que no tiene sentido seguir metiéndole el dedo” (Caso III, S11:305-306).

Por otro lado, los MM considerados más lejanos de la historia afectivo-biográfica del paciente, se caracterizaban por no dar respuesta a la pregunta sobre la vida y contexto vital del mismo, sino más bien, a una abstracción que parecía nacer del sentido común. Mientras que existían otros momentos que parecían estar más profundamente anclados en la experiencia íntima del paciente, tal y como lo ilustra la siguiente viñeta extraída de la sesión 13 del Caso III:

Como cuando mi mamá se separó. Él era el hombre que había vivido conmigo hace 14 años. Era como un papá para mí. Y de un día para otro, nunca más lo vi. Y no porque mi mamá se lo impidiera, sino porque desapare-

ció. Como que nunca me la sufrí así, o sea me acordaba y me daba pena. Lo mismo cuando quedé embarazada ... puede ser un poco que las bloqueo (Caso III, S13:103).

La característica principal de estos momentos es que podían acercarse tanto al terapeuta como al paciente que narra la historia, al contexto vital y afectivo de este último, a su historia de vida, a la manera de involucrarse en ella, y a los afectos que durante esta emergían.

Discusión

La conversación terapéutica es considerada un espacio idóneo para evaluar la mentalización, ya que se trata de un proceso que debe ser analizado en un contexto interpersonal (Lanza Castelli, 2013). A partir de los resultados de esta investigación, se propone una estrategia metodológica que permite la identificación y delimitación de episodios de mentalización durante la sesión, siguiendo la línea propuesta por Elliot y Shapiro (1992), quienes plantean las ventajas de analizar momentos específicos relevantes de la sesión, durante los cuales es posible realizar microanálisis de las acciones terapéuticas que se encuentran ahí incluidas de manera concentrada e intensa.

Particularmente, en la investigación en psicoterapia los episodios relevantes son consideradas unidades significativas de interacción (Greenberg, 1986), por lo que una interacción de parte del terapeuta durante estos segmentos, en los cuales se pretende que el paciente mentalice cada vez más profunda y complejamente, puede ser entendida como episodios terapéuticos. La identificación y delimitación de episodios de mentalización, durante las sesiones con pacientes adolescentes diagnosticados con difusión de identidad, permitirían inferir características particulares de los procesos de mentalización, como, por ejemplo, el hecho de que las verbalizaciones de los pacientes durante estos momentos de mentalización son formuladas predominantemente en tiempo presente. Aun cuando esté describiendo experiencias pasadas, el paciente de alguna forma actualiza la experiencia en su relato presente.

Los momentos de mentalización generalmente emergen en el contexto de relatos relacionales, respecto de sus padres, sus pares, e incluso su terapeuta. Esto último resulta convergente con el

modelo propuesto por Barber, Luborsky, Crits-Christoph, y Diguier (1995) sobre los “episodios relacionales”. En estos el tema central del conflicto relacional se define como un patrón relacional que genera conflicto, y que se expresa a partir de los siguientes componentes: a) deseos, necesidades e intenciones expresadas por el sujeto; b) respuestas reales o esperadas de los otros; y c) respuestas emocionales, conductuales o sintomáticas del paciente, en relación con las respuestas de los otros. Estos componentes coinciden con muchas de las categorías generadas en la presente investigación, tales como: descripción de los estados afectivos, del sí mismo y los otros, e intenciones y motivaciones en relación con sí mismo y atribuidas a los otros. Por lo tanto, se confirma que los momentos de mentalización del paciente se despliegan en el contexto interpersonal, y que pueden ser evaluados a partir de su narrativa durante la sesión psicoterapéutica, y no solamente a partir de la realización de una entrevista de apego (Bilbao-Bilbao, 2017).

Otro de los hallazgos encontrados en contextos terapéuticos con adolescentes que presentan difusión de identidad es que los momentos de mentalización aparecen suscitados por acciones realizadas por el terapeuta, por lo que se podría hipotetizar, que este tipo de pacientes requeriría de una mayor estimulación e incentivos por sus terapeutas para mentalizar. Lo anterior va en la misma línea de lo que plantean Foelsch et al. (2014), en cuanto a que los adolescentes con difusión de identidad suelen hacer descripciones sobre sí mismos o sobre los demás de forma superficial o contradictoria, dando cuenta de su menor capacidad reflexiva. Esto obliga al terapeuta a realizar acciones concretas y frecuentes para facilitar los momentos de mentalización durante las sesiones.

En este sentido, las acciones verbales utilizadas por los terapeutas para favorecer estos momentos son generalmente coincidentes con las técnicas propias del modelo AIT: clarificación, confrontación, y la identificación del afecto predominante (reflejar el afecto) (Foelsch et al., 2014). Mientras que en la TBM suelen realizarse acciones para establecer la perspectiva del paciente, explorar sus afectos en torno a la transferencia, interpretar dichos afectos, y ofrecer perspectivas nuevas y distintas. Interesantemente, la TBM utiliza el concepto de estar “sentado al lado del paciente mirando sus pensamientos y afectos”

(Bateman & Fonagy, 2010, p.13), lo que resulta concordante con la invitación del terapeuta a la reflexión conjunta encontrada en la presente investigación.

Por otro lado, se observó que las acciones verbales realizadas por los terapeutas, que terminaban atenuando los momentos de mentalización del paciente, eran todas contrarias a las recomendaciones del modelo AIT, tales como mostrar una actitud enjuiciadora versus la recomendación de una actitud empática, cálida y genuina; así como las acciones realizadas para mantener la objetividad, entendida como la decisión consciente de mantenerse equidistante de los distintos aspectos conflictivos, evitando tomar partido en ellos (Foelsch et al., 2014). Muy de la mano con lo que plantea el TBM, en cuanto a la recomendación de mostrar siempre una actitud de humildad en el sentido de no saber, legitimando y aceptando las diferentes perspectivas (Bateman & Fonagy, 2010).

Fonagy y Luyten (2009) ampliaron la conceptualización de la mentalización, proponiendo una definición multidimensional que polariza el constructo considerando las mentalizaciones como: automáticas vs controladas, sobre aspectos afectivos vs cognitivos, sobre aspectos internos vs externos, y sobre el sí mismo vs sobre los otros. La mayoría de estas polaridades fueron encontradas a partir del análisis de la conversación terapéutica, excepto la polaridad automática vs controlada que alude a aspectos interactivos y procedurales de la mentalización. La razón es que no fue posible analizar directamente los videos de las sesiones, sino que se trabajó directamente con el análisis de las respectivas transcripciones. El análisis de los episodios de mentalización, identificados durante la conversación entre pacientes y terapeutas, permitió observar la emergencia de las siguientes categorías similares a las contenidas en dichas polaridades: la distinción entre estados mentales sobre sí mismo y los otros, estados mentales referidos a lo afectivo y cognitivo, y la mentalización sobre aspectos conductuales de sí mismo y de los otros, correspondiendo todas estas con la polaridad interno/externo. La mentalización explícita se encuentra presente durante los momentos de mentalización, ya que esta hace referencia a los aspectos conscientes, reflexivos y atravesados por el lenguaje. Mientras que la focalización en las motivaciones e intenciones de sí mismo y de los

otros, y la mentalización sobre la forma de relacionarse con los otros (manera de posicionarse frente a las relaciones interpersonales) ayudan a enriquecer el esquema propuesto por Fonagy y Luyten (2009), en el sentido de que aporta nuevos elementos para la comprensión y descripción de los procesos de mentalización del paciente.

Otro aporte relevante de este estudio fue la posibilidad de identificar distintos niveles de complejidad de los procesos de mentalización durante el diálogo terapéutico, dependiendo de su nivel de abstracción. Dichos niveles de complejidad aparecen en la narrativa de los participantes, y van desde un nivel más concreto y descriptivo, pasando por un nivel de atribuciones causales, hasta llegar a un nivel más abstracto caracterizado por la capacidad de identificar la existencia de patrones. Esto coincide con la clasificación de los niveles de mentalización basada en su complejidad, los cuales abarcan una función reflexiva negativa, ausente, baja, ordinaria, marcada y excepcional, todos ellos expresados en el manual de codificación de función reflexiva (Fonagy et al., 1998). Sin embargo, los niveles acá propuestos deben ser considerados como características descriptivas, y no como una atribución específica de un potencial terapéutico mayor según aumentan en complejidad, ya que para esto es necesario realizar un seguimiento de cada proceso terapéutico a lo largo del tiempo, metodología que no fue parte del presente estudio.

También fue posible identificar un continuo relacionado al contenido presente en los momentos de mentalización analizados, y que se basaba en qué tan cercanos o lejanos estaban dichos procesos mentalizadores de la historia afectivo-biográfica de los pacientes. De esa manera, en un polo se encontraban relatos que aludían más a generalidades o a patrones comunes, que tenían la capacidad de englobar a todas las personas que vivieran dicha situación, y que fueron considerados como un “lugar común”. Mientras que, en el otro polo, se encontraban relatos que permitían acceder a la situación afectivo-biográfica de los pacientes, caracterizados por versar acerca de conflictos vitales, y las maneras de lidiar o posicionarse frente a estas situaciones. Este último polo, más que tratarse de abstracciones o ideas derivadas del sentido común, implicó al paciente en una situación histórica particular, acercándose más a la posibilidad de responder a las siguientes

preguntas: ¿qué está pasando en la vida del paciente?, ¿cómo es que esto está pasando?, ¿qué efectos tiene en él?, y ¿cómo se ve implicado el paciente en dicha situación? Esto en contraposición a otros momentos más alejados de la historia afectivo-biográfica del paciente, que más que responder a dichas preguntas, tendía a alejarse de poder contestarlas. El manual de función reflexiva señala que, por ejemplo, realizar afirmaciones cliché no debe considerarse como mentalización, ni tampoco las mentalizaciones excesivamente analíticas o hiperactivas en las cuales pareciera que la mentalización corriera como una rueda que no toca el suelo, para referirse justamente a la falta de relevancia emocional del discurso (Fonagy et al., 1998).

El sistema propuesto a partir de los resultados de este estudio no solo permite la identificación de momentos de mentalización conjunta entre paciente y terapeuta durante la sesión, sino que además permite dar cuenta de la existencia de diferentes niveles de complejidad, a partir del criterio clínico. Esto va en la línea de contar con una mayor libertad y amplitud clínica, complementando la información que proveen los sistemas con categorías preestablecidas; pero además resulta un hallazgo que contribuye a la construcción de puentes de diálogo entre la investigación y la práctica clínica. Por ejemplo, el sistema de codificación de la entrevista de apego adulto ha sido hasta ahora el método más utilizado para evaluar y analizar la función reflexiva de los pacientes, permitiendo operacionalizar el constructo de mentalización. Sin embargo, este instrumento, a pesar de su enorme valor, ha recibido diversas críticas, como el tiempo que demanda su uso —lo que hace que sea poco práctico para utilizarlo durante el trabajo clínico (Choi-Kain & Gunderson, 2008)—, y el hecho de que arroja un valor único de la función reflexiva, que no hace justicia a ni a la complejidad de este constructo ni a su carácter multidimensional (Lanza Castelli, 2013).

Una de las limitaciones de este estudio fue la imposibilidad de contar con los procesos terapéuticos completos, de manera de dar seguimiento a la trayectoria de los cambios de cada uno de los casos participantes. Así como el hecho de no contar con los videos de las sesiones, de manera de evaluar aspectos de la comunicación no-verbal entre pacientes y terapeutas. Sin embargo, sí fue posible observar la trayectoria de los momentos

de mentalización al interior y a lo largo de cada una de las sesiones analizadas. Este análisis de microproceso buscó compensar lo anterior, sobre todo porque la unidad de análisis era cada sesión y no la terapia (Busch et al., 2009). Se espera que futuras investigaciones tengan entre sus objetivos el análisis de procesos terapéuticos completos que permitan describir cómo se comportan los episodios de mentalización a lo largo del tiempo, así como también se estudie la relación entre este tipo de episodios con otros segmentos relevantes durante la sesión (momentos de cambio, momentos de ruptura, etc.).

Es importante resaltar también que el grupo de pacientes evaluado en este estudio corresponde a adolescentes con difusión de identidad, por lo que las conclusiones acerca de cómo se despliega la capacidad mentalizadora en el contexto de una sesión terapéutica se deben circunscribir a este subgrupo. Con respecto a la relación entre el mentalizar y la difusión de identidad, podemos decir que la capacidad de experimentar que el propio comportamiento es impulsado por estados mentales intencionales contribuye a un sentido de mayor agencia y autonomía, y que la reflexión acerca de los estados mentales de los demás vividos como separados de los propios contribuyen a la habilidad de mantener los límites entre uno mismo y los demás (Jørgensen, 2010). De acuerdo con la evidencia preliminar disponible, la difusión de identidad puede mediar la relación entre los déficits en la mentalización y las dificultades interpersonales que sufren los pacientes con trastorno de personalidad (De Meulemeester et al., 2017). El desarrollo de una mejor habilidad mentalizadora facilita el proceso de transmisión de información de contenido socialmente relevante desde el terapeuta al paciente, reduce la hipervigilancia asociada a la hipermentalización y permite explorar con más seguridad y obtener mayores beneficios en la relación con el ambiente interpersonal fuera del espacio terapéutico (Bateman, Campbell, Luyten, & Fonagy, 2018).

Referencias

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, District of Columbia: American Psychiatric Association.

Antaki, C. (2004). Reading minds or dealing with in-teractional implications? *Theory & Psychology*, 14(5), 667-683.

<https://doi.org/10.1177/095935430404046178>

Barber, J. P., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., & Diguier, L. (1995). A comparison of core conflictual relationship themes before psychotherapy and during early sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 145-148.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.1.145>

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

Bateman, A. & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9(1), 11-15.
<https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>

Bateman, A., Campbell, C., Luyten, P., & Fonagy, P. (2018). A mentalization-based approach to common factors in the treatment of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, 21, 44-49.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.005>

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. *American Journal of Psychiatry*, 159(12), 2042-2047.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.12.2042>

Bilbao-Bilbao, I. (2017). El método para la evaluación de la mentalización en el contexto interpersonal (MEMCI) y su utilidad para la indicación de psicoterapia. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, 8.
Recuperado de <https://bit.ly/2WVMfvd>

Blakemore, S. J. (2012). Development of the social brain in adolescence. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105(3), 111-116.
<https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110221>

Busch, A. M., Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Baruch, D. E., Weeks, C. E., & Berlin, K. S. (2009). A micro-process analysis of functional analytic psychotherapy's mechanism of change. *Behavior Therapy*, 40(3), 280-290.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.07.003>

Chanen, A. M., Jovev, M., Djaja, D., McDougall, E., Yuen, H. P., Rawlings, D., & Jackson, H. J. (2008). Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 353-364.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.4.353>

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>
 Charmaz, K. (2013). La teoría fundamentada en el siglo XXI. Aplicaciones para promover estudios sobre la justicia social. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Estrategias de investigación cualitativa* (vol. 3; pp. 270-325). Buenos Aires, Argentina: Gedisa.
- Childs, C. (2014). From reading minds to social interaction: Respecifying theory of mind. *Human Studies*, 37(1), 103-122.
<https://doi.org/10.1007/s10746-013-9284-y>
- Choi-Kain, L. W. & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081360>
- De Meulemeester, C., Lowyck, B., Vermote, R., Verhaest, Y., & Luyten, P. (2017). Mentalizing and interpersonal problems in borderline personality disorder: The mediating role of identity diffusion. *Psychiatry Research*, 258, 141-144.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.061>
- Elliot, R. & Shapiro, D. A. (1992). Client and therapist as analysts of significant events. En S. G. Toukmanian & D. L. Rennie, *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches* (pp. 163-186). London, United Kingdom: Sage Publications
- Fernández-Guerrero, M. J. & Palacios-Vicario, B. (2017). El trastorno límite de personalidad en la producción científica publicada en revistas editadas en España. *Clinica y Salud*, 28(3), 147-153.
<https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.002>
- Foelsch, P. A., Schlüter-Müller, S., Odom, A. E., Arena, H. T., Borzutzky H., A., & Schmeck, K. (2014). *Adolescent identity treatment. An integrative approach for personality pathology*. Dordrecht, Netherlands: Springer International Publishing.
<https://doi.org/10.1007/978-3-319-06868-8>
- Flick, U. (2004). *Introducción a la metodología cualitativa*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews*. London, United Kingdom: University College London.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, New York: Other Press.
- Fonagy, P. & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355-1381.
<https://doi.org/10.1017/s0954579409990198>
- Fonagy, P., Speranza, M., Luyten, P., Kaess, M., Hesse, C., & Bohus, M. (2015). Borderline personality disorder in adolescence: An expert research review with implications for clinical practice. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(11), 1307-1320.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00787-015-0751-z>
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y.-W., Warren, F., Howard, S., ... Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PLOS ONE*, 11(7), e0158678.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
- Gilgun, J. F. (1994). A case for case studies in social work research. *Social Work*, 39, 371-380.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4-9.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.1.4>
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4, 18029.
<http://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- Ha, C., Sharp, C., Ensink, K., Fonagy, P., & Cirino, P. (2013). The measurement of reflective function in adolescents with and without borderline traits. *Journal of Adolescence*, 36(6), 1215-1223.
<http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.09.008>
- 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>
- Jørgensen, C. R. (2010). Invited essay: Identity and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 24(3), 344-364.
<http://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.3.344>
- Kaess, M., Brunner, R., & Chanen, A. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*, 134(4), 782-793.
<http://doi.org/10.1542/peds.2013-3677>
- Keselman, H., Osvaldsson Cromdal, K., Kullgard, N., & Holmqvist, R. (2018). Responding to mentalization invitations in psychotherapy sessions—A conversation analysis approach. *Psychotherapy Research*, 28(4), 654-666.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1219422>
- Lanza Castelli, G. (2013). Mentalización reflexiva y mentalización transformacional: una propuesta complementaria al enfoque de Peter Fonagy. *Clinica e Investigación Relacional. Revista Electrónica de Psicoterapia*, 7(1), 153-168.
 Recuperado de <https://bit.ly/2xA6rRP>
- 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)
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(04)16770-6)
- Mergenthaler, E. & Gril, S. (1996). Descripción de las reglas para la transcripción de sesiones de psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 5, 163-176.
- Merriam, S. B. (1998). *Qualitative research and case study applications in education*. San Francisco, California: Jossey-Bass.
- 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.
 Recuperado de <https://bit.ly/2IuyM1X>
- Soneira, A. J. (2006). La teoría fundamentada en los datos (grounded theory) de Glaser y Strauss. En I. Vasilachis de Gialdino (Ed.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 153-173) Barcelona, España: Gedisa.
- Stake, R. E. (1994). Case studies. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 236-247). London, United Kingdom: Sage.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliott, R. (1986). "Are all psychotherapies equivalent?". *American Psychologist*, 41(2), 165-180.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.165>
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Taubner, S., Hörz, S., Fischer-Kern, M., Doering, S., Buchheim, A., & Zimmermann, J. (2013). Internal structure of the Reflective Functioning Scale. *Psychological Assessment*, 25(1), 127-135.
<https://doi.org/10.1037/a0029138>
- Westen, D., Betan, E., & DeFife, J. A. (2011). Identity disturbance in adolescence: Associations with borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 23(1), 305-313.
<https://doi.org/10.1017/S0954579410000817>

Fecha de recepción: 24 de abril de 2018
 Fecha de aceptación: 27 de marzo de 2019