PROCESO DE CAMBIO EN ADULTOS JÓVENES ENTRE 18 Y 30 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD PARTICIPANTES DE UN PROCESO TERAPÉUTICO GRUPAL BASADO EN LA MENTALIZACIÓN EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ

Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Psicología

Natalia Bravo Vargas

Directora:

Ps., MA., Carmen Elvira Navia Arroyo

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología

Bogotá, Colombia

2021

Tabla de Contenido

Resumen 4

Abstract 5

Proceso de Cambio en Adultos Jóvenes Entre 18 Y 30 Años Diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad Participantes de un Proceso Terapéutico Grupal Basado en la Mentalización en un Centro de Atención Psicológica de la Ciudad de Bogotá 6

Etiología del Trastorno Límite de la Personalidad y Tratamientos Propuestos 12

Enfoque Psicodinámico 14

Enfoque Cognitivo-Conductual 16

Tratamiento Basado en la Mentalización 18

Magnitud y Prevalencia del Trastorno 23

Contexto Colombiano 24

Justificación 25

Adaptación del MBT al Contexto de la Investigación 29

Pregunta de Investigación 30

Objetivos 30

Objetivo General 30

Objetivos Específicos 30

Método 31

Participantes 31

Diseño de Investigación 32

Procedimiento 32

Categorías Preestablecidas 33

Resultados 36

Primera Fase 37

Segunda Fase 56

Categorías Emergentes: Integración de las Temáticas Desde la Perspectiva Única de los Participantes 69

Discusión 78

Referencias 84

Anexos 88

Anexo A. Consentimiento Informado 88

Anexo B. Objetivos y Planeación de las Sesiones 91

Reseña Biográfica de la Aspirante 95

Resumen

La presente investigación se realizó con el objetivo de describir cómo cambia la capacidad reflexiva, el control de impulsos, el reconocimiento de emociones y regulación emocional, según se evidencia en las intervenciones de los participantes con Trastorno Límite de la Personalidad de un grupo terapéutico basado en la mentalización compuesto por dos fases diferenciadas.

El análisis de la información se realizó a partir de las grabaciones de voz de las sesiones y través de un proceso de categorización y análisis con el software Atlas ti, tomando intervenciones de cada participante sesión a sesión y llevando a cabo un análisis de contenido cualitativo. Los resultados encontrados indican que efectivamente existe un cambio progresivo en el contenido de las narrativas de los participantes y en las percepciones de grupales alrededor de las temáticas abordadas, lo cual se evidencia en intervenciones cada vez más complejas, asertivas, empáticas y reflexivas; así mismo se evidencia cómo la habilidad mentalizadora se favorece significativamente del ejercicio de reconocimiento de emociones y la comprensión de cómo las experiencias críticas vividas en el pasado influyen en las acciones y decisiones del presente.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad, mentalización, función reflexiva, estados mentales, reconocimiento y regulación de emociones, impulsividad.

Abstract

Process of change in young adults between 18 and 30 years old diagnosed with borderline personality disorder participating in a group therapeutic process based on mentalization in a psychological care center in the city of Bogotá

The present research was carried out with the objective of describing how reflective capacity, impulse control, recognition of emotions and emotional regulation change, as evidenced in the interventions of the participants with Borderline Personality Disorder of a therapeutic group based on Mentalization made up of two different phases.

The information analysis was carried out from the voice recordings of the sessions and through a categorization and analysis process with the Atlas ti software, taking interventions from each participant session by session and carrying out a content analysis. The results found indicate that there is indeed a progressive change in the content of the participants' narratives and in the group's perceptions around the issues addressed, which is evidenced in increasingly complex, assertive, empathic and reflective interventions; Likewise, it is evident how mentalizing ability is significantly favored by the exercise of emotion recognition and the understanding of how the critical experiences lived in the past influence the actions and decisions of the present.

Keywords: Borderline personality disorder, mentalization, reflective function, mental states, recognition and regulation of emotions, impulsivity.

Proceso de Cambio en Adultos Jóvenes Entre 18 Y 30 Años Diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad Participantes de un Proceso Terapéutico Grupal Basado en la Mentalización en un Centro de Atención Psicológica de la Ciudad de Bogotá

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se define como un "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" (DSM-V, 2013, p. 663). Esta condición afecta significativamente la calidad de vida de quienes la presentan, dificultando su adaptación y desarrollo en diferentes esferas vitales y generando un intenso malestar emocional, difícil de comprender y regular. De acuerdo con el DSM-V (2013), para hacer un diagnóstico de Trastorno límite de la Personalidad, la persona debe presentar al menos cinco de los siguientes síntomas:

> a) Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado; b) patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizadas por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación; c) alteración de la identidad, inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo; d) impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas; e) comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación; f) inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo; g) sensación crónica de vacío; h) enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira; i) ideas paranoides transitorias relacionadas con estrés o síntomas disociativos graves (p. 670-671).

Si bien el DSM V mantiene de manera oficial los criterios diagnósticos categoriales para poder establecer la presencia de un trastorno de personalidad por parte del personal de salud, el manual también dedica un apartado final para proponer un nuevo modelo dimensional, mediante el cual se conciben los trastornos de personalidad como "variaciones desadaptativas de los rasgos de la personalidad, que se mezclan imperceptiblemente con la normalidad y entre ellos" (DSM-V, 2013, p. 646) y se busca abrir posibilidades de investigación y docencia para comprender de una mejor manera los trastornos de personalidad en un futuro.

Bajo dicha perspectiva dimensional, los trastornos de la personalidad se identifican principalmente por dificultades en el funcionamiento de la personalidad y por rasgos de personalidad patológicos, así que el proceso de diagnóstico requiere dos valoraciones: 1) una evaluación del denominado Criterio A, que indica el nivel de deterioro en el funcionamiento de la personalidad y 2) una evaluación del Criterio B, que engloba los rasgos de personalidad que podrían considerarse patológicos. De esta manera, el modelo dimensional alternativo (no oficial) planteado por el DSM-V (2013) propone los siguientes criterios diagnósticos para el Trastorno Límite de la personalidad:

> A. Deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad, que se manifiesta por las dificultades características en dos o más de las cuatro áreas siguientes:
>
> 1) Identidad: autoimagen marcadamente pobre, poco desarrollada o inestable, a menudo asociada a un exceso de autocrítica; sentimientos crónicos de vacío; estados disociativos bajo estrés.
>
> 2) Autodirección: inestabilidad en las metas, aspiraciones, valores o planes de futuro.

3) Empatía: capacidad disminuida para reconocer los sentimientos y necesidades de los demás, asociada a la hipersensibilidad interpersonal (con tendencia a sentirse menospreciado o insultado); percepciones de los demás sesgadas selectivamente hacia atributos negativos o vulnerables.

4) Intimidad: relaciones cercanas intensas, inestables y conflictivas, marcadas por la desconfianza, la necesidad y la preocupación ansiosa por un abandono real o imaginario; las relaciones íntimas son vistas dicotómicamente entre la idealización y la devaluación, que conlleva a la alternancia entre sobre-implicación y distanciamiento (p. 766).

B. Cuatro o más de los siguientes siete rasgos patológicos de personalidad, al menos uno de los cuales debe ser (5) impulsividad, (6) la toma de riesgos, o (7) hostilidad:

1) Labilidad emocional (un aspecto de la afectividad negativa): experiencias emocionales inestables y estado de ánimo con cambios frecuentes; las emociones se alteran fácil, intensa y/o desproporcionadamente con los acontecimientos y circunstancias.

2) Ansiedad (un aspecto de la afectividad negativa): sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo en respuesta a tensiones interpersonales; se preocupan por los efectos negativos de las experiencias desagradables del pasado y posibilidades futuras negativas; sensación de miedo, aprensión o amenaza ante la incertidumbre; temor a desmoronarse o a perder el control.

3) Inseguridad de separación (un aspecto de la afectividad negativa): temores de rechazo o separación de figuras significativas, asociados con el miedo a la dependencia excesiva y a la pérdida total de autonomía.

> 4) Depresión (un aspecto de la afectividad negativa): sentimientos frecuentes de estar hundido, de ser miserable y/o no tener esperanza; dificultad para recuperarse de este tipo de estados de ánimo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza generalizada, sentimientos de inferioridad y baja autoestima; ideación y comportamiento suicida.
>
> 5) Impulsividad (un aspecto de la desinhibición): actuar en el fragor del momento en respuesta a estímulos inmediatos, actuando de forma repentina y sin un plan o reflexión acerca de las consecuencias, dificultad para trazar o seguir los planes; sentido de urgencia y comporta-miento autolesivo en virtud de la angustia emocional.
>
> 6) Asunción de riesgos (un aspecto de la desinhibición): implicarse en prácticas peligrosas, de riesgo, y actividades potencialmente dañinas para sí mismo, innecesariamente y sin atender a las consecuencias; falta de preocupación por las limitaciones, y negación de la realidad del peligro personal.
>
> 7) Hostilidad (un aspecto del antagonismo): sentimientos de enojo persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a ofensas e insultos menores (p. 766-767).

En cuanto a las características clínicas, más allá de los criterios de diagnóstico, Caballo y Camacho (2000) hacen una distinción entre los aspectos comportamentales, cognitivo emocionales y fisiológicos que suelen presentarse de manera simultánea o en alternancia en personas con TLP. Por un lado, los aspectos conductuales incluyen cambios regulares en la apariencia física (alteraciones en el cuidado personal, cambios en el peso, signos de agotamiento), episodios inesperados de impulsividad, autolesiones recurrentes, conductas contradictorias y disruptivas en las relaciones interpersonales y búsqueda constante de aprobación y afecto, junto con intentos exacerbados para evitar el abandono.

A nivel cognitivo emocional se evidencia ambivalencia emocional, pensamientos fluctuantes, dificultades para regular pensamientos y emociones, dificultades para hallar estabilidad en procesos de pensamiento, ideas paranoides, síntomas disociativos, falta de un sentido integrado del self, sentimientos crónicos de vacío, pensamientos anticipatorios de abandono y todo lo que ello implica, temor excesivo al rechazo o abandono, fluctuación entre la idealización y la devaluación en las relaciones, baja tolerancia a la frustración.

En el aspecto fisiológico se presentan cambios frecuentes a nivel de activación, siendo usual el paso repentino desde un estado de depresión a la excitación, además, el estado de ánimo dominante suele ir acompañado de reacciones fisiológicas intensas, como agitación, sudoración, aumento o disminución del ritmo cardiaco.

Por otro lado, en lo concerniente a las características neurológicas que pueden acompañar el TLP, Piñeiro, Cervantes, Ramírez, Ontiveros y Ostrosky (2008) encontraron que pacientes con este diagnóstico exhiben falencias en las funciones ejecutivas, principalmente en los procesos de planeación y resolución de problemas, memoria de trabajo, flexibilidad mental y capacidad de generación de hipótesis; así mismo, esa investigación indica además que dichos procesos se relacionan con funciones de mayor jerarquía cognitiva, tales como la meta-cognición, que permite la auto-evaluación y la cognición social. Sin embargo, si bien este estudio muestra una correlación entre el TLP y dificultades en las funciones ejecutivas mencionadas, esto no implica causalidad, así que ésta aún es un área que requiere de mayor profundización y de más investigaciones científicas.

En relación con los retos asociados al proceso de diagnóstico del TLP, se evidencia que a pesar de que los criterios se encuentran establecidos y bien definidos tanto en el DSM-V como

en el CIE-10, en el área de la salud existen dificultades y demoras significativas para llegar a un diagnóstico adecuado y por lo tanto a un tratamiento acorde con las necesidades del paciente, ya que este trastorno suele componerse por una amplia variedad de síntomas muy intensos y llamativos, así que puede resultar difícil hallar el hilo conductor entre las diversas problemáticas que aquejan a un mismo consultante y se tiende a centrar la atención en sólo uno de los síntomas, aquel que resulte más problemático en el momento de la consulta (Fernández Guerrero, 2017).

En relación con lo anterior, otro factor que dificulta el diagnóstico y por lo tanto el tratamiento de quienes presentan TLP, es el hecho de que suelen tener un amplio historial hospitalario, ya sea por crisis nerviosas, autolesiones, intentos de suicidio, episodios disociativos y/o intoxicación con sustancias, por lo cual estos pacientes acumulan una gran variedad de diagnósticos a lo largo del tiempo, especialmente durante su adolescencia y adultez temprana, así que es común que, para el momento en el cual se detecta un trastorno de la personalidad, las personas afectadas ya posean un historial clínico con diagnósticos tales como anorexia, bulimia, depresión, toxicomanía, diferentes cuadros de ansiedad, trastorno bipolar, etc., así como múltiples procesos terapéuticos fallidos en los cuales no se sintieron realmente comprendidos (Mosquera, 2004).

También cabe resaltar que la intermitencia en los procesos terapéuticos y la baja adherencia a los tratamientos pueden llevar a una grave situación de desprotección para la población con TLP, ya que, de acuerdo con el DSM-V (2013), la muerte prematura constituye uno de los mayores riesgos para quienes presentan este trastorno, además de que se pueden presentar daños físicos irreparables como consecuencia de los comportamiento autolesivos o por los intentos fallidos de suicidio; a esto se suma que, a nivel social y adaptativo, situaciones como

pérdidas de empleo, interrupción de los estudios y las rupturas en las relaciones formales de pareja se presentan con frecuencia.

Finalmente, resulta de gran importancia tener en cuenta que para realizar un diagnóstico de TLP es necesario que la problemática se haya desarrollado a lo largo de la historia de vida de la persona, ya que en determinados casos algunos rasgos de carácter o de personalidad pueden exacerbarse en momentos puntuales del ciclo vital, por ejemplo, en la adolescencia o en situaciones de estrés, sin que esto llegue a implicar un trastorno de la personalidad, ya que para realizar el diagnóstico los rasgos patológicos deben haberse presentado a lo largo del tiempo de manera continua y debe detectarse una disfunción global en cualquier ámbito de la vida diaria del paciente. Adicionalmente, un trastorno de la personalidad no debe ser diagnosticado antes de que un individuo llegue a la edad adulta (García López, Martín Pérez y Otín Llop, 2010).

Etiología del Trastorno Límite de la Personalidad y Tratamientos Propuestos

Aunque el TLP ha sido objeto de estudio desde hace varias décadas y existe un interés creciente por comprender el funcionamiento psíquico de quienes lo presentan, hasta el momento ninguna teoría sobre las causas que llevan al desarrollo de este trastorno se considera única o verdadera, así que el amplio conjunto de características que componen una personalidad límite aún carece de una etiología claramente definida (Fernández Guerrero, 2017). Lo que sí resulta claro es que en el proceso de comprender el TLP, un primer paso consiste en clarificar que la personalidad es “un constructo multifactorial dinámico, con un componente biológico y un componente ambiental interrelacionados” (García López, Martín Pérez y Otín Llop, 2010) , de tal manera que una predisposición genética, experiencias tempranas traumáticas y un contexto

social inadecuado son elementos que en conjunto puedan dar lugar al desarrollo del Trastorno Límite de la personalidad.

No obstante, se ha evidenciado que en muchos casos personas con características biológicas y contextuales similares a quienes presentan TLP no presentan este trastorno y aún se desconocen las cusas exactas de estas diferencias, por lo que a lo largo de los años y desde distintas perspectivas se han propuesto cada vez más elementos que pueden contribuir a comprender la etiología del TLP y por lo tanto, a identificar cómo abordarlo a nivel terapéutico.

Al respecto Caballo y Camacho (2000) proponen como factores externos o ambientales: a) separación o pérdida parental, b) implicación parental alterada, principalmente si las dificultades se dan con ambos padres, c) abuso en la infancia, especialmente el abuso sexual, ya que éste aparece con mayor frecuencia entre los pacientes diagnosticados con TLP. En lo referente a características propias del individuo que pueden aumentar la vulnerabilidad hacia el TLP, estos autores mencionan los siguientes: a) historia familiar de trastornos psiquiátricos; b) aspectos temperamentales asociados a un alto grado de neuroticismo y un bajo nivel de conformidad, además de altos niveles tanto de la evitación del daño como de búsqueda de novedad; c) disfunciones neurobiológicas y/o bioquímicas.

Por otro lado, también se han propuesto explicaciones basadas en modelos teóricos puntuales, los cuales no desconocen la existencia de múltiples factores contribuyentes, pero le otorgan más relevancia a unos u otros. Con base en los modelos explicativos que se abordarán a continuación, han surgido diferentes tratamientos que orientan el trabajo terapéutico en los elementos que, según cada perspectiva teórica, subyacen a la sintomatología y dificultades adaptativas, emocionales y relacionales de las personas con TLP:

Enfoque Psicodinámico

Las primeras formulaciones orientadas a explicar el desarrollo del TLP provinieron de la comunidad psicoanalítica, la cual se centró principalmente en el impacto de los primeros años de vida de una persona sobre el desarrollo de su personalidad y en tres elementos específicos para determinar la presencia de un trastorno de la personalidad de tipo límite: 1) el papel de la separación e individuación del sujeto y la ambivalencia que esto genera, 2) el desarrollo de una idea o sentimiento de insuficiencia, generalmente asociada a padres o cuidadores poco adecuados, 3) situaciones de abuso durante la infancia (Caballo y Camacho, 2000).

A partir de esta propuesta de base psicoanalítica, se desarrolló una perspectiva psicodinámica que concibe la personalidad como una estructura base sobre la cual se organizan los síntomas manifiestos y por lo tanto cualquier individuo que exhiba una alteración significativa de la identidad, en el que se identifique una dominancia de mecanismos de defensa primarios, tales como la escisión, proyección, negación o identificación proyectiva, y que a la vez mantenga un sentido de realidad conservado aunque frágil en situaciones de tensión, presenta una organización limítrofe de la personalidad (Kernberg, 1984).

Con respecto a estos tres aspectos presentes en el TLP, Kernberg (1984) explica que las perturbaciones en la identidad corresponden a una fragmentación de las representaciones del self y de los objetos que son internalizadas en las primeras etapas de la vida del individuo lo que puede llevar a los sentimientos de vacío y de carencia tan característicos en quienes presentan una organización de personalidad de tipo límite. Por otro lado, los mecanismos de defensa son aquellas formas mediante las cuales el sujeto, inconscientemente, intenta resguardarse del dolor y la angustia que surge a partir de la contraposición entre los deseos internos, las prohibiciones

internalizadas y los límites impuestos por el contexto; en el caso de quienes presentan TLP prevalecen los mecanismos primarios propios de la infancia, lo cual dificulta la regulación y asertividad en momentos de presión, lleva a la impulsividad y a confrontaciones en las relaciones interpersonales. Por último, la conservación generalizada de un sentido de realidad implica la capacidad de reconocer el propio self, incluso si éste se encuentra distorsionado, la capacidad de diferenciar la realidad interna y de origen intrapsíquico de aquello proveniente de los estímulos externos y además la capacidad de empatizar y comprender los criterios de realidad comunes y aceptados entre las personas alrededor; en los pacientes con TLP esta conservación del sentido de realidad se mantiene la mayor parte del tiempo, lo cual permite cierta funcionalidad hacia actividades cotidianas, pero puede llegar a perderse con facilidad en momentos de alta tensión o estrés emocional.

A partir de este enfoque se desarrolló la Terapia Basada en la Transferencia, cuyos objetivos se orientan a contener y analizar las reacciones de los pacientes con TLP ante el temor al abandono y los intentos de separación de los demás, ya que se considera que las experiencias interiorizadas no resueltas durante la infancia los llevan a percibir al mundo exterior como amenazante, mientras que, a la vez, se perciben a sí mismos de forma negativa (Cuevas Yust y López Pérez-Díaz, 2012). Adicionalmente, el terapeuta se centra en los patrones relacionales del paciente a medida que se evidencian a través de la transferencia, la comunicación no verbal y en la contratransferencia, buscando una modificación éstos a través de las técnicas de clarificación, la confrontación y principalmente la interpretación de los procesos transferenciales y de las defensas primitivas del paciente (Pérez, 2011).

La Terapia Basada en la Transferencia hace uso de técnicas que consisten en: 1) Mantener el encuadre inicial, fomentando la toma de las responsabilidades correspondientes por parte de paciente y del terapeuta dentro de un espacio seguro. 2) Dirigir el foco de la intervención hacia aquello que implique una carga afectiva en el paciente y por lo tanto detone en mayor medida las defensas inconscientes. 3) Interpretar tanto la transferencia positiva como la negativa, buscando la integración entre los aspectos transferenciales en el momento presente con los aspectos defensivos propios del paciente al propiciar la comprensión de cómo sucesos del pasado desencadenan respuestas transferenciales en el presente (Pérez, 2011).

Enfoque Cognitivo-Conductual

Una segunda corriente que ha teorizado sobre los desencadenantes del TLP es la Dialéctica Conductual, que surge a partir del enfoque Cognitivo-Conductual y propone que la problemática principal de las personas con TLP yace en una incapacidad, probablemente de base biológica, para regular el afecto, lo cual lleva a la manifestación de la mayor parte de los síntomas y conductas desadaptativas característicos del trastorno (De la Vega y Sánchez Quintero, 2013).

Desde este enfoque Dialéctico Conductual se considera que dicha disfunción origina las reacciones emocionales desmesuradas y los actos impulsivos de quienes presentan TLP y que a esto se suman déficits en el aprendizaje de habilidades psicosociales y la tendencia a mantener pensamientos sesgados y dicotómicos mediante los cuales el mundo exterior, las emociones internas y las acciones de otros se perciben de forma extrema, en términos de absolutamente bueno o absolutamente malo. En este sentido, se considera que, en su proceso de desarrollo, los pacientes con este trastorno se enfrentan a situaciones que le restan valor a sus emociones y

dificultades, reciben una pobre o inadecuada educación con respecto a la regulación emocional y desarrollan miedos intensos de no tener la capacidad de controlar sus propios sentimientos o impulsos, lo cual finalmente los predispone aún más a caer en acciones impulsivas, les dificulta pedir ayuda de manera asertiva e incrementa la sensación de vacío intenso (García Palacios, 2004).

La Terapia Dialéctico Conductual, mejor conocida DBT por su nombre en inglés, se compone de varios módulos o etapas, suele incluir sesiones tanto de carácter grupal como individual y tiene una duración de entre seis meses a un año. En cuanto a los objetivos propuestos por este enfoque, éstos se orientan al abordaje y disminución de los comportamientos de riesgo vital, el entrenamiento en conductas más adaptativas, tanto dentro como fuera de la terapia y en la validación y aceptación de las experiencias de vida de los pacientes, ya que frecuentemente el terapeuta resulta ser el único reforzador de comportamientos adaptativos o el único mitigador de las acciones autolesivas (Cuevas Yust y López Pérez-Díaz, 2012).

Navarro-Leis y López Hernández-Ardieta (2013) indican que los cuatro módulos para la formación de habilidades propuestos por el DBT son:

1) Habilidades básicas de conciencia basadas en prácticas orientales y mindfulness: busca promover un entrenamiento para que el paciente logre participar de sus experiencias con plena conciencia y reduzca las conductas impulsivas.

2) Habilidades de efectividad interpersonal: entrenamiento en asertividad y resolución de problemas, especialmente en el área interpersonal, ya que las relaciones y el manejo de situaciones de tensión son uno de los mayores retos para las personas con TLP.

3) Habilidades de regulación emocional: desde el DBT, la falta de regulación que caracteriza el TLP es considerada la principal causa de las conductas desadaptativas de los pacientes y, por lo tanto, se enfatiza en los ejercicios que entrenan esta habilidad.

4) Habilidades de tolerancia al malestar: en la fase final del tratamiento se espera que los pacientes lleguen a aceptar el malestar y aquellas emociones que les generan dolor o incomodidad, principalmente a través de estímulos positivos, la búsqueda de vivir con conciencia el momento presente y analizar los pros y los contras de cada situación.

Tratamiento Basado en la Mentalización

Por su parte, Anthony Bateman y Peter Fonagy han propuesto un modelo integrador que implica una comprensión y análisis de la estructura psíquica de pacientes con TLP desde una base psicoanalítica que a la vez contiene elementos cognitivos y que lleva a un tratamiento enfocado en promover mejorías tanto a nivel emocional como conductual y adaptativo. El tratamiento basado en la mentalización (MBT) se desarrolló originalmente en la década de 1990, siendo usado inicialmente para tratar a pacientes TLP en un entorno hospitalario. Posteriormente cobró fuerza y reconocimiento, convirtiéndose en un enfoque integral para la comprensión y el tratamiento de los trastornos de la personalidad, por lo que actualmente se utiliza para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (TEPT), los trastornos alimentarios, el trastorno de la personalidad en adolescentes y en el trabajo con familias en crisis (Bateman y Fonagy, 2016).

El eje conceptual de esta propuesta se centra en que experiencias de abandono o maltrato durante la infancia, especialmente en la relación con las principales figuras de apego, pueden desencadenar fallas o déficits en la función reflexiva, es decir en los procesos de mentalización,

llevando a la experimentación de pensamientos disociados de la experiencia vivida, a dificultades en la construcción de un modelo complejo de la mente propia y ajena y a una distorsión de la realidad, en la cual los pensamientos, emociones o creencias subjetivas son proyectados como realidades ajenas, desencadenando reacciones impulsivas, inflexibilidad en las relaciones y desregulación emocional (Fonagy & Bateman, 2008).

Los autores proponen el fortalecimiento de la mentalización, entendiendo ésta como la "capacidad de comprender las acciones propias y de otros en términos de pensamientos, sentimientos y deseos" (Fonagy, Gergely, Jurist, y Target, 2002), como pilar fundamental para el tratamiento de personas con trastornos de la personalidad y para esto desarrollaron una guía de intervención a nivel individual y grupal que esquematiza fases, conceptos clave, acuerdos entre terapeuta y pacientes, así como objetivos a cumplir en cada momento del proceso. En este punto es importante tener en cuenta que la mentalización implica conciencia y reflexión acerca de los estados mentales propios y de otros, como lo son intenciones, sentimientos, pensamientos, deseos y creencias, es decir contiene un componente autorreflexivo y un componente interpersonal e integra procesos tanto cognitivos como afectivos.

De esta manera, la Terapia Basada en la Mentalización trabaja bajo el supuesto de que una baja capacidad para mentalizar y fallas frecuentes en este proceso subyacen a los síntomas característicos y más problemáticos en el TLP, incluyendo la inestabilidad emocional, impulsividad, tendencia a las autolesiones y dificultades para el establecimiento de relaciones sociales adecuadas. Al respecto, Bateman y Fonagy (2013) definen esta condición como un trastorno de mentalización, argumentando que pacientes con TLP han experimentado carencias tempranas en el desarrollo de un apego seguro que les permita acercarse a una adecuada

comprensión de estados mentales propios y ajenos, por lo que frecuentemente pierden la capacidad de mentalizar durante las interacciones con otros o al encontrarse en situaciones detonantes de emociones que les son difíciles de asimilar, lo cual finalmente los hace más propensos a la desregulación emocional, impulsividad y defensividad.

De acuerdo con lo anterior, actitudes distantes o violentas en el entorno familiar, especialmente por parte de un cuidador principal, pueden inhibir defensivamente la capacidad para mentalizar durante la infancia y algunas de las características más relevantes de quienes presentan TLP estarían relacionadas con dicha inhibición, debido a que experiencias tempranas de este tipo llevan al individuo a una fuerte contradicción entre la búsqueda de proximidad con la figura de apego y el temor al rechazo o maltrato, deteriorando el desarrollo de la capacidad de mentalización, ya que la falta de comprensión de los estados mentales ajenos puede resultar peligroso para un self en desarrollo y dificultar además el proceso de reconocimiento de estados mentales propios (Escobar, Santelices y Elizalde, 2013).

Posteriormente, en la edad adulta, personas con TLP presentan dificultades significativas para aprender de los demás, para reconocer sus propias experiencias emocionales y experimentar seguridad en las relaciones interpersonales, ya que constantemente dudan de las intenciones, pensamientos y emociones de otros, basándose principalmente en experiencias negativas previas y fallando en el análisis y comprensión de realidades presentes (Bateman y Fonagy, 2016).

Con respecto a la sintomatología característica del TLP y su relación con dificultades en la mentalización, Villalba (2011) explica que la inestabilidad surge como consecuencia de una búsqueda de auto-control a través de otros y de la externalización de emociones, depositándolas en alguien más al sentir que éstas resultan riesgosas para la integridad del propio self. Por otro

lado, la impulsividad, siendo uno de los rasgos más significativos del trastorno, puede desencadenarse a partir de una comprensión distorsionada de las acciones de otras personas partiendo sobre la base de pensamientos, deseos o creencias propios, los cuales generalmente llevan a una fuerte sensación de amenaza que detona el impulso de defensa, aunque cabe resaltar que las acciones impulsivas no siempre se dirigen hacia otras personas; así mismo, las acciones de auto-agresión o intentos de suicidio surgen en momentos de separación, de intensa angustia y confusión, momentos en los cuales para quienes presentan TLP resulta altamente difícil concebir otras alternativas, ya que, al lidiar con representaciones frágiles y distorsionadas del mundo exterior y de sí mismos, llegan a perder con facilidad la capacidad de regulación, la cual no han interiorizado, sino que a lo largo del desarrollo la han depositado fuera de sí.

Por el contrario, aquellas personas que han desarrollado una adecuada capacidad de mentalización generalmente muestran la habilidad de adaptarse fácilmente a exigencias sociales, responder con asertividad a situaciones de tensión y adquirir nuevas habilidades a partir de sus interacciones interpersonales; adicionalmente, la mentalización permite al individuo explorar con menos prejuicios estados mentales internos y externos, relacionándose con una mayor seguridad personal y sensación de estabilidad que facilita la elaboración y verbalización de experiencias o emociones difíciles (Bateman y Fonagy, 2013).

Si bien la mentalización no es una capacidad estática y la pérdida temporal de ésta en algún momento de dificultad se considera parte del funcionamiento normal del ser humano, en las personas con TLP estas fallas o deficiencias en la mentalización son mucho más frecuentes y profundas, por lo cual les resulta mucho más difícil comprender y afrontar asertivamente situaciones estresantes que para otros individuos serían relativamente fáciles de sobrellevar (Bateman y Fonagy, 2013). Por estas razones, el MBT busca focalizarse en los estados mentales

de los consultantes, construyendo un diálogo terapéutico mediante el cual la persona poco a poco se familiarice con su realidad interna, conciba nuevas alternativas de regulación y empiece a explorar los estados mentales de otros con menos temor y aprehensión hacia el mundo exterior (Villalba, 2011).

El tratamiento basado en la mentalización tiene como principal objetivo promover el desarrollo y fortalecimiento de la función reflexiva de los participantes, es decir de su capacidad de mentalización, entendida como la habilidad para comprender los estados mentales propios y ajenos que subyacen la conducta. Esta intervención suele tener una duración total de 18 meses, se acuerda la realización de sesiones semanales con los participantes e inicia con una valoración mediante la cual se clarifican las dificultades del paciente y se establece el cumplimiento de los criterios diagnósticos del TLP, posteriormente se pasa a la fase introductoria, mediante la cual se busca familiarizar a la persona con el proceso terapéutico, fortalecer la alianza y brindar información relevante sobre las temáticas que se abordarán posteriormente, así como sobre el concepto de mentalización y su relación con los trastornos de personalidad. Finalmente sigue el proceso de terapia individual, aunque los autores del MBT también proponen un esquema de trabajo en el cual la segunda y tercera fase del proceso, es decir la parte introductoria y la parte de intervención, pueden llevarse a cabo por completo bajo una modalidad grupal (Bateman y Fonagy, 2013).

En el MBT se establecen los siguientes criterios que deben ser tenidos en cuenta por parte de los terapeutas en cuanto a su posición con respecto al paciente, al proceso y a la manera de abordar las temáticas: a) es importante mantener un sentido de humildad genuino, derivado del hecho de que no posee conocimiento absoluto; b) se requiere paciencia suficiente para identificar, considerar y legitimar diferentes perspectivas con respecto a una misma

problemática; c) en las sesiones se requiere preguntar activamente sobre las experiencias de los consultantes, solicitando descripciones detalladas y evitando realizar preguntas que puedan ser interpretadas como juicios o críticas, d) el terapeuta debe evitar ofrecer explicaciones o interpretaciones apresuradas hacia situaciones o emociones que no sean del todo claras y además reconocer los malentendidos en los que pueda caer, mostrando así al paciente una manera de asumir responsabilidad ante los errores e incluso llegar a explorar cómo los malentendidos pueden surgir a partir de suposiciones erróneas, es decir a partir de una falta de mentalización (Bateman y Fonagy, 2013).

Por otro lado, Bateman y Fonagy (2013) también establecen que el MBT consta de intervenciones puntuales que se consideran básicas para favorecer el fortalecimiento de la mentalización en los pacientes y promover la adherencia al tratamiento, los cuales se organizan en una serie de pasos que se complejizan a medida que avanza el proceso:

1. Demostrar empatía por el estado subjetivo del paciente, mientras se valida su experiencia emocional. 2) Explorar, clarificar y, si se considera adecuado en el momento, desafiar al cambio. 3) Identificar el afecto y establecer un foco de afecto y de intervención en el momento presente. 4) Mentalizar la relación entre paciente y terapeuta, tanto en la modalidad individual como en los procesos grupales, lo cual implica además promover la mentalización de las relaciones intra-grupales.

Magnitud y Prevalencia del Trastorno

Si bien resulta difícil establecer una medida exacta que indique la prevalencia del TLP a nivel mundial o local debido a los retos en el diagnóstico y las comorbilidades que presenta este trastorno en particular, la APA (American Psychiatric Association) estima una prevalencia de

entre 1,6 %, a 5,9 % en la población general, mientras que se presenta una prevalencia del 6 % a 10 % entre las personas que acuden a los centros de salud mental ambulatorios y del 20 % entre pacientes psiquiátricos hospitalizados, aunque cabe resaltar que dicha prevalencia suele disminuir en los grupos poblacionales de mayor edad (DSM-V, 2013).

En cuanto a las características poblacionales de quienes suelen presentar TLP, se ha encontrado que aproximadamente el 70% de las personas diagnosticadas suelen ser mujeres y que la sintomatología generalmente inicia en la adolescencia tardía (Turriago Bernal y Ferre Navarrete, 2015)

Contexto Colombiano

A nivel académico e investigativo no se encuentra una gran cantidad de estudios con respecto al impacto del TLP en Colombia o de los efectos de diversos tipos de terapias en población colombiana; no obstante, si se han realizado estudios que buscan conocer la prevalencia de los Trastornos de Personalidad en el país, incluyendo el Trastorno Límite y que evidencian la relación del TLP con efectos negativos sobre la salud mental de los colombianos, tal como se refleja a continuación:

Oviedo, Gómez-Restrepo, Rondón, Borda Bohigas, y Tamayo Martínez (2016) llevaron a cabo un tamizaje de los rasgos de personalidad que destacan en población adulta colombiana a través de la Encuesta Nacional de Salud Mental, encontrando que 4,6% de la población adulta encuestada presentaba 6 o más rasgos de este trastorno, lo cual constituye una cifra significativa e indica una alta prevalencia de rasgos de personalidad desadaptativos. Los autores además enfatizan en la necesidad de implementar estrategias de atención eficiente e integral para quienes

presenten TLP, ya que los rasgos propios del trastorno deterioran notablemente la calidad de vida de los pacientes.

Por otro lado, también por medio de la Encuesta Nacional de Salud Mental, Arenas, Gómez-Restrepo y Rondón (2016) determinaron que particularmente la presencia de rasgos propios del TLP se asocian con marcadas ideaciones suicidas en población colombiana, tanto en hombres como mujeres, haciendo de estas personas un grupo de alto riesgo que requiere mayor atención por parte de los servicios de salud.

Por último, Ferrer et al., (2015) encontraron una clara tendencia en la prevalencia de los trastornos de la personalidad en población universitaria de una ciudad del país, sobresaliendo el TLP, con un porcentaje de prevalencia del 18,9%. Así mismo, en su investigación, los autores hallaron que las dos terceras partes los participantes del estudio con TLP eran mujeres y que la población más afectada, en términos de edad eran personas con menos de 25 años de edad.

Justificación

Teniendo en cuenta las necesidades particulares para el tratamiento del TLP, se encuentra que la intervención grupal basada en la Mentalización propuesta por Bateman y Fonagy (2016) constituye una guía clara y concreta para la implementación de un proceso terapéutico grupal que ha mostrado resultados clínicamente significativos en aliviar la ansiedad y la depresión, favorecer el funcionamiento general, el ajuste social, disminuir las conductas suicidas, la irritabilidad y la agresividad en pacientes con TLP (Burgal Juanmartí y Pérez Lizeretti, 2017).

La efectividad del Tratamiento Basado en la Mentalización (MBT) es respaldada por un ensayo controlado aleatorio compuesto por dos fases, realizado por los autores del modelo, mediante el cual se mostró una reducción de los síntomas depresivos e impulsivos de TLP y de

conductas autolesivas. En dicho estudio, cuarenta y cuatro personas diagnosticadas con TLP participaron en un ensayo aleatorio, en el que se comparaba el tratamiento especializado de mentalización con un tratamiento psicoterapéutico tradicional. Si bien en ambos grupos se observaron mejorías, la disminución de los síntomas fue significativamente mayor en quienes habían sido asignados al MBT; adicionalmente, las mejorías observadas, así como las diferencias entre los grupos se mantuvieron a los 36 meses (Bateman y Fonagy, 2013) y un seguimiento realizado 8 años después mostró que los beneficios obtenidos en cuanto a la reducción de autolesiones, intentos de suicidio, hospitalizaciones y funcionamiento social aún eran evidentes (Bateman y Fonagy 2008, citado Bateman y Fonagy, 2013).

Adicionalmente, en una revisión sistemática, Escobar, Santelices y Elizalde (2013) definieron que, en comparación con terapias tradicionales, el MBT ha demostrado promover cambios positivos y de una manera más rápida en el estado de ánimo de los pacientes, en su capacidad para responder adecuadamente ante interacciones interpersonales y en la capacidad de ajustarse a exigencias sociales.

Por otro lado, tal como se explicó en la sección anterior, el TLP se co-relaciona con falencias en las funciones ejecutivas, lo cual explica varias de las dificultades vivenciadas por los pacientes para responder adecuadamente a exigencias de carácter social y al respecto, López-Silva y Bustos (2017) propone que la mentalización “fundamenta, organiza y potencia el desarrollo de las funciones ejecutivas”, por lo tanto, se considera que el fortalecimiento de esta habilidad puede resultar de gran utilidad y beneficio para los pacientes con TLP. Por su parte, Thomsen, Ruocco, Uliaszek, Mathiesen y Simonsen, (2016) realizaron un estudio experimental mediante el cual identificaron una mejoría significativa en el funcionamiento neurocognitivo una

y disminución de la gravedad de la sintomatología en pacientes con TLP que llevaban 6 meses en un proceso terapéutico grupal basado en la mentalización.

Para la presente investigación se escogió específicamente la modalidad grupal MBT puede facilitar el acercamiento y acceso al proceso terapéutico a una población más amplia de personas cuya calidad de vida, estado emocional y relaciones interpersonales se ven seriamente afectados por los síntomas característicos del TLP. Así mismo, el propósito de realizar una intervención grupal es promover la eficiencia del tratamiento, ya que se busca que, con una menor cantidad de recursos humanos, físicos y temporales, una mayor cantidad de personas tengan la posibilidad de acceder a un proceso terapéutico que, tal como se describió, presenta bases teóricas y prácticas ampliamente desarrolladas y probadas.

Los objetivos de base en una psicoterapia realizada bajo la modalidad grupal resultan congruentes con aquellos de las terapias individuales, pero añaden la posibilidad de examinar, comprender y finalmente manejar, en tiempo real, las reacciones impulsivas y la desregulación emocional que suelen surgir en las interacciones sociales de quienes presentan TLP; así mismo, la participación de varias personas promueve que poco a poco sean los mismos pacientes, con orientación por parte de la terapeuta, quienes logren reconocer y establecer límites y modos de interacción asertiva en el contexto del grupo. Cabe resaltar además que las terapias individuales pueden resultar más eficientes si el consultante participa de manera simultánea en una terapia de grupo, cuya estructura particular facilita la retroalimentación, apoyo e incluso confrontación en un entorno seguro (Biagini, Torruco y Carrasco, 2005).

La intervención grupal puede ser una estrategia terapéutica de gran utilidad, ya que con el tiempo y a través de una guía directa y a la vez empática por parte del terapeuta, los consultantes pueden acercarse a un mayor entendimiento de sus mecanismos de defensa al interactuar con

otros e incluso aprender estrategias de aquellos participantes que se adaptan mejor a ciertas exigencias sociales. Además, estos procesos diluyen la transferencia hacia el terapeuta, disminuyen la resistencia hacia las intervenciones dadas y facilitan el control sobre las reacciones contra-transferenciales que pueden surgir al trabajar con condiciones psicopatológicas complejas como lo es el TLP (García Bernardo, 2007).

En cuanto a las consideraciones y criterios éticos que guían la presente investigación, se considera que el riesgo de la intervención grupal basada en la mentalización para personas con TLP puede ser definido como existente, pero mínimo, teniendo en cuenta que esta es una intervención que se fundamenta en principios teórico prácticos, que ya ha sido probada y ampliamente desarrollada y que el grupo se desarrolla dentro de un ambiente seguro y controlado.

Si bien los participantes cuentan con rasgos de personalidad que los predisponen a reacciones emocionales exacerbadas, a interacciones conflictivas y a recurrir de manera impulsiva a acciones autolesivas, por estas mismas razones se considera que esta es una población que requiere con urgencia facilidades y oportunidades psicoterapéuticas para el tratamiento de los síntomas y la mejoría en la calidad de vida. La implementación de una terapia grupal basada en la mentalización ofrece más beneficios que riesgos, ya que permite a los participantes una mayor comprensión de su diagnóstico, así como de las dificultades emocionales y sociales que esto implica y promueve el desarrollo de la capacidad para comprender adecuadamente el comportamiento propio y el de los demás a través de la atribución de estados mentales.

Finalmente, es importante resaltar que el presente estudio toma como un problema de investigación y una necesidad académica el darle una voz a quienes presentan TLP y por lo tanto conocen mejor que nadie lo que significa afrontar los retos asociados a la cotidianidad mientras

vivencian las características y síntomas propios del trastorno. De esta manera, para esta investigación resulta de gran importancia intentar conocer, comprender y visibilizar la perspectiva única y subjetiva de los participantes del grupo terapéutico, ya que si bien existe una amplia teorización sobre el TLP, así como avances con respecto a modelos terapéuticos e interés por parte de los profesionales en salud, aún se requiere ir más allá, ahondando en la visión particular de las personas con el diagnóstico. Así mismo, con este trabajo se espera aportar en el proceso de cambio de los esquemas de investigación tradicionales en los cuales se ha visto al consultante como un sujeto de estudio.

Adaptación del MBT al Contexto de la Investigación

La intervención terapéutica grupal se llevó a cabo de acuerdo a los pasos y criterios establecidos en la guía de Anthony Bateman y Peter Fonagy (2016), manteniendo todos los contenidos y objetivos planteados originalmente por los autores, pero realizando modificaciones centradas en reducir y optimizar los tiempos que toma el tratamiento, abordando dos temáticas por sesión a lo largo de primera fase, para lo cual se extendió media hora la duración de cada encuentro, y realizando únicamente 6 sesiones de intervención durante la segunda fase del proceso. Estas adaptaciones, además de facilitar la viabilidad de intervención según el tiempo y los recursos humanos con los que se disponía, establecen un punto de partida para empezar a conocer los efectos que puede tener este tratamiento cuando se realiza en un periodo corto de tiempo, teniendo en cuenta las necesidades apremiantes de los pacientes con TLP y las posibles limitaciones, en términos de recursos, que pueden existir en distintos contextos.

En el Anexo B. se encuentra la descripción de los objetivos y las actividades de las sesiones realizadas.

Pregunta de Investigación

¿Cómo cambian las narrativas relacionadas con la capacidad reflexiva, el control de impulsos, el reconocimiento de emociones y la regulación emocional en personas con Trastorno Límite de la Personalidad durante las dos fases que componen una intervención terapéutica grupal basada en la mentalización?

Objetivos

Objetivo General

Describir cómo cambia la capacidad reflexiva, el control de impulsos, el reconocimiento de emociones y regulación emocional, según se evidencia en las narrativas del grupo, en personas con TLP en las dos fases de un proceso terapéutico grupal basado en la mentalización.

Objetivos Específicos

- Identificar cambios en las habilidades de mentalización de los participantes del grupo, tanto en la primera como en la segunda fase del proceso, a través de los contenidos de las narraciones grupales.
- Conocer los cambios en los contenidos de las intervenciones relacionadas con la impulsividad, durante el desarrollo de las dos fases del proceso terapéutico.
- Determinar los cambios que se dan en los contenidos de las narrativas grupales durante las dos fases del proceso terapéutico, en relación con el reconocimiento y regulación de emociones.

- Comparar las dos fases del proceso terapéutico en cuanto a los contenidos de las intervenciones asociadas a habilidades de mentalización, control de impulsos, reconocimiento y regulación de emociones.

Método

Participantes

El tipo de muestreo utilizado fue por conveniencia, ya que se realizó una convocatoria dirigida a personas con diagnóstico de TLP o con los síntomas característicos del trastorno, a través del correo institucional de la Universidad Nacional y por medio de contactos profesionales. Posteriormente se hizo contacto telefónico con quienes enviaron sus datos y se agendó una primera entrevista, en la cual se evaluó el cumplimiento de los criterios diagnósticos de un Trastorno Límite de la Personalidad, según el DSM-V y el CIE-10, como principal criterio de admisión. Cabe destacar que la muestra seleccionada se compuso enteramente por participantes voluntarios.

El grupo inició con un total de 7 participantes, 6 mujeres y 1 hombre, entre los 18 y los 28 años. En relación con la formación académica y ocupación de los participantes, 5 eran estudiantes universitarios y las 2 personas restantes tenían título profesional y un empleo estable.

En cuanto al historial diagnóstico, se encuentra que a 3 de los participantes se les había confirmado previamente el diagnóstico de TLP por parte de psicología y psiquiatría, otras 3 participantes contaban con el diagnóstico únicamente por parte de psicología y una participante no contaba con ningún diagnóstico previo, pero se estableció que cumplía con los criterios diagnósticos establecidos por el DSM V y por el CIE-10 al momento de realizar la entrevista inicial de admisión al grupo. Por otro lado, 6 de los 7 participantes contaban con procesos psicoterapéuticos previos.

Diseño de Investigación

La presente es una investigación de corte cualitativo de alcance descriptivo, se realiza mediante un diseño narrativo bajo una perspectiva paradigmática constructivista y se hace uso de la técnica de análisis de contenido para el análisis de la información recolectada a lo largo del desarrollo del grupo. De esta manera, se busca conocer los cambios en los contenidos de las intervenciones y narrativas de los participantes en cada fase del proceso terapéutico grupal basado en la mentalización.

Procedimiento

En primer lugar, la intervención terapéutica grupal se promocionó públicamente a través del correo institucional de la Universidad Nacional de Colombia – Sede Bogotá y por medio de contactos profesionales, quienes remitieron a personas diagnosticadas con TLP o con síntomas característicos del trastorno.

Posteriormente, se dio inició al proceso, el cual se llevó a cabo en el Servicio de Atención Psicológica (SAP) de la Universidad Nacional de Colombia y estuvo dirigido a adultos jóvenes, entre los 18 y los 30 años que cumplían con los criterios diagnósticos de un Trastorno Límite de la Personalidad. Se tuvo como objetivo principal el fortalecimiento de la capacidad de mentalización en los participantes, con el fin de facilitar el desarrollo de herramientas personales que favorezcan el control de impulsos, el reconocimiento y regulación emocional, a partir del fortalecimiento de la capacidad para reconocer estados mentales propios y ajenos, es decir, la capacidad de mentalización.

La intervención se desarrolló a lo largo de 10 sesiones, las cuales se dividieron en dos fases principales, una primera etapa introductoria y psicoeducativa, compuesta por 4 sesiones, en las que se abordaron conceptos fundamentales sobre la mentalización y los trastornos de personalidad, y una segunda etapa en la que se realizaron 6 sesiones de trabajo terapéutico grupal para el fortalecimiento de las habilidades de mentalización, a través de las experiencias y narrativas que los participantes llevaron al grupo.

Las sesiones se llevaron a cabo de manera presencial y antes de iniciar el proceso se llevó a cabo la lectura y firma del consentimiento informado (Anexo A). Adicionalmente, las sesiones fueron grabadas en audio y posteriormente se transcribieron para facilitar el análisis de contenido de las participaciones de los consultantes.

Posteriormente, se procedió a transcribir todas las intervenciones hechas por los participantes a lo largo de las 10 sesiones, se llevó a cabo un proceso de categorización de la información por medio del software Atlas ti y finalmente se realizó un análisis de contenido cualitativo para el cumplimiento de los objetivos de investigación planteados.

Categorías Preestablecidas

A continuación, se describen las variables que serán analizadas en el presente estudio en relación al modelo teórico del MBT:

Fallas en la Mentalización

Para Bateman y Fonagy (2016) una mentalización inadecuada o deficiente suele caracterizarse por la presencia de una seguridad plena sobre las motivaciones de otras personas, un pensamiento en términos de blanco o negro, poco reconocimiento de las emociones que

subyacen a las acciones, interpretaciones muy concretas y limitadas de la realidad y poca curiosidad por los estados mentales propios y ajenos. De esta manera, existen varios tipos de fallas en el proceso de mentalización:

Por un lado, pueden presentarse momentos de déficit o ausencia de este proceso, en los cuales las personas prestan poca atención a los estados mentales (pensamientos, sentimientos, intenciones) propios o ajenos, ya sea por una falta de disposición, de curiosidad o de la habilidad para llevar a cabo la labor cognitiva requerida para mentalizar.

Por otro lado, también pueden presentarse distorsiones en los procesos de mentalización; esto constituye una falla en la actividad mentalizadora porque, aunque se realiza un esfuerzo por reconocer y comprender acciones propias y ajenas, estos intentos suelen resultar sesgados o incluso paranoides, desembocando en malinterpretaciones de la realidad.

Finalmente, se entiende como una falla por hipermentalización cuando se presentan esfuerzos continuos, excesivos y generalmente fallidos por entender e interpretar acciones y motivaciones propias y ajenas. Esta falla se caracteriza por tendencia excesiva de mentalizar, más allá de si el proceso resulta erróneo o acertado.

Teniendo en cuenta lo anterior, se manejan tres subcategorías durante el análisis de los resultados: a) baja mentalización, b) mentalización distorsionada, c) hipermentalización. Así mismo, en contraste a estas fallas, también se identificarán los momentos en los cuales se evidencia un adecuado proceso de mentalización.

Comprensión de Estados Mentales

Los estados mentales son aquellos sentimientos, pensamientos, deseos, intenciones, creencias que subyacen y orientan el comportamiento humano, por lo que están estrechamente ligados a la función reflexiva del ser humano, ya que la mentalización consiste precisamente en la habilidad de explicar y dar un sentido a las acciones propias y ajenas a partir de dichos estados mentales (Fonagy y Target, 2006).

Esta categoría comprende dos subcategorías: a) comprensión de estados mentales propios, b) comprensión de estados mentales ajenos.

Reconocimiento y Regulación Emocional

La inestabilidad emocional en pacientes con TLP se relaciona con dificultades en la representación de la realidad, ya que, al existir fallas o carencias en la habilidad para mentalizar, se reduce la complejidad de dicha representación y sólo se considera una versión de la realidad, distorsionada por estados emocionales y representaciones propias. Así mismo, las sensaciones de vacío experimentadas por personas con este diagnóstico pueden surgir como en consecuencia a la ausencia de representaciones secundarias de los estados del self, así como de la inseguridad y falta de conexión vivenciada en las relaciones interpersonales (Escobar, Santelices y Elizalde, 2013).

Dentro de esta categoría, se encuentran dos subcategorías en el proceso de análisis de la información: a) reconocimiento de emociones (propias o ajenas), b) regulación emocional, entendida como “los procesos mediante los cuales los individuos influyen en las emociones que tienen, cuándo las tienen y cómo las experimentan y expresan” (Gross, 1998, p. 275).

Impulsividad

En las personas con TLP, la impulsividad, entendida como una carencia de reflexividad ante la toma de una decisión, se puede relacionar con una marcada falta de conciencia de estados emocionales propios, asociada con la ausencia de una representación simbólica de los mismos, lo cual lleva a la implementación de estrategias de expresión y regulación centradas en principalmente acciones precipitadas y generalmente poco adaptativas, ante la percepción de una amenaza.

Categorías Emergentes

A través del análisis también se identificaron temáticas recurrentes y relevantes que a lo largo de las sesiones mostraron facilitar los procesos de mentalización en el grupo y dieron lugar a reflexiones espontáneas por parte de los participantes.

Resultados

El análisis de la información se realizó mediante un proceso de análisis de contenido cualitativo, con el propósito de hallar qué categorías se presentaban en cada sesión del proceso y conocer los cambios que se iban presentando en las cualidades de dichas categorías a medida que avanzaba la intervención grupal. Para esto se hizo uso el software Atlas ti, versión 7.5.7, tomando las intervenciones de cada participante sesión a sesión, categorizándolas según las categorías pre-establecidas y definiendo las categorías emergentes que no estaban previstas pero que se consideraron relevantes para la investigación. En cuanto al proceso de análisis de las transcripciones, se tomaron como unidades de análisis cada una de las intervenciones por parte de los integrantes del grupo.

Las categorías que se desarrollarán a continuación son: a) indicadores de fallas en la mentalización (hipermentalización - poca o nula mentalización - mentalización distorsionada); b) impulsividad; c) reconocimiento y regulación emocional; d) comprensión de estados mentales propios y ajenos (entendimiento de pensamientos, sentimientos, intenciones y deseos propios - comprensión de pensamientos, sentimiento, intenciones y deseos ajenos); e) categorías emergentes (empatía – apego – valía personal – relación con el diagnóstico de TLP).

Por otro lado, es necesario tener en cuenta que a partir de la quinta sesión el grupo se redujo a 4 participantes, todas mujeres. Sobre los motivos de deserción, las 3 personas que decidieron abandonar el grupo informaron que las temáticas abordadas les parecían interesantes y útiles, pero generaban una fuerte carga emocional que se les dificultaba manejar en ese momento; el participante masculino, quien hizo parte de las personas que decidieron no regresar a las sesiones, manifestó además, que se sentía muy diferente a sus compañeras de grupo y en muchas ocasiones no lograba comprender las dificultades por las que ellas pasaban debido a que eran mujeres, lo cual le causaba bastante incomodidad.

Primera Fase

Sesión 1

Fallas en la Mentalización. Al iniciar el proceso, se evidenció un desconocimiento de la posibilidad de reflexionar e indagar acerca de estados mentales propios o ajenos, no obstante, tan pronto se abordó y explicó el concepto de mentalización, el grupo mostró interés y curiosidad ante las características de esta habilidad, facilitando que desde las primeras intervenciones se

empezara a dar un reconocimiento general de las dificultades vividas continuamente en los procesos de mentalización.

En las primeras sesiones, especialmente en la primera, destacó la distorsión o malinterpretación de la realidad, tal como se evidencia en las siguientes intervenciones: a) "Cuando estaba en la universidad pensaba cosas como 'debido a que soy gorda no presto suficiente atención en clases y no me va tan bien como quisiera en el examen'."

b) "Digamos a mí me pasa muy seguido que me dicen como 'salgamos' y yo de una vez me empeliculo de 'ya me va a decir es que nos casemos' y esta persona al final es como 'sólo quería pedirte ayuda con un trabajo' o algo así".

Según lo reportado por los participantes, se encontró que los pensamientos angustiantes y temores estaban mediados por fuertes falencias en la autoestima y auto-concepto, lo que además indica dificultades significativas para descentrarse de la experiencia subjetiva, lo que llevaba a los integrantes del grupo a dar explicaciones de los acontecimientos desde una perspectiva sesgada basada únicamente en representaciones internas de la realidad, desconociendo la información externa que podría llevar a una comprensión más objetivas y acertada del comportamiento de las personas alrededor.

Por otro lado, también se presentaron intervenciones en las cuales los participantes narraron experiencias en las que habían sentido que carecían de la habilidad para razonar o reflexionar alrededor de los sentimientos, pensamientos, intenciones o deseos que subyacen a su accionar, evidenciando fallas por baja mentalización, lo cual los llevaba a experimentar una fuerte sensación de confusión y desconfianza hacia sí mimos al desconocer qué los inducía a

actuar de manera impulsiva en determinados momentos. Esto se evidencia en intervenciones como las siguientes:

> "Muchas veces como que estoy muy brava y toda la gente me fastidia, pero cuando realmente después lo pienso es porque tengo mucha hambre, solo que, en el momento, antes de caer en cuenta ya estoy súper brava con todos."

> "Hoy el transmilenio estaba horrible y cuando llegamos la señora de la registradora no pasaba y había alguien adelante con el celular, yo también tenía el celular en la mano (...) y ella ni siquiera me estaba viendo, pero dijo algo como 'eso pasa por estar con el celular' ¡y yo ya me iba a poner a pelear!, pero realmente nadie me estaba diciendo nada a mí"

En esta primera sesión, la hipermentalización también se vio reflejada en situaciones donde los participantes experimentaron pensamientos negativos recurrentes y rumiación acerca de las motivaciones y emociones de otros, lo que los llevó a experimentar intranquilidad y generalmente, aunque no necesariamente, a llegar a conclusiones erróneas o poco fundamentadas (mentalización distorsionada) para explicar comportamientos ajenos que les resultaron molestos, sorpresivos o dolorosos:

> "Yo estoy saliendo con alguien y las veces que salimos como que noto que es recíproco lo que estamos haciendo, pero entonces cuando él no está yo me envideo un montón y pienso '¡no está porque yo lo alejé, no está porque lo alejé!', entonces siempre está esa ambivalencia y es horrible, porque entonces cuando él sí está pues me siento bien, pero cuando no está es como una película, una trilogía (risas), un video el que me armo."

Si bien en esta primera sesión no se dieron ejercicios de mentalización como tal, ya que no hubo un cuestionamiento por parte de los participantes sobre el porqué de sus reacciones o de su malestar, al ir narrando las situaciones, el grupo logró identificar aquella ausencia de reflexión y las consecuencias negativas de ello.

Impulsividad como un Indicador de Falencias en la Habilidad Mentalizadora. Desde el inicio del proceso terapéutico grupal, las narraciones indicaron la presencia de comportamientos impulsivos marcados y frecuentes y un reconocimiento por parte de los participantes del malestar que esto generaba, tanto en ellos como en las personas a su alrededor:

> "Hace como una semana cuando yo me encontré con mi exnovio y estábamos hablando, él me dijo 'vamos a tal lado y tuvimos que cruzar por un pasaje y estaban mis amigos tomando pola entonces llegamos y ellos me dieron una cerveza y él 'yo me voy para la casa', entonces yo me puse muy loca de que me envideé, '¡claro cómo ahí están mis amigos entonces éste ya no quiere estar conmigo!', entonces él se fue y yo me fui detrás de él y le terminé"

También se observó una normalización de las conductas impulsivas, ya fueran comportamientos que implicaban algún tipo de agresión o toma de decisiones precipitadas y poco asertivas (no ir a clases, no hacer trabajos o terminar una relación afectiva) con base únicamente a una emoción intensa, sin considerar las consecuencias o repercusiones de dicha acción. En este sentido, se evidenció una baja conciencia de la posibilidad de recurrir a alternativas asertivas al momento de enfrentarse a momentos de tensión, dolor o angustia. Hasta ese momento, la mayoría del grupo no se había planteado la posibilidad de disminuir los actos

impulsivos, sintiéndose incapaces de hacerlo, pero tan sólo abordar el tema desde un primer enfoque psicoeducativo promovió la intención de cambio:

> "Yo sí siento que algo no se puede trabajar si tú no sabes que existe, entonces como que si no tienes conciencia y es como que por ejemplo **yo que lanzo cosas o rompo cosas y para mí es normal porque siempre lo he hecho**, como que ahora que lo vimos vamos a decir 'ok tengo que calmarme un poco y dejar de hacer eso' "

> "A veces uno deja de hacer cosas y de seguir su vida por esos pensamientos, como que uno empieza a pensar, uno se queda ahí pensando y luego 'ah tengo que hacer trabajos, pero ya no alcancé, ahora me toca trasnochar'. Uno simplemente no lo hace y queda como 'ya me quedé pensando y llorando toda la noche y mañana ya no puedo ir a la clase' y ya no se levanta"

Reconocimiento de Emociones y Estrategias de Regulación Emocional. Al iniciar el proceso terapéutico, surgieron narrativas en las que se evidenció que en la vida diaria los participantes fijaban su atención en cómo las acciones de otros influían en su estado de ánimo y malestar emocional, pero dejaban de lado el interés por comprender y conocer las emociones de otras personas o cómo sus propias acciones afectaban a otros, tal como se refleja en el siguiente ejemplo:

> "Lo que pasa es que uno espera que las otras personas sepan cómo está uno y en la sensación que está uno. Por ejemplo, mi hermano es muy serio, los dos somos serios, pero a veces cuando yo estoy como sensible y llego y le digo 'hola' y él no me saluda y sigue derecho, yo soy como 'escúcheme' yo necesito atención en esos momentos"

Por otro lado, se evidenció que en los participantes sí se había dado un desarrollo previo de estrategias de contención en momentos de crisis, pero, tal como indica la teoría, estas estrategias se limitaban mayormente a controlar, evitar o reprimir la experiencia emocional y no se daba una búsqueda de comprensión de esta. En este sentido, se encontró que las autolesiones representaban estrategias útiles para controlar una emoción abrumadora, mitigar la angustia o el dolor y adquirir capacidad de decisión en una situación difícil, no obstante, esta una estrategia altamente dañina y deja de lado el auto-conocimiento y reflexión:

> "Yo en las peleas me abro de una vez, entonces ya es como el impulso, pero conmigo misma, me auto-inflijo, pero con los demás evito los conflictos. Entonces es como que yo soy la que decido, decido si me golpeo o algo así o alejo a las personas o me alejo de ellas, pero la que toma la decisión soy yo."

Interés y Capacidad de Comprender Estados Mentales Subyacentes al Comportamiento: Base de la Mentalización. En esta primera sesión no se presentaron narraciones que indicaran una clara comprensión de acciones, decisiones o comportamientos propios o ajenos a partir de la reflexión sobre estados mentales y, por el contrario, predominaron las intervenciones en las cuales se identificaron fallas recurrentes en los procesos de mentalización.

Sesión 2

Fallas en la Mentalización. A partir de la segunda sesión dejaron de predominar las narraciones relacionadas con dificultades en la mentalización y de hecho se volvieron escasas, aunque cabe resaltar que esto no se atribuye a que los participantes hayan dejado de

experimentar falencias en su capacidad reflexiva, sino al el hecho de que los conceptos puntuales abordados a partir de este segundo encuentro se orientaron hacia el reconocimiento de emociones, el cuestionamiento sobre los estados mentales propios y ajenos y la búsqueda de comprensión de los patrones relacionales a partir de los estilos de apego.

A diferencia de la primera sesión, donde predominaron las narraciones relacionadas con una mentalización distorsionada o errada, en la segunda sesión, la baja mentalización cobra mayor relevancia en las participaciones, lo cual igualmente lleva a reacciones de carácter impulsivo y consecuencias negativas sobre la calidad de vida y relaciones interpersonales: “A mí me cuesta mucho expresarme porque yo no sé identificar emociones, me pasa que a veces no sé qué tengo”

> “No sé si te acuerdas, pero yo te dije que para mí era muy difícil sentir emociones, entonces no podría decirte cómo la gente cree cómo me siento porque ni yo sé si me estoy sintiendo de alguna manera”

Por otro lado, e evidenció que las emociones y acciones de terceras personas entran a ejercer un rol más importante en las narraciones de los participantes y continuaron relacionándose con fallas como la hipermentalización o mentalización distorsionada:

> “Yo tengo un raye por cómo uno se relaciona con las redes sociales, porque es muy impersonal, que te hablen en un tiempo determinado, que te hablen cortante uno nunca va a poder leer las intenciones porque es un lenguaje escrito (...) pero igual siempre termino atribuyéndome cosas como la persona se aburrió, el tema ya no es suficiente, siempre es

> como que me atribuyo esas cosas pero no sé si esa persona tuvo un mal día, entonces la respuesta más clara es que pronto no quiso hablar, que está todo mal y no quiere hablar conmigo o cosas así."

Impulsividad como un Indicador de Falencias en la Habilidad Mentalizadora. Al igual que en la primera sesión, en este segundo encuentro, las intervenciones continuaron indicando que los participantes lograban identificar momentos en los cuales tomaron decisiones impulsivas y riesgosas en su diario vivir y profundizaron en los efectos negativos que esto tiene sobre ellos: "Por ejemplo en el impulso sexual yo tengo conductas muy extremas, por ejemplo, cuando yo tenía 20 años veía mucho porno y todo para mí era sexualizado, ¡todo!."

> "A mí me ha pasado no sé si es de ansiedad o de ira y empiezo a llorar incontrolablemente y me quiero golpear, quiero golpear algo, siempre me da cuando estoy con alguien entonces siempre me cogen y ya me empiezo a calmar, pero sigo llorando, pero no me desconecto, es como que tengo que sacar algo, la ira, la ansiedad y tengo que sacarlo."

Por otro lado, las narrativas de los participantes empezaron a indicar intentos de control de los impulsos e incorporación del concepto de mentalización como posible estrategia para lograr ese objetivo, aunque aún hacían un uso efectivo de ésta.

> "A mí me ha pasado como que yo ordeno mi cuarto y tengo cajones y digo por ejemplo como 'aquí van los cinturones' o algo así y cuando yo llegué la muchacha que nos ayuda a ordenar las cosas había metido mal todo en los cajones ¡y me dio tanta rabia! (...) es

muy tonto, después lo pensé y dije **'tengo que mentalizar'**, pero entonces saqué todo y lo empecé a lanzar a la televisión y lo volví a ordenar."

Reconocimiento de Emociones y Estrategias de Regulación Emocional. La segunda sesión cobró una gran relevancia para el proceso terapéutico, ya que en ésta se trabajó directamente en la nominación y reconocimiento de emociones, así como en la importancia de dar espacio a la experiencia emocional como mecanismo regulador de la misma, lo cual orientó las narrativas de los participantes, así como sus reflexiones en sesión. Por ejemplo, en la siguiente cita se encuentra que la participante reconoce en sí misma una forma característica y exacerbada de expresar sus emociones y con el tiempo ha aprendido a reconocer situaciones particulares en las cuales este tipo de expresión se presenta, aunque aún se le dificulta regularse:

"Lo que pasa es que yo soy muy llorona, si me pongo brava en el momento puede que reaccione mal, pero al momentico yo empiezo a llorar y entonces de pronto la gente me dice cómo '¿por qué estás triste, por qué te duele?' y es como que mi manera de expresar todo es llorar y yo puedo llorar 6 horas seguidas o 8 horas seguidas y no dejo de llorar (...) y no, no estoy triste, estoy como enojada, estoy como desesperanzada entonces yo lloro mucho y cuando estoy feliz también lloro."

"Lo entiendo demasiado eso de 'le tengo miedo al enamoramiento', pensado tal vez como que tenía miedo a que me hirieran, que me lastimaran. Me pasa en general no sé cómo relacionarme con personas así sean amigos, como que siento que en algún momento se van a ir, como tal es el miedo al abandono puede ser y qué y eso me hiera a mí."

También se encontró que, si bien los participantes en la cotidianidad vivenciaban una amplia gama de emociones y sensaciones, les resultaba altamente difícil diferenciarlas y nominarlas, por lo que se centraban principalmente en una única emoción: "Ahora me es más fácil hablar cuando me siento triste, enojada y demás porque puedo identificarlo mejor"

Finalmente, se empezó a evidenciar el reconocimiento de la posibilidad de regular las emociones de una manera más adaptativa, así como unos primeros intentos de utilizar nuevas estrategias para afrontar momentos de intensidad emocional:

> "Yo tengo etapas maníacas, que sé que después de una etapa maníaca siempre va a venir un bajón entonces normalmente digamos que yo me la alarmo cuando estoy en la etapa de crisis, pero incluso en un estado normal cuando no estoy en crisis sé que tiendo a estar triste entonces yo no le huyo a la tristeza, sino que en ese momento yo me activo y digo 'voy a empezar a hacer cosas para que la tristeza no me incapacite'"

Interés y Capacidad de Comprender Estados Mentales Subyacentes al Comportamiento: Base de la Mentalización. A partir de la segunda sesión, y después de abordar el concepto de mentalización apareció un entendimiento sencillo de sentimientos, pensamientos, intereses, limitaciones, intenciones, etc., subyacentes a determinados comportamientos, tal y como se ilustra en la siguiente intervención de una participante:

> "Bueno yo sí me siento como un poquito ansiosa, no lo sé, en general las terapias y todo eso me ponen así, como hiperactiva, yo por lo general no hablo tanto, pero estoy en la necesidad de 'yo, yo quiero leer' sí, creo que es hiperactividad por la terapia".

Así mismo, se dio un reconocimiento en tiempo presente de emociones que en el pasado habían motivado la toma de decisiones drásticas en relaciones afectivas, tal como se evidencia en la siguiente intervención:

> "Digamos que me empiezo a relacionar con alguien de una manera y si en algún momento siento que estoy pensando mucho en esa persona o algo así lo que hago es dejar de hablar con esa persona y me voy completamente, porque digamos a mí me cuesta mucho, para mí es muy importante la aceptación entonces me da miedo hacerme una idea y no lograr aceptación"

Cabe resaltar que estas primeras reflexiones se dieron como respuesta a ejercicios y preguntas concretas, pero, posteriormente, en la segunda fase del proceso, las participaciones orientadas a intentar entender estados mentales propios y ajenos se presentaron de manera más espontánea y frecuente.

Sesión 3

Impulsividad como un Indicador de Falencias en la Habilidad Mentalizadora. En esta sesión se evidenció con mayor claridad que en la cotidianidad de los participantes la impulsividad no siempre se manifestaba a través de comportamientos de agresión o confrontación, sino que también se reflejaba en decisiones con un bajo nivel de reflexión acerca de las consecuencias futuras; así mismo las situaciones de impulsividad surgían generalmente cuando los participantes asumían que las acciones o actitudes de otras personas constituían un ataque o un intento de abandono, llevando a una fuerte sensación de vulnerabilidad y finalmente a reacciones defensivas, tal como se refleja a continuación:

> "En un momento él me dijo que iba a empezar una relación con alguien más y ese día yo le hice el show de la vida, fue un show como de unas 6 horas y al final él se fue y yo me acuerdo que todo el mundo en mi casa se dio cuenta"

> "Cuando yo era pequeñita pues como que los problemas se arreglaban a golpes (…) yo ya después no me dejaba pegar y entonces peleábamos las dos (con la madre), nos gritábamos y entonces a veces me decía 'se va con su papá, ya me cansé de usted' y yo rogándole porque no quería irme con mi papá y otras veces yo sí decía 'me voy a ir con mi papá' y mi mamá rogándome 'no me dejes', las dos siempre hemos sido así con una relación como muy eufórica.

Reconocimiento de Emociones y Estrategias de Regulación Emocional. Desde la tercera sesión las intervenciones de los participantes indicaron una mayor complejidad en el proceso de reconocimiento emocional, ya que además de identificar y nominar determinadas emociones propias, empezaron a explicarlas con mayor detalle, a reconocer la experiencia emocional de las personas a su alrededor y a determinar las situaciones que las detonan, tal como lo muestran los ejemplos siguientes:

> "A mí me parece difícil y doloroso hablar de eso, porque siento que a mí me marcó mucho la separación de mis papás, pero nunca he culpado a mis papás, siempre he dicho que estaban haciendo lo mejor que podía con las herramientas que tenía y pues al fin de cuentas han sido buenos papás."

> "Yo he discutido últimamente con mi mamá porque mis hermanas ya tienen hijos y ella está ayudándoles en la crianza, y me he dado cuenta que mi mamá tiende a manejar las

emociones de una manera dramática, entonces si por ejemplo están jugando y alguien se cayó, ella grita y el niño llora, no porque se cayó sino por *la angustia de mi mamá*"

Interés y Capacidad de Comprender Estados Mentales Subyacentes al Comportamiento: Base de la Mentalización. El trabajo realizado en la tercera sesión constituyó un momento clave para el proceso, ya que se abordó la temática del apego, se profundizó en los diferentes estilos de apego y se promovió la comprensión de la influencia de los vínculos primarios en el establecimiento de relaciones afectivas en la vida adulta.

Las narrativas de la sesión empezaron a indicar una mayor comprensión de estados mentales propios y, además, el surgimiento de interés y curiosidad hacia los estados mentales ajenos; así mismo, la noción de apego y sus implicaciones se incorporó al discurso de los participantes:

"En el caso de mi mamá, yo sí siento que a ella le tocó ser como un hombre en la vida, de hecho, ella es la mayor y digamos a mi casa llegan mis tíos con sus problemas, llaman todo el tiempo a mi mamá, pero cuando a ella le pasa algo es como 'de esto no se va a hablar', como que ella tiene el control, no sólo de la casa sino de la familia extendida. Entonces yo siento que es eso, ella es como un hombre y, por ejemplo, sí le afectó la muerte de mi abuela, pero yo ni antes ni después la vi llorar, **entonces de pronto por eso ella es seca, de pronto por eso ella es así.** "

"Es que mi mamá creo que también siente un apego, porque yo cuando estaba en la universidad tuve un viaje a Europa y, según lo que me cuentan, ella lloraba muy seguido porque me extrañaba y yo estaba bien. Mi mamá en esa época de pronto decía 'de pronto

> no está comiendo de pronto está sufriendo' y para mí era como 'estoy en Europa pasándola delicioso' y yo siento que era que a ella le costaba era estar lejos de mí."
>
> "Yo sé que por parte de mi mamá también ella siente como ese vacío cada vez que me voy, porque 15 días que estamos pues todo bien, pero cuando estoy donde mi papá ella empieza como 'me haces mucha falta, te extraño', entonces yo creo que ese apego así de ella también está ahí."

Estas intervenciones también indicaron la capacidad de descentrar el discurso, llevando a los participantes al reconocimiento de una perspectiva diferente a la propia y a empezar a experimentar una comprensión de sentimientos y pensamientos ajenos.

Por otro lado, es necesario tener en cuenta que el proceso de cambio se dio de forma gradual, así que dicha adquisición de entendimiento que se ilustra en las intervenciones no llevó inmediatamente a la toma de acciones concretas en la cotidianidad de los consultantes.

Sesión 4

Fallas en la Mentalización. En esta sesión, que fue la última de la primera fase del proceso terapéutico grupal, se evidenció mayor interés por evitar y reconocer las malinterpretaciones de acciones propias y de terceros, por lo que continúan disminuyendo las narrativas que indican fallas por una mentalización distorsionada.

No obstante, se presentaron intervenciones que indicaban fallas por hipermentalización y por baja mentalización, ya que en este punto aún se evidencian dificultades para considerar diferentes y variadas alternativas que expliquen el accionar ajeno.

> "A mí me pasa más una cuestión de confianza porque digamos en las parejas así medio formales que he tenido siempre siento que yo no tengo nada que ofrecer. Por ejemplo, una expareja viaja mucho y todo el mundo lo quiere, todo el mundo lo conoce (...) y pensaba y le decía '¿usted que hace conmigo, yo no tengo nada que ofrecerle?'; y ese nada que ofrecerle era en todos los sentidos, o sea yo siempre pensaba que intelectualmente tampoco, que si vamos a algún lado pues yo no iba a tener plata, que para los viajes pues yo no iba a poder."

> "Una actitud que toman ellos (parejas) es como eso de los celos y de llamarse y todo eso (...) por ejemplo, si salen con alguien se extrañan si no digo nada. Entonces son cosas con las que yo no puedo y de verdad no siento nada de empatía porque no entiendo, lo puedo ver ahí llorando o estresado y yo soy como súper neutral, no sé qué le pasa".

> "A mí me ha pasado por ejemplo en mi terapia personal que a veces siento que mi psicóloga tal vez no me entiende o que a veces no está avanzando la cosa, o que ya está más perdida que yo y una vez me pasó que yo estaba tranquila y no sé qué me pasó y empecé a llorar y ella me decía '¿hice algo mal?' y ella me preguntaba '¿es por mí?' y yo no sabía, ¡realmente no sabía!, no creo que haya sido por ella"

Reconocimiento de Emociones y Estrategias de Regulación Emocional. Surgieron narraciones que indicaban la capacidad para reconocer con mayor facilidad y frecuencia el tipo de situaciones, relaciones y experiencias de vida que detonaban determinadas emociones en sí mismos y cuáles resultan más difíciles de regular:

> "Digamos me pasa que mi familia odia a mis novios, pero si llega alguien y les gusta y ellos me dicen que tan lindo que tan bueno yo también me aburro, entonces también yo **creo que es un poco miedo,** como que uno está tan acostumbrado al otro tipo de relaciones que cuando encuentra alguien así bueno, es como que no, como que uno cree que no va a funcionar"

> "Ahora que lo pienso, a mí me pasó algo así una vez en terapia, porque yo llegaba a las sesiones (...) y yo hablaba y hablaba y hablaba y ella no me respondía, ella no me decía nada, sólo escribía, entonces yo terminaba digamos lo que le estaba contando y ya no sabía qué más decirle y **al final con ella yo no dure mucho, unas tres o cuatro sesiones, porque creo que con ella eso me molestaba un poco.***"*

En esta última sesión de la primera fase del proceso grupal también se dieron intervenciones que indicaban reconocimiento y uso de un repertorio más amplio de estrategias para la regulación de aquellas emociones que por lo general desbordaban a los participantes y los llevaban a acciones impulsivas:

> "De verdad, como que uno se da cuenta que le cuesta trabajo pensar en el otro, porque **a mí a veces me da rabia** que mi psicóloga se pierde y se le olvida cuál era mi historia, pero claro es que es obvio, ella atiende a no sé cuántos pacientes más, entonces **a mí me sirve mucho pensar en eso para regular mi frustración**; obviamente no soy la única paciente, creerlo es un poco ingenuo."

En adición a lo anterior, la siguiente intervención ejemplifica de manera importante la función que ha cumplido la terapia en relación al fortalecimiento de la capacidad de mentalización a través del autoconocimiento y autorregulación:

> "A mí en estos días si me ha pasado que **a veces tengo sentimientos muy fuertes y yo en mi cabeza así tal cual como acá intentó hablar conmigo misma**, me hago preguntas como '¿será que esto sí es así, será que de verdad me tengo que dejar llevar por esto, en verdad vale la pena, en verdad es tan grave lo que está pasando?', no, no es tan grave, **voy a hacer algo, voy ver una película, voy a hacer alguna otra cosa" y me despisto ya para bajarle un poquito**

En cuanto al acercamiento a las de emociones ajenas, en esta sesión el grupo continúa mostrando participaciones que indican avances en la capacidad de distinguir y describir diferentes sentimientos experimentados por las personas a su alrededor. En este sentido, los participantes logran reconocer momentos en su cotidianidad en los que han carecido de paciencia y comprensión hacia las emociones de otros, pero dentro de la sesión llegan a mostrar una mayor empatía hacia otros:

> "Digamos que escuchar a otras personas, así uno no sienta la empatía o no los entienda, me ha ayudado a aprender cosas que me gustan mucho y por eso me gusta mucho la terapia grupal, uno puede entrar en sintonía con las otras personas"

Interés y Capacidad de Comprender Estados Mentales Subyacentes al Comportamiento: Base de la Mentalización. En esta cuarta sesión, las intervenciones mostraron un hilo conductor en el que el grupo utiliza los conceptos abordados previamente para

dar posibles explicaciones a comportamientos propios y ajenos. En cuanto a la reflexión en torno a estados mentales propios se encontraron las siguientes intervenciones:

> "En mi caso odio la terapia individual, yo a mi psicóloga anterior no la puedo ni ver, porque fue ella la que me remitió a psiquiatría, entonces eso fue muy duro para mí. Aunque creo que siempre me ha pasado, digamos a mí me han atendido otros 2 psicólogos (...) al principio yo sí trataba de abrirme, pero llegaba un punto en el que me frustraba mucho porque yo quería respuestas, no explicaciones, sino soluciones, entonces mi reacción con ellos era siempre abandonarlo todo y no volver allá y literalmente los termino odiando, pero realmente nunca han sido ni negligentes ni nada así"

La siguiente intervención resultó significativa para el proceso, ya que mostró un acercamiento a la comprensión de cómo un estilo de apego determinado, con las formas de pensamiento y de reacción asociadas a éste, puede facilitar el establecimiento y mantenimiento de ciertos patrones de relación.

> "Yo he estado pensando que a veces uno si llega a una relación con un tipo de apego seguro, pero si el otro empieza a hacer ese tipo de cosas (actitudes distantes), pues se le despierta a uno lo ansioso"

Por otro lado, el interés creciente hacia los estados mentales de otra persona llevó a una comprensión más amplia de los comportamientos y decisiones ajenas:

> "A mí lo que me costó en terapia fue como resistir, porque también abandoné muchos psicólogos antes y luego dije 'no, esto debe ser un proceso', intenté renunciar a esas ideas

de que no me escuchaban y de que eso no avanzaba y empecé hacer clic como de una forma empática y a pensar incluso ‘ella (la psicóloga) es igual de distraída que yo’.

“Mi expareja hace poco me envió un mensaje, pues él ahorita me tiene bloqueada en todo, y en ese momento yo recibo el mensaje que era una canción y me dice cómo ‘no te voy a decir que te amo, ni que te quiero, ni que te extraño porque en este momento no lo siento, yo nunca sabré sí esta relación fue buena o mala’, yo le contesté ahí algo súper largo y luego él me dijo algo como que ‘siempre serás el amor de mi vida’, entonces yo decía como **‘¿qué le pasa? ¿cómo me dices esto?’ Pero entonces yo sé, y ahora que entiendo que ya no quiere estar conmigo, pero como que creo que tampoco quiere que yo lo deje de querer.**

Finalmente, aparecieron las primeras retroalimentaciones asertivas y asertivas por parte de los miembros del grupo hacia las experiencias y situaciones narradas. Esto constituyó un primer indicador de reflexividad y disposición de escucha en tiempo presente y se evidenció por ejemplo en la siguiente devolución que le hizo una participante a otra cuando se expresaba de forma negativa sobre sí misma:

“Parece como que recibes más lo negativo que lo positivo, o sea cuando te dicen algo positivo no te lo crees, piensas como que debe ser mentira porque lo que tú te dices es lo malo, entonces si te dicen algo malo crees que ahí sí tienen toda la razón.”

Segunda Fase

Sesiones 5 y 6

Fallas en la Mentalización. En las primeras sesiones de la segunda fase del proceso se dieron algunas intervenciones esporádicas que mostraban que en momentos puntuales se continuaba presentando una distorsión de la mentalización y poca reflexividad, principalmente en situaciones de tensión en las relaciones de pareja. En estos casos las cuales las[1] participantes aún asumían con certeza las razones que llevaban a otras personas a actuar de determinada manera, pero sin evidencia suficiente para llegar a dichas suposiciones:

> "Muy seguramente él piensa. 'como yo perdí mi semestre a mí me fue mal y me tocó devolverme pues que esta nena haga lo mismo, que también fracase, que también le vaya mal', entonces toca fortalecerte un poquito por ese lado y no darle gusto".

> "De un momento a otro él empezó a alejarse, otra vez se desaparecía, todos los días tomaba y yo me enteraba por otra gente y yo volví a lo mismo, todas las noches pendiente de él, yo súper insegura, diciendo 'es que no soy tan bonita, seguramente está con otra nena, yo no le ofrezco todo lo que él quiere o todo lo que necesita, no soy suficiente' "

Por otro lado, al comparar la quinta y la sexta sesión, la principal diferencia radica en el hecho de que en la sexta sesión únicamente se encontraron fallas por baja mentalización y en las intervenciones de los participantes no se evidenciaron distorsiones al pensar en los estados

[1] A partir de la quinta sesión se hará referencia a *las* participantes, en vez de a *los* participantes, ya que desde ese momento el grupo pasó a conformarse únicamente por mujeres.

mentales propios o ajenos, ni situaciones de hipermentalización. La baja mentalización se evidencia en los ejemplos siguientes:

> "Yo por lo general me siento muy bien sola, pero no sé digamos con las relaciones afectivas no sé por qué no es así. Ósea como que la persona que soy sola no la puedo ser cuando estoy en pareja y no sé por qué, entonces yo soy así feliz, plena, entiendo la vida cuando estoy sola y cuando estoy en una relación todo se descoloca no sé por qué y no sé quién o cómo ser"

> "Yo no sé por qué a mí me pasa algo similar, yo también digamos en este momento digo estoy bien así, pero siempre que tengo una relación no sale bien, saca cosas de mí que normalmente cuando estoy soltera digo 'uish yo nunca haría eso' y veo a mis amigas con sus parejas y digo 'marica ¿por qué son tan tóxicas?, ¿por qué hacen esos shows?' y yo estoy en una relación y hago lo mismo entonces no sé no sé"

En este punto del proceso las dificultades para analizar los estados mentales ajenos se presentaron únicamente en aquellos momentos en los cuales las participantes se identificaron con las situaciones de conflicto interpersonal y estrés emocional de sus compañeras, indicando que las habilidades para mentalizar desarrolladas hasta el momento se manifestaron con mayor facilidad al hablar de situaciones en las cuales no había un involucramiento emocional directo. Aunque cabe resaltar que dicha reacción hacia las experiencias ajenas facilita el interés por el otro y lleva a una mayor disposición de ayuda.

Reconocimiento de Emociones y Estrategias de Regulación Emocional. Después de iniciar la segunda fase, es decir aquella menos estructurada y con un modelo de trabajo más

espontáneo, resaltó la aparición de narrativas relacionadas con la regulación de emociones y sensaciones, los participantes además abrieron un lugar en el discurso para las emociones positivas que les brindaban una sensación de bienestar, sin evadir o reprimir las emociones difíciles que requerían ser abordadas, comprendidas y reguladas. Esto se puede observar en los siguientes ejemplos: "Cuando me empiezo a poner mal me digo '¿qué necesito?', bueno, pensar en otra cosa, bueno pongamos un video".

> "Ya en este momento me siento más tranquila porque lo que yo hago es enfrentar el duelo, yo lloro lo que tengo que llorar, yo puedo llorar 5 horas seguido, pero también siento que lo que uno debe hacer en esos momentos es buscar ayuda, no quedarse solo, pero también llenarse de valor y aprenderse a conocer en esos momentos."

> "En realidad me he sentido muy tranquila y pues ese viaje era para mí, yo lo pagué y pensé 'sólo para mí' y sabía lo que quería, entonces quería ver delfines, entonces pagué la lancha y en ese momento en la lancha yo me sentía muy feliz, estaba realmente feliz"

Si bien en la mayoría de los casos no se llega a una regulación con recursos internos, sí se evidenció la habilidad de buscar y hallar apoyos y ayudas externas, tales como actividades interesantes, búsqueda de colaboración por parte de personas confianza o uso de la música, lo cual constituye una herramienta válida y bastante útil en momentos de dificultad, tal como se evidencia a continuación:

> "Me di cuenta que a veces cuando yo entraba en esas crisis de pánico que yo me sentía mal, digamos yo no coordino no puedo abrir una llave de la casa, entonces yo les mandaba mensaje de voz a primos, amigas y de una vez me llamaban, entonces era como

> que a veces uno se siente solo, pero en últimas si uno sale a buscar siempre hay algo que lo puede ayudar”

> "He dormido delicioso, creo que el viaje me ayudó a eso, pero si estaba durmiendo mal, eso que me despertaba de la nada, entonces pongo un audio para dormir, escucho pajaritos o algo que me ayude a dormir”

Interés y Capacidad de Comprender Estados Mentales Subyacentes al Comportamiento: Base de la Mentalización. En la quinta y la sexta sesión resaltó que el interés y comprensión de sentimientos, pensamientos e intenciones, es decir de estados mentales tanto propios como ajenos, fue la variable predominante en las intervenciones de las participantes, lo cual es especialmente relevante teniendo en cuenta que ya se había entrado en la segunda fase de la intervención, es decir no se propuso ningún tema orientador y de hecho las sesiones se desarrollaron a partir de una experiencia difícil vivida por parte de una de las participantes. A continuación, se presentan ejemplos de intervenciones, devoluciones y análisis por parte de las participantes que indican la reflexión alrededor de estados mentales propios y ajenos:

> “Bueno, pero sí creo que antes la que la embarraba era yo, bueno sí, mis parejas me eran infieles, pero yo como que quiero rehabilitar gamines, o bueno antes quería, creo que yo ahorita soy un poco más selectiva, pero antes mi hobbie era rehabilitar gente, entonces el man más mujeriego yo creía que yo lo podía cambiar y yo pensaba mejor dicho en volverme la mamá de sus hijos y al final era como que siempre me terminaban siendo infiel, entonces sí, de pronto ese sí era mi patrón.”

> "Yo empecé la universidad hace como 7 años y yo justificaba muchas cosas y después de que recibí el diagnóstico justificaba que no podía estudiar por el diagnóstico, pero de verdad ¿por qué me ponía así? pues porque me iba a tomar, porque abusaba de los dulces, porque no dormía bien, porque ponía la fiesta primero, entonces pues ahí está, como que uno no sabe ni lo que hizo y tampoco quiere asumir las consecuencias."

> "Yo nunca he tenido una relación que dure más de 10 meses u 8 probablemente en un principio es porque ni siquiera lo quiero, lo que te decía una vez que yo me había dado cuenta todo este año que me relaciones eran porque insistían tanto que yo era como 'bueno', pero entonces así mismo las personas querían otro trato de mí que no podía dar"

La siguiente intervención indicó además un reconocimiento de emociones, intenciones y deseos propios a la vez que se integra una posible perspectiva ajena y se observa la aparición de un diálogo interno de confianza y seguridad. Esto llevó a una comprensión de las motivaciones en la búsqueda de pareja y puede llegar a facilitar la regulación emocional y la ruptura de patrones relacionales disfuncionales:

> "Yo haciendo una reflexión espiritual creo que es que uno busca algo que uno no se le ha dado, digamos a mí me pasa que busco mucho la protección de mi pareja, ósea que a veces yo me siento muy débil frente algunas cosas, entonces lo que yo busco en una pareja es alguien que pueda protegerme a toda costa o como sostenerme más que protegerme, cómo que en una crisis sea capaz de primero de no asustarse y segundo decir 'vamos a salir de esto' (...) entonces siento que yo constantemente estoy buscando esa protección como ese 'no te preocupes que todo va a estar bien' que yo no me he sabido dar porque obvio en una crisis siento que todo está mal"

Finalmente, en la siguiente intervención se llegó a dar una interpretación de posibles emociones y motivaciones inconscientes a través de un señalamiento asertivo de las intervenciones de otra persona y un reconocimiento de que puede haber algún grado de error o desconocimiento en el análisis que se está brindando:

> "Bueno no sé tal vez esté equivocada, pero digamos que sus papás han sido muy unidos, pero tal vez entre ellos han sido unidos, pero no lo han sido como papás, ósea chévere esa unión entre ellos pero para ella también es necesario como que hubiesen tenido esa misma unión con ella, entonces también de cierta forma eso afecte sus relaciones y tal vez también tenga de cierta forma como ese hastío que puede provocarle que los papás sean tan unidos porque no lo han sido con ella sino entre ellos y pues como que eso es importante para uno, porque digamos, ella dice 'yo no confío en ellos, yo no les llegaría a contar mis cosas', pese a que entre ellos hay una buena relación."

Sesiones 7 y 8

Disminución de la Impulsividad como un Indicador de Mentalización. En estas sesiones, correspondientes a la mitad de la segunda fase de la intervención, las descripciones relacionadas con la impulsividad indicaron una disminución de los actos impulsivos, a través de la comprensión de la experiencia emocional, más no desde el control. Así mismo, las participantes lograron nominar adecuadamente las emociones y reconocer su frecuencia e intensidad:

> "Lo de la ira (sensación de enojo que era experimentada frecuentemente por la participante) ya lo entiendo más porque ya no es que actúe iracunda todo el tiempo (...) y

> desde que empezamos el taller tuve como episodios ya no de ira, sino como de enojo y ya, desde esas veces he estado más tranquila"

> "El día de velitas mi exnovio me mandó un mensaje de texto, pero yo no sentí la necesidad como antes de rogarle ni insistirle ni nada, entonces yo no le hablé y al siguiente día ya yo decía '¡agh!, para qu´1 me hablaba' y ya, pero igual yo en ningún momento sentí la necesidad y ya hoy si lo extrañé por primera vez desde que habíamos peleado, pero ya.

> "Digamos yo soy súper tragona y le bajado a la comida, ya dejé de fumar, entonces ya toca bajarle a tomar, a fumar y hay que pensar que si hay plata para una cerveza eso es un pasaje es más son dos pasajes, entonces uno ya uno piensa así."

En segundo lugar, se evidenció una clara intención y determinación por parte de las participantes en continuar usando el auto-conocimiento para disminuir los actos impulsivos que desencadenan conflictos en su cotidianidad:

> "Si no encuentras la raíz del problema no sabes si un berrinche o rabia o qué, entonces a mí lo que me gustaría es como que esas explosiones de ira ya no tuvieran un dolor acumulado"

> "Yo sí espero de verdad que al hacer conciencia de qué me produce dolor o qué me lleva a las explosiones sea algo que en futuras crisis me ayude"

Reconocimiento de Emociones y Estrategias de Regulación Emocional. Las participantes continuaron identificando la presencia de emociones difíciles y dolorosas en su diario vivir, pero sin ejercer recriminaciones o juicios sobre sí mismas por el hecho de

experimentar estas emociones; por el contrario, reconociendo la importancia de afrontarlas y comprenderlas para así poder regularlas. También se siguieron dando participaciones en las que se evidenciaba la búsqueda de apoyos y estrategias que facilitan la regulación, aunque empiezan a mostrarse preocupaciones en cuanto a las opiniones y críticas que puedan recibir por parte de otras personas al conocer sus dificultades:

> "Digamos yo sé que no reacciono como debería reaccionar y me pongo a llorar todo el tiempo, pero entonces ahora como que pienso como '¿qué pasa si se da esta situación? '¿Qué haría otra persona?'(...) entonces ahora es como que llamo a alguien y le digo, por ejemplo, 'es que siento que me está yendo mal en la universidad' y como que aterrizo mis pensamientos apocalípticos"

> "En mi familia como que todos son viejitos y mi abuelita es una excepción porque ella es enfermera, entonces como que ella sí ha visto un montón de cosas y es como un poco más comprensiva, pero entonces si yo me sentara a hablar con la familia de mi mamá de lo que yo siento, entiendo que digan como '¿qué te pasa?' como que esos sentimientos son como de gente boba que no puede con la vida o algo así "

> "A veces me siento frustrada porque yo siento que a algunas personas si les es como más fácil soltar el dolor y mí no"

Interés y Capacidad de Comprender Estados Mentales al Comportamiento: Base de la Mentalización. El interés por conocer y comprender los sentimientos, pensamientos, intenciones y motivaciones que subyacen a las acciones y decisiones tanto propias como ajenas,

es decir, el proceso de mentalización, predominó en las narrativas de los participantes a partir de la séptima sesión y hasta el final del grupo terapéutico.

> "Lo que pasa es que diciembre viene con todo eso no, como con una nostalgia (...) a mí no se me hace raro que te haya escrito la verdad, yo creo que de pronto te escribió porque es diciembre y uno en diciembre no quiere estar solo, entonces la gente suele aparecer."

> "Me dado cuenta que tengo expectativas para todo como para lo que debe ser una fiesta, para lo que debe ser una reunión, para lo que debe ser una relación…pero nunca he tenido una relación que sea como mi expectativa"

> "Uno como que atrae a esas personas (personas con dificultades socio-emocionales), no sólo a las parejas sino a los amigos también, porque uno los entiende, yo también tengo un amigo así que también es súper depresivo (...) y a ratos me gusta mucho estar con él porque a veces siento que es el único que me entiende, digamos en mis crisis él más me llamó, después de eso me llama a ver cómo seguía, cómo estaba, me mandaba videos chistosos, él fue el que me dijo 'váyase a urgencias psiquiátricas' y yo le hice caso"

La intervención anterior muestra, además, una reflexión acerca de relaciones interpersonales y de las motivaciones propias que guían el establecimiento de ciertas amistades, mientras que en el siguiente párrafo se evidencia una comprensión de las motivaciones que llevan a comportamientos que resultan problemáticos en la cotidianidad:

> "Mi hermano había llevado a todo el mundo y esa casa estaba vuelta nada y mi forma de procrastinar es haciendo aseo, pero yo hago de ese aseo que es con cepillo de dientes, cosa que me demore todo el día (...) por eso soy súper permisiva no dije que no"

Finalmente, la siguiente intervención ejemplifica cómo diferentes conceptos abordados a lo largo de la primera fase del proceso interactúan en los procesos de mentalización, ya que se muestra un reconocimiento de la experiencia emocional y dificultades de otra persona, lo que facilitó comprender el modo de actuar de esa persona y las reacciones propias. Adicionalmente, este proceso mentalizador favoreció la empatía y flexibilidad.

> "Digamos mi abuela ya está empezando a... ella insulta mucho y a veces necesita que le pongan cuidado y se pone muy mal (...) probablemente mi abuela en algún momento tuvo un diagnóstico porque es como que uno ya va entendiendo de tanto leer, y a ella le dan sertralina, entonces yo ya disfruto mucho con ella porque en últimas yo la entiendo y yo digo como bueno, yo voy a tratar de no llegar así, entonces digamos que me sirve para entenderme también (...) y ya como que le voy explicando a mi papá, porque él es histérico y la regaña por todo, entonces ya le estoy empezando a explicar, entonces digamos que eso me ha gustado como educarlos en ese sentido."

Sesiones 9 y 10

Impulsividad como un Indicador Falencias en la Habilidad Mentalizadora. Las intervenciones relacionadas con fallas en la mentalización no sólo disminuyeron en frecuencia e intensidad, sino que, tal como se evidenciará a continuación, predominaron las intervenciones relacionadas con el reconocimiento y regulación emocional y con habilidades mentalizadoras.

Cabe resaltar que estos cambios en los contenidos de las intervenciones no deben ser tomados como un indicador de que las integrantes del grupo ya no se encontraban experimentando dificultades para afrontar la tendencia a la impulsividad en su diario vivir, sino

como un indicador de cómo la intervención grupal orientó un proceso reflexivo alrededor de las diversas temáticas abordadas y facilitó adquirir un nuevo punto de vista alrededor de situaciones o emociones difíciles de afrontar.

Reconocimiento de Emociones y Estrategias de Regulación Emocional. A medida que la habilidad mentalizadora se encontraba cada vez más presente en las intervenciones de las participantes se observó también un entendimiento recurrente de cómo la falta de reconocimiento y expresión de emociones propias puede llevar a la falta de empatía y a conflictos significativos en las relaciones interpersonales; si bien esto es un hecho que a nivel general se cataloga como difícil de cambiar por parte del grupo, especialmente en las relaciones de pareja, surgió la intención y deseo de trabajar al respecto en posibles relaciones futuras.

Adicionalmente, al abordar experiencias emocionales pasadas, sin reprimirlas o invalidarlas, se dieron narrativas en tiempo presente que abrieron paso a la comprensión de estados mentales ajenos (deseos, sentimientos, pensamientos, intenciones) y paralelamente a la empatía.

> "Yo siento que he cambiado en el sentido en que cuando yo llegué estaba en una plena tusa, ahorita pues no lo siento, no siento la tusa tan fuerte ni nada de eso, entonces digamos que en eso me siento bien y logro controlar otras cosas"

> "Yo me di cuenta de que ya había superado un poquito las primeras reacciones impulsivas porque a mí me pasaba que cuando me ponía muy inquieta me pellizcaba y ya me di cuenta que aquí por ahora no pasó (...) ahora sí en serio quiero como intentarlo sola, por mí misma"

En estas últimas dos sesiones se presentaron intervenciones relacionadas con momentos donde el reconocimiento de emociones no necesariamente llevó a una regulación emocional exitosa o a un control de impulsos efectivo y en esos casos las retroalimentaciones y respuestas dadas parte del grupo se centraron en validar las emociones presentes en la experiencia narrada por alguna de las participantes.

> "Pues yo me he dado cuenta que cuando estoy cansada me hiper sensibilizo entonces si el bus no me paró dónde era, ya me echo a morir, si me he dado cuenta que es cuando estoy cansada"

> "Si tuviste una crisis y luego por otra cosa tuviste otra, pero no la reconociste bien entonces va a llegar un punto donde todas las crisis se van a acumular a diferencia si de pronto por ejemplo la tusa se vive completa, el duelo de un familiar se vive completo, haces todo el trabajo y demás completo, siento que de pronto así va a ser más fácil de salir a que si lo dejas acumular"

Interés y Capacidad de Comprender Estados Mentales Subyacentes al Comportamiento: Base de la Mentalización. Sobresalió un cambio al aumentar el reconocimiento de motivaciones e intenciones propias y darle importancia al auto-conocimiento como un facilitador de la mentalización. En estas dos últimas sesiones se presentaron, además, reflexiones acerca de diferentes emociones y motivaciones que suelen influir en los procesos terapéuticos y en la búsqueda personal de una mejoría a nivel emocional y social por parte de las participantes.

"Yo siento que mucho tiene que ver con la relación con uno mismo (...) si uno no tiene claro qué siente o qué hacer, uno se deja llevar por todo, por los momentos de felicidad y por los momentos de tristeza, porque yo me he dado cuenta que no son sólo las emociones negativas sino que yo a veces me pregunto por qué sólo una persona me puede hacer sentir que todo está bien y yo sola no puedo, entonces sí, es más por la relación que uno tiene con uno"

"Yo siento que digamos en una relación, digamos el cuidado que yo no me doy, las cosas que yo no me digo, el cuidado que no me dieron si lo buscó en otro, es como 'compénsenme esa atención por favor'."

"Mi mamá dijo no 'puedo más con esto' y en ese momento fue como mi última oportunidad para buscar psicólogo, pero yo era mala con la psicóloga porque **yo en el fondo no quería recuperarme ni nada, sólo me interesaba ser muy flaquita, entonces yo no quería estar ahí"**

"En una crisis uno busca la atención del otro y sé que en el fondo uno está necesitando la atención de uno mismo, lo que pasa es que uno está buscando lo que uno no tiene en otro o lo que no se ha dado. "

"Esta semana que pasó fue la última terapia del año y yo por ejemplo le dije a mi psicóloga '¿es en serio? ¿Hasta enero?'. Claro como que ya también había creado un ambiente de terapia y ahora estoy un poco abandonada, pero sí, el terapeuta de uno tiene que descansar (...) entonces sí creo que yo antes de este año había iniciado muchas terapias y sesiones y todas las había abandonado pero fue a raíz de una amiga que se

> había hablado con una psicóloga que me di cuenta que era un proceso, que no iba a ser nunca de una sesión ni que te iban a dar respuestas dadas porque uno a veces en crisis y eso es como lo que uno espera, uno espera que le resuelvan todo, pero no funciona así, eso es lo primero que uno tiene que entender en estas cosas y respecto a eso pues me abrí ya al proceso como tal."

Categorías Emergentes: Integración de las Temáticas Desde la Perspectiva Única de los Participantes

Relación con el Diagnóstico

Esta categoría, a pesar de no predominar en términos de frecuencia en las intervenciones de los participantes, es una de las que da mayor información en relación con el proceso de cambio en la función reflexiva, ya que los participantes pasaron de mostrar intervenciones que indicaban desconocimiento de las características propias del diagnóstico e incluso aversión hacia el mismo, percibiéndolo como un defecto que resta valor como persona, a entablar diálogos en los cuales progresivamente se asume y ratifica que el hecho de conocer y entender las características del TLP llega a facilitar la identificación de ciertas vulnerabilidades que requieren mayor atención en el diario vivir, pero que pueden ser fortalecidas a través de procesos introspección, mentalización, empatía y apoyo terapéutico:

> **Sesión 1.** "Yo considero que el hecho detenerlo (Dx de TLP) hace tanto tiempo me permite que yo ya identifique cuando yo estoy mal, digamos cuando estoy en una crisis, cuando tengo despersonalización y desrealización y demás, entonces yo considero que he encontrado estrategias para los momentos en los que me siento muy mal y simplemente

uno aprende a vivir con esto, y aprender a vivir con esto es buscar estrategias que no te incapaciten la vida."

"Lo que empecé en el momento en el que mi mamá muy desesperada dijo "algo pasa con mi hija y es momento de buscar ayuda", al momento de ahora, ósea el trastorno que tengo en este instante, estoy segura que posiblemente es el mismo, sin embargo, el hecho de yo lo haya aprendido a identificar sí ha mejorado muchísimo mi calidad de vida."

Sesión 4. "Para mí esto sí ha sido un poquito fuerte, porque yo hace poco no tenía diagnóstico ni nada y mi psicóloga me llevó hasta ti y además yo tenía aplazada una cita de psiquiatría hace mucho tiempo y después de la sesión fue como 'no puede ser, esto es cierto, tengo un diagnóstico' y cuando voy a psiquiatría obviamente ya me lo señalan en la cara, entonces pase como por todo, yo iba solo como a mirar una ayuda para mi proceso espiritual, pero no era como esperando tener un diagnóstico, no sé si fue como muy fuerte porque lo recibí todo al tiempo. Pero entonces cuando hablé todo esto contigo fue como que al menos ya sabía que esa cosa que me pasa tenía una cara, ya tenía una palabra y pues uno ya uno puede decidir culparla o puede trabajarla."

A partir de la segunda fase, las intervenciones de las participantes fueron un paso más allá de la simple aceptación del Trastorno Límite de la Personalidad, debido a que empezaron a reconocer valor personal, cualidades y fortalezas en sí mismas al verse capaces de enfrentar, sobrellevar e intentar mejorar las dificultades asociadas a este trastorno:

Sesión 5. "Yo creo que lo principal es reconocer el diagnóstico, '¿qué me hace valiosa a pesar de tener un diagnóstico?' que ya lo estoy trabajando en pro de mejorarlo o ya llevo muchos años trabajando en pro de mejorarlo y siento que ha servido de algo

"Ya puedo hacerle frente al trastorno, me he enfrentado a mí en mis momentos de crisis, en mis momentos duros, en mis momentos buenos y cada día trabajo y además me responsabilizo de ello"

Sesión 7. "Que te explicaran que estabas enferma, que no era tu culpa, que me explicaran todo eso fue como... fue raro porque yo me echaba la culpa...es que primero está como primero echarse la culpa de todo, de todo, de todo, 'es mi culpa, mi culpa', después te dicen como "es que de pronto hay algo en tu cabeza que no ayuda tampoco", a yo 'ay no entonces estoy enferma, estoy loca', entonces todo lo justifico por el diagnóstico y después ya es como 'un momentico eso tampoco es así', entonces yo creo que encontrar como la realidad de cómo son las cosas es lo que más tiempo a me ha llevado, como darme cuenta que sí hubo momentos difíciles y la cosa (...) para mí ha sido muy muy difícil pero no quiero que la gente me vea como 'ay pobrecita te ha tocado muy duro'."

Sesión 9. "Para mí ha sido bonito encontrarme con personas que tienen una condición similar a mí (...) nunca había conocido a alguien que tuviera sensaciones que yo pensaba eran muy escasas y primero cuando éramos tantos yo decía 'sí somos muchos' y digamos mi papá me decía '¿por qué vas allá?, que raro' y yo dije 'si ha sido raro pero es muy chévere encontrarse con gente que ha vivido lo mismo que uno'."

> **Sesión 10. “**No creía del todo que este era mi lugar hasta que me dieron el diagnóstico, pero más allá de eso fue como descubrir que un diagnóstico o este tipo de cosas no es para gente que está re loca como uno se lo imagina, sino que al contrario uno descubre personas muy reflexivas, muy inteligentes, con las que uno puede tener debates de cualquier cosa a otro nivel, eso me pareció interesante, como que el grupo igual también era nutrido en eso.”

Estilos de Apego y Relaciones Vinculares

El tema relacionado con los tipos de apego promovió significativamente la reflexión personal, el auto-cuestionamiento y la mentalización alrededor de los estados mentales que subyacen a comportamientos propios y ajenos. Esto se evidenció principalmente en la tercera sesión, cuando se profundizó en los patrones relacionales y vínculos de apego característicos en las familias de origen de los participantes, ya que ellos, en un diálogo conjunto y a través de la narrativa de experiencias personales, hallaron un mayor sentido a las motivaciones, sentimientos, creencias y pensamientos que ocasionalmente los llevaban a replicar las dinámicas en las cuales estuvieron inmersos durante su infancia con sus principales figuras de apego.

> **Sesión 3.** “Yo creo que yo soy muy evitativa, yo tuve una pareja que se fue para México y se fue a vivir dos meses y cuando llegó yo no quería ni verlo ni tocarlo ni hablarle ni nada y eso que él me escribía y todo, pero como que esos dos meses de no verlo para mí fue como ‘usted ya es otra persona’.”
>
> **“**Yo digo que es así como lo que dices, uno de ansioso precisamente da con esas personas como desinteresadas que no están como en la misma sintonía que uno y lo que más me

preocupa del ese apego es que a veces uno lo sabe (...) y uno sabiéndolo se queda como con una cierta idealización y ahí es el problema, cuando uno ya sabe que no funciona, pero no suelta."

"Lo que hacía mi mamá era dejarme llorar y ella sí se iba y yo sé que mi miedo al abandono si está ahí, porque digamos yo peleaba, o por ejemplo yo estaba comiendo, niña, y como me demoraba resto ella se impacientaba y se iba y me dejaba y yo entraba en una crisis horrible. Y mi mamá sigue siendo así, digamos si ahora discutimos ella se baja del carro y yo he hecho exactamente esas mismas cosas con mi pareja y he dicho 'no puede ser, no puedo ser así'."

"Mi mamá si nosotras peleábamos ella podía dejar de hablarme una semana, o sea yo no sentía tanto como el abandono sino el rechazo de mi mamá y esa era como su manera de castigarme y ahorita, así como tú dices, yo hago lo mismo con mis parejas, nosotros peleamos y yo me desaparezco hasta que la persona no vuelve y me busca."

Sesión 4. "Yo he estado pensando que a veces uno si llega a una relación con un tipo de apego seguro, pero si el otro empieza a hacer ese tipo de cosas, pues se le despierta a uno lo ansioso"

Sesión 6. "Yo por lo general me siento muy bien sola, pero no sé digamos con las relaciones afectivas no, ósea como que la persona que soy cuando estoy sola no puedo serlo cuando estoy en pareja no sé por qué (...) cuando estoy en una relación todo se descoloca no sé por qué y no sé quién ser y pienso sólo en esa persona"

De esta manera se logra observar que una parte importante de las dificultades interpersonales de los participantes se dan en las relaciones de apego y los estilos de apego desorganizado constituyen la base de las falencias en la capacidad reflexiva de quienes presentan TLP, de ahí la importancia de un adecuado reconocimiento y reflexión alrededor de los patrones relacionales y las emociones asociadas a éstos.

Empatía

En las primeras sesiones los participantes reconocieron que en ocasiones les era difícil comprender perspectivas ajenas y a la vez mostraron comprensión hacia quienes no se encuentran familiarizados con las características del TLP; estas primeras participaciones fueron de carácter concreto y principalmente descriptivo, no obstante, a partir de la mitad de la segunda fase del proceso, empezaron a darse intervenciones asociadas con una mayor capacidad e interés por empatizar con las experiencias y dificultades ajenas, lo cual se dio de forma paralela al aumento en la comprensión de los estados mentales que orientan el comportamiento.

> **Sesión 2. "**Cuando sé que una persona no tiene TLP, sé que puede llegar a imaginarlo, pero si no lo ha vivido pues tal vez no pueda entender lo que estoy viviendo"

> **Sesión 4.**" Yo he visto que a veces las personas no todas tienen como la misma capacidad emocional, por ejemplo, uno a veces escucha alguien que tiene un episodio de llanto o que tiene cosas que uno también tiene, pero uno en ese momento no lo entiende y dice '¿qué les pasa?', pero son cosas que a uno en otros momentos también le pasa. A veces uno no está como en la misma sintonía de las personas y por eso no las entiende y darme

cuenta de eso también me ha permitido pensar como me verían las otras personas cuando yo les digo lo que me pasa"

En las narraciones de los participantes también se evidenció que, a medida que cognitivamente aumentaba el entendimiento de los estados mentales ajenos, también se facilitaba comprenderlos a nivel emocional, propiciando la aparición de intervenciones orientadas a la ayuda, el apoyo y la validación emocional, principalmente en las sesiones finales de la segunda fase del proceso.

Sesión 6. *"*Y algo que me pasa también es que ya he llegado a sentir como fastidio, entonces me tocan y es como esa sensación (...) ellos notan que uno tiene algo, entonces obviamente eso también es hacerle daño a la otra persona porque pues '¿cómo tú vas a disimular que te sientes mal?' y obviamente también les he hecho daño en ese sentido"

Sesión 9. "Ella (la psicóloga) me decía cosas, me ponía a hacer diarios y yo no hacía las cosas o le ocultaba algunas cosas y eso, entonces creo que para ella fue muy duro entablar una relación conmigo"

Cabe resaltar que en la última sesión se realizó una retroalimentación de lo experimentado y aprendido a través del proceso grupal y cada participante compartió con sus compañeras la percepción que tenía de ellas; en este ejercicio las intervenciones indicaron empatía, aceptación de realidades ajenas y validación emocional.

"A mí algo que me emocionó mucho del grupo es que yo entendía muchas cosas de los otros, sobre el diagnóstico, la relación con la mamá, el novio...y yo decía 'wow todo el mundo vive estas cosas' y uno no lo ve así."

> **“**Me he dado cuenta también en tu historia de vida que a pesar de tus reacciones has sabido disfrutar también tus cosas, disfrutarte a ti, entonces aprendiste que te gusta viajar, te gusta estar sola, vivir como tranquila, pero son cosas que uno nunca se felicita y yo sé que a uno cuando le dicen ‘es que eres diferente’ uno se pone como triste pero en últimas todos lo somos.”
>
> “No es fácil tomar este camino, o sea no es fácil hacerse cargo, no lo hacen muchas personas y yo siento que tú tienes como que una necesidad de ser fuerte y cargar con eso no es fácil y en el fondo sí eres fuerte, te estás haciendo cargo (...) cuidas a tu abuela, como que estás pendiente también de la familia y eres un sostén y ese papel no es fácil y eso es lo que rescato de ti, porque cualquiera se echa morir y tú no, como que también esa fortaleza de ‘yo puedo y me hago cargo’, eso es impresionante.”

Valía Personal

Según Undurraga y Avendaño (1998), la valía personal constituye uno de los componentes esenciales de la autoestima y se define como ”la valoración positiva o negativa que la persona tiene de su autoconcepto (imagen de sí mismo), incluyendo las emociones asociadas con esta valoración y las actitudes respecto de sí mismo”, así que para la presente investigación se ha tomado esta definición, entendiendo que si bien la auto-valía es necesaria para la construcción del autoestima, no es un sinónimo de la misma.

Siendo así, se encuentra que esta categoría emergente no surgió de manera positiva sino hasta el final de la primera fase del proceso, es decir hasta la cuarta sesión, ya que en las sesiones iniciales las fallas en la mentalización por parte de los participantes iban generalmente

acompañadas por un autoconcepto negativo, sesgado y altamente angustiante; este concepto personal resultaba más deteriorado debido al diagnóstico de TLP y los participantes solían asumir con certeza que la causa de sus dificultades al establecer relaciones o al intentar cumplir sus metas se relacionaba únicamente con una carencia abrumadora de cualidades o capacidades personales, dejando de lado la posibilidad de alcanzar mejorías en estos aspectos.

Posteriormente, y de manera paralela al progreso en la capacidad para comprender estados mentales propios y ajenos, se observó un cambio positivo en la valía personal reportada por las participantes, ya que sesión a sesión se dieron intervenciones en las cuales se reconocían como personas valiosas, con cualidades significativas, capaces de aportar apoyo y afecto en una relación y merecedoras de bienestar, tranquilidad y satisfacción personal:

> **Sesión 4.** *"*Yo siento que uno necesita seguridad, cuidado y reconocimiento, digamos que seguridad y cuidado no tuve, pero yo sí siento que tuve reconocimiento, si me han hecho sentir que he sido como una niña como distinta, especial, talentosa para ciertas cosas, entonces hice música desde muy pequeña, estudié en un colegio súper alternativo, entonces todo era artístico. Luego en la adolescencia ya no estaba en ese ambiente como tan alternativo porque me cambié a un colegio oficial, pero ahí también era inteligente (...) entonces digamos que sí crecí con una personalidad como muy fuerte, muy segura de mí misma y la primera vez que eso tambaleó fue en mi primera relación seria"
>
> **Sesión 6.** "Pensé en las cosas que yo tenía para dar en una relación, las cosas que yo también había aportado y lo que soy y eso me ha hecho estar mejor"
>
> **Sesión 9.** "Ahorita siento que me es más fácil definirme, como saber lo que soy o algo así, aunque sí siento que de pronto la gente puede percibir otras cosas de mí, pero por

ejemplo yo me considero una persona muy amigable (...) a veces también hablo muy fuerte y soy muy radical en lo que digo y para mí está bien, entonces yo podría decir es que tengo carácter fuerte"

Finalmente, tal como se evidenció en intervenciones que fueron ejemplificadas anteriormente, en la segunda fase las participantes percibieron los aprendizajes y desafíos afrontados a raíz del diagnóstico de TLP como una fuente de fortaleza y valía positiva.

Discusión

En primer lugar, en relación a la forma como los participantes expresaron sus puntos de vista, destaca el uso ejemplos personales como una herramienta frecuentemente utilizada al momento de brindar apoyo y alternativas de solución a problemas entre los mismos compañeros de grupo y esta forma de interacción permite, además, que quien narra ejemplos de su vida personal reconozca en sí mismo cualidades, fortalezas y logros alcanzados, evidenciando las ventajas particulares de la terapia bajo una modalidad grupal.

Lo anterior concuerda con la revisión teórica relacionada con los beneficios de los procesos terapéuticos grupales (Biagini, Torruco y Carrasco, 2005) y reitera la necesidad de que personas con TLP encuentren espacios de trabajo colaborativo que proporcionen experiencias emocionales correctivas, entendidas como vivencias emotivas que permiten corregir y resignificar la influencia traumática de experiencias negativas del pasado (Alexander y French, 1947). Estas experiencias emocionales correctivas pueden identificarse en los resultados especialmente en las últimas sesiones del proceso, cada vez que algún participante brindaba una validación emocional, proporcionaba un consejo asertivo y daba apoyo en un momento difícil

para otro miembro del grupo, ya que estas acciones corresponden a formas de interacción diferentes a las cuales los participantes se encontraban habituados.

Por otro lado, al analizar las características asociadas con las dificultades de la función reflexiva, se evidencia que la impulsividad se asocia continuamente con momentos de desregulación emocional y con fallas en el proceso de mentalización, lo cual concuerda con la teoría planteada por Fonagy (2002) y Bateman y Fonagy (2016) acerca de la relación directa de la marcada sintomatología del TLP con falencias en la función reflexiva.

También se encontró que la capacidad para reconocer emociones se asemeja bastante a la habilidad para comprender estados mentales y, de hecho, en un adecuado proceso de mentalización ambas capacidades se presentan de forma integrada, no obstante, es necesario clarificar que la comprensión de estados mentales, es decir la propia mentalización, implica una mayor complejidad, ya que conlleva una variedad de procesos psicológicos, mientras que el reconocimiento emocional puede considerarse un paso previo a alcanzar dicho entendimiento de los estados mentales propios y ajenos (sentimientos, pensamientos, intenciones, creencias). Así mismo, la regulación emocional se presenta como una consecuencia positiva de la interacción entre el reconocimiento de emociones y el proceso final de mentalización.

En relación con las diferencias más notorias entre las dos fases de la intervención, se observa un cambio en la forma y tiempo al cual hacen referencia las, ya que en las primeras sesiones, las cuales se orientaron al aprendizaje de conceptos específicos relacionados con la mentalización y el TLP, las intervenciones se dieron principalmente en tiempo pasado, llegando a reconocer emociones, actos impulsivos, estrategias de regulación y estados mentales, pero sin identificar una conexión clara entre dichos sucesos pasados y el presente.

Sin embargo, a partir del inicio de la segunda fase, cuyas sesiones no tenían un tema de trabajo preestablecido y fueron más orientadas a la aplicación de lo aprendido en las dificultades cotidianas, las intervenciones indicaron un reconocimiento, en tiempo presente, de emociones que en el pasado llevaron a la toma de decisiones impulsivas, a conflictos relacionales, actos autolesivos y en general, a un patrón de comportamiento perjudicial para los consultantes y para las personas a su alrededor, así que progresivamente las participantes identificaron cómo las problemáticas del pasado se mantenían en la actualidad y a reconocer su propio rol en la repetición de situaciones e interacciones perjudiciales.

De esta manera, a partir de la cuarta sesión indican, las intervenciones de las participantes indicaron el reconocimiento de estados mentales (sentimientos, creencias, pensamientos, intenciones) que en el pasado llevaron a determinada selección de pareja, a la toma de decisiones inadecuadas, la realización de actos impulsivos y/o al mantenimiento de cierto patrón de relación afectiva, generalmente marcado por infidelidades, abandono, agresiones físicas y verbales e inestabilidad. En dichas reflexiones se contemplan y reconocen las consecuencias de decisiones pasadas, así como de las dificultades aún presentes.

También destaca el hecho de que a lo largo de toda la segunda fase se observó un alto grado de escucha y empatía, evidenciado a través de las retroalimentaciones y diálogos espontáneos entre las participantes, quienes abordaban la importancia de reconocer los estados mentales en la toma de decisiones y acciones. Al respecto, destacan intervenciones en las que se llegaron a dar interpretaciones de posibles emociones y motivaciones inconscientes; estas participaciones incluyen, además, señalamientos acordes con la información proporcionada por los miembros del grupo y a la vez un reconocimiento de que puede haber algún grado de error o

desconocimiento en la interpretación que se está brindando. Este tipo de intervenciones, a pesar de no predominar en términos de cantidad, muestran un alto grado de empatía y escucha activa.

Con respecto a lo anterior, cabe resaltar que las diferencias en el contenido de las intervenciones en cada una de las fases de proceso no indican en absoluto que la primera fase sea poco relevante, sino todo lo contrario, evidencian que efectivamente la intervención terapéutica grupal propuesta por Bateman y Fonagy (2016) constituye un proceso coherente y bien estructurado, en el cual cada fase y cada temática abordada tiene un papel necesario e importante, ya que precisamente todo lo visto, trabajado y aclarado en la primera fase lo que los consultantes lograron integrar e incorporar a su situación actual a lo largo de las sesiones finales.

Finalmente, específicamente la categoría relacionada con el interés y la comprensión hacia los estados mentales fue la que permitió observar y analizar la consolidación del trabajo realizado a lo largo de todas las sesiones terapéuticas, ya que incorpora las categorías previamente descritas y da cuenta del cambio en las narrativas de los participantes, mostrando un proceso en el cual las intervenciones iniciales no revelan un interés, reconocimiento y entendimiento de estados mentales propios y/o ajenos, para posteriormente pasar a narraciones en las cuales se reconoce la impulsividad como una consecuencia inherente a fallas en la capacidad reflexiva y empieza a dársele importancia al reconocimiento de emociones como primer paso facilitador de la mentalización.

Progresivamente, el análisis de experiencias emocionales propias, llevó a las participantes a reconocer, validar y respetar emociones ajenas, mostrando así intervenciones basadas en la empatía y la escucha activa, además del desarrollo y fortalecimiento de estrategias de regulación

emocional y resolución de conflictos basadas en la reflexión personal, el auto-conocimiento y en la búsqueda de fuentes de apoyo externo.

Se puede concluir que a lo largo de toda la intervención terapéutica grupal efectivamente se evidencia un cambio gradual y consistente en el contenido de las intervenciones proporcionadas por los participantes y que, según lo observado, ambas fases del proceso resultan fundamentales para alcanzar dicho cambio, ya que cada una de éstas cumple con una función específica. En primer lugar, en las primeras sesiones se proporcionan las bases conceptuales necesarias para que los participantes empiecen a familiarizarse con la existencia de una habilidad llamada *mentalización*, desarrollen un interés por comprender pensamientos, sentimientos, deseos, intenciones e intenciones propias y ajenas subyacentes al comportamiento, incorporen la posibilidad de empezar a regular sus emociones e impulsos y se reconcilien con el diagnóstico de TLP, alcanzando una mayor comprensión del mismo sin que esto deteriore su auto-valía.

También se concluye que la segunda fase permite consolidar los conceptos aprendidos y brinda las condiciones necesarias para que los participantes los incorporen a su propia realidad, hasta que empiezan a aparecer intervenciones que denotan la capacidad de llevar la mentalización a la práctica a través del reconocimiento de emociones, la reflexión alrededor de experiencias del pasado, el cuestionamiento de las acciones impulsivas y la identificación de estilos de apego y patrones de relación, para finalmente alcanzar interacciones basadas en la empatía, la reflexión, el control de impulsos y el reconocimiento y regulación emocional.

Por último, se puede concluir que la presente investigación logra visibilizar los retos, dificultades, sufrimientos, logros y alegrías por los cuales atraviesan personas con TLP en su diario vivir desde una perspectiva única y subjetiva, ya que el hecho de darle una voz a las narrativas de

los participantes no sólo tuvo un gran valor términos terapéuticos, sino que también permitió construir un aporte para la comunidad médica, psicológica y académica, dando a conocer de primera mano un fenómeno que, tal como se mencionó en la justificación de este trabajo, en su mayoría ha sido descrito, comprendido y estudiado desde la perspectiva de profesionales en salud mental, dejando de lado la voz de quienes conviven con el diagnóstico.

Si bien la presente investigación no tuvo como propósito brindar información para ser generalizada ni sus características metodológicas los permitirían, sí se recomienda que para futuras investigaciones se tenga en cuenta el escuchar lo que las personas con TLP o con cualquier otro diagnóstico tienen para decir, tener en cuenta sus necesidades particulares, inquietudes e inconformidades con respecto a los procesos investigativos y terapéuticos de los que son parte, ya que es precisamente a partir de una perspectiva crítica, fuera de lo común y fuera de lo esperado que poco a poco se puede construir nuevo conocimiento y por lo tanto mejorar los aportes que desde la psicología se proporciona a la sociedad.

Para finalizar, es necesario aclarar que la presente investigación presenta limitaciones a nivel metodológico que podrían ser tenidas en cuenta para futuros trabajos. En primer lugar, debido a limitaciones en el tiempo y recursos humanos, no se contó con un segundo codificador ni con apoyo para triangular los resultados en el proceso de análisis de contenido, aunque las transcripciones se llevaron a cabo minuciosamente y por lo tanto pueden constituir un recurso valioso para complementar este trabajo a futuro. Adicionalmente, el grupo terapéutico no finalizó con todos los participantes que inicialmente se inscribieron y asistieron a las primeras sesiones, lo cual restó riqueza y variedad a los resultados finales, así que también se recomienda que para investigaciones subsiguientes se cuente con una muestra poblacional mucho más amplia, teniendo

en cuenta que particularmente las personas con TLP en general muestra una baja adherencia a los tratamientos, lo cual puede explicar la pérdida de sujetos en el grupo realizado.

Referencias

Alexander, Franz & French, Thomas M. (1946). *Psychoanalytic Therapy*. Ronald Press Company, New York.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5a. ed).

Arenas, A., Gómez-Restrepo, C., & Rondón, M. (2016). Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 45*(1), 68-75.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). Mentalizing groups. En A. Bateman, & P. Fonagy, *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide* (págs. 285 412). Oxford: Oxford University Press.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-Based Treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 595–613.

Biagini Alarcón, M., Torruco Salcedo, M., & Carrasco Fernández, B. (2005). Apego al tratamiento psicoterapéutico grupal en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Estudio piloto en pacientes de 18 a 24 años. *Salud mental*, 28(1), 52-60.

Burgal, F., & Pérez Lizeretti, N. (2017). Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad: una revisión. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 148-156.

Caballo, V. E., & Camacho, S. (2000). El Trastorno Límite de la Personalidad: controversias actuales. *Psicología desde el Caribe* (5), 31-55.

Cuevas Yust, C., & López Pérez-Díaz, Á. G. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 12*(1), 97-114.

De la Vega, I., & Sánchez Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica, 10*(1), 45-56.

Escobar, M. J., Santelices, M. P., & Elizalde, G. (2013). Psicoterapia basada en la Mentalización como tratamiento para Trastornos de Personalidad Borderline: Revisión teórica de los postulados de Fonagy. *Summa psicológica UST*, 10(1), 155-160.

Fernández-Guerrero, María José. (2017). Los confusos límites del trastorno límite. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132), 399-413

Ferrer, A. L., Álvarez, G., Arango, L. M., Calle, H., Cataño, C., Jaramillo, H., . . . Peláez Martínez, I. (2015). Prevalencia de los trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 7*(1), 73-96.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). Affect regulation, mentalization, and the development of the self. *Other Press*, 2-13.

Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder - a mentalizing model. *Journal of Personality Disorders, 22*, 4–21.

García Bernardo, E. (2007). Tratamiento psicoterapéutico de los Trastornos Límite de Personalidad (TLP). *Clínica y Salud*, 18(3), 347-361.

García López, M. T., Martín Pérez, M. F., & Otín Llop, R. (2010). Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 30*(2), 263-278.

García Palacios, A. (2004). El tratamiento del trastorno límite de la personalidad por medio de la terapia dialéctica conductual. En V. E. Caballo, *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento* (págs. 483-490). Madrid: Editorial Síntesis.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative rxeview. *Review of General Psychology, 2*(3), 271-299.

Kernberg, O. (1984). Trastornos graves de la personalidad. Estrategias terapéuticas. México: Manual Moderno.

López-Silva, P., & Bustos, P. (2017). Clarificando el rol de la mentalización en el desarrollo de las funciones ejecutivas. *Universitas Psychologica, 16*(4), 1-19.

Mosquera, D. (2004). *Diamantes en Bruto I. Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad*. Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares. Ediciones Pléyades.

Navarro-Leis, M., & López Hernández-Ardieta, M. (2013). Terapias cognitivo-conductuales para el tratamiento de los tastornos de personalidad. *Acción Psicológica, 10*(1), 33-44.

Oviedo, G. F., Gómez-Restrepo, C., Rondón, M., Borda Bohigas, J. P., & Tamayo Martínez, N. (2016). Tamizaje de rasgos de personalidad en población adulta colombiana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 45*(1), 127-134.

Pérez, L. (2011). Trastorno límite (borderline) de la personalidad. Psicoterapia focalizada en la transferencia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay, 75*(1), 20-25.

Piñeiro Barrera, A. M., Cervantes Navarrete, J. J., Ramírez Flores, M. J., Ontiveros Uribe, M. P., & Ostrosky Solís, F. (2008). Evaluación de las funciones ejecutivas, inteligencia e impulsividad en mujeres con trastorno límite de la personalidad (TLP). *Revista Colombiana de Psicología* (17), 105-114.

Sánchez Quintero, S., & De la Vega, I. (2013). Introducción al Tratamiento Basado en la Mentalización para Trastorno Límite de Personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 21-32.

Thomsen, M. R. (2016). Changes in neurocognitive functioning after 6month of Mentalization-Based Treatment for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 306-324.

Turriago Bernal, F., & Ferre Navarrete, F. (2015). Protocolo diagnóstico de los trastornos de personalidad. Medicine, 11(84), 5041- 5047.

Undurraga, C. & Avendaño, C. (1998). Dimensión psicológica de la pobreza. *Psykhe*, 6(1), 57-63.

Villalba, L. (2011). Psicopatología de los trastornos de personalidad límite y su tratamiento según la teoría de la mentalización de Peter Fonagy. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 75(1), 14-19.

Anexos

Anexo A. Consentimiento Informado

Servicio de Atención Psicológica SAP
Facultad de Ciencias Humanas
Sede Bogotá

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Grupo Terapéutico Basado en la Mentalización

El Servicio de Atención Psicológica (SAP) es un programa de extensión solidaria apoyado por la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional Colombia, a través del Departamento de Psicología. Ofrece servicios de evaluación psicológica y neuropsicológica, psicoterapia individual, de pareja, de familia o grupal, orientación vocacional y talleres sobre temas psicológicos como las habilidades sociales, relaciones entre padres e hijos, comunicación y otros. Estos servicios se prestan a través de estudiantes practicantes vinculados a los programas de formación del departamento de Psicología en la Universidad Nacional de Colombia, y/o por medio de profesionales adscritos al Servicio. Para garantizar la calidad de los procesos ofrecidos, los estudiantes cuentan con el apoyo de profesores supervisores quienes hacen un seguimiento de los casos atendidos, mientras que los profesionales han sido seleccionados con base en su experiencia y formación.

Acerca del proceso

Usted ha sido invitado a participar en un grupo terapéutico basado en la mentalización, cuyo objetivo principal es el fortalecimiento de la capacidad reflexiva, la cual puede favorecer los procesos de reconocimiento y regulación emocional y de control de impulsos. Su participación es voluntaria y consistirá en la asistencia a 10 sesiones grupales de una hora y media cada una, en las cuales se aplicará un cuestionario psicológico y se le solicitará desarrollar actividades escritas y compartir experiencias personales con el grupo, en la medida en la que se sienta cómodo con esto.

El participar en esta intervención no tiene ningún costo monetario y usted puede manifestar su deseo de no participar en las actividades propuestas o de no continuar en el grupo en cualquier momento.

Confidencialidad

Para promover una mayor calidad y precisión de la información recolectada, las sesiones serán grabadas con la autorización de todos los participantes, garantizando la confidencialidad de sus

datos personales y de toda la información suministrada, esto a través de la adecuada codificación de la información y la cadena de custodia de la misma. La información obtenida a través del desarrollo del proceso será utilizada con fines investigativos, manteniendo el anonimato de los consultantes y el análisis de los resultados se realizará en relación al grupo, no de manera individual, por lo cual ni su nombre ni su documento de identificación, ni ningún tipo de información que pueda identificarlo aparecerá en los registros del estudio.

Todo lo que sea comunicado por usted está protegido por el secreto profesional. Sin embargo, esta confidencialidad podrá romperse cuando:

a) El consultante esté en serio riesgo de atentar contra sí mismo o cuando haya peligro de daño a una tercera persona.
b) Cuando se atente contra la integridad de un menor y éste último se encuentra en serio riesgo.
c) Cuando se atente contra la integridad de una persona en condición de discapacidad.

De presentarse alguna de las situaciones descritas anteriormente la psicóloga a cargo informará a su supervisora, decidiendo lo que sea más beneficioso para todos los involucrados y, de ser necesario, acudirá a las instituciones o autoridades correspondientes para proteger a la o las personas en riesgo

Posibles riesgos y manejo de los mismos

Las temáticas abordadas en las sesiones, las actividades propuestas y la interacción grupal pueden desencadenar reacciones emocionales exacerbadas difíciles de regular para el participante, recuerdos y re-experimentación de situaciones críticas pasadas, desacuerdos con otros miembros del grupo e insatisfacción con los resultados del proceso.

Con el propósito de minimizar al máximo el riesgo del proceso, en caso de presentarse situaciones de crisis emocionales en uno o varios de los participantes como producto de la intervención terapéutica grupal, la profesional que lidera el grupo se compromete a realizar una intervención inmediata para el manejo de la crisis, brindar contención a fin de evitar que la persona afectada se lastime a sí misma o a otros y, en caso de ser necesario, hacer una remisión interna en el SAP para el inicio de un proceso terapéutico individual.

Compromisos

1. Para que la intervención pueda realizarse adecuadamente, es necesaria la asistencia puntual a las sesiones programadas, seguir las recomendaciones de la profesional a cargo, realizar las actividades y brindar la información mínima requerida para el desarrollo de las sesiones.

2. En caso de no poder asistir a alguna de las sesiones el participante se compromete a avisar con anterioridad y a realizar de manera autónoma las actividades de la sesión a la cual inasistió.

3. Se buscará fomentar un ambiente de trabajo colaborativo a nivel grupal y se reconoce que a lo largo de las sesiones pueden llegar a tratarse temáticas difíciles o dolorosas a nivel emocional, por lo que es fundamental que las intervenciones, opiniones y sugerencias hacia cualquiera de los miembros del grupo se realicen manejando un lenguaje respetuoso.

4. En transcurso del proceso se solicita que los participantes eviten una interacción presencial o virtual fuera de las sesiones grupales, esto con el fin de facilitar el desarrollo de las actividades de manera objetiva.

5. A través del mecanismo de quejas los participantes pueden realizar los reclamos que consideren pertinentes. Para ello debe solicitar el formulario en la recepción.

Luego de haber sido informado y leído las condiciones en las que se llevará a cabo el grupo terapéutico:

Yo, _____, identificado(a) con ____ No _____ de _____, me comprometo a cumplir con los compromisos anteriormente mencionados y de lo contrario asumir que el cumplimiento de los objetivos terapéuticos puede verse afectado. Además, certifico que conozco el manejo de la confidencialidad de la información y el uso de los registros con fines investigativos.

Es además claro que lo que se logre en este tratamiento dependerá tanto del trabajo que realice la psicóloga a cargo, como del compromiso personal con el proceso.

Resueltas mis inquietudes, acuerdo trabajar con una intensidad de __ sesiones por _____ (semana, quincena, mes) y me comprometo a cumplir con las recomendaciones y peticiones la psicóloga.

En constancia, se firma en Bogotá a los _____ días del mes de _____ de 20____

_____ _____

Consultante Psicóloga

TP: _____

Observaciones:

_____

_____

Anexo B. Objetivos y Planeación de las Sesiones

Sesión 1

Objetivo: Iniciar la construcción de la alianza de trabajo entre el grupo y la terapeuta y entre cada uno de los participantes, mediante el encuadre inicial, la aclaración de los criterios de confidencialidad, la nivelación de expectativas y el conocimiento de la metodología de trabajo y los objetivos del grupo.

Temática	Objetivos	Descripción de las actividades
Presentación Inicial.	Propiciar un ambiente de trabajo colaborativo, respetuoso y enfocado a los objetivos del grupo terapéutico.	En primera medida se realiza la presentación de la terapeuta y de cada uno de los participantes, así como de las expectativas que tienen sobre el grupo. Posteriormente se da a conocer el objetivo general del grupo terapéutico y se explica que las sesiones estarán divididas en dos etapas: una introductoria y psicoeducativa y otra de trabajo terapéutico grupal. También se realiza la lectura y firma del consentimiento informado por parte de los participantes, se resuelven dudas y se nivelan expectativas respecto al grupo.
¿Qué es la mentalización? ¿Qué significa tener dificultades en la mentalización	Acercar a los participantes al concepto de mentalización, las características de esta habilidad humana y las posibles dificultades que pueden darse al momento de mentalizar	La terapeuta explica de manera breve, pero detallada en qué consiste la mentalización, en qué momentos se mentaliza de manera automática y en qué circunstancias se pueden presentar dificultades para comprender los estados mentales, actitudes y comportamientos propios y de otros. También se recogen ejemplos de situaciones cotidianas en las cuales la mentalización puede fallar y las consecuencias de esto. Finalmente, se asignan actividades escritas que buscan facilitar en los participantes la reflexión sobre su propia capacidad reflexiva.

¿Qué es un trastorno límite de la personalidad?	Promover una mayor comprensión de los trastornos de personalidad, especialmente el Trastorno Límite de la Personalidad, con el fin de que los participantes profundicen en los factores de mayor vulnerabilidad para su bienestar personal y a la vez reconozcan fortalezas y elementos positivos en sí mismos, más allá del diagnóstico dado.	Se da a conocer la definición de un trastorno de personalidad y los síntomas característicos del TLP, aclarando las inquietudes de los participantes con respecto al diagnóstico. Adicionalmente, se brinda información sobre la relación entre dificultades en la mentalización y dificultades en el control de impulsos, la regulación emocional y las relaciones interpersonales. Finalmente, los participantes diligencian un Formato de revisión de frecuencia e intensidad de síntomas.

Sesión 2

Objetivo: Explorar y reconocer las diferentes emociones humanas, así como la funcionalidad de cada una de éstas y profundizar en la relación entre la regulación emocional y una adecuada capacidad de mentalización.

Temática	**Objetivos**	**Descripción de las actividades**
Tipos de emociones, su funcionalidad y reconocimiento de éstas en uno mismo y en los demás	Brindar herramientas de mentalización que permitan a los consultantes iniciar un reconocimiento de las diferentes emociones humanas, su utilidad dentro de las relaciones sociales y la forma como éstas pueden ser vivenciadas y expresadas de manera asertiva y saludable.	De manera grupal se construye una lista de las diferentes emociones humanas y de la funcionalidad de cada una, la cual es complementada y explicada por la terapeuta. Posteriormente se realizan ejercicios escritos para compartir de manera grupal que profundizan en la manera como los participantes registran y reaccionan ante sus propias emociones y las de los demás y las posibles fallas en la mentalización que pueden darse en dichos momentos.
Ansiedad, Depresión y Mentalización	Brindar información clara alrededor de estados emocionales tales como la ansiedad y la depresión, propiciando que cada uno de los miembros comparta su experiencia, propiciando la mentalización de estas emociones.	La terapeuta indaga a nivel grupal acerca de las experiencias e ideas de los participantes acerca de la ansiedad y la depresión y brinda información con respecto a estos estados emocionales y los diagnósticos asociados a éstos. Se le pide a los participantes que compartan su experiencia y a través de sus narraciones se realizan preguntas y devoluciones orientadas a fortalecer la capacidad de mentalización.

Sesión 3

Objetivos: Promover en los participantes el reconocimiento de sus propios estilos de apego, patrones de relaciones interpersonales e influencia de su historia familiar en las problemáticas relacionales actuales, para posteriormente profundizar en la co-relación entre apego y mentalización.

Temática	Objetivos	Descripción de las actividades
El significado de las relaciones de apego Apego y mentalización	Dar a conocer en qué consisten las relaciones de apego, profundizar en conceptos claves tales como base segura, apego seguro, apego ansioso ambivalente y apego evitativo. Promover en los consultantes el reconocimiento de sus propios estilos de apego, para facilitar el trabajo de mentalización alrededor de la relación de esto con su historia familiar y con sus patrones de relaciones durante su vida adulta.	Inicialmente se socializa un ejemplo de una situación cotidiana en la cual se ven reflejados los posibles estilos de apego en una relación de pareja, propiciando la mentalización alrededor de los estados mentales que pueden influir en el comportamiento de las personas al encontrarse en una relación afectiva. Posteriormente la terapeuta brinda información sobre los conceptos clave de la teoría del apego y de cómo las relaciones con los cuidadores primarios influyen en los estilos de apego, que se ven reflejados en las relaciones dentro de la vida adulta. A partir de esta información se realizan preguntas orientadas a la mentalización alrededor de la historia familiar, estilos de apego y tipos de relaciones actuales de los participantes.

Sesión 4

Objetivos: Concluir la fase introductoria del grupo, aclarar la metodología de la fase de trabajo terapéutico y fortalecer la alianza previamente establecida.

Temática	Objetivos	Descripción de las actividades
Introducción a la terapia basada en la mentalización	Especificar en las dinámicas y compromisos para la fase de trabajo terapéutico grupal. Profundizar en las posibles situaciones que puedan llevar a una ruptura en la alianza de trabajo, tanto entre el grupo y la terapeuta como entre los participantes y enfatizar en cómo el grupo terapéutico es un espacio seguro, en el cual las inquietudes e incluso inconformidades enriquecen el trabajo terapéutico.	La terapeuta explica cómo se espera se den las dinámicas y participación para las sesiones restantes, enfatizando en que se trabajará en el fortalecimiento de la mentalización a partir de las experiencias, narrativas y dificultades que los participantes lleven a la sesión. También se indaga sobre las posibles dudas o inconformidades que puedan surgir en los

		participantes y se trabaja sobre la mentalización de situaciones pasadas en las cuales los participantes abandonaron procesos terapéuticos o relaciones interpersonales de manera impulsiva.
Conclusiones y cierre de la primera fase	Realizar una retroalimentación de los logros y aprendizajes de la fase introductoria del grupo y conocer la perspectiva de los participantes al respecto.	La terapeuta propicia el diálogo grupal acerca de las temáticas que más llamaron la atención de los participantes, la percepción de la utilidad de los temas vistos y las posibles sugerencias para la nueva fase terapéutica.

Sesiones 5 a 10

Objetivo: Fortalecer la capacidad de mentalización, el control de impulsos, la regulación emocional y la asertividad en las relaciones interpersonales por parte de los consultantes, a través del diálogo y trabajo terapéutico grupal. Esto se realiza a través de preguntas orientadas a la reflexión y a la mentalización a partir de las narrativas, experiencias y dificultades que los participantes expresen en las sesiones. Para el cumplimiento de los objetivos en esta segunda parte también se utilizan las técnicas de clarificaciones, parafraseos y reflejos.

Reseña Biográfica de la Aspirante

Natalia Bravo Vargas, psicóloga egresada de la Universidad Nacional de Colombia e integrante del grupo de investigación Estilo de Vida y Desarrollo Humano GIEVDH**.** A lo largo de su proceso de formación académica se ha enfocado principalmente en el desarrollo de habilidades en el área de la psicología clínica, la orientación grupal para el desarrollo de un mayor bienestar psicológico y la evaluación psicológica. Desde el año 2018 ha trabajado en procesos de acompañamiento psicoterapéutico de adultos, niños y adolescentes y en proyectos orientados a la evaluación cognitiva y emocional de niños y adolescentes con habilidades diferenciales y en condición de discapacidad.