

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento de Psicología, Educación y Salud
Maestría en Psicoterapia



Momentos de Cambio y Estancamiento Terapéutico de una consultante con rasgos de TLP.

TESIS que para obtener el **GRADO** de
MAESTRA EN PSICOTERAPIA

Presenta: **ANA CRISTINA CUEVA LÓPEZ**

Director **VÍCTOR MANUEL DE SANTIAGO SÁNCHEZ**

Tlaquepaque, Jalisco. abril de 2026

Índice

Introducción	4
Planteamiento del Problema	6
Justificación	12
Objetivos y Preguntas de Investigación	15
Objetivo general	15
Objetivo Específicos	15
Pregunta de Investigación	15
Preguntas Específicas.....	15
Estado del Arte	16
1.1 Actualidad del Trastorno Límite de Personalidad	16
1.2 Actualidades del Cambio Terapéutico	25
1.3 Actualidades del Estancamiento Terapéutico.....	33
Marco Teórico	38
Cambio Terapéutico.....	38
Estancamiento Terapéutico.....	55
Trastorno Límite de Personalidad (TLP)	61
Marco Metodológico.....	74
Método	74

Criterios de la Muestra	80
Presentación del Caso	81
Consideraciones éticas	86
Pasos para el Método seleccionado	88
Resultados	90
Discusión	116
Conclusiones	123
Anexos	127
Referencias	133

Introducción

En esta investigación se plantea identificar los momentos de cambio y estancamiento terapéutico en una consultante con rasgos del Trastorno Límite de Personalidad (TLP), la intención de este análisis surge a partir de un estudio de caso que presentó estas características de personalidad y el interés se ubicó en evaluar cómo se va gestando en su proceso de psicoterapia el cambio y estancamiento.

Los primeros apartados ofrecen una exposición detallada de la problemática, así como los elementos de relevancia y pertinencia que contribuyen a que este tema se convierta en un área de interés dentro de la psicoterapia, particularmente en el segmento de intervención terapéutica. Se aborda la distinción de situaciones específicas observadas en pacientes con rasgos de (TLP). Es importante señalar que aproximadamente el 1.5% de la población mexicana presenta este diagnóstico, y cerca del 2% de la población mundial lo desarrolla.

Por lo tanto, es importante profundizar en los elementos teóricos que nos permitan conocer esta psicopatología y entenderla a la luz de lo que se pone en manifiesto en el proceso de psicoterapia. Esta investigación persigue como objetivo general *analizar los momentos de cambio y estancamiento psicoterapéutico de una consultante con rasgos de TLP*. El cual se logra responder a través del uso de los métodos de análisis seleccionados; Indicadores genéricos de cambio y estancamiento y el SCAT (1.0).

Emplear estos métodos dio la posibilidad de reconocer a partir de las seis sesiones analizadas aquellas verbalizaciones y turnos de palabra de la consultante que cumplieran con los criterios de codificación para catalogarlas como “momentos de cambio o de estancamiento”, encontrando además que los primeros se pueden reconocer en dos categorías: los cambios intra-sesión (CI) y los extra-sesión (CE). También a partir del análisis se logró reconocer en la consultante el patrón empleado en cada momento desde las acciones comunicacionales expresadas en sus turnos de palabra y el tipo de indicador de cambio o estancamiento, que ubicaron el grado de integración o continuidad del patrón disfuncional de la consultante.

Finalmente, en esta investigación se incluyen los resultados más relevantes que permiten reconocer cómo fue el proceso de la consultante y cual tipo de vinculación tienen sus momentos de cambio y estancamiento en relación a la presencia de rasgos del TLP. Considerando lo anterior, la presentación de estos

resultados aporta evidencia y oportunidad de reflexión sobre la mirada clínica, en cuanto a las posibilidades de progreso de la consultante. Distinguiendo la influencia de distintos elementos que surgen en el contexto psicoterapéutico y se vuelven importantes tomar en cuenta para que surja el cambio terapéutico o se mantenga el estancamiento.

Un elemento importante por considerar dentro de los resultados es la experiencia psicoterapéutica desde la cual se acompañó el caso; este punto es fundamental al integrar los resultados, el abordaje en la psicoterapia cambia considerando la experiencia del terapeuta, de la relación que establece este con él consultante, y como dicha relación se vuelve un eje central del proceso de cambio. En este estudio de caso, los resultados fueron influidos con la experiencia propia del psicoterapeuta en formación, y su capacidad de abordaje en consultantes que cumplen con rasgos de TLP.

Por otra parte, los resultados están determinados por factores de riesgo y protectores presentes en este estudio de caso. Dichos elementos inciden directamente en la capacidad para evaluar el progreso psicoterapéutico, permitiendo identificar tanto momentos de cambio, como de estancamiento. El análisis realizado evidencia que una exposición constante a entornos generadores de trauma, la repetición de ciclos de violencia, la ausencia de redes de apoyo y las dificultades socioeconómicas del contexto contribuyen a la oscilación entre periodos de cambio y persistencia en el estancamiento terapéutico.

Planteamiento del Problema

Esta investigación tiene el propósito de analizar los momentos de cambio y estancamiento de una consultante con rasgos del Trastorno Límite de Personalidad (TLP), enfocándose en los momentos durante el acompañamiento psicoterapéutico que expresan el cambio y estancamiento.

Se hace manifiesto que para los fines de esta investigación y el abordaje del caso se reconoce a la consultante con rasgos de personalidad límite; que si bien, aunque cumple con todos los criterios acorde al DSMV correspondientes al trastorno, en la intervención no se realizó un proceso de psicodiagnóstico que facilite el empleo del término preciso, por lo cual de aquí en adelante se describirá para hablar del problema como “rasgos de TLP”.

Las personas que presentan rasgos de TLP, experimentan dificultades emocionales y relacionales que se advierten en la interacción con otros, a causa de la desregulación emocional disminuyendo la capacidad de efectuar cambios en su vida diaria, inflexibilidad, desadaptación y disminución del desempeño o funcionalidad y así mismo se observan fases continuas de estancamiento en el problema, considerando que en la actualidad el TLP resulta una problemática de gran incidencia en la población.

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en el Manual DSM-V (2014), define el TLP 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” (p.364). Otras características que se registran son la tendencia a presentar conductas compensatorias para evitar el desamparo ya sea real o imaginario, inestabilidad al establecer relaciones interpersonales que oscilan entre la idealización y la devaluación, frecuencia de comportamiento suicida y/o automutilación. Además, la impulsividad destaca como rasgo identificador en distintas áreas de su vida (sexo, alcohol, drogas, compras), combinándose con la inestabilidad afectiva que se presenta con episodios de disforia, irritabilidad, dificultad para controlar la ira y ansiedad (APA, 2014).

Como señala el INEGI (2020), en México se cuenta con un registro de población total de “126, 014, 024 habitantes. De ellos, 64, 540,634 son mujeres (51.2%) y 61, 473,390 son hombres (48.8%)” (p.1). Es interesante contrastar estas cifras con las estadísticas presentadas por el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, en donde exponen que “alrededor del 1.5 por ciento de la población mexicana

presenta TLP, el cual predispone a quien lo padece a tener conductas de riesgo para la salud como abuso de sustancias, amenazas suicidas recurrentes y automutilación” (Secretaría de Salud, 2018, pp.1).

De acuerdo con los datos presentados anteriormente es posible concluir que en México existe al menos 1, 890, 210 personas que padecen TLP, lo cual nos permite distinguir el número de incidencias que presenta este padecimiento con relación a ser un elemento común que se aborda en psicoterapia, considerándose uno de los temas de salud mental más frecuentes en consulta.

En un estudio realizado por Espinosa, Blum & Romero (2009), describen que el TLP dentro de la población psiquiátrica presenta una prevalencia que va de un 11 a 20%. Además, refieren que los registros de pacientes psiquiátricos con este diagnóstico representan 20% de los hospitalizados y que la frecuencia en cuanto a sexo es más alta en mujeres con respecto a los hombres y el diagnóstico se suele generar antes de los 40 años. Por otro lado, describen que entre un 60 y 80% de los pacientes presentan comportamientos autos lesivos, siendo el riesgo suicida un factor común dentro de este trastorno, considerándose estas conductas autolesivas como la causa más frecuente para la hospitalización. Se identifica que aproximadamente un 10% de la tasa de suicidio consumado se presenta en pacientes menores de 30 años.

Analizando la información anterior es posible identificar la gran incidencia que existe en México de personas con TLP, estos datos resultan relevantes puesto que exponen el problema que experimenta la población mexicana en torno a un indicador de salud mental, que refleja un área importante de atención para brindar un adecuado tratamiento. Además, al reflexionar sobre el número de incidencias en que se presenta esta problemática permite reconocer los riesgos que enfrenta una persona con TLP, que puedan afectar su salud e integridad física y emocional.

De acuerdo con Escribano (2006), a diferencia de otros trastornos, el TLP se considera el trastorno de personalidad más complejo y con frecuencia uno de los más difíciles, incluso se considera el trastorno más recurrente y representativo en la población clínica respecto a otros trastornos. Se vincula altamente con el reflejo de la atención social, que se muestra carente en el desarrollo emocional y madurativo de la población. Un factor de importancia que se observa en el TLP es la presión que ocasiona a las personas que lo padecen, y a quienes forman parte de su entorno

familiar y social, debido a lo complejo que resulta convivir con los desequilibrios emocionales continuos, aportando un índice de sufrimiento alto (Escribano, 2006).

Otros de los elementos a considerar dentro de esta problemática, son los factores de cambio y estancamiento terapéutico, que experimentan los consultantes con TLP al acudir a consulta. Los cuales señalan las dificultades de adaptación para tener estabilidad, y al mismo tiempo se manifiestan los obstáculos que tiende a experimentar el consultante para lograr una vida estable.

Gunderson y Gabbard (2000), señalan que los pacientes con TLP suelen tener un recorrido variable en su capacidad de lograr estabilidad, identifican que durante la juventud suelen ser más inestables y con el tiempo, además de los tratamientos terapéuticos van ganando estabilidad. “Habitualmente se recoge que 1/3 de los pacientes se cura, entendiendo por ello que consiguen una estabilidad por debajo de sus condiciones potenciales previas” (Citado en García, 2007, p.351). En promedio durante los primeros 15 años del inicio del trastorno, es posible distinguir como los consultantes logran desarrollar relaciones estables (García, 2007). De tal manera se identifica como un paciente con TLP tiende a necesitar un proceso psicoterapéutico largo para lograr estabilidad emocional, debido a las características propias de su personalidad que se identifican por el trastorno, existe la tendencia a que el proceso de terapia mantenga fluctuaciones y suela ser más extenso a diferencia de si se atendiese otras problemáticas en consulta.

Por otro lado, en las aportaciones hechas por Gunderson y Gabbard (2000), demuestran que personas con TLP, que cuentan con condiciones socioeconómicas limitadas tienen una peor evolución en el tratamiento, con relación a lograr una recuperación o estabilidad emocional (Citados por García, 2007). Esto expone otra perspectiva de la problemática; debido a la influencia que tiene el factor socioeconómico con las posibilidades de cambio terapéutico.

Además, se reconoce que los consultantes con TLP tienden a experimentar obstáculos que impactan en el proceso terapéutico, identificando características propias de las conductas y acciones del consultante, así como las que se pueden expresar en la relación terapéutica por medio de su interacción. Munroe, McLeary y Marziali, (1999), señalan que los consultantes con TLP muestran dificultad para relacionarse de manera empática con sus terapeutas, manifestándose como consultantes altamente demandantes y hostiles. (Citados por Martínez, 2020).

Retomando las aportaciones de Martínez (2020), quien describe cómo la relación terapéutica influye de gran manera para lograr el cambio y/o progreso de la persona con relación al síntoma, así como la capacidad de mantenerse estable. Por lo tanto, es necesario definir dentro de la problemática expuesta que se entenderá por cambio terapéutico como a continuación se describe.

La conceptualización del término de Cambio Terapéutico (CT) es posible entenderla desde diferentes propuestas teóricas, si bien en rasgos generales es posible distinguirlo por ser “todo aquello que nos permite dar cuenta de que la persona llegó al proceso de terapia con unas características o síntomas particulares y finaliza de una manera diferente” (Rivera y Bernal, 2008, p.230).

El cambio puede observarse y evaluarse en diferentes aspectos dentro del proceso terapéutico; se puede identificar a partir de cambios conductuales, en la personalidad, disminución de síntomas psicológicos y/o psiquiátricos, en patrones de interacción y percepción de las experiencias vividas. Así como también puede surgir el cambio a nivel sistema, dentro del contexto en la familia y de pareja (Rivera y Bernal, 2008).

Otra definición a partir de la Teoría del Cambio Subjetivo que plantea Krause (2005), describe el cambio como:

Un cambio en los patrones subjetivos de interpretación y explicación que llevan al desarrollo de nuevas teorías comprensivas de sí mismo es construido paso a paso a través de conexiones de significados que se van elaborando en la interacción verbal (Citado en Fernández, Herrera, Krause, Pérez, Valdés, Vilches, & Tomicic, 2012, p.6).

El cambio en psicoterapia puede resumirse como la construcción de nuevos significados, lo cual permitirá al terapeuta dar cuenta de cómo el consultante va cambiando a partir de generar nuevas significaciones sobre su problemática (Fernández et al, 2012)

Si bien, una de las problemáticas comunes que se observan en psicoterapia con los consultantes que presentan un diagnóstico y/o rasgos de TLP durante la etapa inicial del proceso es: *la resistencia frente al cambio* (Martínez, 2020). La cual nos permite distinguir otro factor de relevancia frente a las complicaciones que experimentan las personas con este problema aun cuando reciben ayuda.

Por otro lado, al hablar del cambio terapéutico se podrá distinguir como se vincula la relación terapéutica que surge entre consultante-terapeuta con el proceso

de cambio, dicha relación es también conocida como alianza terapéutica, que indica la importancia que tiene el vínculo, puesto que ayuda los consultantes con TLP a disminuir la hostilidad en sus conductas, para que pueda surgir el cambio. De acuerdo con lo que refiere Martínez (2020), la alianza favorece al consultante para que este genere adherencia al tratamiento y logre adquirir nuevos significados, conductas, formas de resolver conflictos, y realice ajustes en su estilo de vida, que como resultado impulsan al cambio y lo motivan a permanecer en el proceso.

En esta investigación, también se distinguirán las complicaciones que se relacionan con el proceso de estancamiento terapéutico y la particularidad de contar con rasgos de TLP que puede influir en esos episodios. En la psicoterapia existen diferentes formas de nombrar las dificultades que experimentan el terapeuta y consultante en el proceso terapéutico, Amézaga, Dávila y Vilches-Álvarez (2014), rescatan las diferentes formas de nombrar en psicoterapia las dificultades terapéuticas; resistencia, impasse, reactancia, consultante difícil o estancamiento, que desde diferentes modelos de psicoterapia explican el mismo fenómeno, y a su vez se expondrán las maneras en las que se propone eliminarlas para beneficio del avance del proceso terapéutico.

Para esta investigación se empleará el término de estancamiento terapéutico al hablar de las dificultades en psicoterapia, al retomar las aportaciones de Fernández et al (2012) que definen el estancamiento como la “detención temporal del proceso de cambio del consultante, debido a la reedición de un patrón disfuncional” (p. 6). Dicha reedición se caracteriza por la forma persistente del consultante de comprender, actuar y vivenciar las emociones relacionadas al problema, que se presenta durante el proceso de psicoterapia. El Estancamiento también “se caracteriza por la falta de construcción de nuevos modos de interpretación o representación de la realidad y las experiencias vividas” (Fernández et al. 2012. p. 6).

Tomando en cuenta los datos anteriores como referentes para esta investigación, se infiere que en la actualidad en México podemos encontrar que al menos entre 1 a 2 personas de cada 100 tiene TLP, o podría desarrollarlo. Además, se identifica que una parte de esta población no acude a un proceso psicoterapéutico que garantice atención a la problemática vivida. Y aquellos que acuden a terapia presentan características complejas en el proceso terapéutico, relacionadas a los rasgos de personalidad y resistencias que suelen manifestar al inicio y/o durante su terapia, que se vuelven parte de su proceso. Dentro de las dificultades que

experimentan las personas con TLP se distingue que al menos 1 de cada 3 pacientes que reciben tratamiento logra obtener un alta del proceso terapéutico y encontrar equilibrio en su vida (García, 2007), lo que permite distinguir el impacto que tiene la problemática aun cuando la persona con TLP acuda a un proceso de psicoterapia el pronóstico de recuperación por las propias características del trastorno suele ser complicado.

Por lo tanto, el interés de esta investigación está puesto en identificar y analizar los momentos en donde el consultante manifiesta el cambio y el estancamiento terapéutico, además de reconocer el tipo de contenido que expresa en los momentos de cambio-estancamiento que surgen durante la terapia, como lo que se observa de dichos episodios. Se profundizará en la comprensión del TLP, así como en algunas trastornos que pueden presentarse en comorbilidad, explicado desde elementos teóricos y clínicos que ayudarán a su comprensión, con el fin de contrastarlo a las características del caso, para lograr una mayor comprensión de la problemática, que permitan construir reflexiones e inferencias a partir de los objetivos y análisis de la presente investigación sobre los elementos del cambio y estancamiento terapéutico que pueden surgir en consultantes con estas características de personalidad.

En esta investigación también se pretende describir las dificultades que enfrenta un consultante con TLP en su tratamiento, para describir los pasos que realiza hacia el cambio de su problemática que muestren mayor estabilidad, y aquellos momentos en donde se observa el estancamiento en su proceso.

Durante la investigación, se retomarán elementos como la alianza terapéutica, las emociones que surgen frente al cambio, descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo, el establecimiento de límites y reconocimiento de los propios, el reconocimiento de la propia participación en los problemas, entre otras características que se entenderán cómo elementos que forman parte del cambio, para analizarlo frente a los momentos de cambio que manifieste la consultante, vistos y entendidos desde el método seleccionado que haga referencia a cómo va consolidando el cambio. Y a su vez se considerará como parte del estancamiento la repetición de la narrativa de permanencia del problema, falta de responsabilidad y conciencia frente a sus conductas que fomentan la persistencia del problema, conceptos que se describirán más adelante como parte de los objetivos y el marco teórico.

Justificación

Debido a la problemática anteriormente presentada esta investigación resulta pertinente frente a la necesidad que se tiene de conocer y profundizar acerca de cómo evoluciona un proceso de psicoterapia en una consultante con rasgos de TLP. Este estudio podrá brindar una aportación a los psicoterapeutas y psicólogos para tener más elementos de referencia frente a la atención terapéutica y podrá aportar resultados que evidencien como los cambios pueden observarse en las acciones comunicacionales durante los turnos de palabra de una consultante con estas características.

Este trabajo se adscribe a una de las líneas de investigación que es el Estudio de Caso Clínico que propone la Maestría en Psicoterapia, el cual se realizó por medio del análisis de las verbalizaciones, que consiste en estudiar las acciones comunicacionales en cuanto a estructura, contenido y evolución. Siendo el foco de estudio en esta investigación el análisis de los momentos de cambio y estancamiento terapéutico a partir también del reconocimiento del tipo de indicador que cumplen para confirmar cuando ocurren.

Se considera pertinente este estudio por la importancia que brinda a la indagación y comprensión de las vivencias del consultante con rasgos de TLP, para así comprender como a partir de la problemática de inestabilidad e impulsividad que continuamente experimenta se desarrolla el cambio o estancamiento terapéutico. Con el fin de identificar y distinguir que inclinaciones podemos enfatizar dentro del tratamiento, para así poder contribuir al mundo psicoterapéutico respecto a la atención y comprensión de este trastorno.

Además, aportará conocimiento sobre la distinción de las acciones comunicacionales que demuestre el cambio y estancamiento en consultantes con diagnóstico de TLP, hablando de las diferentes formas de reconocer dentro de las verbalizaciones del consultante cuando habla de una mayor comprensión de su problemática, y cuando se distingue que continúa en la misma forma de entender el problema, para distinguir las características particulares de cada verbalización

Esta investigación también resulta relevante en la comunidad de psicoterapeutas y psicólogos que se encuentran en formación, como a aquellos que ejercen, puesto que podrán encontrar hallazgos respecto a la comprensión de este trastorno, frente a los resultados que se obtengan en el estudio de caso que se llevará a cabo. Lo cual permitirá dar un aporte relevante en contraste con la magnitud de

incidencias que tiene este trastorno visto como un tema de salud mental que ha aumentado significativamente en la actualidad. Este trabajo también puede servir de guía para la comprensión del TLP, en cuanto a la relación del cambio y estancamiento terapéutico.

Con relación a la alta incidencia que tiene el TLP en la población mexicana y mundial, se podrá contribuir con los hallazgos que se obtengan de esta investigación en dar a conocer como la psicoterapia aporta alternativas para apoyar a una mejor calidad de vida en personas que viven con esta dificultad.

Si bien, esta investigación no resuelve la problemática que existe respecto al desarrollo del TLP, ni brindará un aporte de novedad sobre los diferentes abordajes teóricos que describen como realizar la intervención o brindar una solución que logre disminuir el número de incidencias. Sin embargo, aportará evidencia en la investigación sobre la perspectiva de cómo surge la intervención en psicoterapia en personas con rasgos de TLP, lo cual en la actualidad no se ha abordado con profundidad, por lo tanto, resulta pertinente realizarlo desde este eje de estudio.

Esta investigación se enfocó en reconocer el tipo de indicador y acción comunicacional que demuestre el cambio y estancamiento terapéutico de la consultante. Si bien, se considera que podrá dejarse abierto para otras investigaciones de estudio de caso el profundizar en las intervenciones o la interacción en el proceso de psicoterapia con un consultante con TLP.

Por otro lado, resultó factible realizar esta investigación debido a que se contó con el caso de un consultante que cumplía con las características de personalidad, lo cual dio posibilidad para realizar este estudio de caso. Además de contar con los medios para estudiarla en un periodo de un año y un semestre; el primer semestre se desarrolló la primera fase, la cual constó en la definición de los parámetros que guiaron esta investigación, así como describir lo que se conoce sobre el tema.

Los seis meses posteriores se utilizaron para la delimitación teórica, y la recolección de información, mediante la segmentación de los turnos de palabra que se obtuvieron de las sesiones video grabadas (contando con ellas desde el inicio del proceso del consultante, hasta su finalización), éstas se reunieron y clasificaron, para analizarlas respecto al criterio de distinción de los momentos de cambio y estancamiento terapéutico. Se concluyó con un último periodo para el análisis, interpretación, discusión y conclusión de la información obtenida sobre la

problemática antes expuesta guiada a los objetivos y preguntas de investigación que delimitaron el análisis. Se considera que se contó con el tiempo suficiente para profundizar en el tema, y desarrollarlo.

La viabilidad de esta investigación se da bajo un marco ético, el cual se cumple porque asegura la confidencialidad y privacidad de los datos sensibles del consultante, asegurando la posibilidad de llevar a cabo la investigación de este estudio de caso bajo la autorización del consultante por medio de un consentimiento informado, en donde se expone el conocimiento de recibir un servicio de psicoterapia que además puede emplearse con fines académicos; de supervisión e investigación, del cual el consultante hace manifiesto que sus intervenciones puedan servir como referentes para investigación. Por lo tanto, resultó posible analizar e identificar las acciones comunicacionales e indicadores terapéuticos que muestren el cambio y estancamiento de la consultante con TLP dentro de su proceso. Además, se cumple con los principios de beneficencia y cuidado del consultante que guían las intervenciones éticas dentro de la psicoterapia e investigación.

Esta investigación contó con la inclusión de recursos materiales tomados de las investigaciones y aportaciones teóricas por fuentes de búsqueda como son bases de datos como EBSCO, Redalyc, Scielo, y aquellas que forman parte del repositorio y biblioteca de ITESO.

Objetivos y Preguntas de Investigación

Objetivo general

Analizar los momentos de cambio y estancamiento psicoterapéutico de una consultante con rasgos de TLP.

Objetivo Específicos

1. Identificar el tipo de momentos de cambio y estancamiento de la consultante de acuerdo con los Indicadores genéricos.
2. Identificar las características de los momentos de cambio y estancamiento en cuanto a las acciones comunicacionales planteadas por el SCAT.
3. Describir los temas que refiere la consultante en sus momentos de cambio y estancamiento terapéutico.
4. Describir como surge la toma de conciencia de la consultante respecto al reconocimiento de su participación en el problema y reconceptualización de sus problemas/síntomas.
5. Contrastar la recurrencia de momentos de cambio frente a los de estancamiento.

Pregunta de Investigación

¿Cómo se presentan los momentos de cambio y estancamiento terapéutico en una consultante con rasgos de TLP?

Preguntas Específicas

1. ¿Qué tipo de **momentos de cambio y estancamiento** manifiesta la consultante de acuerdo con los Indicadores genéricos?
2. ¿Cuáles son las características de las acciones comunicacionales en los momentos de cambio y estancamiento terapéutico de la consultante?
3. ¿Qué tipo de contenido expresan los momentos de cambio y estancamiento terapéutico en una consultante con rasgos de TLP?
4. ¿Cómo se expresa la toma de conciencia de la consultante respecto al reconocimiento de su participación en el problema?
5. ¿Qué diferencias se encuentran entre la recurrencia de momentos de cambio y estancamiento terapéutico?

Estado del Arte

En este apartado se abordarán las investigaciones y aportaciones que existen sobre los temas que son eje de este trabajo; TLP, Cambio y Estancamiento Terapéutico, retomando diferentes estudios que describen lo que se ha investigado a lo largo del tiempo y lo que en la actualidad se conoce del tema. Además de exponer los hallazgos que encuentran sobre la población investigada.

1.1 Actualidad del Trastorno Límite de Personalidad

De acuerdo con Camarena y Herrera (2021), en la revista de la Asociación Psiquiátrica Mexicana: Psiquiatría (APMP), en su investigación las «Actualidades del trastorno límite de personalidad», se realiza una línea del tiempo de las publicaciones que a lo largo de 18 años se han publicado sobre el TLP. En esta investigación se muestra el recorrido histórico que hubo para describir y nombrar al trastorno límite de personalidad, ha sido un campo de gran relevancia e interés desde finales del siglo XIX y principios del XX. Después de diferentes aproximaciones para nombrarlo y definir sus génesis, distintos autores coinciden con que forma parte de los trastornos de la personalidad debido a sus características extremas en varias dimensiones. Sin embargo, hay quienes plantean que el TLP debería de considerarse como una entidad aparte de esta categoría por su compleja sintomatología.

Camarena y Herrera (2021), mencionan que dentro de las investigaciones revisadas y comparadas se identifica al TLP por la elevada prevalencia dentro de los registros de servicios ambulatorios, como en atención hospitalaria, lo que además se diferencia por desplazar la incidencia en comparación con la esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar. Lo cual lo sitúa como un trastorno grave, que afecta la vida de quien lo padece como la de sus familiares y la sociedad. Dentro de sus hallazgos señalan como se relacionan con elementos de etiología “la exposición a medios ambientes adversos durante la infancia [...] entre los que se encuentran el abuso sexual, físico y psíquico extremos” (Camarena y Herrera, 2021, p.36).

Además, señalan que otros elementos encontrados son la identificación de bases neurobiológicas en la aparición del trastorno, así como algunos casos en donde se identifican factores hereditarios, sin embargo, aún es necesario seguir investigando. Finalmente, en su investigación Camarena y Herrera (2021), concluyen que se ha logrado un avance en las estrategias de atención psicoterapéuticas que se destacan como más efectivas para el tratamiento del TLP, dentro de ellas se reconoce a la terapia dialéctica conductual y la terapia cognitivo conductual como las que han

demostrado mayor efectividad. Además, explican que no existe una forma única de brindar tratamiento farmacológico; aunque destacan la evidencia de como los antidepresivos, antipsicóticos atípicos y los estabilizadores del estado de ánimo muestran mejores resultados.

Por parte de la investigación de Bural (2017) «Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad: una revisión», resulta relevante el objetivo que cubrió tras analizar y comparar la eficacia de distintas psicoterapias empleadas en la atención del TLP, para entender cuáles obtienen mejores resultados y comprender sus razones.

Por lo cual Bural desarrolló una revisión sistemática de las publicaciones que se han realizado desde 1990 a 2015 encontradas en las bases de datos como: PsylInfo, Medline, PSICODOC y Google Scholar, dentro de las publicaciones encontradas realizó una descripción de los diferentes modelos de los cuales destacan las más estudiadas y con mayor apoyo empírico que son: la Terapia Dialéctico-Conductual (TDC) desarrollada por Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard (1991), la Terapia basada en la Mentalización (TBM) de Bateman & Fonagy (2004), la Terapia basada en la Transferencia (TBT) por Clarkin, Kernberg, & Yeomans (1999), la Terapia basada en Esquemas (TBE) de Ball & Young, (1999), la Terapia Cognitivo-Analítica (TCA) de Ryle (1991), la Terapia Conversacional de Hobson (TCH) (1985) y la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC).

Para que se cubriera el objetivo de esta investigación, Bural (2017) describe que, además de su método de estudio realizado por medio de la revisión de literatura, seleccionó una muestra de 30 artículos que analizaron la eficacia de una psicoterapia en personas con TLP. Al identificar cada modelo de atención, Bural enfatiza que cada psicoterapia justo como indican sus resultados es eficaz ante diferentes problemáticas como el control de conductas de automutilación o suicidio, si bien descubre que el tema de la regulación emocional se destaca por la resistencia en muchos casos.

Por lo tanto, Bural (2017) al comparar los estudios de los diferentes modelos descubre como en la base teórica coinciden que la persona con TLP presenta grandes dificultades en la gestión emocional, lo cual se ha demostrado que surge por una baja inteligencia emocional, que origina una comprensión errónea de la emociones propias y ajenas, manifestando un manejo inadecuado de las mismas. Se identifica que una persona con TLP presta gran atención al contenido emocional, sin embargo, presenta

dificultades para identificar claramente diferencias entre los estados de ánimo y el manejo adecuado de sus emociones. Por ello en la atención psicoterapéutica para el TLP es fundamental el abordaje emocional.

Si bien, en los resultados más relevantes que plantea Bursal (2017), se destaca que las psicoterapias más enfocadas para abordar el TLP son la TDC, la TMB, y la TBE entre otras y, a su vez que todas ellas son eficaces. Demostrado que en la TDC se distingue una clara eficacia en la disminución de conductas autolesivas, aportó cambios en la sintomatología límite y depresión, disminución en la patología general, ayuda en el funcionamiento global de la persona evitando disociaciones y la disminución de hospitalización.

Sin embargo, se destaca que la TDC es menos efectiva en la regulación de intensidad en las emociones y sus experiencias negativas, tales como la culpa, enojo-rabia, ansiedad o vergüenza. Las terapias de corte psicoanalítico TBT, TBM, y TCH mostraron ser eficaces en la disminución de conductas autolesivas, ayudar en la disminución de la patología general, en mejoras al estado de ánimo disminuyendo depresión, ansiedad e irritabilidad. Referente a los resultados encontrados de la TBE se identificó que aun con pocos estudios se demuestra una mejora en la psicopatología general, el funcionamiento global y una baja en síntomas límite.

Finalmente, Bursal describe que los resultados que proponen tienen la dificultad de concluir que modelo de intervención o psicoterapia resulta más eficaz al tratar a pacientes con TLP, sin embargo, distingue que sus resultados ayudan a identificar variables que permiten distinguir los elementos esenciales para tratar esta patología.

Por otro lado, en la investigación que realizan Prades y Romero (2015), que se titula «Tras las huellas borderline: rastreando el apego de personas con trastorno límite de personalidad», se profundiza en los estilos de apego desde la perspectiva relacional, en donde se exploró sobre las relaciones de apego ambivalente y desorganizado con relación al desarrollo de TLP.

Esta investigación presentó como parte de sus hipótesis “que las personas con TLP y un apego ambivalente o desorganizado manifestarían mayor gravedad sintomática” (Prades y Romero, 2015, p. 62). El objetivo de la investigación se ubicó en conocer las características relacionales significativas en la etapa temprana sobre el estilo de apego que vivieron las personas con TLP o borderline, que se enlazan a su funcionamiento en la vida adulta y a lo largo de su vida.

Prades y Romero (2015), exponen que su interés se ubicó en explorar los estilos de apego en “especial los estilos ambivalentes y desorganizados, y como éstos tienen que ver con ciertas características sintomáticas. El apego desorganizado y el trauma en la infancia se han ligado a los trastornos disociativos, y tratamos de rastrear esta relación” (p.62).

Dentro de su artículo explican que se analizaron las historias relatadas por personas con TLP respecto a su infancia, para identificar las características de relevancia en torno al ámbito familiar, relacional y personal. Su muestra se conformó por “31 personas (9 varones y 22 mujeres), de edades entre veinte y sesenta años y con diagnóstico clínico de TLP (DSM-IV TR)” (Prades y Romero, 2015, p.62). Para el análisis emplearon los instrumentos: versión reducida del cuestionario CAMIR para la evaluación del apego, Inventario breve de síntomas BSI (Derogatis y Melisaratos, 1983), la Escala de experiencias disociativas, DES II (Carlson y Putnam, 1993) y una Entrevista de apego para adultos, AAI (George, Kaplan y Main, 1996, Citados por Prades y Romero, 2015, p.62).

Exponen que después de realizar un análisis cuantitativo de los resultados de cada prueba, se identificaron resultados relevantes que contrastaron su hipótesis y además dieron lugar a otras aportaciones teóricas. Tales los llevaron a concluir que no existe mucha diferencia entre el apego desorganizado con el ambivalente, con relación al desarrollo del TLP, lo que se encuentra es que el entorno invalidante, hostil, paradójico dentro de la infancia, así como vivencias de abuso y violencia son un factor común en el desarrollo de estos estilos de apego y en consecuente con el objeto de estudio que es el TLP.

Dentro de sus resultados relevantes con esta investigación, destacan como en los resultados de las personas que participaron en el estudio describen que “la invalidación y descalificación era alarmante y continuada, y se sumaba a otras carencias; en otros, la falta de valoración era más sutil e iba unida a una sobreprotección” (Prades y Romero, 2015, p.67).

Además, describen que aparecieron narrativas redundantes con relación al “estancamiento, las dificultades para la desvinculación y las limitaciones en autonomía y autogestión. La falta de autonomía puede entenderse como una forma para mantener cerca la figura de apego” (Prades y Romero, 2015, p.67). Si bien, finalmente rescatan que resulta necesario proveer una base segura en psicoterapia,

siendo algo que contribuye a que una persona con TLP logré funcionar de una manera más integrada.

En la Investigación «Psicoterapia Relacional del Trastorno Límite de la Personalidad, Parte I», realizada por Martínez y Martín (2015), para la revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, se profundizó en señalar la primera parte de lo que es la Psicoterapia Relacional del TLP. En donde el objetivo fue describir como ver la relación como la herramienta terapéutica fundamental para el cambio personal. En el artículo inicialmente se definen los principios básicos del Movimiento Relacional, se continúa con un resumen de aportaciones de los autores que han realizado aportaciones más significativas y finaliza con la descripción de las bases para la psicoterapia relacional en el TLP.

Dentro de sus aportaciones describen que el tratamiento relacional surge en la relación terapéutica; en donde el terapeuta es un observador y participante. Por lo tanto, se identifica que la relación se vuelve un proceso intersubjetivo que moviliza la fuerza interna de transformación, brindado como resultado nuevas formas de relación. y es aquí donde Martínez y Martín (2015), describen como la naturaleza de la psicoterapia relacional resulta apropiada para el abordaje del TLP, pues favorece a establecer nuevas formas de relación más sanas; en donde se favorece “a reintegrar los distintos aspectos escindidos o disociados de la personalidad” (p. 31).

Las características del terapeuta que favorecen al consultante con TLP dentro de la psicoterapia son: la implicación terapéutica, la sintonía con el consultante y la indagación multidimensional de la experiencia. Por medio de su investigación concluyen que la psicoterapia relacional ayuda a los consultantes con TLP, a reparar los aspectos que se ven deficitarios en su self, para que a través de la relacional lograra obtener mayor integración.

En el artículo publicado en la revista Psiencia; por Regalado y Gagliesi (2012) «Encuesta a profesionales de la salud mental sobre diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad» se desarrolló una investigación que expone la mirada de los profesionales de salud (psicólogos y psiquiatras) sobre sus conocimientos, ideas y creencias que tienen acerca del TLP, además se exploró cuáles son las formas de intervención que realizan, la importancia que le dan al diagnóstico, y las implicaciones personales y profesionales que tienen al atender a pacientes con este trastorno, con la finalidad de poder mejorar la comprensión y la intervención clínica a personas que padecen TLP.

Regalado y Gagliesi (2012), describen que para su estudio contaron con la participación de 216 profesionales de la salud mental (psicólogos y psiquiatras) que acudían a distintas instituciones de salud mental en Argentina, en promedio los participantes de la muestra cuentan con 37 años y un aproximado de 10 años de experiencia clínica. Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal en donde se aplicó un cuestionario conformado por 21 preguntas cerradas con alternativas de respuesta categórica y de escala. El eje de las preguntas se centró en la recolección de información sobre conocimientos acerca del TLP, abordaje terapéutico, criterios de diagnóstico, características demográficas, tratamiento, y la experiencia personal con pacientes con este diagnóstico.

En los resultados que obtuvieron Regalado y Gagliesi (2012), de su trabajo se seleccionaron los más relevantes para el objetivo de esta investigación. Se resalta que la mayoría de los profesionales emplea como parte de su diagnóstico la categoría TLP, siguiendo los criterios del DSM IV y el CIE-10, se distingue que los tratamientos que más se utilizan para tratar el trastorno son la psicoterapia individual y el tratamiento farmacológico.

Los profesionales encuestados señalaron que una persona con TLP que recibe tratamiento manifiesta mejorías en conductas impulsivas, y la capacidad de mantener relaciones interpersonales menos conflictivas, sin embargo, contrastan un pronóstico difícil del TLP, relacionado a sus características y alta tasa de abandono de terapia; cerca de la mitad de los pacientes abandonan el tratamiento entre los seis meses o antes del primer año.

Describen Regalado y Gagliesi (2012), que la mayoría de los profesionales señaló que casi todos los pacientes han tenido un tratamiento previo sea psicológico o psiquiátrico y se encuentran diferencias entre los resultados y pronóstico de ambos tratamientos, destacan que los psicólogos perciben un mayor nivel de mejoría en las conductas impulsivas, los trastornos de identidad y relaciones interpersonales, a diferencia de los psiquiatras que exponen poco las mejorías a partir de su tratamiento.

Finalmente, en la discusión del artículo muestran que es posible concluir a partir de sus resultados que los profesionales de salud mental manifiestan tener un conocimiento básico sobre las características descriptivas del TLP, poca profundidad sobre la etiología, así como desacuerdo sobre algunas teorías explicativas.

Emplean el diagnóstico como parte de su práctica clínica para comprender las características, aunque algunos no lo toman para guiar la intervención, sin embargo,

coinciden en que el tratamiento resulta difícil; debido a que describen experimentar emociones negativas al acompañar el tratamiento de este diagnóstico a diferencia de otros pacientes, así como sentimientos de desafío. Se resalta además en la experiencia de los profesionales que también experimentan ganas de ayudar y comprensión de las personas que tienen TLP, además de considerar que el tratamiento puede aportar grandes mejoras.

En el estudio «Evaluación de las funciones ejecutivas, inteligencia e impulsividad en mujeres con trastorno límite de la personalidad (TLP)» realizado por Piñeiro, Cervantes, Ramírez, Ontiveros, Ostrosky (2008), se describe la evaluación realizada sobre las funciones ejecutivas y el TLP, aplicando una batería para medir la asociación de estas dos variables.

El estudio se aplicó en una muestra de 20 participantes: 10 mujeres con diagnóstico de TLP y se llevó un grupo control no clínico que también consto de 10 individuos; se consideró como criterio de inclusión para formar parte del grupo control que las participantes presentaran ausencia de cualquier desorden fuese psiquiátrico o neurológico, además de no tener adicciones o manifestar abuso de sustancias antes de la aplicación del instrumento.

Se aplicó la batería de Funciones Ejecutivas de Flores & Ostrosky-Solís (2008), la cual consta de “15 pruebas neuropsicológicas que tienen como objetivo evaluar las habilidades relacionadas con el control ejecutivo” (Piñeiro et. al 2008, p.109), la prueba se aplicó de forma individual cumpliendo las normas éticas y de privacidad, cubriendo la aplicación en dos sesiones; una para aplicar la batería Neuropsicológica de Funciones ejecutivas y la Escala de Impulsividad de Plutchik, en la segunda sesión se aplicó el WAIS III. Dicha evaluación logra obtener más allá del índice de desempeño en la prueba, a su vez facilita la recolección de un índice “del funcionamiento de las áreas prefrontales evaluadas: corteza orbito medial, dorsolateral y prefrontal anterior” (Piñeiro et. al 2008, p.109).

En los hallazgos de la investigación se distinguió como las participantes con TLP tuvieron menor participación en comparación del grupo de control, y se reconoció a las mujeres evaluadas con mayor impulsividad. Por otra parte, se identifica que no existieron diferencias entre ambos grupos respecto a inteligencia, si bien las participantes clínicas mostraron impedimentos en la prueba respecto a la toma de decisiones y planeación lo cual se vinculó con una posibilidad en contar con disfunción en el lóbulo frontal, se concluyó que las pacientes con TLP manifiestan dificultades al

tomar decisiones adecuadas relacionadas a resultados inseguros, además en las tareas de planeación, presentan problemas para llegar a soluciones óptimas.

Piñeiro et. al (2008), describen que las pacientes con TLP manifiestan déficits en las funciones ejecutivas encontrando relación con áreas cerebrales como la región prefrontal dorsolateral que se asocia con problemas en la memoria de trabajo, fluidez, solución a problemas, capacidad de flexibilidad mental, en procesos de planeación, generación de estrategias e hipótesis, seriación y secuencias; estos procesos se asocian con la autoevaluación y control de las actividades de la persona con relación al desempeño continuo.

Los resultados presentados sobre el área de autocontrol exponen las dificultades que una persona con TLP para capacidad de postergar acciones y controlarlas, sin duda esto está altamente vinculado con las autolesiones y a la conducta suicida (Piñeiro et. al, 2008). Además, se reconoce como en sus conductas se ejecutan con poca reflexión y descontrol, que se evidencian con el deterioro en las relaciones interpersonales, a causa de actuar sin pensar en las consecuencias negativas, así como en los efectos y reacciones emocionales automáticos que se presentan desregulados como la ira, agresión, impaciencia e irritabilidad, combinado con riesgos.

Finalmente se puede concluir que estas investigaciones acerca del TLP coinciden que la definición y clasificación de este trastorno ha sido un desafío a lo largo de la historia, así como para su tratamiento. Como datos relevantes se identifica que es un padecimiento de alta prevalencia en la población y una elevada tasa de tratamiento clínico ambulatorio, incluso mayor que la esquizofrenia, presentando características extremas en varias dimensiones de su vida.

Las investigaciones antes presentadas tienen enfoques diversos unas se centraron en la descripción de este trastorno desde su etiología hasta las formas de realizar el diagnóstico, que al final nos hablan más del consultante, de sus síntomas, características de personalidad, formas de relación, estilos de apego y problemas que experimenta como son; impulsividad, mal manejo de la ira, dificultades en la gestión emocional, automutilación, y suicidio, baja inteligencia emocional, impedimentos en toma de decisiones, dificultades para establecer relaciones sanas, se tornan conflictivas, dificultades en la planeación, entre otros. Al describir su etiología es posible concluir que es multifactorial, sin embargo, la evidencia expresa indicadores recurrentes como contar con un ambiente-contexto de desarrollo adverso y hostil,

elementos de abuso sexual, físico y psíquico durante la infancia, un estilo de apego inseguro y posibilidad de elementos hereditarios que generan alteraciones neurobiológicas.

De las investigaciones descritas se reconoce que varias exponen la dificultad que simboliza la atención terapéutica en casos con presencia de TLP, si bien para ello se sugiere realizar un diagnóstico de manera previa que brinde un panorama más claro para guiar la intervención, por lo que se destacan el empleo del DMS-V y el CIE-10 para efectuar su diagnóstico. Además, describen que para el tratamiento es común considerar idóneo la psicoterapia individual y el farmacológico, que al momento de evidenciar cambios ambos tratamientos en conjunto favorecen en la disminución de la impulsividad, brindando mejoría en su gestión emocional, relaciones interpersonales y disminución del conflicto.

Se reconoce que otras de las investigaciones describen las propuestas de tratamiento e intervención más empleadas y efectivas como lo son la Terapia Dialéctico Conductual (TDC), la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la Terapia de Mentalización (TM) y la Terapia Relacional (TR), dentro de muchas otras estas destacan por su efectividad en disminución de síntomas, vistos en conjunto con un tratamiento farmacológico en donde se recomienda el consumo regulado de antidepresivos, antipsicóticos y estabilizadores del estado de ánimo. En la intervención terapéutica que describen estos estudios coinciden en la importancia del trabajo en el contenido emocional, y como la relación terapéutica se vuelve un instrumento para el cambio, al poder modelar la posibilidad de establecer nuevos vínculos y formas de relación más sanas. Los especialistas que participaron en las investigaciones también describen que la atención de personas con TLP se vuelve un desafío, pues el tratamiento es difícil por las resistencias del consultante, como por el desgaste emocional que produce en el terapeuta. Sin embargo, sobresalen los deseos de ayuda y comprensión de su situación de vida.

Dichas investigaciones han surgido en un plano clínico y académico, destacando diferentes métodos de estudio, como lo son estudios comparativos de índole académico de diferentes teorías, así como análisis de casos clínicos. En donde se distinguen por ser estudios longitudinales, transversales, cuantitativos, cualitativos, hasta descriptivos. De los cuales se observa como su desarrollo aporta elementos para la comprensión del presente estudio de caso, del cual se pretende brindar una aportación en el área psicoterapéutica con relación a la comprensión del proceso de

cambio terapéutico de una consultante que cumple con características de TLP visto a través de las acciones comunicacionales, así como los momentos de estancamiento, con el fin de brindar un aporte que permita distinguir si el cambio se da en otros ejes diferentes a los planeados en los estudios revisados.

1.2 Actualidades del Cambio Terapéutico

En el «Estudio de caso clínico: El cambio en psicoterapia» realizado por Chávez (2020), se plantea el objetivo de conocer cómo se manifiesta, desarrolla y los factores que intervienen en el cambio en psicoterapia, enfatizando su mirada en el constructo emocional. Para el análisis de caso se sistematizaron y analizaron 13 sesiones de psicoterapia, para identificar los indicadores de cambio desde la dimensión emocional, las sesiones analizadas se tomaron de distintas fases del proceso para comprender el movimiento del cambio terapéutico. En el análisis se profundizó en la narración sobre como el cambio va surgiendo dentro de la práctica terapéutica, tomando seis indicadores de cambio genérico sugeridos por Krause, (2020).

En esta investigación se destacaron además diferentes enfoques terapéuticos para abarcar una visión más amplia del cambio. Sin embargo, para los resultados y análisis se buscó identificar las distintas miradas de sí mismo en el consultante que se caracterizaron por movimientos en su narrativa, en sus relaciones interpersonales y la autopercepción de su realidad.

En las conclusiones que realiza Chávez en (2020) de la investigación se identifican varios indicadores preestablecidos que se manifestaron durante el proceso de cambio en la dimensión emocional. Se reconoció que los episodios de cambio se formaron como contextos de significado, empleando diferentes herramientas terapéuticas, una de ellas los juegos de lenguaje para que la consultante pudiera tener impulsos para verbalizar los cambios.

Chávez (2020) concluye que las emociones van tomando diferentes roles en determinadas situaciones del proceso, y surgen bajo una necesidad que se manifiesta en el comportamiento. Además, señala que el cambio no se puede promover sin que exista previamente en el consultante la esperanza o anhelo de ser ayudado, por ello en el análisis se destacó que conforme se sumergió en el deseo de ayuda el consultante fue manifestando sus necesidades expresando su ser y sentir, que favoreció a la capacidad de verbalizar lo que necesita para efectuar el cambio.

Duarte, Martínez y Tomicic (2019), en su investigación «Revisión teórica y metodológica de los eventos relevantes en psicoterapia para el estudio del cambio», emplean una descripción y discusión sobre diferentes modelos de distinción de cambio, en la cual su objetivo señalar las aportaciones teóricas de manera secuencial sobre las aproximaciones que identificación y abordaje sobre los procesos de cambio terapéutico.

En este estudio se revisaron seis líneas de investigación: “Eventos Significativos; Eventos Claves de Cambio; Episodios de Cambio; Momentos Innovadores; Episodios de Ruptura y Resolución, y Momentos de Encuentro” (Duarte, Martínez y Tomicic, 2019, p.253). Se analizaron las diferencias epistemológicas, la forma de entender el cambio, como lo definen y las sugerencias metodológicas que surgen para su observación y análisis. Desarrollando una discusión interesante sobre los puntos de convergencia; similitudes, discrepancias y las aportaciones que brindan al proceso de psicoterapia, como a los resultados que brindan para el cambio.

En los resultados de esta investigación se identifica que de todos los modelos analizados se distinguen coincidencias en la forma de señalar el cambio en psicoterapia, refieren que son momentos sobresalientes de la sesión desde la mirada clínica, pues no ocurren de forma recurrente y tampoco se consideran predecibles, o que surjan de manera lineal. También se destaca que de los modelos revisados hay diferentes contenidos del cambio, sin embargo, todas coinciden que se aluden a una dimensión subjetiva de la experiencia personal de los consultantes, puede surgir en diferentes términos, sean de significados, narrativas, experienciales y/o emocionales, relacionales, eventos significativos, rupturas y resoluciones.

Duarte, Martínez y Tomicic (2019), concluyen que acorde a su criterio la diversidad y variedad que surge al comprender los episodios relevantes, las metodologías son una forma de aportar al estudio del proceso de cambio psicoterapéutico. Reconocen que los diferentes modelos no son necesariamente contradictorios entre sí, sino que por el contrario logran aportar desde diferentes ángulos y perspectivas lo que ocurre en el proceso interno de la psicoterapia. Para así lograr una aportación más amplia a la comprensión del complejo proceso que es describir el cambio psicoterapéutico.

De acuerdo con Valdés, Krause, Tomicic, y Espinosa, (2012), en su investigación «Expresión Emocional Verbal durante Episodios de Cambio: Análisis de los patrones comunicacionales utilizados por pacientes y terapeutas para trabajar contenidos

emocionales». Se realizaron tres estudios sucesivos para delimitar las características de la conversación terapéutica en el trabajo de contenidos emocionales en Episodios de Cambio. El método que se utilizó fue el SCAT-1.0, para analizar 38 Episodios de Cambio; fue posible analizar un total de 825 turnos de palabra y 19 Episodios de Estancamiento. Identificados en dos procesos psicoterapéuticos de enfoque psicodinámico, nuevamente se destacarán en este apartado los elementos relacionados al cambio terapéutico.

Uno de los objetivos de los tres estudios realizados en esta investigación fue identificar y distinguir los Patrones Comunicacionales que utilizaron pacientes y terapeutas para trabajar contenidos emocionales. Los resultados demostraron la existencia de tres Patrones Comunicacionales (PC) principales al trabajar contenidos emocionales: Exploración afectiva, Sintonía y Resignificación afectivas. Se observó un mayor porcentaje de indicadores de cambio hacia la integración de nuevas formas de entendimiento de la Resignificación afectiva en los episodios que señalan cambio. Finalmente, Valdés et al. (2012), describen que mientras se distinguían los Episodios de Cambio se reconocieron dos patrones dominantes, por los consultantes resaltó el patrón Exploración afectiva, mientras que los terapeutas utilizaron exclusivamente el patrón Sintonía afectiva.

En la investigación desarrollada por Fernández, Herrera, Krause, Pérez, Valdés, Vilches, & Tomicic (2012), «Episodios de Cambio y Estancamiento en Psicoterapia: Característica de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas», se profundizó en el objetivo de analizar la comunicación terapéutica en forma “trans teórica, las terapias incluidas fueron de distintas modalidades (individual, de pareja, familiar y grupal) y enfoques psicoterapéuticos” (p. 9). Se seleccionó para este estudio a 15 procesos psicoterapéuticos, con metodología mixta para el análisis de la comunicación verbal en una muestra de 33 Episodios de Cambio y 34 de Estancamiento, que para la unidad de análisis se aplicó el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica, el cual se reconoce por sus cinco niveles; “Formas Básicas, Intenciones Comunicacionales, Técnicas, Ámbito y Referencia” (Fernández et al, 2012, p. 5).

Dentro de la investigación realizada por Fernández et al (2012), se distinguen que en los Episodios de Cambio una prevalencia de lenguaje asertivo por parte del terapeuta y en respuesta el consultante se muestra más receptivo, al momento de estar en interacción terapéutica para la construcción de nuevos significados y visión

centrada en sí mismo. En los hallazgos se reconoce que, durante los Episodios de Cambio, surge un intercambio dialógico fructífero entre consultante y terapeuta, en donde ambos logran construir nuevos significados y ayuda a que el consultante logre una nueva posición de Yo.

Valdés, Krause, y Álam (2011), en su investigación «¿Qué dicen y cómo lo dicen?: Análisis de la comunicación verbal de pacientes y terapeutas en episodios de cambio», describen el presente artículo un “estudio de la interacción verbal entre paciente y terapeuta, mostrando algunas diferencias y similitudes en las Acciones Comunicacionales y el Estilo Lingüístico de ambos participantes durante la conversación terapéutica en Episodios de Cambio” (p.15).

En su investigación se analizaron dos intervenciones de terapias psicodinámicas breves por psiquiatras psicoanalistas, en modalidad individual; realizando sesiones una vez por semana, con consultantes mujeres que contaban con un motivo de consulta semejante. En el estudio se incluyeron el total de sesiones de ambas terapias para la transcripción y análisis de todos los Episodios de Cambio identificados en cada una; se analizaron en total 38 Episodios de cambio, incluidos de las 39 sesiones en total. “Se analizó un total de 1,016 turnos de palabra contenidos en dichos Episodios de Cambio [...] siendo éstos la unidad muestral” (Valdés, Krause, y Álam, 2011, p. 17).

Para este estudio, se emplearon unidades de análisis para diferenciar las acciones comunicacionales de cambio y el estilo lingüístico, empleando el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0) y el Buscador Lingüístico y Contador de Palabras (LIWC-2007).

Si bien Valdés et al. (2011), mencionaron que el SCAT es una herramienta de análisis que favorece para distinguir la complejidad y multidimensionalidad que surge en la interacción comunicacional en psicoterapia. Como parte de los resultados obtenidos en la investigación comparando ambas medidas de análisis, se resalta como surgió una asociación de algunas características lingüísticas y el rol del consultante; un ejemplo de ello se reconoce en “cuanto a la verbalización de pronombres personales, durante los Episodios de Cambio las pacientes recurrían más frecuentemente a verbalizar el pronombre personal yo (Primera persona singular) y pronombres personales como mí o me (Relativos a sí mismas)” (Valdés et al, 2011, p.26).

Para efectos de este trabajo de los resultados relevantes de esta investigación se tomarán aquellos que expresan verbalizaciones que muestran los procesos psicológicos que engloban la parte afectiva, cognitiva y conductual.

Valdés et al (2011), concluyeron que:

“tanto las pacientes como los terapeutas recurrieron más frecuentemente a verbalizar palabras que dan cuenta de Procesos cognitivos (creo, pienso, supongo, idea, entre otras), seguido de palabras que dan cuenta de Procesos afectivos (sentir, rabia, tranquila, entre otras), y palabras que dan cuenta de Procesos comportamentales (discuto, llamaré, abrazó, entre otras)” (p.26).

Finalmente señalan que los resultados obtenidos dan muestra de la existencia del trabajo psicoterapéutico continuo por parte de los actores; consultante y terapeuta, lo cual favorece el proceso de resignificación que se vuelve el preámbulo del cambio terapéutico.

En otra investigación de la Revista Latino Americana, desarrollada por Arístegui, Gaete, Muñoz, Salcizar, Krause, Vilches, Tomicic, Ramírez, (2009), titulada «Diálogos y autorreferencia: procesos de cambio en psicoterapia desde la perspectiva de los actos de habla». El objetivo de este estudio consistió en aclarar lo que ocurre en los intercambios verbales, identificando si en estos previos a “un momento de cambio en psicoterapia puede distinguirse alguna pauta ("juego")” (Aristegui et al. 2009, p. 282).

Se analizaron extractos de dos terapias de diferente enfoque, con episodios de cambio y estancamiento a partir de la teoría del cambio subjetivo. El método fue cualitativo y exploratorio, se seleccionaron y compararon 33 episodios de cambio y estancamiento; para fines de este apartado solo se destacarán los resultados relacionados al cambio, y se volverá a considerar esta investigación para señalar lo referente a estancamiento en el próximo apartado.

En el estudio de los episodios de cambio se señalan las características “dialógicas de la conversación terapéutica que suponen un juego de lenguaje autorreferencial en el cual terapeuta y consultante van construyendo una descripción de la posición del yo (sujeto) que se compromete con acciones intencionales elocutivas” (Arístegui et al. 2009, p.278).

Como parte del método de esta investigación se destacó que la muestra se tomó de dos intervenciones psicoterapéuticas de sesiones con orientación psicoanalítica y estratégica breve, ambas siendo consideradas con criterios de éxito terapéutico al

tener proceso concluido y señalarse en un cuestionario para su evaluación. En el análisis realizado por Aristegui et al (2009), delimitó los episodios de cambio y por el equipo de Actos de Habla realizaron el análisis de la conversación terapéutica a partir del lenguaje ordinario y condiciones ilocutivas de los actos de habla.

El análisis comprendió de tres pasos: “Paso (1) Una posición del consultante; Paso (2) Una posición de respuesta del terapeuta; Paso (3) Una síntesis del consultante con una nueva posición Yo, o una respuesta que vuelve a plantear la posición inicial del Paso 1” (Aristegui et al. 2009, p. 282).

Los resultados se analizaron a partir de la teoría de los actos de habla de la cual se concluyó que en episodios de cambio se presentan secuencias cerradas, orientadas dialógica y auto dialógicamente, identificadas por medio de la conversación en donde el consultante emplea el uso autorreferencial en su discurso (auto dialógico), siendo los intercambios verbales entre terapeuta y consultante emitidos por secuencias de actos de habla en donde se distingue la posición del Yo entra en diálogo con otra posición de Yo que emerge del propio consultante.

Esto permite concluir que el cambio se identifica desde la capacidad que logra expresar el consultante para hablar de sí mismo desde posiciones complejas y profundas del yo, en donde se considera una presentación de la voz interna que habla desde el significado como “uso, y desde esta perspectiva, está en el uso performativo autorreferencial” (Aristegui et al. 2009, p.287). Este proceso se describe como una voz en donde el significado cuenta con fuerza ilocutiva, la cual se vincula con la capacidad de afirmación de un hecho o una acción, que revela el cambio en los actos de habla entre el diálogo entre consultante y terapeuta.

De acuerdo con la investigación «Indicadores genéricos de Cambio en el Proceso Psicoterapéutico», desarrollada por Krause, De la Parra, Aristegui, Dagnino, Tomicic, Valdés, Vilches, Echávarri, Ben-Dov, Reyes, Altimir y Ramírez (2006), se estudiaron episodios de cambio a partir de una muestra de cuatro procesos de psicoterapia, aplicando metodología cualitativa a partir de las sesiones observadas que se presentaron videograbs. Como parte del instrumento de análisis se empleó la jerarquía de cambios genéricos que son comunes en diferentes modalidades psicoterapéuticas.

Krause et al. (2006), identificaron como resultados de su investigación que en el contenido de las psicoterapias analizadas es posible identificar el cambio genérico, y los indicadores de este se traducen en entender el momento de evolución de las

terapias y antigüedad de los consultantes en el proceso, siendo posible generar una predicción en cuanto a su proceso.

El cambio se distingue a partir de las verbalizaciones que realizan los consultantes, pues por medio sus narraciones se pueden indicar el contenido de momentos de cambio. La investigación resalta que dos líneas para comprender el cambio acorde una es por medio de los contenidos (verbales) y otra por su evolución, la primera se distingue por ser subjetivo y surge por las transformaciones de la representación de sí mismo y las relaciones interpersonales, mientras que la segunda se relaciona al proceso, en donde se muestra una secuencia de cambios sucesivos que darán lugar a un conjunto de cambios que se asocian con la fase más integrada del cambio.

Finalmente, en las conclusiones que plantean Krause et al. (2006) mencionan que en su trabajo concluyen como el cambio es en sí mismo un proceso que surge de forma subjetiva en la narrativa interna del consultante, que se va construyendo de forma progresiva a medida que va adoptando nuevos significados y se hacen visibles al observador (terapeuta) a partir de los indicadores de cambio descritos en la investigación.

Finalmente se puede concluir que estas investigaciones acerca del Cambio terapéutico logran coincidir respecto a la definición de cambio que se puede describir cómo; momentos sobresalientes de la consulta, este no suele ser lineal, ni previsible, se distingue por su carácter subjetivo en la dimensión experiencial, afectiva y conductual, puede manifestarse en nuevos significados, experiencias, relaciones, rupturas o resoluciones.

El cambio según varios autores puede nombrarse eventos significativos, episodios de cambio, insights, resignificación, momentos de encuentro consigo mismo, resolución o ruptura. Si bien las aportaciones de diferentes autores y modelos teóricos no son contradictorias entre sí, más bien aportan miradas desde diferentes perspectivas, que al final brindan una mirada más amplia para su comprensión.

Dentro de los hallazgos y aportaciones relevantes que describen estas investigaciones sobre el cambio terapéutico, se identifica que este surge en diferentes líneas: **la cognitiva** que se distingue por verbalizaciones como [pienso, creo, supongo, etc.], **la afectiva** que se caracteriza por expresiones del sentir [expresar sus afectos como rabia, tristeza, tranquilidad, etc.], y **la comportamental** que se reconoce por las expresiones de sus actos como [hice, discutí, abrace, llamaré, iniciaré, etc.].

Dentro de estos hallazgos también resulta relevante enfatizar que en la línea afectivo y contenido emocional, se identifican los cambios a partir de la resignificación afectiva, ya integración de nuevas formas de comprensión y entendimiento de sí mismo, como de lo que siente con relación a otros, y aumenta la exploración afectiva.

Dichas líneas o dimensiones del cambio se suelen reconocer desde el plano verbal -es decir en las verbalizaciones de la consultante- el cual se identifica como el momento de cambio, que surge cuando el consultante en la conversación terapéutica logra mantener una secuencia de interacción fluida con el terapeuta hacia nuevos significados y el consultante logra emplear más verbalizaciones en una posición personal, con una nueva visión en donde se destaca el posicionamiento de sí mismo; es decir desde la ***afirmación del yo, que al final nos muestran como el consultante logra elaborar una resignificación.***

Lo anterior enfatiza el lenguaje autorreferencial del consultante de acuerdo con lo que plantean las investigaciones, que compromete a acciones intencionales, por lo tanto, el cambio se presenta desde el contenido verbal (subjetivo) del consultante y a su vez se puede observar a través de su evolución que surge en el proceso terapéutico.

Si bien estas investigaciones surgieron con métodos diferentes y con perspectivas de estudio diversas, entre ellas se resalta que el cambio se ha estudiado desde comparativos teóricos-metodológicos, en análisis de intervenciones enfocando algunas la mirada en el consultante, otros en las intervenciones y en la interacción para observar y analizar el cambio desde diferentes ángulos.

En ellas se identifica que varias analizaron las intervenciones terapéuticas de diferentes enfoques, con diferente duración y se realizó un análisis de las videograbaciones en los intercambios del proceso terapéutico, lo cual brinda claridad para esta investigación de estudio de caso, pues muestra una ruta a seguir sobre cómo realizar el análisis acorde al cumplimiento de objetivos. Dichas investigaciones surgieron en un plano clínico y académico, y se realizaron posterior a los tratamientos.

De los métodos que se identificaron en estos estudios se mencionan la teoría del cambio subjetivo como guía de análisis con los Indicadores genéricos de cambio, el SCAT 1.0 empleado para analizar episodios de cambio-estancamiento, con enfoque mixto que permitió la discusión y análisis desde la comunicación terapéutica y la comunicación verbal.

Otros métodos que destacan son el Contador de palabras (LIWC, 2007), el Buscador Lingüístico para distinguir la complejidad y multidimensionalidad en la comunicación. Estos métodos empleados lograron brindar resultados interesantes que brindan aportes a esta investigación como los cambios de narrativa en los consultantes y en la dimensión emocional, considerando retomar para la presente investigación uno de ellos –los Indicadores Genéricos de cambio- que se explicaran y desarrollaran más adelante en el apartado metodológico.

1.3 Actualidades del Estancamiento Terapéutico

Se desarrolló la investigación «Los Momentos Difíciles en Psicoterapia: Una oportunidad para el cambio» por Amezaga, Ávila y Vilches (2014), la cual siguió el objetivo general “describir la percepción de los terapeutas de distintas orientaciones teóricas, sobre la relación que ellos establecían entre los momentos difíciles durante el proceso terapéutico y las características del terapeuta, del consultante, de la alianza y del contexto” (p.140). El estudio estuvo compuesto el análisis cualitativo de entrevistas semiestructuradas grabadas y transcritas de una muestra de ocho psicoterapeutas de diferentes orientaciones; cognitivo conductual, psicoanalítico, sistémico, humanista, Gestalt y Construccionalista, que cubrieron los criterios de inclusión al ser certificados como psicoterapeutas, docentes e investigadores y que estén activos en el ejercicio clínico.

Amezaga, Ávila y Vilches (2014), destacaron que los resultados obtenidos en su investigación brindan información relevante para la comprensión de los momentos difíciles en la psicoterapia, en donde los entrevistados coincidieron en la forma de explicar el concepto como situaciones complejas y particulares en la relación terapéutica. Distinguiendo algunas diferencias entre los participantes se resalta que de acuerdo con su enfoque nombran esos momentos de dificultad, por ejemplo, el modelo del psicoanálisis los nombró momentos de ruptura, quiebre, confrontación y desconexión emocional, el humanismo los describe de la misma forma que los sistémicos como bloqueo y/o impasse.

Por otro lado, la terapia dialógica construccionalista y el integrativo lo denominan como entrapamiento o dificultades de la relación lo cual obstaculiza la reflexión del consultante y las posibilidades de acción de terapeuta. Además, los entrevistados señalaron que es esperable que en la terapia ocurran estos momentos como elementos idiosincráticos para que surja el cambio en el consultante.

Finalmente, de los resultados encontrados destacaron los entrevistados que el contar con conocimientos y experiencia que se relacione a la comprensión de los momentos difíciles otorga al terapeuta la posibilidad de comprender y reconocer el funcionamiento interno del consultante para saber cómo intervenir en esos momentos.

Dentro de los resultados se enfatiza la importancia de estar atentos a cuando surge una relación terapéutica negativa, pues se desarrolla por la carencia de empatía, sincronía y confianza que llevan al fenómeno de la ruptura durante el proceso. Y puede disminuir la calidad de la interacción como aumentar los desencuentros y no permitir a que se enfrenten temas que sean difíciles al conectarse ambos terapeuta y consultante, llevando hacia la suspensión, abandono o fracaso del proceso terapéutico.

Valdés, Krause, Tomicic, y Espinosa, (2012), presentaron un estudio titulado «Expresión Emocional Verbal durante Episodios de Cambio: Análisis de los patrones comunicacionales utilizados por pacientes y terapeutas para trabajar contenidos emocionales». Del cual se realizaron tres estudios sucesivos para delimitar las características de la conversación terapéutica en el trabajo de contenidos emocionales en Episodios de Cambio y estancamiento.

El método que se utilizó fue el SCAT-1.0, para analizar 38 Episodios de Cambio y 19 Episodios de Estancamiento; constituidos por 449 turnos de palabra (haciendo énfasis en el estancamiento en este segmento). Dentro de los tres estudios se reconoce que algunas de sus aportaciones sobre estancamiento acerca de los hallazgos de las investigaciones fueron en comparar las veces en que ocurría un patrón comunicación durante los episodios de estancamiento.

Sin embargo, se dio más énfasis en señalar las incidencias que las formas de reconocer el estancamiento. Por ello algunos de los resultados que propone se destaca que hay una proporción elevada de Exploración afectiva en los momentos donde se distingue el estancamiento que surge como un patrón comunicacional empleado principalmente por el paciente distinguiendo que fueron los terapeutas quienes enfatizaron en las intervenciones un trabajo de Resignificación durante los Episodios de Estancamiento.

En la investigación desarrollada por Arístegui, Gaete, Muñoz, Salcizar, Krause, Vilches, Tomicic, Ramírez, (2009), «Diálogos y autorreferencia: procesos de cambio en psicoterapia desde la perspectiva de los actos de habla». Referida en el apartado

anterior, se destacan elementos importantes para el tema de estancamiento terapéutico, del cual retomaremos aportaciones. El estudio y comparación de los episodios de cambio en contraste con los episodios de estancamiento integra las distinciones foco de la experiencia en primera persona y simetría veritativa aplicada a la noción de performatividad-autorreferencial y la noción dialógico- auto dialógico, según la teoría del self dialógico.

Retomando los datos de relevancia sobre el método estas investigaciones se seleccionaron y compararon 33 episodios de cambio y estancamiento; de dos intervenciones psicoterapéuticas de sesiones con orientación psicoanalítica y estratégica breve, ambas siendo consideradas con criterios de éxito terapéutico. El análisis fue a partir de la Teoría de los actos de habla en donde se señalan las secuencias del diálogo terapéutico en donde se evidencian momento de estancamiento.

A partir del análisis se reconocieron resultados en donde los episodios de estancamiento se presentan secuencias abiertas en el diálogo, es decir; monológicas y perlocutivas, de las cuales no se evidencia actos de habla que manifiesten nuevas posiciones del Yo que señalen apertura a nuevas posibilidades, lo que por ende se reconoce por la ausencia de un espacio de diálogo afirmativo que señale el proceso auto dialógico, en donde sus secuencias se evidencian cerradas centradas en el Yo del pasado (problema), y cortan la simetría entre terapeuta y consultante (Aristegui et al. 2009).

En la investigación desarrollada por Fernández, Herrera, Krause, Pérez, Valdés, Vilches, & Tomicic (2012), «Episodios de Cambio y Estancamiento en Psicoterapia: Característica de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas», misma que se expuso en el apartado anterior se obtienen resultados de relevancia con relación al proceso de estancamiento; el consultante en ese momento se muestra con narraciones más cerradas y se muestra inaccesible a la influencia del terapeuta al no brindar respuesta a las intervenciones que este realiza.

Por ende, se dificulta la sincronía del dialogo terapéutico quedando carente de nuevos significados. Se reconoce además que en periodos de estancamiento el terapeuta exagera el uso de las mismas técnicas como puede ser la interpretación de forma más continua, evidenciando en el análisis de las intervenciones que se realiza

con menos asertividad, lo que impacta en el consultante al no dejarlo construir momentos de encuentro y generar sus propios significados.

Finalmente es posible concluir que en la comprensión de estancamiento como termino este es relativamente nuevo y se encuentra con mayor complejidad el acceso a información de este. Si bien, en torno a las aportaciones de las investigaciones antes referidas se identifica como desde diferentes modelos teóricos y terapéuticos se define este fenómeno; es decir el estancamiento se entiende como: *momentos difíciles en la psicoterapia, ruptura, quiebre, confrontación y desconexión emocional* desde el psicoanálisis.

Mientras que para el humanismo y sistémico este se entiende como *impasse* o *bloqueo*, desde la Terapia dialógica y construccionista se comprende como entrampe o dificultades en la relación terapéutica. Todos coincidiendo en que al final el estancamiento puede identificarse por ser un elemento que obstaculiza las posibilidades de acción del terapeuta.

El estancamiento se puede reconocer por ser un momento dentro de las secuencias verbales que son monológicas y perlocutivas, que quiere decir que son los momentos en donde el consultante habla para sí mismo, sin permitir el momento de interacción con el terapeuta, y además manifiestan que no existe apertura ante nuevas posiciones del yo. Estos momentos se distingue por la ausencia del diálogo afirmativo que hable del proceso auto dialógico, en donde las secuencias verbales del consultante se distinguen por estar centradas en el problema [el yo del pasado], y cortan la simetría entre el terapeuta-consultante.

De acuerdo con las coincidencias de estas investigaciones describen que en los momentos de estancamiento el consultante se muestra inaccesible a la influencia del terapeuta cuando no brinda respuesta a sus intervenciones realizadas, y dificulta la sincronía quedando carente de nuevos significados. Y explican dentro de sus resultados que estos momentos son complejos y a su vez esperables en el proceso terapéutico para que surja el cambio en el consultante. Se hace referencia que el terapeuta que cuenta con formación en el manejo de estos momentos sabe cómo intervenir para emplear a favor del proceso.

Al hacer mención del proceso terapéutico es interesante como los resultados que obtuvieron del análisis de procesos psicoterapéuticos en estas investigaciones, resaltan como cuando hay un momento de estancamiento no solo depende de las resistencias del consultante, sino que, se reconoce en el proceso una elevada

exploración afectiva, que surge en un patrón comunicacional en donde se observa que el terapeuta suele exagerar en el uso de las mismas técnicas, como pueden existir intervenciones con menor asertividad que impactan en el consultante sobre sus propios y nuevos significados. Por lo cual señalan que es importante la observación y atención a cuando puede surgir una relación negativa, en donde se observen carencia de empatía, sincronía y confianza entre terapeuta-consultante, puesto que estos elementos pueden llevar a la ruptura u abandono del proceso.

Otro elemento que se distingue de las investigaciones es el método con el cual se empleó su análisis, que dentro de las revisadas resaltan dos que son relevantes para la presente investigación; la Teoría de actos de habla y el SCAT-1.0, que sirvieron para efectuar un análisis de los turnos de habla dentro de las intervenciones terapéuticas, y distinguir factores interesantes que permiten ubicar el estancamiento. En las investigaciones se reconoce que la mayoría se concentró en analizar intervenciones clínicas de procesos concluidos y de diferentes modelos terapéuticos, brindando un panorama de comparación entre modelos importante.

En conclusión, el objeto de estas investigaciones brinda una mirada sobre los elementos investigados, la forma de hacer análisis y de reconocer-nombrar los momentos de estancamiento, los cuales brindan una ruta que sirve como modelo para este estudio de caso, pretende poder brindar aporte de los contenidos de las verbalizaciones terapéutico que señale el estancamiento, con fin de poder ampliar la descripción de estos momentos.

Marco Teórico

En este apartado se profundizará en los antecedentes sobre Cambio, Estancamiento terapéutico y TLP como temas centrales de esta investigación en donde se detallará su definición propuesta por diferentes autores para tener una comprensión más amplia sobre que son, cuáles son las características que los definen, así como las diferentes propuestas teóricas para describir estos conceptos. Además, se detallarán las principales contribuciones de la psicoterapia para explicar los diferentes abordajes y formas de identificar-medir el cambio y estancamiento de forma objetiva y subjetiva, así como las maneras de brindar tratamiento, como medición de los elementos de cambio y estancamiento terapéutico.

Cambio Terapéutico

Para hablar de cambio terapéutico se hará una aproximación sobre las investigaciones que se enfocaron en desarrollar el termino de cambio en psicoterapia; se pretende describir un marco conceptual acerca de lo que se entiende por cambio, y diferenciar los tipos de cambios se pueden observar en el proceso terapéutico. Durante el desarrollo se tomarán diferentes aportes teóricos que nos permiten acercarnos a comprender el cambio durante el proceso psicoterapéutico, con el fin de poder describir los elementos que son importantes para comprender el cambio, y así encontrar las coincidencias.

1.1 Antecedentes para el estudio del Cambio

Si bien para definir y conceptualizar el cambio es relevante conocer el momento en que surge el interés en estudiarlo como un proceso de la psicoterapia, el cual toma relevancia para las investigaciones actuales, puesto que permiten diferenciar los tipos de cambios, y segmentarlos.

A partir de la comprensión en el área académica para producir investigaciones relacionadas a como reconocer y analizar el cambio en psicoterapia, se distingue que dentro del campo de la psicología clínica existen muchos modelos psicoterapéuticos, en donde cada uno propone diversas teorías y explicaciones sobre el funcionamiento mental y sus recursos. Si bien, coinciden en un mismo objetivo que es generar en el consultante alguna modalidad de cambio. Reconociendo claro que el tipo de cambio

no es el mismo, pues cada modelo cumple con su propia conceptualización de cambio y su forma de reconocerlos (Gómez, Juan, Manubens, Roussos, 2017)

De acuerdo con Duarte, Martínez y Tomicic (2019), exponen que en los años 80 se consideraba una etapa importante para la investigación en psicoterapia con relación al cambio, en donde el paradigma desde el cual se observaba el cambio era por medio de los resultados, haciendo una diferenciación con relación a los estudios sobre el proceso terapéutico.

Si bien se identificó que con el pasar del tiempo se logró integrar ambos caminos de estudio sin generar una diferenciación entre los resultados y el proceso terapéutico, dando como desarrollo a la *investigación en procesos de cambio*. Esta línea de investigación puntualizó la importancia de evaluar el cambio terapéutico en el interior del proceso (sesiones) y en sus efectos (resultados), y a su vez se enfoca en la identificación, descripción, explicación y predicción de los procesos que surgen para lograr el cambio terapéutico (Duarte, Martínez y Tomicic, 2019).

Además, Krause (2005) explica que en medio de ese contexto se rescatan aportaciones en donde se evidenció el “interés por estudiar eventos o episodios relevantes en las sesiones de psicoterapia comienza a adquirir importancia, dando origen a un amplio número de conceptualizaciones teóricas y empíricas” (Citado en Duarte, Martínez y Tomicic, 2019, p. 254). Moncada (2007), coincide con lo anterior, pues a su vez expone como el cambio terapéutico se ha vuelto un fenómeno al cual se le ha hecho énfasis para su estudio.

1.2 Conceptualización de Cambio

En el desarrollo del concepto de cambio se hace un recorrido acorde al proceso histórico y para esta investigación resulta relevante retomar las aportaciones de distintos autores que fueron estudiando este proceso en la psicoterapia.

Tal es caso del Psicoanálisis, siendo Freud (1912), el primero en desarrollar postulados en donde expone la mirada de comprensión del cambio. Explica que la fuerza inconsciente que posee el hombre influye en sus actos, como resultado de las vivencias y experiencias de vida, que cumplen el objetivo de lograr la satisfacción de sus deseos y necesidades, al no estar satisfechas las necesidades de la persona, se desarrollan los mecanismos de defensa y *el trabajo de la terapia consistirá en lograr el cambio; que tendrá que surgir a partir de la «modificación de los mecanismos de defensa»* (Citado en Chávez, 2020).

Para que se logre el movimiento del consultante se debe identificar de dónde vienen esos mecanismos y hacer que el consultante lo vuelva consciente (Citado en Chávez, 2020). Por lo tanto, es posible ubicar que *el cambio para Freud se identifica a partir de la modificación de los mecanismos de defensa*, que consiste en que el consultante logré identificarlos; es decir hacerlos conscientes, lo cual se logra en compañía del terapeuta.

Otro de los autores clásicos en el mundo de la psicología y psicoterapia que enfatiza su propuesta para definir el cambio es Rogers (1978), que desarrolla el concepto de «**captación intuitiva**», que hace referencia a la capacidad de la persona de percibir y apreciar desde otra perspectiva la situación que considera problema. Este proceso radica en un cambio experiencial, el cual no puede entenderse cognitivamente por el cliente, sino que por el contrario se integra a su experiencia. Y una vez que se es consciente de ella, la propia conducta sufre una transformación.

Este proceso de captación intuitiva se convierte en un recorrido donde el cliente llega a experimentarse lo suficientemente libre; ocurre de manera gradual, a medida que el cliente gana fuerza psicológica y se vuelve capaz de advertir nuevas percepciones. Tal como lo describe Rogers, “el crecimiento progresivo es autocomprensión, surge gradualmente, poco a poco, a medida que el individuo va desarrollando suficiente fuerza psicológica como para resistir nuevas percepciones.” (1978, p.147).

Además, describe que cuando el cliente se vuelve capaz de aceptar y vivir sus sentimientos, en lugar de negarlos, le resultará satisfactorio ir adquiriendo una apreciación genuina de sí mismo; como unidad integrada (Rogers, 1961). Al referir que la captación intuitiva es un proceso gradual, es importante señalar puede surgir en medio de una sesión de psicoterapia, como ser progresivo durante el acompañamiento. Lo cual aporta un grado de consciencia mayor, al llegar a la naturaleza profunda y significativa de la persona.

Por su parte Elliott (1984) en sus estudios se concentró en identificar el cambio a partir de lo que él llamó «**episodios relevantes-eventos significativos**», que pueden entenderse como aquellos eventos que sobresalen de la experiencia psicoterapéutica, siendo una respuesta, una reacción específica, una intervención, interacción, acto o fenómeno que resulta favorable a la experiencia subjetiva del terapeuta/paciente (Citado en Duarte, Martínez y Tomicic, 2019). En la propuesta de Elliott (1984) y Elliott & Shapiro (1992), especifican que los episodios

«*relevantes/eventos significativos*», se distinguen por ser recordados y reinterpretados por el paciente/terapeuta aun terminada la psicoterapia. Al estudiarlos el enfoque se centra en identificar y explorar “la percepción que tiene el cliente sobre momentos importantes ocurridos durante el proceso psicoterapéutico, sean estos de ayuda u obstaculizadores” (Duarte, Martínez y Tomicic, 2019, p.254).

A partir del análisis de estos eventos es que resulta posible acceder a la comprensión del proceso del cambio terapéutico, el cual surge gracias los pasos anteriores que formulan la posibilidad de que el paciente llegue a lograr el insight o eventos de empoderamiento que se vuelven «eventos significativos» acorde a lo que narran Timulak y Elliot, (2003) (Citados en Duarte, Martínez y Tomicic, 2019).

Otros autores que retomaron el concepto de «**eventos significativos**» fueron Martin & Stelmaczek, (1988) ellos los describen como aquellos momentos que favorecen a niveles de mayor comprensión y exploración de sentimientos, como expresión de nuevos comportamientos. De igual forma, en otras investigaciones realizadas por Martin, Paivio y Labadie (1990), concluyeron que los «eventos significativos» que resultan mayormente recordados por los pacientes se distinguían por un lenguaje profundo, metafórico e imaginativo en comparación con otros momentos de su proceso en psicoterapia (Duarte, Martínez y Tomicic, 2019).

Moreira (2001), también nos propone desde el humanismo una mirada del cambio, el cual se reconoce como el desarrollo del «**habla auténtica**»; que se formula por primera vez de forma idéntica al pensamiento; dicha habla nos trasmite los pensamientos presentes que conectan con las emociones actuales, esta habla surge de la descripción, y nos narra más lo real, lo que nos lleva a obtener avances más significativos para el cliente, posibilitando a través de la autenticidad la capacidad de generar insight (el cambio), como el descubrimiento de algo nuevo, de descubrir una emoción y conocimiento escondido a su consciencia hasta ese momento.

A su vez Moreira (2001), explica que el cambio se reconoce cuando la persona-cliente sea capaz de verse como parte del entorno en el que vive, en donde se auto complementan; el hombre es el mundo, como el mundo es el hombre. Moreira, rescata entonces que la movilidad al *cambio sería por medio de la capacidad de integración del hombre entre lo real y lo imaginario*, generando un proceso de adaptación constante que brinde mayor integración de sí mismo.

Otra propuesta para definir el cambio terapéutico es la que realiza Greenberg, (1984), centra su trabajo en la terapia focalizada en las emociones, explica que para este modelo terapéutico “el mecanismo central de cambio es **«el procesamiento de la emoción»** y los procesos emergentes de asignación de sentido” (Greenberg et al, 2008) (Citados en Duarte, Martínez y Tomicic, 2019, p.255). Proponiendo que el cambio emerge cuando el individuo logra cambiar una emoción con otra emoción que le ayude a lograr bienestar al individuo y consecuentemente a lograr más integración consigo mismo, creando nuevas experiencias.

Perls (2008), sostiene “que el cambio puede producirse cuando el sujeto abandona, siquiera por un momento, la idea de lo que quisiera llegar a ser, **e intenta ser lo que es**” (p.108). Para Perls (1994), el proceso terapéutico debe llevar al consultante al punto en donde este sea capaz de no seguirse interrumpiendo a sí mismo, hasta el punto en que ya no sea neurótico. Los cambios buscados traen muchas veces resistencias y polaridades que impiden el funcionamiento e insatisfacción a través de la experiencia presente. En otras palabras, ir integrando sus polaridades, la conceptualización de Perls (1994), sobre el cambio conlleva a realizar una integración cada vez más amplia y profunda del yo, surgiendo un autoconocimiento.

Perls (2008), describe en sus postulados sobre Terapia Gestalt que el cambio surge en *el aquí y en el ahora*, en las verdades subjetivas y la experiencia perceptual, en donde el entorno del consultante también cumple un rol para lograr el movimiento en su pensamiento, las acciones en sus relaciones y la interacción que tiene con el entorno-organismos que le permiten autorrealizarse.

Daniel Stern y el Boston Study Process Change Group (BCPSG; 1998, 2004, 2010), explican el cambio en psicoterapia con el término **«momentos de encuentro»** que para estos autores ocurre en el plano intersubjetivo por medio de la “transformación del conocimiento relacional implícito del paciente (BCPSG, 2010)” (Duarte, Martínez y Tomicic, 2019, p.260). El cambio se concibe desde el dominio explícito, declarativo o verbal consciente –aquel en el cual se hace consciente lo inconsciente mediante el uso de diversas herramientas y técnicas terapéuticas tales como la interpretación, entre otras (Duarte, Martínez y Tomicic, 2019).

Para Laudo (2013) y Díaz y Flores (2001), definen que el cambio se entiende al conseguir que la **«narrativa del consultante sea diferente»**, caracterizándose por la introyección, y se pueda mantener un diálogo más congruente de sí mismo, que

mantenga menor ansiedad, y a su vez mayor claridad en su exploración individual sobre quien es, que siente, que piensa, que cree. Lo que citan estos autores es una explicación sobre como la transformación de las narrativas puede lograr que el consultante sea más capaz de manifestar su necesidad de cambio o si bien la esperanza de este, a partir del reconocimiento de sus actitudes y acciones que brindan la movilidad y la diferenciación de sus emociones (Citados en Chávez, 2020).

El Programa Chileno de Investigación en Psicoterapia y Cambio (2012), describen que el cambio puede distinguirse a partir del concepto «**Momento de Cambio (MC)**», el cual se entiende por ser un evento significativo verbalizado, que manifiesta un progreso/avance en la terapia, y a su vez se vincula con “outcome” que en sí mismo es un final positivo de la terapia. A su vez describen que los MC solo se refieren a los cambios que se observan en cada consultante, pudiendo ser intra; durante la sesión de terapia, y extra-sesión; momentos fuera de terapia, los cuales son expresados por el consultante, y se vinculan al trabajo terapéutico previo, acorde a este artículo se distingue que el MC corresponde al final de un episodio de cambio en el consultante.

Moreno (2014), expone que en la teoría de los sistemas se propone que el cambio surgirá a partir de «**la intervención que genere la morfogénesis**» en la homeostasis del sistema, para lograr que las pautas de interacción se modifiquen. Es decir que se tendrá que generar movimientos en la funcionalidad del problema, para que se rompa el equilibrio y pueda producirse un cambio que favorezca a modificar las pautas de interacción que el consultante presenta consigo mismo y con su entorno.

Para el enfoque sistémico, al retomar a Peggy Papp (1988), se reconoce que el cambio no surge como solución única a un problema, sino que por el contrario se da como un «**dilema a resolver**». “El cambio impone un precio y plantea el interrogante de cuáles serán las repercusiones para el resto del sistema” (Papp, 1998, p.25, Citado en Chávez, 2020, p.18). A su vez en este modelo Boscolo y Bertrano (2000), definen que el cambio se comprende a partir del cumplimiento la meta con estas comunicaciones es que el consultante salga de la rigidez y se abra a opciones y soluciones brindadas durante el proceso (Chávez, 2020, p.18).

En la propuesta narrativa, Payne (2002) y White (1988), retoman que el cambio terapéutico se observa con la «**modificación de la narrativa**» del consultante, en donde su historia saturada del problema modifique su relato dominante, y este logre

soltar cualquier etiqueta que tiene sobre sí mismo, para sentirse libre de reescribir y relatar su historia (Citados en Chávez, 2020).

Krause, Altimir y De la Parra (2015), expresan que el cambio se relaciona con la **«transformación de la teoría subjetiva»** que tiene el consultante de sí mismo, es decir sobre sus síntomas, sus problemas, sus acciones. Que surgen en el plano representacional. Estas transformaciones se asocian a la vez, con cambios emocionales y comportamentales (Krause, Pérez, Altimir & De la Parra, 2015).

Krause et al. (2006) concluyen como el cambio es en sí mismo un proceso que surge de forma subjetiva en la narrativa interna del consultante, de construcción de nuevos modos de interpretación y representación de sí mismo y de la realidad, que se reflejan en forma cognitiva, afectiva y valórica en el sujeto, así como en su comportamiento. Estos cambios se van construyendo de forma progresiva a medida que va adoptando nuevos significados y se hacen visibles al observador (terapeuta) a partir de los indicadores de cambio descritos en la investigación.

Las aportaciones de Duarte, Martínez y Tomicic, (2019), una vez que analizaron las propuestas teóricas para definir y comprender el cambio terapéutico, concluyen que la forma más sintética *para definir el cambio terapéutico es a partir de los momentos sobresalientes de la sesión desde la mirada clínica, pues no ocurren de forma recurrente y tampoco se consideran predecibles, o que surjan de manera lineal*. El cambio se alude a una dimensión subjetiva de la experiencia personal del consultante y puede surgir en diferentes términos, sean de significados, narrativas, experienciales y/o emocionales, relacionales, eventos significativos, rupturas y resoluciones.

De acuerdo con Chávez (2020), el cambio puede verse a partir de la generación de un vocabulario más amplio, que brinda al consultante la posibilidad de tener métodos más efectivos para contactar y comprender lo que siente, sus recursos internos y como utilizarlos en su favor, haciendo énfasis en como la narrativa del consultante es esencial describir el cambio.

Finalmente es posible concluir que el cambio terapéutico termina siendo muy amplio en las diversas definiciones y concepciones de este. De acuerdo con los autores referidos el cambio puede nombrarse como: modificación de los mecanismos de defensa, captación intuitiva, eventos-momentos significativos, episodios de cambio, insight, resignificación, momentos de encuentro consigo mismo, resolución, cambio de narrativa, momentos de encuentro, entre otros antes expuestos. Si bien las

aportaciones de diferentes autores y modelos teóricos no son contradictorias entre sí, más bien aportan miradas desde diferentes ángulos y perspectivas, que al final brindan una mirada más amplia para su comprensión.

Por lo tanto, se puede distinguir que en la comprensión del cambio terapéutico lo que se busca es identificar como el consultante logra integrar en su conciencia nuevos elementos de sí mismo, que le permiten mayor comprensión de su propia subjetividad evidenciado en sus pensamientos, sentimientos y acciones diferentes frente a su problema.

1.3 Tipos de Cambio Terapéutico y sus características.

En secuencia con el apartado anterior el cambio en su definición misma describe diversidad en la forma en que puede ser reconocido y entendido desde la psicoterapia y por distintos autores, puesto que puede verse en modificación del pensamiento, sentimientos-emociones, acciones y relaciones, como en mayor integración de la conciencia, cambio en la narrativa frente al problema, entre otros.

Para algunos autores es sencillo reconocer que el cambio surge con pasos que van logrando mayor integración de la conciencia, o de la profundidad en que el cambio logra instaurarse en el consultante durante el proceso terapéutico. Por ello se mencionan algunos desarrollos teóricos que explican desde diferentes maneras los tipos de cambio terapéutico que pueden surgir, las características y como observarlos:

De acuerdo con Doss (2004), se reconocen tres elementos dentro del cambio, el **proceso de cambio, mecanismo del cambio y resultados finales**. El primero tiene que ver con los aspectos de la terapia que ocurren durante las sesiones como resultado directo de las tareas asignadas durante la terapia con las siguientes mejorías que surgen en el mecanismo del cambio y en este.

A su vez Doss (2004), que explica que en este primer elemento **«proceso de cambio»**, existe dos delimitaciones, uno se enfoca en el proceso de cambio terapéutico; este se distingue por ser las intervenciones directivas y construcciones terapéuticas que se caracterizan por la hipótesis como elementos activos del tratamiento y construyen en lo subsecuente proceso de cambio de paciente.

La segunda delimitación es el proceso de cambio de paciente; que se reconoce por ser la conducta y experiencia de este que ocurren como resultado directo del proceso de cambio terapéutico y que se espera mejoría en el mecanismo de cambio,

con la excepción de tareas específicas asignadas por el terapeuta, el proceso de cambio debe de medirse durante las sesiones.

El segundo elemento es **mecanismo del cambio**; el cual se reconoce por ser modificaciones-cambios intermitentes en las características del paciente o habilidades, que no se ven relacionadas a la influencia directa del terapeuta, que se espera lleven a mejorías como resultados de la terapia. Finalmente, **los resultados** finales se obtienen al completar las dos fases anteriores, y así poder evidenciar el resultado del trabajo realizado para promover en el consultante (Doss, 2004),

En el estudio realizado por Krause et al (2006), en donde desarrollar la propuesta de «**los Episodios de Cambio**» (EC), se expone una mirada de reconocimiento hacia la distinción del cambio terapéutico. Explican que las características de dichos episodios se reconocen por ser son segmentos de la sesión en los cuales se puede reconocer un Momento de Cambio, como evento final y resolutorio. Los EC se consideran a su vez como un intercambio comunicacional, en el que se distinguen intenciones “dialógicas de la conversación terapéutica que suponen un juego de lenguaje autorreferencial en el cual terapeuta y consultante van construyendo una descripción de la posición del yo (sujeto) que se compromete con acciones intencionales elocutivas” (Aristegui et al. 2009, p.278).

“Los EC se conceptualizan como segmentos de la terapia que implican transformaciones en la subjetividad del consultante, cuyo contenido es de una complejidad creciente y puede ser rotulado de acuerdo con la de Indicadores de Cambio Genéricos” (Krause et al., 2007, Citados en Fernández et al, 2012, p. 6).

Krause et al (2006), mencionan que se caracterizan también por tener límites temporales y variables, pueden durar desde un par interacciones hasta un tiempo de 20 a 40 minutos, o también extenderse a más de una sesión. Al delimitar estos episodios se enfrenta uno a una tarea compleja puesto que puede delimitarse y analizarse desde diferentes perspectivas; desde el consultante, el terapeuta, un observador o combinando las alternativas.

Retomando lo anterior propuesto por Krause et al (2006), mencionan que los resultados encontrados sobre el cambio evidencian que éste es un proceso que ocurre en etapas sucesivas; el cual comienza antes de la terapia y continúa después del término de esta, combinando factores intra y extra terapéuticos.

Referente a los Indicadores genéricos de cambio antes mencionados, se reconocen por ser los niveles de cómo se desarrolla el cambio y a su vez una

clasificación de los tipos de cambio, siendo unos más superficiales que surgen al principio de la terapia y otros profundos que nos demuestran los avances del trabajo terapéutico y capacidad de consultante de generar conciencia, como desarrollo de nuevas narrativas, habilidades y acciones subjetivas que nos evidencian el crecimiento personal (Krause et al, 2006). A continuación, se hace una breve descripción de los Indicadores genéricos de cambio que proponen Krause et al, (2006):

- **Etapas de búsqueda de ayuda:** esta es previa al inicio de la psicoterapia, acorde a lo investigado se observa la frecuencia del comienzo de los primeros cambios como; la aceptación de los propios límites y la conciencia de la necesidad de ayuda. Nota, si no surge antes del proceso de terapia, se trabaja en las primeras sesiones de consulta.
- **Una vez que inicia la psicoterapia:** se identifican cambios en la disminución de una desmoralización, se identifica en el consultante una remoralización, mejoría, sentimiento de competencia, capacidad de reconocer que puede manejar sus propios problemas. Observando cambios reconstructivos y cognitivos en esta etapa, en donde también se distinguen modificaciones del pensamiento sobre una autopercepción crítica, patrones de interpretación, se abre lugar a la duda para cuestionar las creencias.
- **En los cambios representacionales-Aceptación del terapeuta como un profesional competente:** se observa la importancia de desarrollar significados compartidos entre el consultante y terapeuta, en donde el consultante asume que sus síntomas y problemas serán comprendido desde una mirada psicológica, en donde surge una resignificación de los problemas y se derivan dos características que son: “la redefinición de expectativas y metas terapéuticas y la aceptación del terapeuta como un profesional competente en relación con la propia problemática” (Krause, 2005; Thompson & Hill, 1993) (Citado en Krause et al, 2006, p. 307).
- **Cambios adicionales:** en secuencia al trabajo terapéutico que surge de manera posterior el cambio se observa cuando el consultante asume

su propia participación y responsabilidad en sus problemas y situaciones de su vida que lo llevaron a buscar ayuda.

- **Las nuevas representaciones:** surgen en el plano cognitivo acorde a la propuesta de Krause (1992) y afectivas según refieren Greenberg, Rice & Elliott, (1993). Estas representaciones son parte transcendental del cambio terapéutico genérico y se distinguen por presentar cambios: en la expresión de sentimientos, valorizaciones del consultante sobre su vida personal dentro del proceso terapéutico, así como en lo que dicen con relación a sus síntomas y problemas. Otra forma de evidenciar el cambio en esta línea se describe como insight, darse cuenta del problema, generar una nueva perspectiva, que brinda significados de contenido cognitivo, afectivo y valorativo.
- **Percepción de autoeficacia:** esta propuesta surge por parte de Bandura (1977), que si bien se reconoce como uno de los cambios genéticos que se distinguen en diferentes abordajes terapéuticos y hablan de la auto representación del consultante.
- **Construcción de esquemas conceptuales:** se entienden por ser las explicaciones o teorías que construye el consultante sobre sus problemas, los cuales se distinguen por generar un gran avance dentro del cambio terapéutico, que además aportan experiencias de satisfacción o éxito por medio de insight, expresión emocional, nuevas formas de relación y comportamientos que evidencian un avance. En esta fase acorde a Krause (1992^a) se describen tres etapas:

“a) Establecimiento de conexiones entre síntomas, experiencias vitales, (actuales y pasadas) motivaciones, afectos y conductas. b) La elaboración de constructos subjetivos sobre sí mismo, la propia biografía y la relación con otros. c) La construcción de “teorías” sobre sí mismo y la relación con el mundo, incluyendo la propia historia de vida” (Krause, 1998, Citado en Krause et al, 2006, p.307).

(Véanse enlistados los 20 en el apartado de método)

A partir de lo anterior se reconocen en términos generales los elementos esenciales para la distinción de los Indicadores genéricos de cambio (Krause et al, 2006). Se destacan los aspectos narrativos dentro de la psicoterapia estos cambios

se consideran como la “reautoría” de aspectos de la propia historia” (Krause et al, 2006, p.307), desde el cual los consultantes logran gestionar diferentes formas de vivir frente a su problema.

Por otro lado, Greenberg (2012), en unos de sus trabajos describe que el cambio terapéutico ocurre al darle sentido a las propias emociones, a través de seis principios básicos que se exponen a continuación el propone la comprensión y características para que surja el cambio terapéutico. Estos principios son:

1. **Toma de conciencia:** es el pilar fundamental, “tomar conciencia y simbolizar experiencia emocional en palabras proporciona acceso a la adaptación información y la tendencia a la acción en la emoción” (p.703). Esto involucra la identificación de la experiencia corporal que se vincula con la emoción.
2. **Expresión:** Esta es comprendida más allá del desahogo, el interés de se centra en “involucrarse el cuerpo en promulgaciones que promueven la sensación interna de la propia acción y una forma de simbolizar en la acción. La expresión va más allá de la conciencia” (p.703). Apuntando al cambio en superar la evitación de la experiencia y así lograr unos cambios a nivel fisiológico, psicológico y auto organización.
3. **Regulación:** la habilidad de tolerar y regular la experiencia emocional es otro de los procesos de cambio importantes. Estas habilidades involucran el identificar, etiquetar, permitir y tolerar emociones. Así como establecer distancia de trabajo, calmarse a sí mismo, respirar, lograr distracción, aumentar emociones placenteras. “Otro aspecto importante de la regulación implica desarrollando habilidades auto calmantes implícitas para que las emociones se regulan a medida que se generan” (p.704).
4. **Reflexión:** surge en la experiencia emocional, y favorece al consultante a dar sentido a sus experiencias, promoviendo además la asimilación de su propia narrativa. “La reflexión ayuda a crear un nuevo significado y desarrollar nuevas narrativas para comprender la experiencia y ver nuevos patrones” (p.704)
5. **Transformación:** se considera como el elemento de mayor importancia al trabajar en terapia con emoción, al promover el cambio de emoción por

emoción que le ayude a lograr bienestar al individuo. “Aplica más específicamente transformar emociones desadaptativas primarias tales como el miedo y la vergüenza, deshaciéndolos, activando otras más emociones adaptativas como la ira asertiva, la tristeza de pena o compasión por uno mismo” (p.704). Al gestionarse con el tiempo la coactivación de la emoción más adaptativa, esto favorecerá a transformar la emoción desadaptativa deshaciéndola, no reemplazándola.

6. **El cambio de emoción por nueva experiencia:** esta se considera la llave del camino del cambio, en donde una vez cubiertos los puntos previos Esta logra “proporcionar tranquilidad interpersonal u ofrecer nuevas experiencias de éxito puede corregir patrones establecidos en épocas anteriores” (p.705)

Señalando estos seis principios Greenberg propuso comprender que el cambio terapéutico surge por medio del movimiento emocional, para ser efectivo y duradero deberá de guiarse por dichos principios para comprender a su vez la génesis del cambio en sí mismo. Greenberg (2012), concluye que las emociones van tomando diferentes roles en determinadas situaciones del proceso, y surgen bajo una necesidad que se manifiesta en el comportamiento.

Además, señala que el cambio no se puede promover sin que exista previamente en el consultante la esperanza o anhelo de ser ayudado, por ello en el análisis se destacó que conforme se sumergió en el deseo de ayuda el consultante fue manifestando sus necesidades expresando su ser y sentir, que favoreció a la capacidad de verbalizar lo que necesita para efectuar el cambio (Citado en Chávez, 2020).

A su vez Greenberg (1984) y Rice (1974), generan una propuesta de aproximación para el estudio de procesos de cambio, basada en los eventos claves, que se definen como un episodio terapéutico que se constituye por cuatro fases:

- a) Marcador de la problemática del paciente: se reconocen por ser enunciados de las verbalizaciones del consultante que existe un problema o conflicto.
- b) Operación del terapeuta; que corresponde al conjunto de intervenciones para sugerir y promover la solución al problema.
- c) Respuesta del consultante: como atiende a las intervenciones del terapeuta.

- d) Resultado inmediato: ocurre intrasesión, al integrar o resignificar nuevas ideas, pensamientos, emociones y experiencias, a partir de la observación propia. (Citados en Duarte, Martínez y Tomicic, 2019).

Estos eventos claves, suelen ser diferentes, con variaciones en la duración; como “tres turnos de palabra que implica un intercambio o interacción entre los participantes (paciente-terapeuta-paciente) hasta un episodio que corresponda a la mayor parte de la sesión, o incluso que dure varias sesiones” (Greenberg, 1984; Rice & Saperia, 1984, En Duarte, Martínez y Tomicic, 2019, p. 255).

Por lo tanto, se reconoce que el consultante es el principal actor para que surja el cambio, se le considera como elemento activo, comprometido con la tarea de resolver su problemática “De esta manera, los eventos claves de cambio se pueden definir como una secuencia de interacción paciente-terapeuta clínicamente significativa que involucra un punto inicial, un proceso de trabajo o desarrollo, y un punto final” (Greenberg, 2007, En Duarte, Martínez y Tomicic, 2019, p. 256).

Duarte, Martínez y Tomicic, (2019), después de retomar las propuestas de algunos autores, describen que el cambio surge de forma progresiva, en etapas que van de un orden menor a mayor, cada etapa consecutiva implica un proceso de mayor abstracción y complejidad.

La comprensión de los cambios que surgen en un principio de la consulta ocurre de manera progresiva, tal es el caso de la toma de conciencia sobre la conducta problemática del consultante, esta puede implicar un proceso de complejidad que lleve a la deconstrucción de maneras previas disfuncionales de interpretar y comprender el propio problema. Por lo tanto, el cambio de conciencia involucra un proceso de mayor nivel que se consolidará con la construcción de nuevos significados, acciones y formas de relacionarse con su problemática.

Por otro lado, Grinberg y Grinberg (1993) especialmente describen algunas de las características para comprender el cambio; refieren que este se reconoce en el proceso terapéutico por la posibilidad de generar/lograr experiencias que se consideran como amenazadoras para el consultante, evidenciando síntomas como: ansiedad, confusión, evitación, depresión y miedo a la pérdida de identidad, entre otros (Citados en Chávez, 2020).

1.4 Factores de la relación terapéutica que promueven el cambio

Dentro de diversos estudios e investigaciones en el área de la psicología, como en la psicoterapia que se han enfocado al cambio terapéutico, se resalta y hace énfasis en un factor que promueve el cambio, y no depende del consultante; se destaca importancia en la relación terapéutica como factor promotor en el cambio terapéutico. En este apartado se retoman algunos de los postulados teóricos que explican la influencia.

Ortiz (2009), expone que “independientemente de la orientación teórica, la forma en que los terapeutas se relacionan con sus consultantes es responsable del 30% del éxito del tratamiento” (p. 60). Tomando en cuenta este porcentaje se considera relevante como la mirada sobre el cambio terapéutico debe visualizar la importancia de cómo se promueve este proceso en la terapia.

Martínez (2020), explica que la alianza terapéutica favorece al consultante para que este genere adherencia al tratamiento y logre adquirir nuevos significados, conductas, formas de resolver conflictos, y realice ajustes en su estilo de vida, que como resultado impulsan al cambio y lo motivan a permanecer en el proceso.

De acuerdo con Krause y Dagnino (2006), la relación terapéutica es el contexto y lugar en donde se impulsa los cambios principales de los consultantes, por lo cual al analizar esta relación se logra generar mayor comprensión al proceso de cambio. Se identifica que en la relación de ayuda existe asimetría como elemento de la estructura y a su vez una condición que se vuelve favorecedora ante el cambio. Dicha asimetría surge cuando el consultante reconoce su necesidad de ayuda, otorgando al terapeuta la definición de experto y a su aceptando su propio proceso de autocrítica, siendo elementos que aportan significado al contexto de la relación, en donde implica algunos parámetros que dan posibilidad a lo que se construye la realidad.

Krause et al (2006), describen que la alianza terapéutica, se considera como un elemento central en el proceso de cambio; en donde se le otorga protagonismo por la posibilidad de predicción que brinda ante los resultados de la terapia, además de distinguir una gran responsabilidad para la efectividad. Misma que se puede evidenciar a la luz del proceso, y la intervención, haciendo manifiesto la permanencia del consultante en terapia, como de su capacidad para generar introspección con la guía de terapeuta.

Siguiendo este eje de comprensión, Rogers (1993) enfatiza que el foco esencial para que los clientes manifiesten un avance es la calidad de la relación que

mantienen y la alianza terapéutica que se va construyendo, para Rogers el que un terapeuta pueda mostrarse auténtico, pueda demostrar una real empatía y su no directividad son esenciales para que el consultante se sienta aceptado incondicionalmente.

Rogers (1961) explica que “comprender los significados del cliente supone esencialmente una actitud de querer comprender. Seeman, halló que en la psicoterapia el éxito está asociado con el creciente agrado y respeto mutuo que surge entre el cliente y el terapeuta [...] lo importante son las actitudes y sentimientos del terapeuta y no su orientación teórica” (p.50).

Establecer una relación psicoterapéutica en interacción y comunicación, está basado en tres actitudes esenciales:

1. **Congruencia y coherencia:** ser genuino, es decir, ser honesto con el cliente
2. **Empatía:** la capacidad de ponerse en el lugar del otro y comprender sus sensaciones, desde su marco de referencia interno
3. **Respeto y libertad:** aceptar al cliente por quién es y mostrar una consideración positiva incondicional.

Además, explica que “cuando el orientador se mantiene alerta constantemente, no solo al contenido que expresa, sino a los sentimientos también, y responde fundamentalmente al nivel afectivo, le da la sensación al cliente de ser profundamente comprendido, le capacita para expresar nuevos sentimientos y le conduce eficazmente y sin rodeos a las raíces emocionales de sus problemas.” (Rogers, 1978, p 121). La labor del terapeuta para promover la captación intuitiva en el cliente es fundamental, puesto que es quién guía y provoca a que el cliente exprese sus actitudes y sentimientos hasta que la captación intuitiva, así como la comprensión surjan de manera espontánea; el terapeuta animara por medio de preguntas y técnicas de entrevista a que el cliente se anime a la expresión más completa de sus propios sentimientos, que permitan la reorganización del yo.

Acorde a la propuesta del Enfoque centrado en la Persona (ECP), que desarrolla Rogers, se describe que gracias a la relación terapéutica (alianza terapéutica) surge la curación; puesto que en medio de la relación que el consultante establece con el terapeuta es capaz de empezar a crear nuevas posibilidades de interacción que le permitan experimentarse capaz de hacer frente a las distintas circunstancias o situaciones de la vida. Además, Rogers describe:

“He llegado a sentir que cuanto más libre de juicios y evaluaciones pueda mantener una relación, tanto más fácil resultará a la otra persona alcanzar un punto en el que pueda comprender que el fondo de la evaluación y el centro de la responsabilidad residen en sí mismo” (Rogers, 1961, p.59). Con esto Rogers, enfatiza entonces en su propuesta que la relación terapéutica, en sí misma la calidad de la alianza entre cliente y terapeuta, favorecerá al alcance y logros que formula el cliente en su proceso, y por ende reconocemos que se determina como un elemento central del cambio terapéutico.

White y Epston (1993) desde las aportaciones del modelo sistémico resaltan que la labor de la terapia deberá enfocarse en hacer visible los discursos dominantes, a través de los cuales se limita, desvaloriza o categoriza la experiencia de las personas. En este sentido la relación psicoterapéutica es una labor de equipo; el terapeuta co-construye junto con el consultante nuevas historias, acerca de sí mismo y su relación con los demás.

Al separar el problema de la identidad de la persona, el terapeuta contribuye a la deconstrucción del problema, a través de preguntas que ayuden a la persona a ir construyendo nuevas ideas, creencias respecto al problema, de manera cómo lo reconstruye. Es a partir de que esa relación de interacción profunda, que el consultante y el psicoterapeuta forman una sólida alianza terapéutica, generando una nueva experiencia, externalizando de manera distinta la misma problemática.

A su vez en la perspectiva sistémica se resalta que la relación terapéutica se busca que sea una relación complementaria y cercana, favorezca como guía para promover la retroalimentación “positiva o negativa”, que favorece al consultante a formalizar cambios de segundo orden. El terapeuta se integra al sistema siendo un elemento externo que gestiona la morfogénesis, dentro de la homeostasis de este. Desde la epistemología cibernética, tanto el paciente como el terapeuta interactúan en juego dialéctico, y se necesitan recursivamente; para que uno y otro se modifique, favoreciendo a un espacio de aprendizaje en ambos miembros (Moreno, 2014).

A su vez la terapia narrativa, enfatiza elementos importantes para considerar la relación terapéutica como favorecedora del cambio, debido a que procura ayudar a la persona a recobrar la convicción de que controla su vida, o al menos a resquebrajar su certeza de que no tiene posibilidad de controlarla (Payne, 2002, p. 69).

Para Perls (1994), la relación llevará un objetivo importante, es que el consultante tenga los recursos necesarios, con la finalidad de que pueda lograr una versión más integrada de su persona y se pueda trabajar sobre de ello. El terapeuta debe ser sensible a la superficie que presenta el paciente, de modo que la capacidad de darse cuenta más amplia del terapeuta se puede convertir en el medio ambiente en el cual el paciente puede incrementar la propia capacidad de darse cuenta.

Fernández et al (2012), distinguen que en los Episodios de Cambio (EC) cuando hay una prevalencia de lenguaje asertivo por parte del terapeuta, en respuesta el consultante se muestra más receptivo, esto surge al momento de estar en la interacción para la construcción de nuevos significados y visión centrada en sí mismo.

En los hallazgos de su investigación se reconoce que, durante los EC, surge un intercambio dialógico fructífero entre consultante y terapeuta, en donde ambos logran construir nuevos significados y ayuda a que el consultante logre una nueva posición de Yo. Por lo tanto, las observaciones de Fernández et al (2012), nos hacen énfasis en un elemento de relevancia frente al cambio terapéutico, la importancia de la relación y vínculo que se construye en el proceso entre consultante-terapeuta.

Valdés et al (2011), en los resultados obtenidos de su investigación que demuestran que en los Episodios de Cambio, se evidencian cambios en los procesos psicológicos que engloban la parte afectiva, cognitiva y conductual, que a su vez se evidenciaba un intercambio interesante en medio de la relación consultante-terapeuta; identificando en sus intercambios comunicacionales “tanto las pacientes, como los terapeutas recurrieron más frecuentemente a verbalizar palabras que dan cuenta de Procesos cognitivos (creo, piense, supongo, idea, entre otras), seguido de palabras que dan cuenta de Procesos afectivos (sentir, rabia, tranquila, entre otras), y palabras que dan cuenta de Procesos comportamentales (discuto, llamaré, abrazó, entre otras)” (p.26). Que demuestran cómo puede identificarse en el proceso las formas y características con las que se presenta el cambio terapéutico.

Estancamiento Terapéutico.

2.1 Conceptualización del Estancamiento.

Al hablar de estancamiento terapéutico realmente se está haciendo referencia un término relativamente nuevo, en el mundo de la psicología y psicoterapia, si bien en este apartado se pretende describir y definir las diferentes formas de comprender este fenómeno, para más adelante profundizar en su función dentro del proceso terapéutico.

Fernández et al (2012) expresa que hay aportaciones teóricas y de investigación que han hablado de este tema estancamiento, como parte de los elementos esperados en algún momento en la psicoterapia reconocido como los “momentos de la terapia que dificultan el cambio o que se oponen a éste, conceptualizados como **“momentos difíciles”** durante el proceso terapéutico (Herrera, Fernández, Krause, Vilches, Valdés, & Dagnino, 2009)” (p.6). Amezaga, Ávila y Vilches (2014), brindan información relevante para la comprensión de los **momentos difíciles** en la psicoterapia, coincidieron en la forma de explicar el concepto como: *situaciones complejas y particulares en la relación terapéutica*.

Fernández et al (2012) expresa que el estancamiento puede distinguirse por ser **«episodios de estancamiento»**, que “se caracterizan por la detención temporal del proceso de cambio del consultante, debido a la reedición de un patrón disfuncional de éste durante la sesión terapéutica (Herrera et al., 2009)” (p.6). Dicha redición que se menciona se caracteriza por ser persistente ante las formas de comportamiento, pensamiento y emociones frente al problema. Los episodios de estancamiento también se distinguen por la falta de construcción de nuevos significados, formas de interpretar o de representar la realidad. Fernández et al (2012), señalan que el interés al igual que en los episodios de cambio, en este caso también se centra en el consultante, independientemente de las acciones u omisiones del terapeuta.

Al hablar del Episodio de Estancamiento, y sus características es posible reconocer que en estos no se genera un contexto de diálogo- ni auto diálogo terapéutico que brinde opciones diferentes ante el problema. Se reconoce por la falta de escucha del consultante, no existe intercambio entre terapeuta-consultante y por ende no se pueden construir nuevos significados (Fernández et al, 2012).

Estos Episodios de Estancamiento, surgen en diferentes periodos de tiempo, principalmente durante la sesión, en donde se observa que existe una detención en el proceso de cambio del consultante, la cual suele ser de forma temporal, a causa de la permanencia y repetición de su problema, así como en la continuidad de sus patrones de comportamiento y funcionamiento (Fernández et al, 2012).

Otra forma de definir el estancamiento es desde la propuesta de Etchegoyen (1986), que lo define como la **«Impasse»**, está es una palabra francesa, que significa “callejón sin salida, y se la emplea cuando algo que se desarrollaba normalmente se traba de pronto y se detiene” (p.738). Para Etchegoyen (1986), este se reconoce porque el trabajo analítico está activo, en donde el proceso se cumple con el paciente

asociando, el analista interpretando, hay cumplimiento del encuadre y se observa que el proceso no avanza, ni retrocede.

La Impasse surge por múltiples razones, “no es resistencia incoercible ni tampoco error técnico” (Etchegoyen, 1986, p.739). En el análisis del Impasse se hace referencia a es común encontrar fallas dentro del encuadre y la relación de analista, sucediendo como dos de las posibles para su desarrollo, sin embargo, estas razones aparecen siempre superpuesta o indefinidas.

Finalmente, Etchegoyen, concluye en su definición de impasse psicoanalítica es más precisa y se refiere a ella como:

“un concepto técnico, comporta una detención insidiosa del proceso, tiende a perpetuarse, el setting se conserva en sus constantes fundamentales, su existencia no salta a la vista como resistencia incoercible o error técnico, arraiga en la psicopatología del paciente e involucra la contratransferencia del analista” (p.740).

Freud (1920), empezó a reconocer el fenómeno de impasse, sin embargo, en ese tiempo no logró definirlo de tal manera, puesto que, en su trabajo al observar ese callejón sin salida, lo llevó a que modificara drásticamente sus teorías. Fue así como surgió el concepto de “**repetición**” que se le impone en 1914 y lo lleva seis años después a postular un instinto de muerte, sin duda arraiga en la dificultad clínica de hacer progresar a ciertos pacientes” (Etchegoyen. 1986, p.741). Además, en las aportaciones teóricas de Freud (1913) creyó resolver el fenómeno de «**repetición**», en su libro Hombre de los lobos en donde realiza un análisis planteando que este fenómeno surgía por “la repetición al instinto de muerte y al (cruel) superyó del quinto capítulo de El yo y el ello (19236). Allí describe Freud, magistralmente, la reacción terapéutica negativa, cuya relación con el impasse es tan evidente que a veces hasta se los da por sinónimos” (Etchegoyen. 1986, p.741).

Otra mirada del Impasse (como proceso de estancamiento), es la propuesta que realiza Maldonado (1983), que amplía la comprensión de este fenómeno, explica que se evidencia una relación entre impasse y narcisismo; en donde dicho impasse responde a una fantasía en concreto del paciente, que no da nada al analista. Para el proceso de la terapia se requiere la comunicación en donde se puntualiza que el otro existe, y esto es lo que muestra el narcisismo en el impasse, la negación de que el otro existe. Por lo tanto, Maldonado, expresa que el impasse “no comunica nada, no tiene valor simbólico, no es significativo” (Etchegoyen, 1983, p.742). Finalmente

resalta que en las verbalizaciones del paciente con esta patología se observa que está cargado de una disminución y ausencia de representaciones que configuran la imposibilidad del añadir nuevas.

Para Safran y Muran (2000), una forma de definir el estancamiento fue a partir de reconocer las **«rupturas en la alianza»**, que se describen como un "cambio negativo en la calidad de la alianza existente o como la dificultad para establecerla" (Samstag, Muran y Safran, 2004, p. 188) (p.39). A su vez explican que para que se identifica en estas rupturas una influencia bidireccional entre paciente-terapeuta, es decir traen consigo al proceso terapéutico los estilos propios de relacionarse, que surgieron por las propias experiencias relacionales previas, dando como efecto y resultado esa ruptura en la alianza, que hace una pausa al proceso de interacción terapéutica.

Safran y Muran (2000), exponen que la "identificación y el procesamiento de estas rupturas con el paciente juegan un papel fundamental en la exploración y, en última instancia, en la reestructuración de los esquemas relacionales desadaptativos de los pacientes" (p.43).

Mellado, Suárez, Altimir, Martínez, Pérez, Krause, & Horvath, (2016), describen que los **«episodios de estancamiento»**, pueden definirse como eventos, en donde el proceso de cambio se pausa-detiene de manera temporal (sin tiempo definido), en donde se dejan de construir nuevos significados por parte del consultante. Además, dichos episodios manifiestan una repetición de manera recurrente de "patrones cognitivos, emocionales y/o conductuales desadaptativos del cliente que se relacionan con sus problemas y que temporalmente frena el proceso de cambio (Fernández et al., 2012; Herrera et al., 2009) (Citados en Medallo et al, 2016, p. 4).

Algunas investigaciones proponen reflexionar y comparar sobre las formas en las que se define el estancamiento, tal es el caso de Amezaga, Ávila y Vilches (2014), quienes explican como las dificultades en psicoterapia, se consideran de forma diferente acorde a cada perspectiva teórica, para algunos "señalan un contenido reprimido importante (Freud, 1926), para otros las dificultades podrían ser un propulsor de cambio (O'Hanlon, 1993), o una señal del paciente al terapeuta para que cambie el foco o la forma de sus intervenciones (Norcross, 2002)" (p.135).

Amezaga, Ávila y Vilches (2014), continuaron con la distinción algunas diferencias en la forma de nombrar los momentos de dificultad (de estancamiento para

esta investigación), entre los diferentes enfoques teóricos, por ejemplo: el modelo del psicoanálisis los nombró momentos de Impasse, ruptura, quiebre, confrontación y desconexión emocional. El humanismo los describe de la misma forma que los sistémicos como bloqueo y/o impasse, por otro lado, la terapia dialógica construccionista y el integrativo lo denominan como entrampe o dificultades de la relación lo cual obstaculiza la reflexión del consultante y las posibilidades de acción de terapeuta. Además, señalan que es esperable en el proceso terapéutico la presencia de estos momentos difíciles, para que surja el cambio en el consultante.

Finalmente, Amezaga, Ávila y Vilches (2014), destacaron cuando el terapeuta cuenta con conocimientos y experiencia que lo vincule con la comprensión de los momentos difíciles (el estancamiento), le brinda la posibilidad de comprender y reconocer el funcionamiento interno del consultante para tener claridad sobre como intervenir en esos momentos. A su vez puntualizan la importancia de que el terapeuta debe de tener atención a distinguir cuando surge una relación terapéutica negativa, que se diferencia de los momentos difíciles, puesto que de ser así que se de ese tipo de relación negativa se desarrolla por la carencia de empatía, sincronía y confianza, evitando la indagación en temas profundos y difíciles, lo cual puede que lleven al fenómeno de la ruptura durante el proceso, suspensión, fracaso y abandono.

2.2 Características del Estancamiento.

Al revisar en el apartado anterior las diferentes definiciones y conceptualizaciones del estancamiento, resulta preciso ampliar su comprensión, identificando algunas características que lo distinguen en el proceso de la psicoterapia y si se vincula con alguna relación al cambio.

De acuerdo con Muran (2002) las rupturas de la alianza resaltan los patrones relacionales disfuncionales entre paciente-terapeuta, si bien se reconoce que algunos elementos que caracterizan a dichas rupturas son como círculos viciosos que llevan la reproducción intrasesión y extra-sesión, es decir que surgen con el terapeuta y con las relaciones significativas, que permite distinguir la manera de funcionar y relacionarse del paciente. Por lo tanto, al identificar las rupturas de la alianza, es posible identificar durante el proceso terapéutico, las oportunidades para traer al análisis los procesos disociativos de la conciencia, cuestionarlos y desafiar las creencias patológicas adscritas a un esquema disfuncional, que permitan mover la ruptura a una resolución o reparación de la alianza.

Se observa que en cuando surgen los episodios de estancamiento, hay un movimiento en el terapeuta, pues intenta iniciar una interacción productiva, y se observa que se equivocan-fallan, observando tanto en el consultante como el terapeuta desconexión y falta de coordinación, en términos de la ruta a seguir en el trabajo terapéutico para que este se desarrolle adecuadamente (Medallo et al, 2016).

De acuerdo Fernández et al (2012), en los episodios de estancamiento se reconocen características en donde el terapeuta se dedica a seguir más el discurso del consultante en su expresión verbal básica, logrando asentir más que negando o clarificando y haciendo menos intervenciones. A su vez expresa que en dichos episodios se observa al terapeuta como el único que propone nuevos significados, sin encontrar sintonía-eco en el consultante. También expresan que existen ciertas características para reconocer un episodio de estancamiento; contener actualidad, congruencia verbal al estancamiento, se presentan con una duración mínima de tres minutos y con una distancia mínima de 10 minutos de algún episodio de cambio.

Sintetizando algunas de las características planteadas por Fernández et al (2012), se distingue que los episodios de estancamiento “los terapeutas intentan buscar nuevos significados, pero sus pacientes mantienen su narrativa, permaneciendo orientados a la entrega de información más que a la construcción de algo nuevo” (p.18). Identificando que en el análisis de la interacción verbal de ambos en el proceso de terapia se reconoce como paciente-terapeuta aumentan sus verbalizaciones que hacen referencia a tercera persona y a la relación terapéutica.

Conforme a lo que exponen Aristegui et al (2009), en los Episodios de Estancamiento, el paciente manifiesta un discurso más cerrado, sin permitir la influencia del terapeuta mostrándose impermeable a sus aportaciones, sin brindar respuesta/eco en sus intervenciones, encontrando una dificultad en el diálogo alternativo y en conjunto la obstrucción para generar nuevos significados. En dichos episodios de estancamiento, también se observan características interesantes con relación al diálogo terapéutico: se presentan secuencias abiertas en el diálogo, es decir; monológicas y perlocutivas, de las cuales no se evidencia actos de habla que manifiesten nuevas posiciones del Yo que señalen apertura a nuevas posibilidades, lo que por ende se reconoce por la ausencia de un espacio de diálogo afirmativo que señale el proceso auto dialógico, en donde sus secuencias se evidencian cerradas centradas en el Yo del pasado (problema), y cortan la simetría entre terapeuta y consultante (Aristegui et al. 2009).

Aristegui et al. (2009), También explican que hay una identificación en los episodios de estancamiento que no se relaciona únicamente al consultante, si no que a su vez se observa en el terapeuta continuamente repite el uso de una sola técnica; un ejemplo sería que se enfoque interpretando más y a su vez se distingue que en estos episodios este se encuentre descuidando un poco la forma de empleo de las técnicas, haciéndolo con menor asertividad o empatía. En ambos casos se identifica que alejan al terapeuta y consultante de la posibilidad de construir momentos de encuentro o de la relación, dando como resultado posible que el cambio no se desarrolle de manera fluida, encontrando además en el terapeuta menor libertad para ser el mismo, que se concreta en cumplir su rol (Aristegui et al. 2009).

Finalmente, Aristegui et al (2009), concluyen en sus aportaciones de las características sobre los Episodios de Estancamiento, que ambos actores consultante-terapeuta se desvían parcialmente del foco en el paciente, es decir se centra el foco en actores externos (otras personas), a diferencia de los momentos de cambio. Identificando esto cuando el consultante se enfoca en un largo periodo a describir como los otros lo afectan y la conversación terapéutica no logra desviar el foco al propio consultante, y por ende el terapeuta participa en esa dinámica observándose perpetuada.

Amezaga, Dávila y Vilches (2014), describen en su investigación que después de entrevistar e indagar sobre las intervenciones de terapeutas, ellos coinciden que los momentos difíciles (el estancamiento), se considera como una oportunidad para progresar en el proceso terapéutico, en donde se implican la alianza terapéutica, en conjunto con el contexto, técnicas y personalidad del terapeuta y paciente.

Trastorno Límite de Personalidad (TLP)

En este apartado se busca profundizar en la comprensión del TLP, desde un breve histórico que se ha tenido para describirlo y definirlo, además de exponer algunos de los tratamientos que proponen diferentes modelos terapéuticos con el fin de lograr mayor comprensión de la problemática, para después en el área de análisis de esta investigación construir reflexiones sobre los elementos del cambio y estancamiento terapéutico que pueden surgir en consultantes con estas características de personalidad.

3.1 Antecedentes teóricos para la comprensión y definición del TLP

Para conocer los antecedentes del Trastorno límite de personalidad, es preciso recorrer algunas aproximaciones que fueron dando posibilidad en el mundo de la psicología, psiquiatría y psicoterapia determinar un rasgo importante de características de personalidad que presentan las personas, para lograr formular su comprensión y tratamiento.

Kraepelin (1905), narró los estados mentales patológicos, observando que su énfasis lo enfocó al área de la personalidad en donde describió los pilares para su comprensión como formas intermedias de psicosis, argumentando su idea de la continuidad de la psicosis entre los estados mentales de personalidad patológica (Escribano, 2006). Kretschmer (1926), también desarrollo una propuesta en similar, él refiere la existencia de una dimensión con estadios intermedios entre la esquizofrenia a la psicosis maniacodepresiva, encontrando en dichos estadios personalidades patológicas con diversidad en su gravedad, dependiente de su proximidad con un extremo a otro (Escribano, 2006).

Si bien, en el mundo de la patología se abrió una brecha de interés al tratar de descifrar el surgimiento de los trastornos de personalidad, y para ello es preciso delimitar que se entiende por personalidad:

“es un término que deriva del griego (prósopon) y del latín (personare, persona), que originalmente era sinónimo de “personaje”, y se designaba con ello la máscara utilizada por los actores de teatro que les permitía no sólo amplificar su volumen de voz, sino también ocultar su verdadero rostro (Polaino-Lorente, Cabanyes y Armentia, 2003)” (Escribano, 2006, p.5).

De acuerdo con la definición de personalidad es posible pensar que los trastornos de personalidad son visibles como un personaje, es decir el individuo pasa por diferentes circunstancias en su vida en las que opta por ponerse una máscara.

Para comprender con mayor profundidad el concepto de personalidad aterrizado a la psicología, una descripción interesante y neutralizada es la que nos propone Allport (1975), quien describe la personalidad como una integración de los rasgos y características de la persona que expresan su forma de comportarse. También explica que está se desarrolla en el individuo por medio de la interacción con e influencia de características sociales, ambientales y biológicas que permiten la explicación, regulación y permanencia del comportamiento (Montaño, Palacios & Gantiva, 2009).

A su vez Allport (1975), expone que para comprender la personalidad se debe de reconocer que se conforma por dos conceptos: temperamento y carácter que son parte de ella; el temperamento que se compone por factores genéticos-hereditarios y nos muestran elementos emocionales que generalmente producen respuestas impulsivas ancladas a la respuesta inmediata que puede ser con distinta intensidad, lo cual puede variar acorde a las exigencias socioambientales. Mientras que al referirse al carácter se comprende como la organización que posee la persona que se fundamenta por medio de juicios de valor y la integración de los aprendizajes obtenidos de la interacción social, en el carácter según Lluís (2002), podemos encontrar una mezcla de sentimientos, valores que la persona adquiere a lo largo de su vida y desarrollo, que toma por medio de la interacción social, que suele reconocer la diversidad en que puede surgir adapta a cada persona y su forma de percibir la realidad (Montaño, Palacios & Gantiva, 2009).

Siguiendo la aportación anterior, se reconoce entonces que la personalidad se ve constituida desde este paradigma por dos elementos fundamentales; el temperamento que nos habla de un factor biológico e inmodificable, que se da de forma innata, y el segundo siendo el carácter se considera como un factor aprendido, con características socioambientales que pueden ser modificables.

Hans Eysenck (1970), “definió la personalidad como una organización estable y perdurable del carácter, del temperamento, del intelecto y del físico de la persona, lo cual permite su adaptación al ambiente” (Citado en Montaño, Palacios & Gantiva, 2009, p.92). Construye esta definición proponiendo que la base de la personalidad se compone por tres dimensiones: “introversión-extroversión, neuroticismo (síntomas relacionados con la ansiedad) y psicoticismo (conducta desorganizada)” (Montaño, Palacios & Gantiva, 2009, p.92). A partir de estas explicaciones de la personalidad y algunas dimensiones de esta, es posible comprender algunas formas comunes para clasificar similitudes en los individuos, que permitieron empezar a esbozar coincidencias y diferenciación de las variaciones sobre la personalidad.

Al hablar de personalidad en el área de la psicología y psicoterapia podemos reconocer a grandes autores que han buscado describirla y a su vez han desarrollado postulados teóricos nutridos para comprender la profundidad de esta desde diferentes paradigmas y perspectivas. Si bien, con la finalidad de retomar el concepto de personalidad en esta investigación para describir aquellos elementos que conforman a la misma, retomar un poco los postulados previos mantiene una forma más

generalizada de describir la personalidad, para así seguir profundizando en las características propias de los rasgos de TLP.

Una de las primeras aproximaciones que buscaban explicar este fenómeno de personalidad límite fue la realizada por Bonet (1684), quien siguiendo las investigaciones previas determinó una unión entre los términos de impulsividad y los estados de ánimo inestables, clasificándolos en un síndrome al cual nombró «folié maniaco-melancolique». Consecutivamente, otros autores como Falret y Baillarger (1854), tomaron el término y lo modificaron a «folie circulaire» y «folie a doublé forme» de manera respectiva, para hablar de su característica variable de la persona, logrando estas descripciones en contraste con sus estudios en paciente con depresión e ideas suicidas (Escribano, 2006).

Kraepelin (1921), retomando sus postulados sobre su descripción de estados intermedios de psicosis, desarrolló el término de «personalidad excitable», narrando síntomas muy semejantes a la definición actual de TLP (Escribano, 2006). De la misma manera Schneider (1923), propuso el término de «personalidad lábil» para personas con síntomas fluctuantes y más tarde Kretschmer (1925), describe como características la volubilidad emocional impredecible como rasgo identificador de este tipo de personalidad denominándole personas con «temperamento mixto cicloide-esquizoide» (Escribano, 2006).

Si bien, los primeros autores que empezaron a formular de manera más precisa el término que hoy conocemos de Personalidad Límite fueron Charles H. Hughes (1884) y Adolf Stern (1938), el primero lo describió como “campo fronterizo de la personalidad (entendiéndose que en un campo los límites son menos precisos) y el segundo como trastorno límite de la personalidad, haciendo alusión al hecho de que los síntomas podrían estar «enfascados»” (Camarena y Herrera, 2021, p.31). Recordando como este término se empezó a vislumbrar a medida que designaron un intermedio entre la neurosis y psicosis, además se reconoce que término límite transmite un nivel intermedio-moderado frente del funcionamiento de la personalidad de acuerdo con Milton, (1969, Citado en Escribano, 2006).

Por otro lado, Reich (1925), completó que la forma de reconocer este trastorno puede suceder a partir de la observación, entendiendo que “estas personas como sujetos que manifestaban una predominancia de agresión infantil, un narcisismo primitivo y con graves alteraciones del Superyó” (Escribano, 2006, p.8).

Desde el modelo psicoanalítico, resulta interesante la propuesta de Otto Kernberg (1967), quien realizó una significativa aportación para el diagnóstico del TLP, al definirla “como una organización de la personalidad, en un nivel intermedio entre los pacientes más graves con una organización psicótica y aquellos más sanos con una organización neurótica” (Camarena y Herrera, 2021, p.31).

Espinosa (1996), definió la concepción tradicional de la personalidad límite como una personalidad fronteriza entre la neurosis y la psicosis, donde participan las características de ambas sin ser plenamente ni una ni otra (Camarena y Herrera, 2021, p.32).

Una vez que se delimitó el término de trastorno de personalidad límite, surgió para varios autores otras formas de nombrarlo, incluso retomando postulados previos, todos con la intención de nombrar opciones: “tales como personalidad inestable, personalidad cicloide, trastorno ambivalente de la personalidad, trastorno impulsivo de la personalidad o trastorno lábil de la personalidad que podrían resultar más adecuadas” (Millon y Davis, 1998, Citados en Escribano, 2006, p.8).

Escribano (2006), concluye que el TLP en la actualidad se considera como un trastorno complejo y a su vez heterogéneo, que surgió ante la necesidad de poder identificar, comprender, atender y categorizar a un grupo de personas que presentan un patrón de inestabilidad afectiva e interpersonal, en conjunto con una marcada inestabilidad e ira, sin presencia del control de sus impulsos, que no era posible encajar en los trastornos tradicionales. Además, Camarena y Herrera (2021), describen que este trastorno “ha a profundidad en el campo clínico y en las últimas cuatro décadas resalta su presencia en el área de la neurobiología” (p.31).

3.2 Características de Personalidad Límite y clasificación para el diagnóstico

Las personas que presentan características de TLP, experimentan dificultades emocionales y relacionales que se advierten en la interacción con otros, a causa de la desregulación emocional disminuyendo la capacidad de efectuar cambios en su vida diaria, y así mismo se observan fases continuas de estancamiento en el problema, considerando que en la actualidad el TLP resulta una problemática de gran incidencia en la población.

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en el Manual DSM-V (2014), define el TLP 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” (p.364).

Otras características que se registran son la tendencia a presentar conductas compensatorias para evitar el desamparo ya sea real o imaginario, inestabilidad al establecer relaciones interpersonales que oscilan entre la idealización a la devaluación, frecuencia de comportamiento suicida y/o automutilación. Además, la impulsividad destaca como rasgo identificador en distintas áreas de su vida (sexo, alcohol, drogas, compras), combinándose con la inestabilidad afectiva que se presenta con episodios de disforia, irritabilidad, dificultad para controlar la ira y ansiedad (APA, 2014). Para identificar que una persona tenga este diagnóstico acorde a DSM-V se requiere cumplir con cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
(Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5.)

2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.

3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.

4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).

(Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5.)

5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.

6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).

7. Sensación crónica de vacío.

8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

(APA, 2014, p.673).

En el trastorno límite de personalidad es importante ubicar cuales de dichos síntomas-criterios que nos permiten distinguir y diferenciar de otro diagnóstico a este trastorno, algunos de los más representativos de este trastorno son: *la inflexibilidad, inestabilidad, desadaptación, impulsividad y disminución del desempeño o funcionalidad de la persona*, que nos manifiestan las variables comunes que nos ayudan a diferenciarlo de otros, si bien más adelante se retomará algunos puntos que nos ayudan a reconocer comorbilidades, como las variables de diferenciación con otros trastornos.

Puntos importantes también dentro del diagnóstico es identificar la edad de inicio de los síntomas y su temporalidad, puesto que son indicadores que aportan gran relevancia en su diagnóstico y nos permiten conocer las situaciones medioambientales que predisponen a padecer este trastorno.

Se reconoce que, a diferencia de otros trastornos, el trastorno límite de personalidad, se considera el más complejo y con frecuencia uno de los más difíciles, incluso se considera el trastorno más recurrente y representativo en este momento histórico, en comparación con estadísticos con trastornos como esquizofrenia o bipolaridad. Se identifica por su necesidad de atención relacional-social, muestra un desarrollo emocional carente, así como madurativo. Un elemento de relevancia es la presión que causa en las personas que lo padecen, además de impactar directamente en el entorno familiar y social, en consecuencia, a su gran complejidad que resulta demandante convivir con los desequilibrios emocionales continuos, aportando un índice de sufrimiento alto (Escribano, 2006).

En el trastorno de personalidad, se reconocen diferentes factores para reconocer su desarrollo en la persona, encontrando elementos de alto impacto como son los elementos psicosociales, familiares en donde se distingue el “resultado de una relación transaccional entre la vulnerabilidad constitucional del individuo y la irrupción de estresores psicosociales en periodos de mayor riesgo (infancia y adolescencia), durante el proceso madurativo” (Camarena y Herrera, 2021, p.32-33).

Además de estos elementos para reconocer la génesis del trastorno en investigaciones recientes se descubren también factores neurobiológicos importantes; incluyendo el genético, así como deterioro o alteraciones en algunas áreas cerebrales. Si bien, se reconoce que en cada caso se identificarán cuáles factores se cumplen y cuáles no, en este sentido algunos consultantes podrán

presentar elementos de índole relacional más evidentes que otros (Camarena y Herrera, 2021).

Para algunos autores hablar del TLP es señalar un trastorno del desarrollo, pues se suele presentar en la transición de la adolescencia a la vida adulta. Además, se reconoce que la persona con este diagnóstico suele evidenciar falta de regulación y presencia de actitudes como “rabia, negativismo, oposicionismo ante la autoridad o sus pares” (Camarena y Herrera, 2021, p.33). En estas personas se identifica una fuerte inestabilidad en las relaciones interpersonales, en donde de forma frecuente se evidencia el conflicto tendiendo a desprenderse fácilmente del trabajo, proyectos, deseos, la pareja y familia, y así mismo tratando de recuperarlos.

Prades y Romero (2015), exponen algunas características del TLP, al explorar los estilos de apego que desarrollaron durante sus primeras etapas de vida, y se reconoce que, en los estilos de apego, en “especial los estilos ambivalentes y desorganizados, y como éstos tienen que ver con ciertas características sintomáticas. El apego desorganizado y el trauma en la infancia se han ligado a los trastornos disociativos, y tratamos de rastrear esta relación” (p.62).

Al analizar las historias relatadas por personas con TLP respecto a su infancia, encontraron elementos para identificar las características de relevancia en torno al ámbito familiar, relacional y personal que se vinculan con el estilo de apego y se pudo encontrar que no existe mucha diferencia entre el apego desorganizado con el ambivalente en relación al desarrollo del TLP, lo que se encuentra es que el entorno invalidante, hostil, paradójico dentro de la infancia, así como vivencias de abuso y violencia son un factor común en el desarrollo de estos estilos de apego y en consecuente con el objeto de estudio que es el TLP (Prades y Romero, 2015).

Dentro de sus resultados relevantes de su investigación Prades y Romero, (2015), destacan que las personas con TLP describen que “la invalidación y descalificación era alarmante y continuada, y se sumaba a otras carencias; en otros, la falta de valoración era más sutil e iba unida a una sobreprotección” (Prades y Romero, 2015, p.67), haciendo referencia al entorno sociofamiliar en el que crecieron.

Millon y Everly (1994), en su obra describen al TLP como el trastorno más complejo y frecuentemente uno de los más graves (Escribano, 2006). De acuerdo con Cervera, Haro y Martínez-Raga, (2005), han declarado al TLP como el trastorno emocional más característico del siglo XXI, y se observa vinculado al resultado de “una sociedad instalada en la inmadurez, la banalidad y la falta de cohesión” (Citados

en Escribano, 2006, p.34). Recordando además que este trastorno impacta de gran manera a quien lo padece y a su entorno sociofamiliar.

Siever & David, (1991), describen un elemento de interés en sus aportaciones, puesto que han enfatizado su interés en los elementos psicobiológicos base de la psicopatología como son la agresión impulsiva y la inestabilidad afectiva. Además de otros síntomas como “las serias dificultades para el desapego, las manifestaciones disociativas, los cuadros micro psicóticos y las deficiencias neuropsicológicas” (Camarena y Herrera, 2021, p.33)

Al hablar de la génesis y comprensión del TLP, se ha señalado por diversos autores la evidencia de alteraciones neurobiológicas, en donde se han encontrado resultados como alteración genética y en los neurotransmisores que se vinculan con el sistema límbico; especialmente observados en “el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. Este eje representa un sistema fundamental de respuesta al estrés” (Camarena y Herrera, 2021, p.34). En diversos estudios se ha demostrado que la crónica exposición al estrés altera el funcionamiento de este eje dentro del sistema límbico y se le asocia a efectos similares al trastorno por estrés postraumático (TPPT). Además, existen una correlación de estas alteraciones neurobiológicas con los antecedentes de maltrato, que recibe durante la infancia en un nivel psíquico, físico y emocional (incluyendo el abuso sexual) el paciente que presenta el trastorno. (Camarena y Herrera, 2021).

De acuerdo con la Fundación de la Universidad Nacional Autónoma de México, se identificó que el TLP lo padecen alrededor del 2% de la población mundial (Camarena y Herrera, 2021). En los datos reportados por la Secretaría de Salud de México se calcula que el 1.5% de la población mexicana cumple con este diagnóstico (Secretaría de Salud, 2018). Y se identifica mayor frecuencia de este diagnóstico en el sexo femenino, al ser mujeres el 75% de las personas diagnosticadas.

Por otro lado, Espinosa, Blum & Romero (2009), describen que el TLP dentro de la población psiquiátrica presenta una prevalencia que va de un 11 a 20%. Además, refieren que los registros de pacientes psiquiátricos con este diagnóstico representan 20% de los hospitalizados y que la frecuencia en cuanto a sexo es más alta en mujeres con respecto a los hombres y el diagnóstico se suele generar antes de los 40 años. Por otro lado, describen que entre un 60 y 80% de los pacientes presentan comportamientos autolesivos, siendo el riesgo suicida un factor común dentro de este trastorno, considerándose estas conductas autolesivas como la causa más frecuente

para la hospitalización. Se identifica que aproximadamente un 10% de la tasa de suicidio consumado se presenta en pacientes menores de 30 años.

Camarena y Herrera (2021), mencionan que dentro de las investigaciones revisadas y comparadas se identifica al TLP por la elevada prevalencia dentro de los registros de servicios ambulatorios, como en atención hospitalaria, lo que además se diferencia por desplazar la incidencia en comparación con la esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar. Lo cual lo sitúa como un trastorno grave, que afecta la vida de quien lo padece como la de sus familiares y la sociedad. Dentro de sus hallazgos señalan como se relacionan con elementos de etiología “la exposición a medios ambientes adversos durante la infancia [...] entre los que se encuentran el abuso sexual, físico y psíquico extremos” (Camarena y Herrera, 2021, p.36).

Como parte de los elementos relevantes que se distingue de diversos estudios y elementos estadísticos del trastorno límite de la personalidad, se identifica que este afecta de manera más recurrente a mujeres al tener un porcentaje más alto de presentar este diagnóstico que en hombres (Camarena y Herrera, 2021). Además, se reconoce que en un comparativo de incidencias este padecimiento ha pasado a ser un trastorno protagónico que se presenta a recibir atención en los servicios de salud mental ambulatorios y en los de mediana estancia durante los últimos años. Evidenciando una vinculación con la exposición a entornos y ambientes adversos en la infancia, “entre los que se encuentran el abuso sexual, físico y psíquico extremos” (Camarena y Herrera, 2021, p.36).

En general, al revisar los aportes de diferentes autores y reconocer las características que utilizan para definirlo, se observa que entre ellos existe una coincidencia referente a la descripción de los trastornos de personalidad; estos surgen de manera sintomática y clínica, cumplen con un factor evolutivo y dinámico. Si bien al mirar únicamente al TLP se distingue que por su complejidad y sintomatología este debería de considerarse como una entidad individual, dentro de los trastornos de personalidad (Camarena y Herrera, 2021),

3.3 Tratamientos y la evolución del consultante

Gunderson y Gabbard (2000), señalan que los pacientes con TLP suelen tener un recorrido variable en su capacidad de lograr estabilidad, identifican que durante la juventud suelen ser más inestables y con el tiempo, además de los tratamientos terapéuticos van ganando estabilidad. “Habitualmente se recoge que 1/3 de los

pacientes se cura, entendiendo por ello que consiguen una estabilidad por debajo de sus condiciones potenciales previas" (Citado en García, 2007, p.351).

En promedio durante los primeros 15 años del inicio del trastorno, es posible distinguir como los consultantes logran desarrollar relaciones estables (García, 2007). De tal manera se identifica como un paciente con TLP tiende a experimentar un proceso psicoterapéutico largo para lograr estabilidad emocional, debido a las características propias de su personalidad que se identifican por el trastorno, existe la tendencia a que el proceso de terapia mantenga fluctuaciones y suela ser más extenso a diferencia de si se atendiese otras problemáticas en consulta.

Burgal (2017), tras analizar diversas publicaciones encontradas sobre tratamientos terapéuticos para el TLP, desarrolló una descripción de los diferentes modelos de los cuales destacan las más estudiadas y con mayor apoyo empírico que son: la Terapia Dialectico-Conductual (TDC) desarrollada por Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard (1991), la Terapia basada en la Mentalización (TBM) de Bateman & Fonagy (2004), la Terapia basada en la Transferencia (TBT) por Clarkin, Kernberg, & Yeomans (1999), la Terapia basada en Esquemas (TBE) de Ball & Young, (1999), la Terapia Cognitivo-Analítica (TCA) de Ryle (1991), la Terapia Conversacional de Hobson (TCH) (1985) y la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). Al identificar cada modelo de atención Burgal (2017) enfatiza que cada psicoterapia justo como indican sus resultados es eficaz ante diferentes problemáticas como el control de conductas de automutilación o suicidio, si bien descubre que el tema de la regulación emocional se destaca por la resistencia en muchos casos.

Burgal (2017) al comparar los estudios de los diferentes modelos descubre que en la base teórica coinciden en la forma de describir a la persona con TLP, puesto que narran que esta presenta grandes dificultades en la gestión emocional, lo cual se ha demostrado que surge por una baja inteligencia emocional, que origina una comprensión errónea de la emociones propias y ajenas, manifestando un manejo inadecuado de las mismas. También se identifica que una persona con TLP presta gran atención al contenido emocional, sin embargo, presenta dificultades para identificar claramente diferencias entre los estados de ánimo y el manejo adecuado de sus emociones. Por ello en la atención psicoterapéutica para el TLP es fundamental el abordaje emocional.

Martínez y Martín (2015), describen como la naturaleza de la psicoterapia relacional resulta apropiada para el abordaje del TLP, pues permite establecer o

aprender nuevas formas de relación más sanas; en donde ayuda “a reintegrar los distintos aspectos escindidos o disociados de la personalidad” (p. 31). Las características del terapeuta que favorecen al consultante con TLP dentro de la psicoterapia son: la implicación terapéutica, la sintonía con el consultante y la indagación multidimensional de la experiencia. Por medio de su investigación concluyen que la psicoterapia relacional ayuda a los consultantes con TLP, a reparar los aspectos que se ven deficitarios en su self, para que a través de la relación logre obtener mayor integración.

Camarena y Herrera (2021), explican cómo no hay consenso o acuerdo sobre cuál es el tratamiento ideal del TLP, sin embargo, es posible encontrar evidencia de estudios que hablan de los resultados probatorios de la efectividad de ciertos modelos de intervención. Además, el tratamiento para personas que obtienen este diagnóstico requiere de un acompañamiento farmacológico en conjunto con la psicoterapia, con el fin de poder brindar una atención más integral.

En lo que respecta la atención farmacológica se identifica que ni la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos (AEEM) y la Food and Drug Administration (FDA) han aprobado un único fármaco que sea de uso exclusivo para este trastorno. Si bien se distingue que algunos psicofármacos más estudiados brindan resultados de interés en el área terapéutica; aquellos con mejores resultados “son los antipsicóticos atípicos, los antidepresivos y los estabilizadores del estado de ánimo” (Camarena y Herrera, 2021, p.35), Que se recomiendan en atención a la necesidad de brindar regulación a la presencia de síntomas que suele ser más disfuncionales como la depresión, la ansiedad y la impulsividad (Camarena y Herrera, 2021).

Los medicamentos que se suele prescribir a los consultantes con TLP para mejor el manejo y regulación de “la agresividad hetero dirigida y autoinfligida, así como la disforia, se aconseja el uso de los estabilizadores del estado de ánimo, siendo los más estudiados, derivados del ácido valproico, el carbonato de litio, el topiramato, la lamotrigina y la oxcarbazepina” (Camarena y Herrera, 2021, p.33). Si bien se reconoce que todo tratamiento este debe de ser individualizado y adaptado a las necesidades de cada persona, acorde a su perfil clínico, antecedentes familiares y sociodemográficos que vayan dirigidos a lograr una atención especializada e individual.

Finalmente, en su investigación Camarena y Herrera (2021), concluyen que se ha logrado un avance en las estrategias de atención psicoterapéuticas que se

destacan como más efectivas para el tratamiento del TLP, dentro de ellas se reconoce a la terapia dialéctica conductual y la terapia cognitivo conductual como las que han demostrado mayor efectividad. Además, explican que no existe una forma única de brindar tratamiento farmacológico; aunque destacan la evidencia de como los antidepresivos, antipsicóticos atípicos y los estabilizadores del estado de ánimo muestran mejores resultados.

3.4 Dificultades en el proceso terapéutico.

Los consultantes con TLP tienden a experimentar obstáculos que impactan en el proceso terapéutico, identificando características propias de las conductas y acciones del consultante, así como las que se pueden expresar en la relación terapéutica por medio de su interacción. Munroe, McLeary y Marziali, (1999), señalan que los consultantes con TLP muestran dificultad para relacionarse de manera empática con sus terapeutas, manifestándose como consultantes altamente demandantes y hostiles. (Citados por Martínez, 2020). Retomando las aportaciones de Martínez (2020), describe cómo la relación terapéutica influye de gran manera para lograr el cambio y/o progreso de la persona con relación al síntoma, así como la capacidad de mantenerse estable

Marco Metodológico

Este apartado se dedicará a la fundamentación metodológica de la investigación, la cual se enfoca en realizar un análisis a partir del Estudio de Caso Clínico desde el cual se analizarán los momentos terapéuticos del consultante. Este apartado se encuentra alineado al objetivo general de la investigación que es *“Analizar los momentos de cambio y estancamiento psicoterapéutico de una consultante con rasgos de TLP”*, así como a la pregunta de investigación *¿Cómo se presentan los momentos de cambio y estancamiento terapéutico en una consultante con rasgos de TLP?*

También se desarrollarán algunos subtemas que engloban la fundamentación metodológica como son el Método que empleará para el análisis de los momentos de cambio-estancamiento terapéutico, la descripción de la Muestra considerada para este estudio de caso, el Marco ético al que se suscribe esta investigación, así como la ruta de recolección y análisis de datos, para el cumplimiento de los objetivos que guían esta investigación.

Método

Esta investigación se guía por un paradigma cualitativo, que a su vez se orienta a través del análisis de un Estudio de Caso Clínico, del cual se seleccionaron dos métodos: empleando el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica, (scat-1.0) y los Indicadores genéricos de cambio y estancamiento en psicoterapia, los cuales se presentarán con mayor profundidad a continuación.

Dado que esta investigación se orienta a un Estudio de Caso Clínico, se le considera una variante cualitativa, la cual de acuerdo con Hill (1990), “la finalidad en este tipo de investigación es la descripción de lo que ocurre en las sesiones terapéuticas para —sobre la base de la acumulación de nuevos conocimientos— aportar al desarrollo teórico” (Citado en Krause, De la Parra, Arístegui, Dagnino, Tomicic, Valdés, Vilches, Echávarri, Ben-Dov, Reyes, Altimir, & Ramírez, 2006, p. 303).

Roussos (2007), refiere que al investigar un Estudio de Caso Clínico se requiere hacer énfasis en las características descriptivas del caso y los resultados obtenidos. Un estudio de caso promueve la generación de hipótesis para descubrir la relación de causa y efecto, de un evento logrando una mayor aproximación (Citado

en Chávez, 2020). Emplear el estudio de caso como parte del método favorece a examinar y analizar la interacción de los factores que producen el cambio (Chávez, 2020).

Acorde a los objetivos de esta investigación que buscan realizar un análisis de las verbalizaciones durante los turnos de palabra de la consultante dentro del proceso terapéutico, que permita la distinción de los **momentos de cambio–estancamiento** y también se pretende profundizar en el **contenido de dichos momentos**, para distinguir los pasos que realiza hacia el cambio de su problemática que muestren mayor estabilidad, y aquellos momentos en donde se observa el estancamiento en su proceso o la reiteración de los patrones disfuncionales.

Por lo tanto, para esta investigación se empleará la combinación de dos métodos: el **SCAT (1.0)** que se utilizará para clasificar y distinguir las acciones comunicacionales y el tipo de contenido que se manifiesta en los momentos de cambio y estancamiento terapéutico. También se observará en los turnos de palabra el tipo de referencia desde la cual habla la consultante durante esos momentos.

Tomando en cuenta la propuesta de Pérez, Valdés, Tomicic y Krause (2010), el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT 1.0) se desarrolló con la finalidad de estudiar las verbalizaciones de ambos actores de la terapia (paciente y terapeuta), que pudiera ser aplicado con el propósito de describir la comunicación terapéutica, de comprender su evolución, de distinguir entre episodios de diferente tipo y de vincularse con el cambio en procesos psicoterapéuticos de diferentes enfoques y modalidades, y para diferentes problemáticas psicológicas" (Pérez, Valdés, Tomicic, y Krause, 2010, p. 119).

Esta doble perspectiva de la comunicación, es decir, la realización de acciones y la movilización de contenidos, se consideró desarrollar un sistema a través del cual fuese posible analizar la conversación terapéutica, identificando acciones verbales a través de las cuales ambos actores logran influirse mutuamente sin perder de vista el contenido, ya que ambas dimensiones están involucradas en la construcción del cambio psicológico (Pérez, Valdés, Tomicic, y Krause, 2010).

El SCAT (1.0) cumple entonces la función de retomar el dialogo terapéutico como acción y contenido, brindándole una función performativa del lenguaje, que además gracias a su análisis y estudio podemos acceder a la comprensión y reflejo de la realidad de cada individuo, es decir el lenguaje constituye la realidad misma de la persona, y estudiarlo nos permitirá acceder a dicha realidad que poner de

manifiesto del consultante como el terapeuta sobre lo que surge en la terapia (Pérez, Valdés, Tomicic, y Krause, 2010).

Pérez, Valdés, Tomicic, y Krause (2010), manifestaron en su fundamentación del SCAT como método que estudia el lenguaje terapéutico, se asume que “decir algo es hacer algo” (p.119), por lo cual en la conversación terapéutica entre paciente y terapeuta configura una nueva realidad, que forma parte del cambio psicológico del paciente y a su vez implica la comunicación de contenidos por parte del hablante, los cuales están directamente relacionados con el objeto del trabajo terapéutico.

Si bien, el propósito del SCAT, se centra en permitir el estudio de la interacción entre paciente y terapeuta en el contexto de psicoterapias de diferentes modalidades y orientaciones, sin contar con un modelo psicoterapéutico particular o de una intervención específica. Considerando como propósito final “posibilitar el estudio y análisis riguroso de las verbalizaciones tanto de pacientes como de terapeutas durante el diálogo psicoterapéutico, de manera de obtener conocimiento sobre la evolución de la comunicación, los mecanismos y las acciones responsables del cambio a través del proceso psicoterapéutico” (Pérez, Valdés, Tomicic, y Krause, 2010, p.127).

En la constitución del SCAT, este se conforma por ***cinco categorías***, de las cuales se dividen en dos grandes subgrupos; una que son los *Tipos de Acciones comunicacionales*, y otra que se enfoca *en los contenidos*. De la primera se agrupan 22 códigos de Acción son: Forma Básica, Intención Comunicacional y Técnica. Mientras que de la segunda categoría de Contenidos se encuentran solo dos subcategorías como son: ***ámbito y referencia***, que serán las que se considerarán para el análisis de esta investigación, debido a su alienación con los objetivos de la presente, y permitirán recuperar la información necesaria para el estudio de caso.

Considerando lo anterior, resulta pertinente explicar estas dos últimas subcategorías, para comprender su selección para este análisis, la categoría de ***ámbito*** permite clasificar la acción comunicacional considerando para ello si el objeto del trabajo terapéutico es principalmente cognitivo (ámbito de las ideas), emocional (ámbito de los afectos) o comportamental (ámbito de las acciones). Mientras que la categoría de ***Referencia*** permite clasificar la AC dependiendo de si está dirigida a sí mismo (paciente o terapeuta), a otro presente en la sesión (paciente, terapeuta u otros), a un tercero fuera de la sesión, a la relación terapéutica, a la relación con un tercero fuera de la sesión, o si se refiere a un sujeto neutral (Pérez, Valdés, Tomicic,

y Krause, 2010). Véase en anexo 2 la tabla correspondiente a la descripción de los criterios del SCAT.

Por otro lado, retomando el eje de esta investigación el segundo Método que se empelará es la propuesta de Krause, De la Parra, Arístegui, Dagnino, Tomicic, Valdés, Vilches, Echávarri, Ben-Dov, Reyes, Altimir, & Ramírez (2006), sobre los **Indicadores genéricos de cambio y estancamiento**, que se caracterizan por ser cambios que percibe el consultante ante la mejoría de sus síntomas, conductas, representaciones, afectos y cogniciones frente a la problemática vivida, lo que le brinda mayor autocomprensión, autodefinición y autoconfianza.

En esta misma línea se identificó por medio de diversos estudios en el tema que los componentes genéricos del cambio se identificaron a partir de las narrativas en retrospectiva de los consultantes y terapeutas, en donde se obtuvieron resultados hacen referencia al contenido del cambio genérico y como este se transforma (Krause et al, 2006).

Krause et al, (2006), en su investigación brindan resultados referentes al cambio psicoterapéutico y se identifica que la manera de observarlo es por medio de la perspectiva subjetiva del consultante sobre sí mismo, sus síntomas, problemas, la manera en que estos ocurren y en el cómo los enfrenta. Además, mencionan que los resultados encontrados sobre el cambio evidencian que éste es un proceso que ocurre en etapas sucesivas; el cual comienza antes de la terapia y continúa después del término de esta, combinando factores intra y extra terapéuticos. Siguiendo un proceso consecutivo que brinda soporte entre uno y otro, observando que aumenta a un mayor nivel de complejidad en cada etapa (Krause et al, 2006).

Al hablar de perspectiva subjetiva del consultante, se siguen los postulados de las teorías subjetivas, que sí bien es preciso definirlas: Krause et al (2006), retoman aportaciones de Groeben, quien explica que estas se definen por ser las cogniciones del consultante sobre sí mismo y el mundo, cumpliendo una estructura implícita que brinda la posibilidad de dar una explicación, predicción y argumentación.

A partir de la comprensión de las teorías subjetivas se extiende un hilo conductor que enlaza con el cambio genérico, el cual puede comprenderse como un cambio en “los patrones subjetivos de interpretación y explicación que lleva al desarrollo de nuevas teorías subjetivas” (Krause et al, 2006, p. 308). Que a su vez al comprenderse desde el proceso terapéutico se puede reconocer por medio de etapas sucesivas sobre la construcción del consultante de nuevos significados, perspectivas

y formas de representar o interpretar las experiencias, que acompaña el terapeuta durante el proceso.

Siguiendo el trabajo de Krause et al, (2006), referente al método de Indicadores genéricos de cambio, hacen una descripción sobre las etapas que surgen en el proceso, por lo cual desarrollaron un modelo evolutivo del cambio psicoterapéutico. A continuación, en la siguiente tabla se enlistan la propuesta de los 19 Indicadores genéricos de cambio:

Tabla 1- Indicadores Genéricos de cambio

Nivel del Indicador	Listado de los Indicadores Genéricos
Nivel 1 Consolidación Inicial de la estructura de la relación terapéutica	1. Aceptación de la existencia de un problema. 2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda. 3. Aceptación del terapeuta como un profesional competente. 4. Expresión de esperanza. 5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas habituales de entendimiento, comportamiento y/o emoción. 6. Expresión de la necesidad de cambio. 7. Reconocimiento de la propia participación en los problemas.
Nivel 2 Aumento de la permeabilidad hacia nuevos entendimientos	8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo. 9. Manifestación de un comportamiento o emoción nuevos. 10. Aparición de sentimientos de competencia. 11. Establecimiento de nuevas asociaciones entre aspectos propios y del entorno, o entre aspectos propios y elementos biográficos. 12. Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas. 13. Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros.
Nivel 3 Construcción y consolidación de	14. Formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas. 15. Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía.

nuevos entendimientos	16. Autonomía en cuanto al manejo del contexto de significado psicológico. 17. Reconocimiento de la ayuda recibida. 18. Disminución de la asimetría. 19. Construcción de una teoría subjetiva, biográficamente fundada, sobre sí mismo y la relación con el entorno.
------------------------------	---

Krause et al (2006).

Además de la lista de los Indicadores genéricos de Cambio, también se desarrolló la lista de los Indicadores de Estancamiento por Krause et al (2006), que se emplearan como parte del método de análisis de esta investigación, expuestos a continuación en la tabla siguiente:

Tabla 2.0 Indicadores de Estancamiento.

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

Una vez presentados los métodos a emplear en esta investigación resulta importante señalar que la selección de ambos se consideró pertinente para el

cumplimiento de los objetivos; general y específicos, así como para dar respuesta a las preguntas de investigación.

Criterios de la Muestra

La presente investigación se suscribe a un estudio de caso, el cual consiste en emplear el trabajo de análisis de la atención psicoterapéutica realizada con una consultante, que participó en el programa de Proyecto Presencia, **seleccionando su caso como muestra**. Este proyecto surge en el marco de la formación de estudiantes de la Maestría en Psicoterapia del ITESO, sirviendo como espacio de práctica profesional, en donde se cumplen fines formativos y de investigación. Los fines de este proyecto favorecen a la población de la zona metropolitana de Guadalajara (ZMG), en donde se presta el servicio de acompañamiento psicoterapéutico a adultos.

La atención psicoterapéutica presentó una duración de un año y ocho meses, de dicho periodo se seleccionaron **seis sesiones** del proceso psicoterapéutico para el análisis. Elegidas mediante conveniencia teórica, puesto que dichas sesiones del caso logran ilustrar el contenido de la presente investigación, tomando en cuenta el contenido de las acciones comunicacionales que muestran y los episodios del cambio y estancamiento presentes en las sesiones seleccionadas. Se eligieron las sesiones en segmentos: de inicio del proceso, otras del intermedio y otras más actuales (8, 13, 29, 51, 57, 60), cada sesión cuenta con una duración promedio de 50 minutos y de las mismas se extraerá la información necesaria para realizar el análisis guiado por los métodos seleccionados.

Para la selección de la muestra se siguieron los principios de un estudio de caso único, si bien para esta consideración de la muestra se identificaron los siguientes criterios para la selección de la muestra:

Los criterios de inclusión:

1. Sexo Femenino.
2. Presentar rasgos de TLP.
3. Contar con la mayoría de edad.
4. Estar inscrito y activo en Proyecto Presencia.
5. Contar con al menos 6 meses de acompañamiento terapéutico.
6. Brindar consentimiento para que su caso pueda emplearse con fines académicos.

Los Criterios de exclusión:

1. Inasistencias continuas durante el proceso de acompañamiento psicológico.
2. No tener autorización del consultante en consentimiento informado.
3. No contar con las sesiones terapéuticas mínimas.
No contar con rasgos de TLP.
4. Sexo Masculino.

Presentación del Caso

Jimena es una mujer de 36 años, inició su proceso psicoterapéutico en Proyecto Presencia en febrero de 2021 acudiendo una vez por semana, se mantuvo activo su proceso hasta octubre de 2022 recibiendo atención dos veces a la semana por una crisis emocional vivida los últimos 6 meses del proceso, hasta que decidió poner fin al proceso de psicoterapia.

Jimena es viuda desde hace cuatro años, tiene dos hijos Carlos, nombrado Carlitos de 14 años y Oscar de 9, que tuvo con Carlos su esposo. Cuenta con licenciatura trunca, manifiesta tener dificultades económicas por ingresos inestables y la ocupación que ejerce fue muy variable, sin embargo, se mantuvo como vendedora de comida y arreglos para eventos en la etapa final de su proceso. Previo al fallecimiento de Luis habían terminado su relación y no mantuvieron contacto durante un año por conflictos de infidelidad, violencia física, económica y psicológica, como describe la consultante. En la actualidad cuenta con una relación de pareja con Eduardo con quien lleva dos años y medio de relación, viven juntos y se separan por temporadas a partir de conflictos de violencia que viven como pareja; ella lo describe como una relación codependiente.

La familia de origen de Jimena se compone por su madre Aurora y su padre Joaquín (no es padre biológico y es alcohólico), es la hija mayor de tres. Sus hermanos son Manuela de 30 años y Esteban de 29 quien recientemente se suicidó. Su madre tuvo depresión por muchos años y murió de un infarto cuando Jimena tenía 18 años, su muerte fue un evento muy trágico en su familia, y simultáneo a ese evento su padre los abandonó con su tía Carolina (hermana de su mamá), pasando por momentos muy difíciles como familia desde entonces. En esa etapa de vida Jimena tuvo su primer intento suicida, refiriendo deseos de querer estar con su madre, porque

no podía soportar su muerte, además expresa haber sido muy cercana a ella, y verla como su *todo en la vida*, se observa que el duelo por su pérdida no se ve resuelto.

Menciona que antes de la muerte de su madre ella confirmó que Joaquín no era su padre biológico, después de haberlo sospechado desde su infancia por la diferencia de trato que él tenía con ella a diferencia de sus hermanos. Además de recibir agresiones físicas cuando era una niña cuando no obtenía las mejores calificaciones o cumplía con lo que le pedía. Al hablar de Joaquín su padre expresa sentimientos de odio, en terapia ha expuesto sus deseos de verlo sufrir y de que muera trágicamente, no mantienen contacto en el presente con él, así como continuamente evita hablar sobre su relación, siendo un tema identificado en su proceso como una pauta en sus relaciones con los hombres que elige como pareja.

Por otro lado, también mantiene una relación conflictiva con Manuela su hermana desde hace dos años, que después de haber sido muy unidas, se pelearon a causa de la pareja actual de Jimena, expresa tener sentimientos de odio hacía ella. Los vínculos más cercanos de su familia con los que mantiene relación son su tía Carolina (como su red de apoyo) y hasta antes de su muerte su hermano Esteban.

Al iniciar su proceso psicoterapéutico Jimena compartió como motivo de consulta presentar problemáticas familiares y de violencia de pareja. Hizo énfasis en las dificultades de pareja, que generan rupturas y reconciliaciones frecuentes, manifestó tener dificultades personales para poner límites consigo misma, con su pareja, y familia. Además, expresó dificultad para controlar sus emociones, irritabilidad frecuente; expresa que no tolera a nadie, grita y se desespera, experimenta conflictos recurrentes con su familia y desesperación porque los demás no atiendan sus deseos o necesidades (hijos, pareja, tía), como un continuo sentimiento de falta de sentido de vida, y experimentar deseos de morir.

En las primeras sesiones de su acompañamiento hizo referencia de contar con antecedentes de acompañamientos psicológicos (uno previo en proyecto presencia) y psiquiátrico a lo largo de su vida. Expresó haber recibido un diagnóstico informal de Personalidad Límite por un amigo estudiante de psiquiatría, y haber tomado medicamento sin cumplir una regulación y continuidad, además de expresar que había tenido dos intentos de suicidio (uno a sus 18 años y el segundo seis meses antes de iniciar este acompañamiento). Durante el inicio de su acompañamiento se

exploró sus deseos de muerte a la par de su motivo de consulta, lo cual abrió una brecha en la necesidad de Jimena de compartir su historia de vida, en donde ella continuamente relata que le ha tocado vivir una vida difícil, en donde se experimenta cansada y harta de tantas responsabilidades como madre, al tener que hacerse cargo de sus hijos ella sola, y sentirse abandonada, además de experimentar deseos de poder dormirse y despertar con su vida diferente, que no se explica como ella siendo alguien buena le ha tocado vivir cosas tan malas, situaciones que expresa con mucho dolor.

La consultante refiere haber tenido una infancia difícil, en donde continuamente experimentaba en casa violencia física y verbal de parte de su padre, así como presenciaba las agresiones físicas de su padre hacia su mamá, cuando éste se encontraba alcoholizado. Expresa que sus papás tuvieron una relación de pareja hostil, refiriendo que su mamá toleraba a su padre porque estaba segura de que él no podría vivir sin ella, manifiesta que su crianza fue llena de exigencias tener que hacer *todo perfecto- sacar las mejor notas en la escuela, tener buenos modales, y ser delgada-* situación que manifiesta ser un conflicto para ella pues no podía equivocarse y además explica que desde pequeña ha tendido hacia el sobrepeso.

Jimena comenta que se embarazó cuando tenía 20 años, y abandonó la escuela para dedicarse a atender a su hijo, casándose con Luis, describe su matrimonio como una de las peores etapas de su vida, pues aun cuando amo mucho a su esposo vivió en precariedad, abandono y continuas infidelidades, además de que él no se hizo responsable de sus hijos. Describió que en varias ocasiones se separaron e intentaron volver a construir una familia, pero que no funcionó.

Jimena decidió darse una oportunidad con Eduardo su actual pareja con deseos de reconstruir una familia, y anhelo de vivir una historia feliz, menciona que ella sacó a su pareja de la calle y de las drogas, que al principio su relación era muy buena, pero empeoró con el tiempo experimentando violencia verbal y física, a las que ella ha respondido por vía legal con órdenes de restricción y también se defiende tanto de manera verbal como físicamente; en su proceso ha expresado arranques de ira cuando se siente harta de él, y lo corre de la casa, se separan por un tiempo y ella lo vuelve a buscar, porque lo considera como la única persona que puede ayudarla y así como miedo a estar sola, temas que se han abordado a lo largo de su proceso.

Jimena ha manifestado deseos de tener un nuevo comienzo, de ponerle fin a esa parte de su vida, si bien en su actuar se mueve de manera ambivalente pues continuamente busca opciones para lograr el cambio y las abandona, como sucede con el trabajo, busca empleos o emprender algún negocio y termina desistiendo por que cambia de intereses, o por no dejar a sus hijos solos.

Además de recurrir a la opinión de su tía Carolina quien le sugiere estar atendiendo a sus hijos. Existen momentos en donde se muestra con entusiasmo y esperanza de cambio, sin embargo, anticipa las necesidades y deseos de otros antes que las propias por sentir la necesidad de complacer a otros. Jimena logra la expresión de sus emociones, y experiencias, sin embargo, genera poco sentido de responsabilidad, establecimiento de límites, falta de disciplina y continuidad para sus actividades. En relación con sus problemas se vive agredida por otros y justifica sus respuestas en manera de defensa.

Durante el proceso de Jimena se han identificado rasgos del Trastorno límite de personalidad, con base a la manifestación de continuos momentos de arranques emocionales en donde Jimena refiere sentir sus emociones con alta intensidad y no se explica el motivo, ni sabe cómo controlarlas o manejarlas cuando se siente enojada, triste, ansiosa.

Jimena suele actuar de manera impulsiva ante la toma de decisiones en general y a su vez tener continuos conflictos en sus relaciones interpersonales volviéndose inestables; en donde de un momento a otra ama y odia a su pareja, hijos, familia y amigos, de repente si algo no sale como lo desea dejan de importarle, a su vez se observa que genera lazos íntimos de manera muy rápida con otras personas. Sus deseos de muerte de manera recurrente son otro indicador de los rasgos del TLP, así como la dificultad para controlar la ira y enojo, como los continuos sentimientos de amenaza ante escenarios en donde experimenta devaluación y abandono, experimentando además falta de identificación personal referente a sus problemas.

En su proceso se trabajó sobre los objetivos de poder establecer límites, herramientas para el manejo de sus emociones, y control en momentos en donde se experimenta desbordada. Se enfatizó el trabajo en su diferenciación con los otros (plano relacional), la responsabilidad de sí misma, como la identificación de sus acciones frente a sus problemas, explorando y profundizado en sus relaciones

familiares abordando los duelos no resueltos, así como enfocado a su identificación personal con sus familiares que ya murieron.

En su proceso se observaron momentos de avances significativos en donde logró momentos de estabilidad, marcar límites y comprensión de sí misma frente a sus problemas. También se presentaron continuas recaídas o fases de estancamiento, en donde sus deseos de muerte surgían como forma de escape de su dolor y las autolesiones eran su forma de experimentar liberación del dolor, a su vez se manifestó en sus verbalizaciones y acciones continuas expresiones de desbordes de irritabilidad, ira, tristeza.

El impacto del suicidio de su hermano menor ha agudizado los deseos de muerte, lo cual refocó el objetivo de trabajo terapéutico, que fue ayudarla a diferenciarse de su hermano, romper la confluencia. El proceso se acompañó dos veces por semana desde ese evento por un periodo de seis meses para profundizar el trabajo del duelo y la diferenciación de ella con sus relaciones afectivas. En el tiempo de este proceso se observó como la consultante fue transitando por distintos periodos de inestabilidad, depresión y señales de esperanza temporales.

El trabajo terapéutico implicó mayor énfasis en ir abordando cada situación que la consultante manifestaba, sin embargo, se veía continuamente obstaculizado por sus resistencias a mirarse a ella, sus verbalizaciones permanecían centradas en el problema, en hablar de lo que los otros no hacían por ella (refiriéndose a su pareja, hijos y tía), continuamente se cambió de casa, de trabajos, en búsqueda de estabilidad y tuvo muchas rupturas y reencuentros con su pareja. Se realizó muchos cambios en su forma de vestir, de peinarse y de estilo.

En medio de estos momentos la consultante se mostraba agradecida con el proceso cuando ella lograba generar descarga emocional, si bien, cuando implicaba en la intervención enfocar su mirada en ella, sus acciones, conductas, pensamientos y emociones, que confrontaban con asumirse a ella y sus responsabilidades la consultante se mostraba con resistencias, en donde evadía las intervenciones, se mostraba molesta. Al punto de dejar el proceso en consecuencia de no querer mirar situaciones de su vida, que no quiere trabajar y mostrando una negativa frente a su continuidad en el proceso psicoterapéutico.

Consideraciones éticas

Las bases éticas que guían la presente investigación se sustentan a partir de los Principios éticos en psicoterapia y los lineamientos establecidos en el Código ético del psicólogo en México. Destacando que uno de los principios más importantes que se han cumplido es la presentación del consentimiento informado (anexo 1) al consultante en el inicio de su proceso psicoterapéutico, mismo que expone en las declaraciones iniciales los fines del servicio psicoterapéutico, en donde se explicita el acuerdo del consultante frente al empleo de su información en el ámbito académico. El cual se guía al marco de formación e investigación en psicoterapia, por parte del psicoterapeuta en formación.

Dicho consentimiento se le mostró al consultante, dándole lectura, una vez comprendidos los términos de este, el consultante acepto brindando su firma de autorización para realizar el proceso terapéutico, y a su vez autorización del empleo de su información, garantizando el cumplimiento de los términos de anonimato y confidencialidad.

Los términos de confidencialidad en esta investigación se cumplen al garantizar la seguridad y anonimato de la consultante al modificar sus datos de identificación (nombre de la consultante y de los miembros de su entorno familiar, social, lugar de trabajo, entre otros) e información sensible que pudiera evidenciar su identidad.

Al hablar de confidencialidad en la presente investigación es importante señalar que se entiende por confidencialidad “a aquello que se hace o dice en confianza o con seguridad recíproca entre dos o más personas” (Marroquín, 2012, Citado en Bascuñán, 2014, p. 49). En referencia al marco profesional, ésta se identifica como el derecho de privacidad del consultante, en donde se asume la libertad de elegir las circunstancias como la información sea en cantidad o explícites que desea compartir o preservar para sí mismo. Dicho esto, la confidencialidad en psicoterapia se protege por el secreto profesional y se le considera un requerimiento absoluto a mantener por parte de los profesionistas, que deben resguardar incluso tras la muerte de un consultante (Bascuñán, 2014).

María Bascuñán (2014), expone que:

“La confidencialidad en psicoterapia, como en psicología, psiquiatría y cualquier otra área de la medicina, sigue los mismos principios y normas éticas desde el juramento

hipocrático hasta las declaraciones de la Organización Mundial de la Salud. De acuerdo con Marroquín (2012) existen tres argumentos básicos para el derecho a confidencialidad en salud: el respeto a la autonomía personal, la existencia de un pacto implícito en la relación clínica y la confianza social depositada en el profesional” (p. 49).

Por otra parte, esta investigación también cuenta con el sustento por parte de la Sociedad Mexicana de Psicología (2007), presentando el Código ético del psicólogo, rescatando seis artículos que aplican para la presente investigación:

1. **Artículo 48°**, que hace referencia al diseño y conducción de la investigación, explicando que el psicólogo “informa sobre esta, de acuerdo con las normas reconocidas de competencia científica e investigación ética. El psicólogo planea la investigación de tal forma que minimiza la posibilidad de resultados engañosos. Al planear la investigación cuida su aceptación de ética de acuerdo con este código ético” (p. 58).
2. **Artículo 49°**, que menciona “El psicólogo que conduce una investigación lo debe de hacer de manera competente y con el respeto debido a la dignidad y bienestar de los participantes, sean estos humanos o animales” (p.58).
3. **Artículo 55°**, que especifica la labor del psicólogo en una investigación; “el psicólogo no inventa datos ni falsifica los resultados de sus investigaciones publicadas. Si el psicólogo descubre errores significativos en ellas, toma las medidas necesarias para arreglarlos por medio de una corrección, retracción u otros medios de comunicación apropiados” (p.63).
4. **Artículos 65°, 66°, 67° y 68°**, de forma general estos cuatro artículos mencionan el establecimiento de la norma de confidencialidad sobre los datos personales de cada participante de una investigación, como de la información obtenida. Haciendo constatar que se emplearán seudónimos para referir los datos y solo se publicaran los resultados de forma estadística o descriptiva, para explicar lo que se descubrió con la investigación. Respetando además los derechos de autor sobre la información.

Los riesgos que se encuentran dentro del alcance de esta investigación se consideran mínimos, puesto que no exponen la integridad del consultante, se considera como mínima la posibilidad de identificar el caso, sin embargo, se contemplará como un riesgo posible, ante el cual se tomará las medidas regulaciones necesarias para resguardar el anonimato de la información. Por otro lado, se identifican beneficios que

puede aportar la investigación considerándose mayores con relación a los riesgos, si bien, estos se identifican a partir de la posibilidad de brindar más elementos teóricos que favorezcan a la comprensión del caso, y en subsecuente aporten nuevas perspectivas dentro de la intervención, que impactarán en beneficio del consultante y terapeuta. Además, se identifica como entre colegas las retroalimentaciones hacia el investigador pueden nutrir los aportes sobre la comprensión, intervención del caso y que beneficien consecuentemente la investigación, así como abrir nuevas posibilidades para otras investigaciones que vayan en una línea similar.

Pasos para el Método seleccionado

Para emplear la secuencia de la aplicación de los métodos que guían esta investigación, se cumplieron varios pasos que a continuación se irán describiendo con la intención de ilustrar el proceso que se tuvo que seguir hasta la obtención de resultados.

El **primer paso** consto de *la recolección de los datos*, que se consiguió a partir de las videograbaciones obtenidas de las sesiones psicoterapéuticas. En un **segundo momento** se seleccionaron las sesiones que se *tomaron para la muestra*, estas se eligieron bajo el marco de conveniencia, al haber repasado cada sesión que pudiera mostrar los momentos de cambio y estancamiento.

En un **tercer momento** dichas sesiones *se transcribieron*, por medio del uso de un software que permitió completar de manera más eficaz el proceso. Como **cuarto momento** de las transcripciones el proceso consistió *en fragmentar las sesiones transcritas a los episodios y momentos de cambio – estancamiento*, este proceso involucro un amplio proceso de lectura, preselección, validación y codificación de los momentos, agrupándolos en un documento de Excel, en el cual pudiera realizarse el trabajo sesión a sesión de colocar los fragmentos codificados por momentos de cambio o estancamiento.

Como **quinto paso**, el análisis en el Excel continuo a *identificar los indicadores genéricos de cambio y estancamiento* que coincidían con la verbalización y turno de palabra seleccionado. El siguiente paso que equivale a un **sexto momento**, fue incluir en dicho análisis (fragmentación), un apartado para realizar *el análisis de las acciones comunicacionales de acuerdo con el SCAT (1.0)*, en donde se separaron en las cinco categorías de análisis, fragmentando por frases el turno de palabra elegido anteriormente con la finalidad de poder evaluar de manera más precisa por segmento

(frase), si bien, es importante señalar que en esta etapa se conto con el proceso de Inter jueceo en compañía del grupo de investigadores con quien se compartió este proceso y por su puesto por el asesor de esta investigación.

Una vez que se realizaron estos pasos en cada una de las seis sesiones seleccionadas como muestra. Se tuvo que emplear una segunda etapa de análisis para poder contrastar los resultados de cada sesión. Por lo cual, en el mismo documento de Excel, se desarrolló un apartado de resultados en donde se agruparon en tres categorías los resultados; CI, CE y E, en donde a su vez se suscribieron una subcategoría que hacía referencia al número de sesión.

Considerando estas categorías se fue dando respuesta a las preguntas de investigación anteriormente expuestas, por lo cual la fase final del análisis consistió en unificar los hallazgos a poder brindar un panorama más concreto de la aplicación ambos métodos y así poder generar los resultados de esta investigación, que posteriormente pasaron por el propio proceso de conversión para ser redactados. Un ejemplo de lo antes mencionado se puede observar en las imágenes que aparecen en el anexo 3, 4 y 5.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos por medio del análisis realizado a partir de las acciones comunicacionales de la consultante aplicando los métodos seleccionados: el SCAT (1.0) y los Indicadores genéricos de cambio y estancamiento terapéutico.

El análisis consistió en la identificación del cambio y estancamiento en los turnos de palabra de la consultante durante las sesiones psicoterapéuticas, se consideran “turnos de palabra” a aquellas verbalizaciones apegadas a los criterios de los Indicadores genéricos de Cambio y Estancamiento, que refieren un episodio (varios turnos de palabra) o un momento (un turno de palabra), que manifiestan cumplir un criterio de «cambio» o uno de «estancamiento».

Además, se siguió dentro del análisis de dichos episodios-momentos los criterios del SCAT (1.0), reconociendo los diferentes elementos que componen la verbalización de la consultante desde los tipos de acciones comunicacionales; forma básica, intención comunicacional y técnica. Hasta el reconocimiento de sus contenidos; ámbito y referencia, con la que se expresa la consultante y permitieron observar el avance o retraimiento de la consultante en su proceso.

Los resultados muestran el análisis de 6 sesiones de psicoterapia, de las cuales se presentan divididos para dar respuesta a los objetivos y preguntas de investigación y a su vez se presentarán segmentados con relación a ellos.

1. ¿Qué tipo de momentos de cambio y estancamiento manifiesta la consultante de acuerdo con los Indicadores genéricos?

En lo que respecta la diferenciación de los momentos de cambio y estancamiento encontrados, es posible distinguir como la consultante expresa momentos de cambio en las dos categorías de Cambio Intrasesión (CI) y Cambio extra-sesión (CE). Se distinguen mayormente la presencia de los momentos de CI; encontrando que en *cuatro de las seis* sesiones analizadas (S.13, S.29, S.51, S.60) hay episodios de cambio visibles. Además, se encontró que de dichos momentos se distinguen la presencia de los indicadores genéricos de cambio: **4, 5, 7, 9, 11 y 12**, los cuales se expresan en conjunto con los encontrados en los CE en la siguiente tabla 1.0

Tabla 1.0 Indicadores genéricos de cambio encontrados en el análisis

Nivel	Tipo de Cambio	Sesión	Indicador
Nivel 1 Consolidación Inicial de la estructura de la relación terapéutica	CI	S.51	4. Expresión de esperanza (“remoralización” o expectativa de ser ayudado o superar los problemas)
	CI y CE	S.13 y S.60	5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas de entendimiento, comportamiento y emociones habituales (fisura”) - Puede implicar reconocimiento de problemas antes no vistos, autocrítica y/o redefinición de expectativas y metas terapéuticas.
	CI	S.60	7. Reconocimiento de la propia participación en los “problemas”
Nivel 2 Aumento de la permeabilidad hacia nuevos entendimientos	CE y CI	S.29 y S.60	9. Manifestación de un comportamiento o de una emoción nueva.
	CE	S.29	10. Aparición de sentimientos de competencia.
	CI	S.13	11. Establecimiento de nuevas asociaciones entre: - aspectos propios (creencias, conductas, emociones, etc.) - aspectos propios y del entorno (personas o sucesos) - aspectos propios y elementos biográficos.
	CI	S.29	12. Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas.

Así mismo es posible señalar que los indicadores encontrados se determinaron a partir de las verbalizaciones- turnos de palabra de la consultante, la cual se vuelve indicativa del contenido que expresa momento de cambio, para así lograr codificar el número de indicador específico al que corresponde.

A continuación, se mostrarán algunos ejemplos de las verbalizaciones que corresponden a los CI y algunos de los indicadores anteriormente referidos, con la intención de ilustrar como fueron manifestados en el proceso de psicoterapia por la consultante, cabe mencionar que dichas ilustraciones son parciales, en la medida que se excluyen componentes no verbales y algunas de las intervenciones de la terapeuta.

Ejemplos de algunos de los momentos de CI y sus indicadores:

Indicador 4: *Expresión de esperanza (“remoralización” o expectativa de ser ayudado o superar los problemas).* Cambio observado en la S.51, ocurrió cuando la consultante antes de finalizar la sesión expresa a la terapeuta como se siente, expresando lo siguiente:

Consultante: *Más tranquila y mucho, mucho, muy agradecida contigo porque no me juzgas y me escuchas.*

Terapeuta: *Aquí estoy y voy a escuchar.*

Consultante: *Gracias, siento que, a lo mejor hay un rayito de esperanza para estar bien. Gracias.*

Indicador 5: Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas de entendimiento, comportamiento y emociones habituales (fisura”). Cambio observado en la S.13, ocurrió cuando se estaba explorando la conformación y cuestionamiento de algunas creencias de la consultante, que involucraba hablar sobre lo que permitía en su relación de pareja y como se ve a ella con relación a su cuerpo.

Consultante: *Y me vino a la mente que me dejé llevar porque, (silencio 1s) porque no me di el valor que yo tengo. Me dejé llevar porque él era más joven que yo, porque está feo de la cara yo creo, no sé, pero tiene un cuerpo muy atlético, es una persona que se ve bien, es alto, güero, cumple con muchos estándares de belleza físicos y me recuerda una vez de estas últimas veces que, que platicamos, que me dijo: (llanto) "Por qué sí, soy el único pendejo que quiere estar contigo, no me aceptas"; y me hizo ver con esas frases que, aunque esté muy bello y aunque esté muy alto y muy bueno y lo que sea, está muy pendejo y que el hecho de que una persona, de que él sea la única persona que quiere estar conmigo no significa que yo tengo que elegir estar con él. Yo puedo elegir estar con él o estar con mi soledad. Y me hace sentir mucho mejor mi soledad, además todas las personas valemos lo mismo y porque tenemos el mismo valor, todos debemos de ser respetados igual.*

Indicador 7: Reconocimiento de la propia participación en los “problemas”. Cambio observado en la S.60, mientras la consultante externalizaba como ella misma participa en la forma en que percibe las cosas.

Consultante: *Pues siento que a veces me encierro tanto en el mundo que no me doy cuenta. Como las veces que he pensado en que a lo mejor*

suicidarme sería una buena opción, pero dejo de ver aparte de mis hijos no, que yo sé, que la gente cree que los hijos deberían de ser lo único por lo que uno tendría que vivir; pero en la realidad no se siente así, hay más personas también...

Indicador 11: Establecimiento de nuevas asociaciones entre: -aspectos propios (creencias, conductas, emociones, etc.), aspectos propios y del entorno (personas o sucesos), aspectos propios y elementos biográficos. Observado en la S.13, cuando la consultante expresa luego de reflexionar sobre sus estilos de relación y manera de vincularse logra identificar una asociación entre lo trabajado con su historia.

Consultante: *Pues de que mi mamá estaba equivocada, de que tampoco había límites en mi casa y de que, aunque a veces te inculquen que es correcto, una cosa no quiere decir que realmente sea lo correcto.*

Siguiendo la línea en lo que respecta la identificación de resultados, se encontró que la presencia de los CE fue menor, la expresión de ellos solo se codificó en *dos sesiones de las seis* analizadas (S.29 y S.60). Encontrando los indicadores: **5, 9 y 10**, referidos en la tabla 1.0 anteriormente expuesta. De dichos momentos también pueden retomarse algunos ejemplos para ilustrar su identificación.

Ejemplos de algunos de los momentos de CE y sus indicadores:

Indicador 9: Manifestación de un comportamiento o de una emoción nueva. Se reconoció en la S.29, cuando la consultante expresaba los cambios que había notado en ella entre una semana a otra de la sesión de terapia y de lo que se había dado cuenta.

Consultante: *Lo que sucede es que sabes, creo que tiene mucho que ver con lo que me lo estaba repitiendo en mi cabeza, mucho esta semana que tiene mucho que ver la disciplina. O sea, como es una simple palabrita, es tan importante en todas las áreas de la vida, porque usualmente decía “no, hay es que tengo que hacer esto”, no lo voy a hacer mejor, no hago nada y ya me voy, y me echo a dormir o me echo el celular, a estar pensando puras tonterías y ya. Y esta semana que dije, dije voy a empezar con todo para ir a la escuela. Y así como quien dice logré, como*

las cosas que yo tenía en mi cabeza los logré llevar a cabo, pese a que a veces no quería. Y dije lo voy a hacer lo voy a hacer y me levanté y lo hice, y eso me trajo mucha satisfacción personal.

Indicador 10: Aparición de sentimientos de competencia. Observado en la S.29, cuando la consultante hace referencia a lo que logra concluir para trabajar en ella.

Consultante: *Bueno, me llevo la reflexión de la importancia de la disciplina y de la rutina, y me llevo la reflexión de que tengo que hacer cambios muy, de que el camino es largo, pues no es como que ya vayas a llegar, sino que tengo que hacer muchos cambios y ver la manera, [...]Entonces creo que tengo que encontrar mi equilibrio y encontrar la manera de que todo el amor que yo les tengo a los dos se vaya por iguales, para que el día de mañana no estén ellos con traumas porque piensen que no los quise de igual o que quise uno más que al otro.*

En las sesiones analizadas también se pudo identificar a su vez los momentos y episodios de estancamiento; descubriendo la presencia de estos en *cuatro de las seis sesiones analizadas (S.8, S.29, S.51, S.57)*. Se identificaron varios momentos de estancamiento por sesión, de los cuales se clasificaron en los siguientes indicadores: **C, E, F, G, H, J y K**, que se pueden apreciar mejor en la tabla 1.2 que se expone a continuación.

Tabla 1.2 Indicadores de estancamiento encontrados en las sesiones de análisis.

Letra codificación	Indicador
C	Expresión de desesperanza (desmoralización).
E	Aparición de sentimientos de incompetencia.
F	Aumento de temor o ambivalencia frente al cambio.
G	Atribución a otros de los propios problemas.
H	Resistencia para pensar acerca de nuevas posibilidades de sí mismo (conducta, pensamiento o emoción).
J	Resistencia al establecimiento de asociaciones entre síntomas, emociones y comportamientos.
K	Resistencia a la reconceptualización de las definiciones iniciales del problema o síntoma.

A continuación, se exponen algunos ejemplos de los momentos de estancamiento identificados, para ilustrar la identificación con los Indicadores de antes mencionados que fueron codificados.

Ejemplos de algunos de los momentos de E y sus indicadores:

Indicador H: Resistencia para pensar acerca de nuevas posibilidades de sí mismo (conducta, pensamiento o emoción). Identificado en la S.8, mientras la consultante exponía el cómo resolvió una discusión con su pareja y se reitera la dificultad para poder mirar nuevas formas de resolverlo.

Consultante: *No ya sé, pero es algo muy vulgar (ríe) Le dije: "Mira Eduardo si tú quieres probar todas las panochas del mundo es tu maldito problema y me vale verga y ya te dije que ahorita no quiero hablar contigo, si no lo quieres entender también me vale verga si quieres hablar conmigo mañana bueno y si no también me vale verga, es más me vales verga". Y me encabroné tanto y me di la vuelta y me fui.*

Indicador C: Expresión de desesperanza (desmoralización). Observado en la S.51, sesiones después de que la consultante enfrentará la muerte de su hermano por suicidio, y ella en medio de la expresión de su dolor manifiesto sus deseos de morir.

Consultante: *No voy a poder vivir con esto. Estoy segura de que no voy a poder vivir con este dolor, con esta sensación porque así, me quiero destruir. Quiero, me quiero aventar de un edificio, me quiero cortar las venas, quiero terminar con este sufrimiento que siento. Y si estoy aquí es para agradecerte todo lo que has hecho por mí, pero honestamente, no sé si voy a poder seguir (llanto) y yo sé, yo sé, no es necesario que me digas yo sé que tengo a mis hijos, ya me lo dijeron mil personas. Pero mi cabeza no me ayuda.*

Indicador F: Aumento de temor o ambivalencia frente al cambio. Observado en la S.57, en donde la consultante estaba expresando sus cuestionamientos sobre buscar motivos para enfrentar el dolor por la muerte de su hermano y sus propios deseos de morir para estar con él.

Consultante: *Es por eso, que no le encuentro sentido a la vida. No le encuentro sentido a las cosas. Digo, si tengo que seguir porque tengo mis hijos y ellos no entienden la culpa de lo que yo estoy sintiendo, pero (silencio 2s). Pensando*

de manera egoísta. No entiendo porque estoy pasando todo esto, ¿Con qué fin? O sea, el día de mañana me voy a morir.

Finalmente se pueden observar elementos interesantes en los resultados anteriormente expuestos, puesto que se observa una fluctuación entre sesiones con la presencia de los momentos de cambio versus los momentos de estancamiento. Encontrando como hubo sesiones en donde solo se codificaron momentos de estancamiento y otras en las cuales solo se encontraron momentos de cambio. Teniendo pocas variables en donde se encontraron ambos momentos en una misma sesión.

Además, prevaleció la presencia de los momentos de CI (9), en contraste con los CE (3). Mientras que la presencia de los momentos de estancamiento fue mayor en comparación con los momentos de cambio, codificando un total (12), los cuales se pueden apreciar de mejor manera en las siguientes tablas 1.3

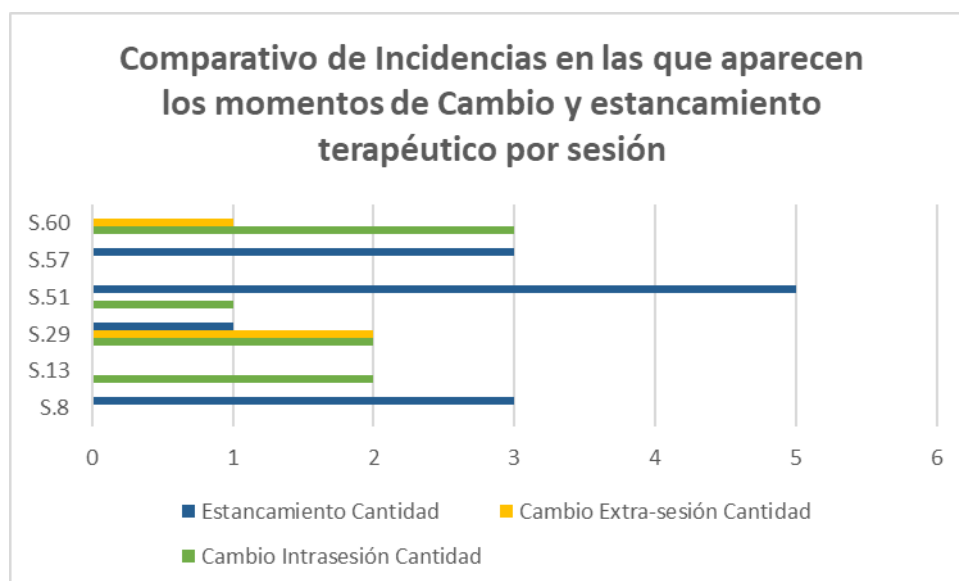
Tabla 1.3 Comparativo de Incidencias en las que aparecen los momentos de Cambio (CI – CE) y Estancamiento terapéutico por sesión

Sesión	Cambio €		Cambio Extra-sesión		Estancamiento	
	Cantidad	Indicador	Cantidad	Indicador	Cantidad	Indicador
S.8	0	Ninguno	0	Ninguno	3	H, G y E
S.13	3	5 y 11	0	Ninguno	0	Ninguno
S.29	2	12	2	9 y 10	1	J
S.51	1	4	0	Ninguno	5	C [2], E, G, H.
S.57	0	Ninguno	0	Ninguno	3	F, G, K
S.60	3	7 y 9	1	5	0	Ninguno
Total	9	-	3	-	12	-

En esta tabla podemos observar los datos antes mencionados y agrupados, con la finalidad de enseñar, como en las sesiones elegidas como muestras la inclinación de la consultante con rasgos de TLP prevaleció en evidenciar cambios visibles durante las sesiones de psicoterapia, que muchas veces no se sostenían en el tiempo. Mientras que los momentos de estancamiento tuvieron mayor incidencia, manifestando la reiteración de su patrón disfuncional.

En la tabla y 1.3.1 se presentarán los resultados de cada momento de manera gráfica, con la intención de poder dimensionar el nivel aparición de cada momento.

Tabla 1.3.1 Comparativo de Incidencias en las que aparecen los momentos de Cambio y estancamiento terapéutico por sesión



2. ¿Cuáles son las características de las acciones comunicacionales en los momentos de cambio y estancamiento terapéutico de la consultante?

Al haber seleccionado los turnos de palabra que evidenciaban cambio y estancamiento, se realizó el análisis de acuerdo con la segmentación del SCAT (1.0) (para su consulta véase en el anexo 2), con el fin de identificar el estilo y características comunicacionales que empleó la consultante en dichos momentos.

A continuación, estas aparecerán segmentadas en tres categorías para su agrupación y análisis: cambios (CI), cambios extra-sesión (CE) y estancamiento E. A su vez es necesario precisar que se hará mayor énfasis en las categorías de *Intención comunicacional*, *ámbito* y *referencia* que son las más relevantes para confirmar los momentos de cambio y/o estancamiento; como surgen y la forma en la que es expresado por la consultante.

De manera general y agrupada se expone en la tabla 2.0 los resultados del análisis de los CI, en donde puede ilustrarse con más claridad como se codificaron los momentos y el tipo de acción comunicacional empleada por la consultante que fueron observados a lo largo de cada sesión. En esta tabla, el énfasis principal este puesto en las tres categorías anteriormente referidas, siendo remarcadas en negritas para su mejor localización, con el fin de ilustrar los resultados relevantes para esta investigación.

Tabla 2.0 Análisis del SCAT (1.0) de los momentos de CI, de las seis sesiones.

Momento de CI			Tipos de Acciones Comunicacionales			Contenido	
Sesión	Tipo de Momento	N° de momentos analizados	Forma Básica	Intención Comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
S.8	CI	No	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
S.13	CI	3	Aseverar (5) Preguntar (1)	Resignificar (4), Explorar (1)	Interpretación (1), Metáfora (1), Narración (3)	Ideas (3) Acción (2), Afectos (1)	Referencia a sí mismo (2), Referido a un tercero (3)
S.29	CI	2	Aseverar (2) Asentir (1)	Resignificar (2), Sintonizar (1)	Narración (3)	Acción (2), Afectos (2), Ideas (1)	Referido a sí mismo (1era y 2da persona) (2), Relación con un tercero (2).
S.51	CI	1	Aseverar	Resignificar (1)	Nominación	Afectos	Referencia a sí mismo + Relación terapéutica
S.57	CI	No	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
S.60	CI	3	Aseverar (3), Asentir (1)	Explorar (1), Resignificar (1), Sintonizar (1)	Narración (2)	Afectos (2), Ideas (2), Acción (1)	Referencia a sí misma (3), Relación con un tercero (2)

Es posible reconocer como en los CI en la categoría de *tipos de acciones comunicacionales* en la sección de *intención comunicacional*, la consultante emplea como intención predominante el “*resignificar*” (8), la cual se encontró en ocho de los turnos de palabra analizados. Esta intención comunicacional busca construir o consolidar nuevos significados. Por lo que nos permite distinguir como en dichos momentos de cambio la consultante manifestaba nuevas formas de entender sus problemáticas, cambio en sus ideas, afectos, algunas veces en acciones y cuestionamientos a sí misma.

En esta misma categoría también se encontraron la intención de “*explorar*” (2) y *sintonizar* (2), la primera hace alusión a como se buscan nuevos contenidos, con el fin de hablar sobre afectos, ideas o experiencias. Mientras que la segunda tiene la intención de entender o ser entendido por el otro, armonizar con él o brindarle una

retroalimentación. Por lo tanto, vemos que la consultante en los momentos de CI mantuvo ciertas variables en la forma de articular sus verbalizaciones, y de exteriorizar nuevas formas de hablar sobre sus afectos y/o experiencias, así mismo como de sentirse comprendida por la terapeuta.

En lo que respecta la categoría de contenido que se divide en *ámbito y referencia*, se observa que la consultante emplea en la sección de *ámbito* las tres formas de comunicación, expresando contenido de cambio en *ideas* (6) de los turnos de palabra, contenido de *afectos* (6) y alusión a la *acción* (4). Lo cual nos permite distinguir que el CI en el contenido en sus verbalizaciones no surgió en un solo nivel, sino, que por el contrario manifestó tener variables entre la expresión de nuevas ideas, manifestación de afectos y acciones que tomó.

Finalmente, en este análisis en el apartado de *referencia* dentro de la expresión de contenido, la consultante manifestó en sus verbalizaciones una tendencia a hacer *referencia a sí misma*, *durante* (8) ocasiones, empleándola en primera persona y segunda persona, en estos momentos también hace referencia *a un tercero* (3), *su relación con un tercero* (4), y *la relación terapéutica* (1), manifestando como en dichos CI la consultante construía nuevos significados mirándose a ella misma principalmente, pero a la vez su mirada también se ubicaba centrada en las relaciones interpersonales, lo cual también tiene un índole de interés que se retomará en las siguientes preguntas.

Unificando los resultados de estas tres categorías, nos permite observar como la consultante en su tipo de acción comunicacional durante los momentos de CI predominaba la verbalización centrada en su propia persona y reconocimiento de sus afectos, ideas y acciones que hacían referencia a una resignificación de sus experiencias, problemáticas y/o creencias, haciendo constar la consolidación de un momento de cambio.

A continuación, seguiremos con la exposición de los resultados de las acciones comunicacionales en los momentos de CE, estos momentos fueron menores, pero siguieron una lógica similar a los CI. Se observa que en los turnos de palabra analizados la consultante en lo que respecta a la *intención comunicacional*, empleo la intención *resignificar* (3) momentos, en torno a la categoría de *ámbito* se identificaron la alusión a la *acción* (2) e *ideas* (2) y finalmente se encuentra que en el área de referencia hace énfasis a referencia a sí misma (3) en primera y segunda persona, y también a la relación terapéutica (2).

En la siguiente tabla 2.1 se exponen los resultados del análisis de los CE encontrados, y los tipos de acciones comunicacionales predominantes en dichos momentos.

Tabla 2.1 Análisis del SCAT (1.0) de los momentos de CE, de las seis sesiones.

Momento de CE			Tipos de Acciones Comunicacionales			Contenido	
Sesión	Tipo de Momento	N° de momentos analizados	Forma Básica	Intención Comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
S.8	CE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
S.13	CE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
S.29	CE	2	Aseverar (2)	Resignificar (2)	Nominación (2), Narración (2)	Acción (2), Ideas (1)	Referencia a sí mismo (1ra y 2da persona) (2), Referencia a relación terapéutica (1)
S.51	CE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
S.57	CE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
S.60	CE	1	Aseverar (1)	Resignificar (1)	Narración (1)	Ideas (1)	Referencia a la relación terapéutica (1) + Referencia a sí mismo (1)

La revisión de estos resultados nos permite observar como en los momentos de CE la variable que manifestó diferencias fue que en el área de ámbito la consultante no expreso afectos, pero si enfocó a hablar de cambios en ideas y acciones, lo cual puede reflejar como los CE generaron cierta correlación con los CI.

Si bien, siguiendo el análisis anterior ahora se da lugar a la revisión de los tipos de acciones comunicacionales de **los momentos de Estancamiento** (ME), en ellos se puede reconocer que su presencia fue mayor y que tuvo algunas coincidencias con relación a los momentos de CI y CE. En este análisis además de las tres categorías elegidas anteriormente, se dará lugar a observar el rol de la *técnica*, que manifiesta un elemento de análisis interesante, pues da lugar a ver como dentro del tipo de acción comunicacional se expresaba la consultante en dichos momentos.

A continuación, en la tabla 2.2, se exponen la agrupación del análisis de acuerdo con el SCAT, con la intención de observar cómo se da el estancamiento.

Tabla 2.2 Análisis del SCAT (1.0) de los momentos de E, de las seis sesiones.

Momento de E			Tipos de Acciones Comunicacionales			Contenido	
Sesión	Tipo de Momento	N° de momentos analizados	Forma Básica	Intención Comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
S.8	E	3	Aseverar (6), preguntar (1)	Explorar (4), resignificar (1)	Argumentación (3)	Acción (3), Ideas (1)	Referido a la relación con un tercero (3), Referido a sí mismo (1era y 3ra persona) (2)
S.13	E	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
S.29	E	1	Aseverar (1)	Explorar (1)	Argumentación (1)	Acción (1)	Referido a la relación con un tercero (1)
S.51	E	5	Aseverar (4), Preguntar (2), Negar (3)	Explorar (5), sintonizar [2]	Narración (2), Metáfora (1), Interpretación (2)	Afectos (5), Ideas (2), Acción (5)	Referencia a sí misma (4), relación con un tercero (2), la relación terapéutica (2)
S.57	E	3	Aseverar (5), pregunta (1)	Sintonizar (8), Explorar (1)	Argumentación (5), Información (2)	Ideas (6), Afectos (4)	Referencia a sí mismo (7), relación con un tercero (1)
S.60	E	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno

Como es posible observar en los momentos de E, en el tipo de *intención comunicacional* fue mayor la intención de *explorar* (11), encontrando a su vez *sintonizar* (10) y una sola vez *resignificar* (1), esto nos arroja elementos relevantes, al observar cómo al consultante cuando está en un ME su verbalización se centra en querer indagar o entregar información-contenidos que desconoce y/o que busca dirigir la atención hacia un solo punto de la conversación. Lo cual alude a como en esos momentos se ve renuente a explorar nuevas perspectivas de la situación y de sí misma, deseando ser comprendida por el otro (terapeuta-relaciones), sin observar el patrón disfuncional de comportamiento.

Por otro lado, en lo que respecta a la categoría de *contenidos*; en la sección de *ámbito* se observa que expresa en un mismo nivel *afectos* (9) y *acciones* (9), mientras que en *ideas* (7) se reconoce una menor presencia. Analizando estos datos, es visible como en los ME la consultante hable de acciones y afectos que se enfocan

hacia lo que siente y hace en sus relaciones, que reitera la problemática que vive. Esto se confirma con la sección de *referencia*, puesto que la consultante en estos momentos centra su discurso mayormente a *referencia a sí misma* (13) enfocada en una expresión de primera y tercera persona y a su vez en *su relación con un tercero* (7), ocasionalmente refiere a la relación terapéutica (2).

Lo anterior nos puede llegar a confundir si solo se observa en lo que respecta a las acciones comunicacionales, el punto de referencia cuando la consultante habla de sí misma, puesto que se ve que coincide con los momentos de CI, CE; si bien, esto demuestra como la consultante en ambos momentos es capaz de generar contacto para hacer referencia de sí misma, la diferencia radica en el contenido que expresan dichos momentos, para lo cual se dará más información para diferenciarlos en la próxima pregunta.

3. ¿Qué tipo de contenido expresan los momentos de cambio y estancamiento terapéutico en una consultante con rasgos de TLP?

A continuación, se expondrán de manera consecutiva el contenido que refieren los momentos de CI, CE y E, tomando algunos ejemplos de las verbalizaciones-turnos de palabra de la consultante para ilustrar los hallazgos de este análisis. Cabe mencionar que en esta sección se incluyen algunos de los contenidos encontrados, con la finalidad de sintetizar y dar muestra de los hallazgos más frecuentes y significativos.

Contenido de CI identificado por sesión analizada:

▪ Sesión 13

En esta sesión se presentaron tres momentos de CI que cumplieron con los indicadores de cambio 5 y 11 (2), del contenido que estos refieren es como la consultante ha sido capaz de verse a sí misma y elaborar por medio de metáforas y analogías aspectos que tienen que ver con su necesidad de organizar su mundo interior y las dificultades que enfrentaba para verse a sí misma y trabajar en aquellas cosas que evitaba por el malestar o caos que percibía. Logró resignificar elementos de su historia familiar, como distinguir creencias que suelen limitar su posibilidad de cambio-crecimiento. Un ejemplo para ilustrar dichos contenidos se puede observar a continuación:

Consultante: *Entonces me hizo verme a mí a través de ese mueble de decir yo soy como ese mueble a lo mejor no estoy muy bonito, pero yo tengo mucho valor porque sé el tipo de persona que soy y eso, ese valor no se lo va a quitar nomas porque esté desorganizada o desacomodada, no quiere decir que no tenga ese valor. Ahí lo tengo y ahí tengo mi belleza también intrínseca, pero, pero ahí está. Entonces creo que ese ejercicio me ayudó bastante de verdad. Yo creo que de todo lo que hice es lo más significativo.*

▪ Sesión 29

En esta sesión se identificaron dos momentos de CI que cumplieron con los indicadores de cambio 12, dentro del contenido que expresa la consultante en esos momentos, se observa como hace referencia al lograr cambiar su rutina y actividades brindo nuevas perspectivas. Enfoca su discurso a expresar como se da cuenta de la importancia de tener una rutina y disciplina, es capaz de reconocer sus periodos de inestabilidad y empieza a tomar acciones de compartirlo con su pareja, reconoce su necesidad de cambiar

Logra entrelazar su participación en sus problemas de manera general y manifiesta esperanza hacia su futuro como las posibilidades de cambio. A continuación, se añade un ejemplo del turno de palabra que lo ilustra:

Consultante: *Bueno, me llevo la reflexión de la importancia de la disciplina y de la rutina, y me llevo la reflexión de que tengo que hacer cambios muy, de que el camino es largo, pues no es como que ya vayas a llegar, sino que tengo que hacer muchos cambios y ver la manera [...] Entonces creo que tengo que encontrar mi equilibrio y encontrar la manera de que todo el amor que yo les tengo a los dos se vaya por iguales, para que el día de mañana no estén ellos con traumas porque piensen que no los quise de igual o que quise uno más que al otro.*

▪ Sesión 51

Se identificó un momento en esta sesión, el cual se codifico al indicador 4, el contenido expresado manifiesta como consultante logra expresar a la terapeuta sentimientos de gratitud por no ser juzgada, y sentirse escuchada, esto hace una ruptura ante los episodios de estancamientos previos, pues logro reconocer al terapeuta como competente para ayudarla. Después de haber expresado su dolor, y deseos de morir, en este momento habla de sentirse más tranquila.

▪ Sesión 60

Se lograron codificar dos momentos en esta sesión, cumpliendo con los indicadores 7 y 9, en esta ocasión la consultante demuestra cómo se ha centrado en ver lo negativo, en cómo ha dejado de ver por lo que ella quiere y le gusta, en lugar de ver las enseñanzas que puede tener de la muerte de su hermano. Hace manifiesto como en lugar de ver por como a buscar su felicidad y mejorar como persona, ver por ella y su bienestar, estaba centrada en querer estar con su hermano, empieza a reconocer como se fusiona con otros. En estos momentos manifiesta como se va rompiendo la pauta disfuncional y empieza a tomar consciencia de que es ella quien debe de hacerse cargo de sí misma.

A continuación, se incluye un ejemplo de un turno de palabra que ilustra lo anterior:

Consultante: *Ya lo sé es muy difícil, es muy difícil, pero esto que pasó con mi hermano me hizo ver eso que tengo, que tengo que empezar a ver lo que yo quiero, lo que me gusta y lo que es para mí no dejar que la presión social me haga hacer lo que yo no quiero. [...] O sea está mal esto que yo no quiera aceptar esto que pasó con mi hermano, pero me deja enseñanzas ¿Que enseñanzas?, de que tengo que ver por mí, de que tengo que buscar mi bienestar, de que si voy a seguir adelante tengo que buscar mi felicidad, porque a mí me gusta hacer lo que yo quiero, no estar esperando que me evalúe a que a ver si les parece esto bien, no van mal aquí, o sea tratar de mejorar como ser humano, como persona, sí ser más agradecido sí, pero no dejarme a mí y me está costando mucho, me está costando mucho esa parte.*

A continuación, en la siguiente tabla 3 se expone un ejemplo del análisis realizado por cada momento de CI codificado, con el fin de agrupar el tipo de indicador de cambio - junto con el contenido observado en las verbalizaciones de dichos momentos. Solo se toma de ejemplo una sesión (S.13) con la finalidad de ilustrar como se confirmó el contenido con los Indicadores antes mencionados.

Tabla 3 Análisis del contenido, vinculado al número de Indicador de cambio

Momentos de CI- de la Sesión 13

Indicador	Contenido que expresan
5	Logra evocar nuevas asociaciones entre sus acciones y pensamientos, respecto a lo que permitió al ella no reconocer su propio valor y esperar que se confirmara por otro (su expareja). Expresa como no tiene que estar con alguien solo por sentirse sola, si no que ella puede elegir con quien estar. Manifiesta ideas sobre el tema de igualdad respecto a como ella vale como persona de igual manera que otros y como eso hace que ella se merece el respeto de las personas que la rodean.
11	Emplea la metáfora como medio de expresión sobre la forma de verse a ella misma en cuanto a su valor como persona que no se ve determinado por si se encuentra organizada emocionalmente o no, haciendo énfasis en como descubre su belleza intrínseca.
11	Es capaz de expresar y reconocer lo que ocurría en su familia y como su mamá a quien le costaba contradecir, estaba equivocada, reconoce la carencia de límites en su familia, se atreve a cuestionar las creencias sobre lo que se considera correcto o no, con lo transmitido por su madre.

Contenido de CE identificado por sesión analizada:

▪ Sesión 29

En esta sesión se codificaron dos momentos de CE, cumpliendo con los indicadores 9 y 10. La consultante en estos dos momentos la consultante hizo referencia en como al estar atenta a sus pensamientos y enfocarse en hacer lo que desea cambio su estado de ánimo y forma de vivir en una semana. Logró identificar la importancia de la disciplina y pudo comparar lo que hace cuando se concentra en sus problemas evitando hacer sus responsabilidades, su discurso iba dirigido a una nueva representación de ideas que manifiestan un cambio.

Un ejemplo de cómo se expresó este contenido se puede observar en la siguiente verbalización:

Consultante: [...] y te das cuenta de cómo es tan importante la salud mental, de cómo es tan importante el tener una rutina, el, salir, el hacer otras cosas, el buscar otras cosas, pues porque a lo mejor esta semana estuve muy atareada y si tuve sueño porque no me despierto tan temprano y esta semana pues me estuve despertando muy muy temprano y todo el día estuve atareada, pero es prefiero estar así que nada más tirada ahí en mi depresión o sin hacer

nada, entonces me deja como la enseñanza de que no es esperar a que te llegue la felicidad, sino tu ir a buscarla [...].

▪ Sesión 60

La consultante en esta sesión muestra un momento de CE, correspondiendo al indicador 5, en el cual expresa la consultante como logra entrelazar el trabajo terapéutico de sesiones previas y lo que integra de ello para resignificar. Parece reflejar la integración de nuevas concepciones de sí misma, y la posibilidad de cuestionar sus formas de interpretar lo que sucede y como decide relacionarse. Un ejemplo del turno de palabra que muestra el CE se expone enseguida:

Consultante: *Y he estado pensando mucho en las cosas que hemos trabajado en terapia, en las cuestiones de que no puedo esperar a que los demás hagan lo mismo que yo o que reaccionen igual que yo, pero que si puedo aclarar los puntos que quiero y los que necesito y lo puedo hacer de una manera bien, sin ser agresiva [...]*

Contenido de E identificado por sesión analizada:

▪ Sesión 8

Los momentos de estancamiento que se observan en esta sesión fueron tres, que se codificaron con los indicadores H, G y E. Estos momentos expresaron contenido interesante al describir como la consultante sus verbalizaciones refiere su enojo hacia su relación con otros a través de expresiones indirectas.

Hace evidente su dificultad para marcar límites, puesto que tiende a ser agresiva con los demás al momento de hacerlo, y cree que es la única manera en que le hacen caso. Al momento de manifestar sus emociones realiza conclusiones sobre sí misma de forma generalizada en donde se ataca y devalúa a ella misma. Además, se observa cómo hay cuestionamiento y confusión sobre su implicación al marcar límites (la forma en la que lo hace) y en que los demás no respeten sus límites, no logra ubicar incluso el como ella misma no es capaz de respetar sus propios límites, ni los mantiene.

A continuación, se muestra un ejemplo de uno de los momentos referidos:

Consultante: *[...] Llegó el punto en el que yo le grité a mi hermana que ya, o sea, ya le había dicho bien las cosas. Yo no entiendo por qué la gente es*

así de verdad, de que tú les dices o de que yo les digo las cosas tranquilas "mira por favor no te metas en esto porque son situaciones que no te competen y otra vez lo hacen y otra vez digo por favor no te metas en estas situaciones porque no te competen" y así, y así y así hasta que llegan a mi límite. Y le dije a mi hermana vete a chingar el pedazo de tu madre que te toca, no te estás metiendo en mi relación ve y lídiate a tú con tu puto vato drogadicto, vale, mierda y déjame en paz. O sea, y hasta justo ahí es cuando se detiene el que ellos estén metiendo en mi relación. Entonces digo. ¿Por qué la gente no puede ser civilizada y entender? Sabes que no me gusta esto, y parece que es un constante en mi vida en que tengo que lidiar con personas que les dices por favor no hagas esto, y es como que si le dijeras hazlo, hazlo, hazlo hasta que me hartan y entonces exploto y soy grosera y ya me dejan, entonces ¿cuál es la diferencia de que yo esté diciendo no? "por favor esto" ¿a qué lo diga de la primera vez chingas a tu madre y listo?

▪ Sesión 29

En esta sesión se encontró un solo momento, que cumple con el indicador J, dicho momento de estancamiento manifestó la dificultad que tiene para acompañar a otros en sus emociones, en este caso con su hijo menor, se repite el patrón disfuncional "intolerancia e irritabilidad cuando el otro no hace lo que ella pide o desea", responde con enfado. Un ejemplo de la verbalización se muestra enseguida:

Consultante: *O sea, me pongo y si de plano está insoportable que esté así, llorando fuerte y así le digo vete para allá, vete a tu cuarto, vete al patio a donde yo no te escuche llorar y cuando estés tranquilo te vienes y hacemos lo que tenemos que hacer. Sí, está bien, se va a llorar y ya después regresa y ya. Listo.*

▪ Sesión 51

Esta sesión fue la más representativa en la cantidad de momentos de estancamiento codificados, encontrando 5 episodios. De los cuales los turnos de palabra analizados cubrieron los indicadores C, E, G y H. Estos momentos fueron complejos, si bien el contenido que expresaron se reconoce por que Expresan su desesperación y deseos de morir.

Se construye su verbalización a partir del evento que vivió del suicidio de su hermano, lo cual demuestra un episodio de crisis importante en su vida, pues la

consultante manifiesta una desesperación, tristeza y trauma, que impactan en su esperanza de vida. Ella refiere este evento como un obstáculo insuperable en el avance de su proceso de estabilidad emocional.

El contenido permite descifrar como la consultante se relaciona y la forma en la que se entrelaza con sus vínculos, se observa fusionada-confluyente con él otro (objeto de afecto), y al faltar, su mundo se ve desequilibrado, se desmorona y pierde el sentido de su vida. Ante la falta del hermano la consultante expresa la pérdida de sentido vida, incluso sin reconocer que no mantenían un vínculo cercano.

Explicita que aun cuando tiene a sus hijos, y deberían de ser un elemento que brinde deseos de vivir, eso no hace que quiera seguir viviendo. De manera indirecta culpabiliza- responsabiliza al contexto que le arrebatan su estabilidad los "otros", situación que muestra como está conformada su estructura de personalidad. En su discurso se ve manifiesta la falta de esperanza y como desvaloriza así misma, a partir de las interpretaciones sobre qué tan importante es para otros.

Unos ejemplos de lo mencionado en las verbalizaciones codificadas como estancamiento se pueden observar a continuación:

Consultante: [...] *me voy a terminar matando, eso es lo que va a pasar me voy a terminar matando y nadie me va a poder ayudar ni tú, ni mis hijos, ni mi tía, ni nadie. No puedo dormir, no puedo comer, no puedo descansar. No, odio a Eduardo, a toda la gente que quisiera que me dejaran en paz, nada más tú eres a lo único que no odio porque estás aquí sin juzgarme, pero todos los demás salen con sus estupideces de "todo va a estar bien, todo va a estar bien, tienes que estar tranquila". "Piensa en tus hijos". "Mira, tienes que ir por las cosas que te dejó tu hermano, porque es lo justo". "Es lo que él quería". Cosas, cosas, cosas, yo quiero mi puta estabilidad mental por lo que he estado trabajando, un perro año.*

Consultante: *¿Por qué? Yo recogí todas las cartas que dejó y la mía y la de mi tía era la más, pero la más estúpida que he leído en toda mi perra vida. Yo no valgo nada, nunca voy a valer para nadie, ni para mí misma.*

▪ Sesión 57

En las observaciones de esta sesión se codificaron tres momentos de estancamiento, que cumplieron con la relación de indicadores F, Gy K. En donde la consultante hizo expresiones de contenido afectivo, el cual estaba inclinado a referir su dolor e incapacidad de seguir adelante con su vida por la muerte de su hermano. Refería no

encontrar sentido a su vida, ni motivaciones para seguir adelante, su discurso se ve centrado en su experiencia de sentirse sin esperanza, sin valor e inútil, denota como hay una fusión con el otro y manifiesta sus deseos de morir y las formas en que le gustaría hacerlo para poder obtener la mirada del otro (sus relaciones) y así pudiera recibir la atención que tanto busca para confirmar su valor como persona.

Se observa como en medio de sus verbalizaciones la consultante se niega a ver como los demás están brindándole el apoyo acorde a sus propias posibilidades, se centra en ver lo que ella espera de su tía, hijos y pareja, que no obtiene. Y con eso se afianza en su narrativa de no tener valor y ser insignificante. Si bien, se pone en manifiesto en esta sesión las características del TLP, puesto que rechazaba cualquier intervención realizada por la terapeuta que involucrarán verse a sí misma y cuestionarse.

A continuación, se retoma un ejemplo para ilustrar el contenido de esta sesión, tomando en cuenta un fragmento del episodio que engloba el momento de estancamiento:

Terapeuta: *¿Qué pasaría si ese lugar seguro en lugar de dejárselo a alguien más, lo dejarás en ti?*

Consultante: *Pues seguiría siendo un caos,*

Terapeuta: *¿Por qué?*

Consultante: *Porque no me enseñaron a ser autosuficiente.*

Terapeuta: *¿Y toca pensar en lo que no te dieron tus papás?*

Consultante: *Pues no lo sé, porque no me dieron confianza en mí misma. No, yo no tenía como él. Bueno, yo siento que si se lo doy a mis hijos eda no lo sé, a lo mejor este, pero yo no tengo. Yo no era así como, bueno mi mamá se murió a los 18 años y yo no sabía ni siquiera prender la estufa, ni siquiera hacer una sopa maruchan y. Pero ahorita ya sé hacer muchas cosas.*

Terapeuta: *¡Eres experta cocinando!*

Consultante: *Sigo sintiendo que soy una inútil. Y me sigo sintiendo insignificante. Y cada que pienso en mi hermano y me siento insignificante (llora). Entonces imagínate si le doy mi propio valor seguro a mí, que soy insignificante. A lo mejor va a reinar más el caos, de por sí.*

4. ¿Cómo se expresa la toma de conciencia de la consultante respecto al reconocimiento de su participación en el problema?

En cuanto a la toma de conciencia que logra la consultante se puede observar a lo largo de las seis sesiones analizadas, elementos que muestran como con los CI y CE se suma de manera implícita la toma de conciencia, al resignificar elementos de su historia, experiencias, creencias e ideas, logrando una conciencia que la consultante va ampliando sobre sí misma y su problemática.

A continuación, se expondrán los aportes relevantes que se observan en la construcción y toma de conciencia de la consultante en algunas de las sesiones, expresados de manera general sobre cómo se observó dicho proceso (toma de conciencia) en la sesión y la forma en que ocurrió y lo manifestó la consultante.

S. 13

La manera en que expresa esta toma de conciencia en momentos se ve configurada por medio de metáforas, la consultante va elaborando a través de un discurso amplio y poco aterrizado, el cambio de pensamientos, parte de lo abstracto, lo general. Y por medio de las intervenciones terapéuticas, la consultante logra ir de lo amplio a lo específico, logro sintetizar y verbalizar sus nuevos pensamientos, en los que manifiesta la toma de conciencia sobre como participa en los problemas que aqueja. Se observa que su estilo comunicacional cuando genera conciencia de algo tiende a resignificar, emplea la narración o interpretación de los hechos como técnica, expresa mayormente sus ideas y es capaz de referirse más a sí misma en primera persona.

S. 29

En esta sesión se evidencia que logra tomar conciencia sobre su cuidado y el de sus hijos, surge a partir de incorporar y reflexionar sobre la importancia de tener disciplina. Expresa como el adquirir una rutina le brinda un nuevo panorama de sus deseos y expectativa de vida. Logra referirse de forma directa a sí misma, empieza a manifestar comportamientos nuevos en secuencia con sesiones previas.

S. 60

En esta sesión la toma de consciencia se expresa a través de diferentes puntos, por un lado, la consultante expone como ahora entiende que no puede esperar de otros lo que ella da. También empezó a reconocer como hay ocasiones en donde ha pensado que el suicidio sería la opción para parar sus problemas, y refiere como eso es centrarse solo en lo negativo, reconectando como a veces solo se concentra en una sola parte de una experiencia. En esta sesión se manifestó la toma de consciencia a través de hablar de sus afectos, y conectar con lo que es doloroso, y lo que no desea repetir de su hermano “suicidarse”, sino que quiere encontrar su propio camino y la felicidad. Se expresa de forma clara, más integrada al hablar de sí misma y la necesidad de hacer cambios en su forma de relacionarse.

Los resultados antes expresados se vinculan con la pregunta 3 antes resuelta, al contrastar los contenidos de los momentos de cambio y estancamiento, que permiten distinguir como se conforma esta construcción y toma de consciencia de sí misma. Lo cual se puede evidenciar que a lo largo del proceso presentó cambios en trabajo terapéutico, que mantuvieron consistencia por etapas, si bien estos tuvieron fluctuaciones, lo cual se observará en la siguiente pregunta.

5. ¿Qué diferencias se encuentran entre la recurrencia de momentos de cambio y estancamiento terapéutico?

Luego de haber realizado en análisis de manera exhaustiva aplicando ambos métodos, y dando respuesta a las preguntas anteriores es posible obtener material deductivo para describir y diferenciar la recurrencia en los momentos de cambio con los de estancamiento. Además de poder reconocer las diferencias entre ellos por medio de sus acciones comunicacionales, así como el nivel de indicadores que se codifican acorde a la forma en que verbaliza sus experiencias, vivencias, afectos, ideas y acciones

Como parte de las diferencias encontradas en cuanto a la recurrencia de los momentos de cambio y los de estancamiento, pudimos observar en la respuesta a la pregunta 1, el número de veces que se codificaron estos momentos en las tres categorías de CI con nueve (9), el CE con tres (3) y los de estancamiento con doce

(12). Dichos momentos es posible observarlos en distintas etapas del proceso, lo cual permite considerar diferencias teóricas y clínicas, sobre cómo se observó en las verbalizaciones de la consultante el cambio y el estancamiento.

Una primera diferenciación, es ubicar que la presencia de momentos de estancamiento fue identificada primero en la sesión 8, lo cual nos permite observar cómo al segundo mes de asistencia al proceso terapéutico se veía la reiteración del patrón disfuncional que llevo a la consultante a terapia. En estos momentos se observó la recurrencia en su forma básica dentro de la acción comunicacional que coincide después con otros momentos de E, la cual fue “preguntar”, esto se observa cuando la consultante se cuestiona “*¿Por qué le suceden esas cosas a ella?*”,

En esta sesión (S.8) no se observa la presencia de momentos de cambio, por lo cual no se pueden encontrar diferencias. Sin embargo, se puede distinguir como hay momentos en donde pareciera que habla de la integración de elementos de ella misma, que en realidad reafirman el patrón disfuncional de pensamiento-comportamiento en la expresión de sus emociones y comunicación de límites, así como en la integración de aprendizajes aparentes en donde se ubica su discurso centrado en una posición de orgullo y enojo.

Si bien, es posible identificar diferencias en los momentos de cambio la consultante logro centrar su discurso más hacia las ideas y nuevas comprensiones en donde puede verse a ella misma y su participación en sus interacciones con su familia, pareja y amigos. En la medida que avanza un poco su proceso, aun considerándolo dentro de la fase inicial en la S.13, se hizo visible cómo hay evidencia de nuevas integraciones sobre su inestabilidad emocional, y el valor que tiene como persona, reconociendo que aun cuando está en proceso de organización emocional, tiene el mismo valor como persona que otros.

Dentro de los episodios observados cronológicamente en las sesiones analizadas, se reconoce como el cambio se va gestando durante el proceso terapéutico. La consultante en la S.29 empieza a ver su participación en el problema, cuando es capaz de nombrar como a veces descuida su vida, se centra en ver solo lo negativo, deja de ocuparse de ella y de sus responsabilidades. Por ende, las atenciones o cuidados de sus hijos se ven disminuidas, también logra ver como las desatiende, y expresa la necesidad de hacer más esfuerzos para ella y beneficio de

sus hijos. En esta sesión fueron más los momentos de cambio (4) versus de estancamiento (1).

Sin embargo, en esta misma sesión (S.29) se observa una primera diferencia, surge un momento de estancamiento, observable cuando la consultante niega la existencia de su participación en un problema con la relación que mantiene con sus hijos; principalmente con el menor, al minimizar su respuesta de incomodidad cuando su hijo hace solicitudes afectivas cuando llora, y se niega a ver como ella suele responder a las demandas afectivas de su hijo con hostilidad y enfado. En este episodio se pone de manifiesto como la consultante logra ver la importancia de hacer cambios en unas áreas de su vida, pero se resiste a tomar la responsabilidad de cómo responde ante las demandas externas.

En lo que respecta a la S.51, que nos muestra un avance mayor del proceso terapéutico, siendo equiparable a un año aproximadamente de acompañamiento. La consultante hace manifiesto una fluctuación en su consolidación de cambios, puesto que la presencia de los momentos de cambio fue menor codificando (1) en comparación con los de estancamiento (5) en lo que respecta a número de veces codificadas.

Una vez identificados estos estadios de estancamiento en la sesión (S.51), el contenido expresado en sus verbalizaciones se centra a la vivencia de crisis que está viviendo por el suicidio de su hermano. El estancamiento se codificó debido a que se puso en manifiesto el deseo de muerte-activando su ideación suicida, el cual había dejado de manifestarse desde hace un tiempo, pues la consultante estaba trabajando en reconstruir su historia y buscando herramientas que le brindarán mayor estabilidad, incluso acudiendo a tratamiento psiquiátrico. Codificar los momentos de estancamiento nos permite observar la reiteración del patrón disfuncional de la consultante, en la dificultad que presenta al hacer frente a las adversidades de la vida, puesto que su consideración para afrontar esos momentos lo concibe mediante la muerte, reconociendo esto un elemento de relación con los rasgos de TLP.

Al distinguir una diferenciación de los momentos de cambio y estancamiento, en esta sesión se observa cómo cuando se trata de estancamiento el discurso de la consultante se vuelve recursivo y centrado a hacer referencia a un tercero, determinando a los terceros como los responsables de sus dificultades y problemas. Se encuentra que su intención comunicacional va dirigida a querer ser comprendida por la terapeuta, y en cuanto al contenido que manifiesta en sus verbalizaciones se

observa cargado hacia la victimización, negatividad, falta de esperanza y confianza en sus propios recursos.

A su vez se distingue como en los estadios de estancamiento la consultante centra su discurso en hablar de mal de sí misma y de otros, observando una continua desvalorización de sus propios recursos, así como negando su participación en sus problemas, como en la esperanza de cambio.

Una diferencia significativa identificada en la S. 51, es en el momento que se configura el CI, pues se observa como empieza a integrar nuevamente al terapeuta como competente (que es el tercer indicador de cambio). Mientras que en los momentos previos de estancamiento manifestaba sus deseos de muerte y cuestionaba la capacidad del terapeuta como competente para poder ayudarla a transitar esta etapa de vida.

En la sesión 57, se observa como cuando hay presencia de un estadio de estancamiento se ve inmerso a lo largo de la sesión, por mucho trabajo que se realice por parte de la terapeuta en la sesión, se distingue que impera en la consultante durante la sesión el estancamiento, manifestando a través de la rigidez en pensar nuevas posibilidades o hablar de su dolor.

En la última sesión analizada la S.60, se observa la presencia de momentos de cambio, en donde después del trabajo de varias sesiones la consultante manifiesta la integración de nuevos significados sobre sí misma por medio de la intención comunicacional “resignificar”, elemento que solo se observó una vez en los episodios de estancamiento. Si bien, la diferenciación entre ambos momentos se observa a la luz de las acciones comunicacionales que emplea la consultante al expresarse de manera más clara e integrada, al hablar de sí misma lo hacía en primera persona y refirió sentir la necesidad de hacer cambios en su forma de relacionarse, como en su interpretación de sus experiencias.

Finalmente podemos sintetizar los datos encontrados sobre las diferencias observables en ambos momentos de cambio y estancamiento, distinguiendo que además de la toma de consciencia que logra construir en las sesiones analizadas, la consultante suele manifestar el cambio a partir de sus acciones comunicacionales; *resignificar, hablando sobre sus afectos, ideas y acciones, centrado su referencia a sí misma en primera y segunda persona, también refiere a su relación con un tercero y la relación terapéutica*. También se observa que a lo largo de las sesiones en la presencia de los momentos de estancamiento la consultante evidencia una ruptura

en dicha toma de consciencia, aprendizajes o insights que construyo en su trabajo previo, al negarse a ver su responsabilidad.

Los momentos de estancamiento se reconocen cuando manifiesta expresiones de desesperanza, y falta de sentido de vida, cuando se refiere a sí misma sin recursos para salir adelante, y se nubla en los afectos, pelea con su familia, pareja y se aísla. Estos momentos se caracterizan por acciones comunicacionales; *exploración y sintonizar, emplea la técnica de argumentación, expresa ideas, afectos y acciones, que su discurso se centra más en su relación con otros o expresarse sobre un tercero y cuando se refiere a sí misma habla de ella en tercera persona.*

Sin embargo, aun cuando en los momentos de estancamiento parece que no toma las intervenciones, hay momentos posteriores en donde se expresan los CE, haciendo referencia al trabajo de sesiones previas. Cuando se evocan los momentos de cambio la consultante emplea expresiones más centradas en sí misma, que aluden a más claridad en su discurso, refiere a su relación con un tercero, pero enfocada a la resignificación.

Discusión

En este apartado encontraremos algunos datos relevantes, que se podrán contrastar con los elementos teóricos planteados previamente en esta investigación. Se presentan a continuación varios segmentos para poner a conversar la teoría, el método y las verbalizaciones de la consultante. Con el fin de encontrar los puntos de encuentro o diferencias entre lo que postula la teoría y lo que surge durante el proceso práctico del ejercicio psicoterapéutico.

De acuerdo con lo que se observa en el caso de esta consultante es posible identificar como el cambio surgió en momentos que evidenciaban una excepción, no ocurrieron en todas las sesiones analizadas y se observaron en momentos donde la consultante aludía en su acción comunicacional la tendencia resignificar, haciendo referencia a sí misma, a partir de nuevas ideas, afectos o experiencias. Se observaba como en dichos momentos había la presencia de nuevos significados, emociones y formas de entender lo que tenía que seguir trabajando en ella misma, en reconocer sus logros, pequeñas acciones que servían y cambios en su estado de ánimo que pudieron observarse con más claridad en la sección de resultados.

Lo cual coincide con lo que dicen Duarte, Martínez y Tomicic (2019), el cambio en psicoterapia se reconoce por los momentos sobresalientes de la sesión desde la mirada clínica, pues no ocurren de forma recurrente y tampoco se consideran predecibles, o que surjan de manera lineal. Se aluden a una dimensión subjetiva de la experiencia personal de los consultantes, puede surgir en diferentes términos, sean de significados, narrativas, experienciales y/o emocionales, relacionales, eventos significativos, rupturas y resoluciones.

La presencia de cambios en la consultante se observó en los momentos de cambio (MC) en dos categorías CI y CE, como sugieren Valdés, Krause, Tomicic, y Espinosa (2012), los MC solo se refieren a los cambios que se observan en cada consultante, pudiendo ser intra; durante la sesión de terapia, y extra-sesión; momentos fuera de terapia, los cuales son expresados por el consultante, y se vinculan al trabajo terapéutico previo. Encontrando entonces como en cuatro de las sesiones analizadas, la consultante fue manifestando características que permitieron identificar esta diferenciación de los tipos de cambio, y la forma en que se presentaron teniendo en cuenta que predominaron los CI.

Reflexionar sobre los hallazgos de cambio, logro permite confirmar y apreciar como el cambio es un proceso subjetivo, el cual tendrá sus variables y distintos niveles para expresarse. Este involucra una construcción co-participativa, es decir consultante-terapeuta, en donde se pone a juego el trabajo terapéutico, independientemente el tipo de psicoterapia. Un elemento que ayuda a que esta coparticipación surja como medio promotor del cambio, es la importancia de que el consultante logré aceptar y reconocer la propia aceptación de necesidad de ayuda, para que este pueda aceptar la disposición del terapeuta para acompañarle y guiarlo a reflexionar, analizar y cuestionarse. De lo contrario si no se cuenta con este elemento es imposible que el cambio pueda surgir o desarrollarse de manera profunda.

El cambio es un proceso que se reconoce a partir de las verbalizaciones, que incluye no solo el contenido explícito de cambio, sino que se reconoce por el implícito; que incluye la acción comunicacional desde la que manifiesta la adquisición de nuevas formas de expresar, vivir y entender las emociones, ideas, acciones, vivencias y experiencias, hasta en las referencias no verbales.

Que puede verse a través de nuevas posiciones del Yo del consultante, en donde se encuentra más integrado, es capaz de expresarse con un lenguaje que hace referencia a las acciones comunicacionales como resignificar (*intención comunicacional*), expresando sus acciones, afectos e ideas (*ámbito*) y es capaz de enfocarse a hablar más de sí mismo (primera persona), o expresar sobre su relación con un tercero (*referencia*), en una nueva posición del yo, en donde logra asumirse.

Con base a los resultados obtenidos también se observó que el cambio surge de manera gradual, aunque no podría observarse con un crecimiento progresivo tal como lo apunta la teoría. Duarte, Martínez y Tomicic, (2019), explican que los cambios que surgen en un principio de la consulta ocurren de manera progresiva, tal es el caso de la toma de conciencia sobre la conducta problemática del consultante, esta puede implicar un proceso de complejidad que lleve a la deconstrucción de maneras previas disfuncionales de interpretar y comprender el propio problema.

Por lo tanto, el cambio de conciencia involucra un proceso de mayor nivel que se consolidará con la construcción de nuevos significados, acciones y formas de relacionarse con su problemática (Duarte, Martínez y Tomicic, 2019). Situación que se observa también en la propuesta de Krause et al. (2006), ellos exponen que el cambio es en sí mismo un proceso que surge de forma subjetiva en la narrativa interna

del consultante. De construcción de nuevos modos de interpretación y representación de sí mismo y de la realidad, que se reflejan en forma cognitiva, afectiva y valórica en el sujeto, así como en su comportamiento. *Estos cambios se van construyendo de forma progresiva a medida que va adoptando nuevos significados y se hacen visibles al observador.*

Lo anterior supone una simbólica diferencia, con relación a los resultados observados en esta investigación. Puesto que en los resultados se presentan ***variables en la progresión de cambio***, que tienen que ver con el número de sesión analizada (principio o intermedia) y el indicador de cambio que se codificó en dicho momento. Obteniendo una variable interesante, dado de que hubo indicadores de cambio genérico de mayor categoría (numeración) en sesiones iniciales, que no se presentaron en sesiones más avanzadas.

Por tanto, es posible deducir que el cambio de las sesiones analizadas en esta consultante no cubrió un flujo progresivo que apuntará a una ganancia de mayor integración o construcción de nuevos significados que consolidara un nivel mayor de comprensión de sí misma y del propio problema, tal como se propone en la teoría. Esta deducción puede explicarse o entenderse a la luz del caso y en correlación con la característica de personalidad de la consultante por los rasgos de TLP y a su vez en la comprensión de que ningún proceso de cambio y psicoterapia es lineal.

Siguiendo esta variable a discusión, se puede contrastar con lo que Gunderson y Gabbard (2000), señalan respecto a que los pacientes con TLP suelen tener un recorrido variable en su capacidad de lograr estabilidad, identifican que durante la juventud suelen ser más inestables y con el tiempo, además de los tratamientos terapéuticos van ganando estabilidad. “Habitualmente se recoge que 1/3 de los pacientes se cura, entendiendo por ello que consiguen una estabilidad por debajo de sus condiciones potenciales previas” (Citado en García, 2007, p.351).

Por lo anterior, entonces se puede concluir que la ***variable de progresión de cambio***, observada en el análisis de este caso tiene un influjo importante con la estructura de personalidad de la consultante. Esto nos permite distinguir lo complejo que suele ser el acompañamiento en el proceso terapéutico en personas con estas características, debido a que el cambio puede ver visible en momentos del proceso, y a su vez verse disuelto en otro momento o sesión. Por consiguiente, es posible invitarnos a cuestionar ¿El cambio observado y codificado en el proceso es duradero? ¿Qué tan reales son los cambios advertidos en el análisis cuando se presentan

momentos de estancamiento posteriores?, estas interrogantes recién planteadas a partir de los resultados y la variable observada abre paso a explicar cómo se vincula el estancamiento y a su vez, comprender el papel clínico que se ve inmerso en la estructura de personalidad de la consultante. que

El cambio fue constitutivo en esa parte evolutiva del proceso, sin embargo, al contrastarlo con la atención clínica que se dio a este caso, en sesiones no analizadas se conoce que algunos de los cambios aquí evidenciados no se mantuvieron en el tiempo y abre paso a ser un tema que se pueda profundizar para investigaciones futuras.

No obstante, dentro de los hallazgos de esta investigación un elemento interesante fue observar el papel del estancamiento en las sesiones analizadas, el cual también parece presentar un rol en esta discusión con el tópico anteriormente expuesto. Debido a que presencia de estos momentos de estancamiento surgieron en el intermedio de las sesiones que mostraron cambios (sesiones 8, 29, 51,57).

Herrera et al. (2009) explican que “los momentos de estancamiento se caracterizan por la detención temporal del proceso de cambio del consultante, debido a la reedición de un patrón disfuncional de éste durante la sesión terapéutica” (Fernández et al, 2012, p.6). Por esta razón tiene lugar la vinculación con las características de personalidad de los rasgos del TLP, que se vinculan con la manifestación del patrón disfuncional en los momentos de estancamiento, cuando la consultante se niega a verse a sí misma, y centra solo su discurso en aquellas situaciones que no se siente complacida por otros, en donde se expresa su falta de tolerancia, irritabilidad, ira e inestabilidad emocional.

En esos momentos la consultante se mostraba más cercana en sus acciones comunicacionales y verbalizaciones, que hacía alusión a los patrones disfuncionales, en donde sus acciones comunicacionales se observaron más cargadas en hacer referencia a un tercero o su relación con un tercero, centrada en el ámbito de afectos y acciones, y como intención comunicacional más centrada hacía la búsqueda de comprensión en la sintonización.

Lo cual coincide con lo que dice la teoría sobre como en se caracteriza por ser persistente ante las formas de comportamiento, pensamiento y emociones frente al problema. Los episodios de estancamiento también se distinguen por la falta de construcción de nuevos significados, formas de interpretar o de representar la realidad (Fernández et al, 2012).

Contrastando estos tres elementos que han sido el foco de análisis de esta investigación, es posible ver como los rasgos de TLP impactan en gran medida con la presencia de los momentos de cambio y estancamiento. Pues influye mucho el estado emocional y el contenido afectivo referente a la capacidad que va logrando la consultante para mirarse a sí misma y asumir una postura más equilibra y/o estable, que favorezca a una consolidación de cambios progresivos. Dicho esto, se puede observar a la luz de los resultados y las verbalizaciones de la consultante junto con las acciones comunicacionales desde las que se posiciona, elementos que comprueban la presencia de los rasgos del TLP.

La APA (2014) expone que las características más representativas de este diagnóstico se observan a partir de “patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa” (p.364), además de la tendencia a presentar conductas compensatorias para evitar el desamparo real o imaginario, inestabilidad en las relaciones interpersonales; oscilan entre la idealización a la devaluación, con frecuencia mantienen un comportamiento suicida y/o automutilación.

Situación que pudo observarse cuando la consultante expresó la invalidación que experimentaba como persona ante el suicidio de su hermano y la despedida que tuvo para con ella, viéndose a través de cómo cuestionaba su importancia en el mundo, y la falta de recursos que ella observa de sí misma al sentirse desamparada. Ante la experiencia de desamparo e inestabilidad emocional, desea ser vista buscando elementos extremos para obtener la mirada que considera no tener, ejemplos de ello se puede observar a continuación cuando refiere:

Consultante: *¿Por qué? Yo recogí todas las cartas que dejó y la mía y la de mi tía era la más, pero la más estúpida que he leído en toda mi perra vida. Yo no valgo nada, nunca voy a valer para nadie, ni para mí misma.*

O expone sus deseos de morir, con la expresión de las formas en que considera hacerlo, como expresión de su ideación suicida:

Consultante: *Entonces digo que si me cortara la cabeza entonces me pondría a correr como gallina descabezada (risa, se distorsiona). Ya sé que es un mal chiste, pero a mí me causa gracia, ya sé que a las personas que se los he contado no les da gracia, pero a mí sí, porque digo que voy a hacer un desmadre para que vean, que cuánta necesidad tenía de que el mundo viera que estoy aquí y de que no lo hizo.*

Con lo anterior, es posible distinguir elementos que cumplen con los elementos de dicha estructura del TLP, cuando se hacen referencia a su vez en la impulsividad destaca como rasgo identificador en distintas áreas de su vida (sexo, alcohol, drogas, compras, relaciones), combinándose con la inestabilidad afectiva que se presenta con episodios de disforia, irritabilidad, dificultad para controlar la ira y ansiedad (APA, 2014).

Otto Kernberg (1987), expresa algunas características importantes para la comprensión de la organización límite de la personalidad. Expresa que estos pacientes suelen presentar poca capacidad para realizar una evaluación realista de la realidad y de los demás, puesto que su principio de realidad se ve alterado. Se les observa con dificultades para mantener relaciones a largo plazo, debido a que estás se caracterizan por una creciente distorsión, y se ve fracasado el ejercicio de intentar empatía real con otros, sus relaciones se ven caóticas o huecas, y las relaciones íntimas están por lo general contaminadas por su típica condensación de los conflictos genitales y pregenitales.

Así mismo, se hacen visibles lo que se dice teóricamente respecto a los episodios de estancamiento con referencia a las acciones comunicacionales y verbalizaciones. Aristegui et al. (2009) expresan que en los momentos de estancamiento se observa en las verbalizaciones secuencias de diálogo monológicas y perlocutivas; de las cuales no se evidencia actos de habla que manifiesten nuevas posiciones del Yo que señalen apertura a nuevas posibilidades, y por el contrario se aumentan secuencias se evidencian cerradas, centradas en el Yo del pasado (problema), y cortan la simetría entre terapeuta y consultante.

Lo anterior da lugar a observar en el trabajo psicoterapéutico con consultantes que cumplen estas características, la posibilidad de poner mayor énfasis en las intervenciones en donde se señale por medio del “reflejo” u otras técnicas el patrón comunicacional desde el cual se expresa, para ayudar a fomentar mayor consciencia de como el/la consultante se va posicionando, y este pueda asumir una postura en donde reconozca que hace cuando expresa un momento de cambio y cuando surge uno de estancamiento, considerando un gran recurso la comprensión del método del SCAT(1.0).

De la misma manera puede ser útil la comprensión de los indicadores genéricos de cambio y estancamiento, para las intervenciones terapéuticas y poder distinguir en que punto va evolucionando el proceso, el cual aplica como una buena

guía para el manejo de consultantes con estos rasgos de personalidad, o incluso con otras características.

Finalmente, lo que podemos reconocer en medio de las seis sesiones analizadas es que el cambio y estancamiento surgieron en diferentes momentos, evidenciando congruencia con elementos que nos expresan diferentes autores sobre como distinguirlo y las características que configuran a cada momento. A su vez estos hallazgos se ven vinculados con la estructura u organización de personalidad límite que manifiesta la consultante.

Lo cual logra poner en evidencia las dificultades y vicisitudes que implican el proceso psicoterapéutico, como las posibilidades del tratamiento para que manifieste efectividad. En esta investigación se logra poner en evidencia además los retos que se dan para poder ver cambios progresivos en la consultante, que permitan configurar una mayor toma de consciencia e integración que promueva mayor estabilidad. Sin embargo, esto no omite que el cambio surgió en la medida posible a la consultante y lo abarcado en el proceso de las seis sesiones analizadas.

A su vez esta investigación ha logrado poner en evidencia los elementos del estancamiento, sobre como se manifestaron en las verbalizaciones de la consultante y la recurrencia de estos. Gracias al análisis del contenido es posible identificar qué elementos del momento de estancamiento pertenecen a su patrón disfuncional de comunicación, interacción y relación, que tienen que ver con su historia, contexto y desarrollo de estos rasgos de TLP.

Conclusiones

Finalmente se puede concluir que los momentos de cambio y estancamiento son estadios que surgen en todo proceso psicoterapéutico, que se ven explicitados a partir del lenguaje, verbalizaciones y acciones comunicacionales desde la cual los consultantes van expresando elementos de contenido afectivo, acciones e ideas, que tienen que ver con su forma de verse a sí mismos, a sus relaciones y la manera de interpretar la realidad del mundo.

El cambio se reconoce por ser un proceso que surge de manera esporádica y espontánea en la sesión de psicoterapia, éste se puede reconocer por aquellas verbalizaciones que ponen por primera vez en manifiesto una nueva emoción, ideas, comportamiento o reflexión, este momento alude a ser algo actual (en el tiempo), que permite dar cuenta sobre el proceso que vive la consultante en donde refieren un elemento subjetivo que manifiesta la capacidad de integrar, resignificar o producir nuevas ideas sobre sus experiencias, la participación propia dentro del problema y va ganando mayor comprensión de sí misma, como en toma de consciencia.

Por su parte el estancamiento, es un momento que ocurre en el proceso de psicoterapia que señala la pausa o detenimiento de nuevas formulaciones por parte de la consultante, y se le observa centrada en el problema o vista en una posición del yo del pasado. A esto se le puede reconocer como la reiteración del patrón disfuncional, que puede establecerse por momentos, episodios o abarcar varias sesiones del proceso de psicoterapia, en donde se pierde el rol de intercambio y producción de reflexión y análisis de sí mismo en la psicoterapia.

Si bien, lo anterior sirve para concluir los elementos más significativos que se pueden obtener para reconocer ambos momentos que fueron el objetivo de esta investigación. Que gracias al análisis exhaustivo de la combinación de métodos se alcanzó a cubrir dando respuesta a las preguntas de investigación, de manera que pudiera reconocerse las características de cada momento codificado en torno a los indicadores genéricos y el análisis de las acciones comunicacionales desde el SCAT (1.0).

Se encontró que los indicadores de cambio cumplieron con indicadores de nivel 1 que refieren la consolidación inicial de la estructura de la relación terapéutica y el nivel 2 que tiene que ver con el aumento de la permeabilidad hacia nuevos entendimientos. Sin embargo, se identifica como limitación en esta investigación el

poder encontrar los indicadores de cambio que hicieran referencia al nivel 3, que expresan la capacidad de la consultante para la construcción y consolidación de nuevos entendimientos, que son los indicadores más profundos de la consolidación del cambio.

Esta limitación puede ser debido a que el proceso permaneció activo mientras se completaba el desarrollo y formulación de la investigación, por lo cual no fue posible abarcar las sesiones más recientes de la etapa final del proceso para efectuar análisis y validar la posibilidad de que se manifestaran indicadores de cambio del tercer nivel. Por lo tanto, se sugiere para futuras investigaciones seleccionar el análisis de caso, de un proceso que se haya concluido con anterioridad, para que brinde la posibilidad de analizar la evolución de manera adecuada.

Por otro lado, esta investigación logro alcances interesantes en la exposición de las verbalizaciones, y turnos de palabra de la consultante que expresaron estancamiento, pues con lo observado se identifica que esto pone al descubierto el patrón disfuncional que se vincula con la estructura de personalidad que exponen los rasgos del TLP. Esto apenas da un esbozo de lo que fueron esos momentos a lo largo del caso, debido a que el discurso de la consultante era predominante en la tendencia de verborrea, expresando continuamente su desesperanza, dificultad para relacionarse con su pareja, hijos y familia, y las acciones impulsivas que tomaba en torno a elecciones que podrían aludir a mejorías, pero que en realidad distaban de ser un cambio consistente.

A su vez esto abre paso para identificar como en futuras investigaciones se pueda comparar las acciones comunicacionales recurrentes en consultantes que cumplan el mismo criterio de rasgos del TLP, para generar una comparación e identificar si se puede llegar a hacer una aproximación generalizada de la tendencia de acciones comunicacionales particulares de este rasgo de personalidad.

Se puede concluir que la consultante en los **momentos de cambio (MC)** mostro en sus acciones comunicacionales empleo la **intención comunicacional** de *resignificar* con más frecuencia, y cuando ocurría un **momento de estancamiento (ME)** su tendencia era *sintonizar* con el terapeuta, en búsqueda de comprensión y validación. También se concluye que en los ME la consultante empleaba la *argumentación como técnica*, de forma indirecta, y el *ámbito* del contenido de sus turnos de palabra no planteo una distinción de uso único pues expresaba *sus afectos, acciones e ideas*, lo mismo ocurría en los MC.

Sin embargo, en los MC solía hacer mayor *referencia a sí misma o la relación con un tercero*, en donde se exponían las nuevas formulaciones que manifestaban una resignificación. Mientras que en los ME se empleaba de manera idiosincrática la *referencia a un tercero, la relación con un tercero, la relación terapéutica y referencia a sí misma en tercera persona*.

Siguiendo con las observaciones sobre lo que se propone investigar a futuro, es generar un análisis del contenido no verbal a la par de la revisión de las acciones comunicacionales. Quizá eso logré romper una limitante observada en esta investigación, debido a que con el análisis del contenido no verbal la confirmación de los momentos fuese de cambio o estancamiento, pudieran identificarse de manera más eficiente en cuanto a la congruencia, que por el tiempo en esta investigación no se pudo integrar.

Por otro lado, esta investigación logra producir conocimientos importantes en lo que respecta hablar sobre el contenido de las verbalizaciones de un caso con rasgos de TLP, y la forma en que se puede identificar la evolución de su proceso, que hasta ahora no se había planteado en otras investigaciones. El uso conjunto de dos métodos de análisis que permitieran generar nuevos aportes para la comprensión y evolución de una consultante con estas características de personalidad se vuelve un aporte que puede abrir nuevos diálogos referente a las intervenciones que a su vez puede ser un tema para desarrollar en otra investigación.

Es posible concluir que en esta consultante hubo momentos de cambio que fueron significativos y manifestaron esperanza de ser ayudada, hubo un descongelamiento y cuestionamiento de sus comportamientos y emociones habituales en dichos momentos. Así como elementos de reconocimiento sobre su propia participación en los problemas, manifestación de nuevas emociones y sentimientos de competencia, como asociaciones entre elementos propios con creencias, conductas, situaciones de su entorno y elementos biográficos que dieron lugar a momentos de cambio visibles en la sesión y otros que pudieron mantenerse a medida del avance del proceso.

Si bien, así como se concluye que la consultante fue capaz de lograr esos avances en el momento de cambio, también se observa que los momentos de estancamiento la consultante manifestó dificultad para mantener los cambios antes mencionados. Se expresaron sus resistencias a la reconceptualización de su problema y/o síntoma, resistencia a establecer asociaciones entre el problema y sus

emociones, sus comportamientos, como resistencia a pensar nuevas posibilidades sobre ella misma en pensamientos, acciones y emociones.

Mostrando como atribuía a otros sus propios problemas, cuando surgieron los momentos de estancamiento, el aumentando el temor y ambivalencia frente al cambio, reconocido en sus verbalizaciones y en momentos expresando una gran desesperanza como sentimientos de incompetencia sobre su futuro o deseos de seguir viviendo. Este estudio de caso brinda mucho material y contenido que no se incluye en esta investigación, pero que desde luego da la posibilidad de retomar en un futuro si se desea seguir indagando del tema.

Anexos

1. Consentimiento Informado.

AVISO DE PRIVACIDAD-PSICOTERAPIA PROYECTO PRESENCIA

Tlaquepaque; Jal. a 25 de 02 de 21

(Nombre del psicoterapeuta en formación)

Ara Cristina Cuevas Lopez

Presente

Por medio de la presente, expreso mi consentimiento y le doy mi autorización para que se video/audio grabe lo que platicamos en las sesiones de psicoterapia y que esta información sea vista, escuchada y comentada con los maestros y sus compañeros de clases de la Maestría en Psicoterapia, en el ITESO.

Entiendo que el propósito de compartir esta información es la mejora continua de la atención brindada y además que usted pueda recibir sugerencias que le ayuden a aprender y a avanzar en su formación como psicoterapeuta.

Entiendo también, que la información sobre mis sesiones será tratada con respeto y en un marco de anonimato y confidencialidad que restringe el uso de la información al proceso de formación e investigación; y que tanto sus maestros como los compañeros de clase asumen también este compromiso.

Estoy informado(a) de que en cualquier momento puedo modificar esta decisión y notificársela. Y, en ese caso, usted dejaría de audio/video grabar y comentar con sus maestros y compañeros lo platicado en mis sesiones de psicoterapia.

AVISO DE PRIVACIDAD

ITESO, a través del Proyecto Presencia de la Maestría en Psicoterapia recabó tus datos personales y personales sensibles como consultante del servicio de psicoterapia proporcionado por los alumnos de este programa educativo, con el fin de abrir un expediente de tu caso para llevar un adecuado seguimiento del proceso de psicoterapia; grabar mediante audio y video las conversaciones de las sesiones de psicoterapia en las que se participa, ver, escuchar y comentar la información audio-video grabada con los alumnos compañeros y los profesores de la Maestría en Psicoterapia, en el ITESO.

Estos datos personales y personales sensibles serán resguardados en los archivos (físicos y electrónicos) que se encuentran en el Departamento de Psicología, Educación y Salud o en el Centro Polanco del ITESO. La información que se utilice para la supervisión de los casos, será tratada en forma confidencial y anónima.

Derechos ARCO:

El ITESO, por conducto de la Coordinación de la Maestría en Psicoterapia, te informa que, acepta iniciar, desarrollar y concluir las sesiones de psicoterapia que hemos convenido. El ITESO te informa y notifica que el total o partes de dichas sesiones serán video/audio-grabadas con fines profesionales y educativos. El ITESO asume que tales video/audio-grabaciones, contienen datos personales y personales sensibles, cuyo titular es quién como consultante, suscribe este convenio. Asimismo, el ITESO te informa y notifica que conforme a la ley de la materia en vigor, tienes el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición (Derechos ARCO), respecto de tus datos personales y personales sensibles contenidos en dicho video/audio-grabación, y en caso que desees ejercerlos, serás atendido en la oficina de la Directora del Departamento de Psicología, Educación y Salud, por la señorita AURORA RODRIGUEZ, en horas hábiles y conforme a las prevenciones y requisitos establecidos en el Capítulo IV de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares en vigor. (Teléfono 3669 3451).

Por otra parte, quien suscribe, consultante y receptor de los servicios de psicoterapia que prestará el ITESO por medio de la Maestría en Psicoterapia, declaro conocer, en todos sus términos, en particular sobre los derechos ARCO, el Aviso de Privacidad del párrafo anterior informado y notificado por el ITESO. Asimismo, otorgo libre y expresamente y mediante este comunicado, mi consentimiento y autorización para someterme como consultante a las sesiones de psicoterapia, conforme a los métodos y formas profesionales y educativas que determine el ITESO y para que este pueda video/audio-grabar el desarrollo total o parcial de dichas sesiones de psicoterapia, sin más límites que los profesionales y educativos indicados por el ITESO.

En consecuencia, el ITESO podrá video/audio-grabar las acciones, omisiones, reacciones, expresiones verbales y no verbales y todo cuanto suceda y dialogue en las sesiones de psicoterapia mencionadas. Acepto y doy mi consentimiento informado, para que el ITESO, bajo su supervisión, pueda ver, escuchar, comentar y opinar académica y profesionalmente, sobre la información y datos personales y personales sensibles contenidos en las video-grabaciones autorizadas; y podrá compartirlos con los profesores, académicos y alumnos en las sesiones de clases de la Maestría de Psicoterapia en el ITESO y en las deliberaciones, debates y publicaciones académicas, en la inteligencia que, el ITESO conminará a estas personas a mantener, conforme a la ley de la sociedad y los lineamientos en vigor del ITESO en la materia, respeto, confidencialidad y privacidad sobre dicha información.

Manifiesto que estoy informado y satisfecho que, en cualquier momento, puedo modificar mi consentimiento, y revocar total o parcialmente el consentimiento y la autorización mencionada en el párrafo anterior, y notificársela al ITESO, respecto a las video/audio grabaciones de las sesiones y al tratamiento de la información de las video/audio grabaciones.

Atentamente

2. Tabla de agrupación de los criterios de Análisis de SCAT

Contenidos	REFERENCIA		
	1º persona singular (1) / 2º persona singular o plural (2) / Tercera persona singular o plural (3) / Relación Terapéutica (4) / Relación con un tercero (5) / Neutral (6)		
Tipos de Acciones Comunicacionales	ÁMBITO		
	Acciones (1) / Ideas (2) / Afectos (3)		
	FORMAS BÁSICAS	INTENCIONES COMUNICACIONALES	TÉCNICAS
			Argumentación (1) Confrontación (3) Imaginería (5) Interpretación (7) Nominación (10) Reflejo (12) Resumen (14)
			Autorrevelación (2) Consejo (4) Información (6) Narración (9) Paradoja (11) Refuerzo (13) Rol Playing (15)
Explorar (1) / Sintonizar (2) / Resignificar (3)			
Asentir (1) / Aseverar (2) / Negar (3) / Preguntar (4) / Dirigir (5)			

3. Imágenes ilustrativas del proceso de Análisis realizado por sesión aplicando el método de Indicadores genéricos de cambio y estancamiento.

Minutos	Tipo de Episodio		Manifestación del Episodio Textual	Número o Letra del Indicador	Párrafo Inicial	Párrafo final
	CI (Cambio intrasesión) CE (Cambio extrasesión), E (estancamiento)					
[00:06:40:03]	CI	[00:09:40:01] Entonces me hizo verme a mí a través de ese mueble de decir yo soy como ese mueble a lo mejor no estoy muy bonito, pero yo tengo mucho valor porque sé el tipo de persona que soy y eso, ese valor no se lo va a quitar nomas porque esté desorganizada o des acomodada, no quiere decir que no tenga ese valor. Ahí lo tengo y ahí tengo mi belleza también intrínseca, pero, pero ahí está. Entonces creo que ese ejercicio me ayudó bastante de verdad. Yo creo que de todo lo que hice es lo más significativo. [00:10:18:00]	11	[00:06:40:03]	[00:11:00:00]	
[00:22:16:00]	CI	Consultante: Y me vino a la mente que me dejé llevar porque, (silencio 1s) porque no me di el valor que yo tengo. Me dejé llevar porque él era más joven que yo, porque está feo de la cara yo creo, no sé, pero tiene un cuerpo muy atlético, es una persona que se ve bien, es alto, güero, cumple con muchos estándares de belleza físicos y me recuerda una vez de estas últimas veces que, que platicamos, que me dijo: (llanto) "Por qué sí, soy el único pendejo que quiere estar contigo, no me aceptas"; y me hizo ver con esas frases que, aunque esté muy bello y aunque esté muy alto y muy bueno y lo que sea, está muy pendejo y que el hecho de que una persona, de que él sea la única persona que quiere estar conmigo no significa que yo tengo que elegir estar con él. Yo puedo elegir estar con él o estar con mi soledad. Y me hace sentir mucho mejor mi soledad, además todas las personas valemos lo mismo y porque tenemos el mismo valor, todos debemos de ser respetados igual.	5	[00:17:05:01]	[00:23:16:00]	

4. Imágenes ilustrativas del proceso de Análisis realizado por sesión aplicando el método del SCAT (1.0)

Análisis Scat					Notas y observaciones
Forma Básica	Intención Comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia	
[1, 2 y 4] Aseverar, [3] Preguntar	Resignificar	Interpretación [1 y 2] + Narración [3], Metáfora [4]	Acciones + Ideas + Afectos	Referido a sí mismo + Relación con un tercero	Emplea la metáfora como medio de expresión sobre la forma de verse a ella misma en cuanto a su valor como persona que no se ve determinado por si se encuentra organizada emocionalmente o no, haciendo énfasis en como descubre su belleza intrínseca.
Aseverar	Explorar + Resignificar	Narración	Ideas	Referido a un tercero + referencia a sí mismo	Logra evocar nuevas asociaciones entre sus acciones y pensamientos, respecto a lo que permitió al ella no reconocer su propio valor y esperar que se confirmara por otro (su ex pareja). Expresa como no tiene que estar con alguien solo por sentirse sola, si no que ella puede elegir con quien estar. Manifiesta ideas sobre el tema de igualdad respecto a como ella vale como persona de igual manera que otros y como eso hace que ella se merece el respeto de las personas que la rodean.

Minutos	Tipo de Episodio (Urgencia interaccional) CE (Combustión extraverbal), E (enfocamiento)	Manifestación del Episodio Textual	Número o Letra del Indicador	Párrafo Inicial	Párrafo final	Análisis Scat				
						Forma Básica	Intención Comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
[00:08:38:09]	E	Consultante: No voy a poder vivir con esto. Estoy segura que no voy a poder vivir con este dolor, con esta sensación porque así, me quiero destruir. Quiero, me quiero atear de un edificio, me quiero cortar las reas, quiero terminar con este sufrimiento que siento. Y si estoy aquí es para agradecerle todo lo que has hecho por mí, pero honestamente, no sé si voy a poder seguir (llanto) y yo sé, yo sé, no es necesario que me digas yo sé que tengo a mis hijos, ya me lo dijeron mil personas. Pero mi cabeza no me ayuda. [00:09:31:01]	C	[00:00:52:06]	[00:10:23:10]	Negar + Aseverar	Explorar	No aplica	Afectos + Acción	Referido a sí mismo (1ra persona) + Relación terapéutica
[00:11:13:13]	E	Consultante: [00:10:56:11] Me dejó una carta compartida con mi tía de tres renglones ¿Sabes esto lo que me hace sentir? Terapeuta: [00:11:07:07] ¿Que te hace sentir? Consultante: [00:11:13:13] Que no valgo nada. [00:11:15:13] Terapeuta: [00:11:18:05] ¿Por qué dices eso? Consultante: [00:11:22:10] ¿Por qué? Yo recogí todas las cartas que dejó y la mía y la de mi tía era la más, pero la más estúpida que he leído en toda mi perra vida. Yo no valgo nada, nunca voy a valer para nadie, ni para mí misma.	G	[00:10:56:11]	[00:19:30:00]	Aseverar	Sintonizar	Interpretación	Afectos + Acción	Relación con un tercero + Referido a sí misma (1era y 2da persona)
[00:12:21:01]	E	Consultante: No sé cuánto, me dejó sus cosas ¿Para qué quiero sus cosas? ¿Para qué quiero sus estúpidas cosas? Yo quería pasar tiempo con él, quería que mis hijos pasaran tiempo con él. No quería pasar esta situación ¿Sabes cuándo se me va a borrar de la mente? ¿Todo lo que viví? ¿Cuándo se me va a borrar de la mente ver a mi hermano hinchado de su cara por tanto abuso? Cuando se me borre rápidamente todo lo que sucedió. Nunca me va a borrar de la mente, me voy a terminar matando, eso es lo que va a pasar me voy a terminar matando y nadie me va a poder ayudar si tú, si mis hijos, si mi tía, si nadie. No puedo dormir, no puedo comer, no puedo descansar. No, odio a Eduardo, a toda la gente que quisiera que me dejaran en paz, nada más tú eres a lo único que no odio porque estás aquí sin juzgarme, pero todos los demás salen con sus estúpidices de "todo va a estar bien, todo va a estar	H	[00:10:56:11]	[00:19:30:00]	Negar + Preguntar	Sintonizar	No aplica	Ideas + Acción + Afectos	Relación con un tercero + Referido a sí misma (1era y 2da persona) + Relación Terapéutica

Age Group	Percentage
18-24	25%
25-34	20%
35-44	15%
45-54	10%
55-64	10%
65-74	10%
75-84	10%
85+	10%

Preguntas de Investigación	Cambio Intra sesión					
	Sesión 8	Sesión 13	Sesión 23	Sesión 51	Sesión 57	Sesión 60
1. ¿Qué tipo de momentos de cambio y estancamiento manifiesta la consultante de acuerdo con los Indicadores genéricos?	Ninguno	5 y 11 - 5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas de entendimiento, comportamiento y emociones habituales (figura) - 11. Establecimiento de nuevas asociaciones: aspectos propios: del entorno- elementos biográficos. [2]	[2 momentos] 12. Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas	[1 momento = 4]- 4. Expresión de esperanzas ("remoralización" o expectativa de ser ayudado o de superar los problemas).	Ninguno	[3 momentos] 7, 9 (2 veces) 7. Reconocimiento de la propia participación en los "problemas". 3. Manifestación de un comportamiento o de una emoción nueva
2. ¿Cuáles son las características de las acciones comunicacionales de los momentos de cambio y estancamiento terapéutico de la consultante?	Ninguno	Empiezo mayormente aseveraciones [5] + preguntar, se emplea mayor resignificación [4] + exploración, utiliza mayor interpretación + narración + metáfora + se centra en exponer ideas + acciones y su referencia se ve empleada a sí misma [3]	Empiezo mayormente aseverar + asentir [3], en su intención comunicacional resignifica [2] y sintoniza [1], emplea la narración como técnica, y expresa el ámbito de las ideas + afectos + acciones, Referido a sí mismo (1era y 2da persona) [2] + Relación con un tercero	Empiezo la forma básica Aseverar, Resignificar, Nominación, Afectos y Referencia a sí mismo + Relación terapéutica	Ninguno	Aseverar [3] + Asentir, Explorar + Resignificar + Sintonizar, Narración [2], Ideas + Acción [2] + Afectos, Referencia a sí misma [3] + Relación con un tercero [2]
3. ¿Qué tipo de contenido expresan los momentos de cambio y estancamiento terapéutico en una consultante con rasgos de TLP?	Ninguno	medio de expresión sobre la forma de verse a ella misma en cuanto a su valor como persona que no se ve determinado por sí se encuentra organizada emocionalmente o no,	se logra apreciar como la consultante hace referencia a como el cambiar su rutina y actividades brinda nuevas perspectivas, enfoca su discursos a expresar como se da cuenta de la importancia de	logra expresar a la terapeuta sentimientos de gratitud por no ser juzgada, y sentirse escuchada, esto hace una ruptura ante los episodios de estancamientos previos, pues logró reconocer al terapeuta	Ninguno	centrado en ver lo negativo, en como ha dejado de ver po lo que ella quiere le gusta, en ver las enseñanzas que puede tener de la muerte de su hermano que es a buscar su felicidad, mejorar como
4. ¿Cómo se expresa la toma de conciencia de la consultante respecto al reconocimiento de su participación en el problema?	Se respondió en la casilla de estancamiento	La manera en que expresa esta toma de conciencia en momentos se ve por medio de metáforas, va elaborando con un discurso amplió y poco	En esta sesión se evidencia que logra tomar conciencia sobre su cuidado y el de sus hijos a partir de tener disciplina, una rutina y eso brinda un nuevo	No hay manifestación en este momento.	Ninguno	En esta sesión se expresa a través de reconocer como hay ocasiones en donde ha pensado que el suicidio sería la opción para parar sus

Preguntas de Investigación	Con que Método se responden las preguntas	Cambio Intra sesión				
		Sesión 8	Sesión 13	Sesión 29	Sesión 51	Sesión 57
1. ¿Qué tipo de momentos de cambio y estancamiento manifiesta la consultante de acuerdo con los Indicadores genéricos?	Indicadores cambio y estancamiento	Ninguno	5 y 11 - 5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas de entendimiento, comportamiento y emociones habituales (fisura)- 11. Establecimiento de nuevas asociaciones: aspectos propios- del entorno-elementos biográficos. (2 episodios)	[12 momentos] 12. Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas.	[1 momento = 4]- 4. Expresión de esperanza ("remoralización" o expectativa de ser ayudado o de superar los problemas).	Ninguno
2. ¿Cuáles son las características de las acciones comunicacionales de los momentos de cambio y estancamiento terapéutico de la consultante?	Scat	Ninguno	Emplea mayormente aseveraciones [5] + preguntar, se emplea mayor resignificación [4] + exploración, utiliza mayor interpretación + narración + metáfora + se centra en exponer ideas + acciones y su referencia se ve empleada a sí mismo [2] + referido a un tercero. Se observa como en el episodio de cambio en el tipo de acción comunicacional la consultante muestra más integración de su discurso, en donde se enfoca a expresa en el área de contenidos más ideas y hace referencia a sí misma, además de que en el tipo de acción comunicacional emplea su discurso por medio de la narración y esta orientada a resignificar sus ideas.	Emplea mayormente aseverar + asentir [3], en su intención comunicacional resignifica [2] y sintoniza [1], emplea la narración como técnica, y expresa el ámbito de las ideas + afectos + acciones, Referido a sí mismo (1era y 2da persona) [2] + Relación con un tercero [2].		Ninguno

Tabla 2.- Corresponde a los Estancamientos

Preguntas de Investigación	Estancamiento					
	Sesión 8	Sesión 13	Sesión 29	Sesión 51	Sesión 57	Sesión 60
1. ¿Qué tipo de momentos de cambio y estancamiento manifiesta la consultante de acuerdo con los Indicadores genéricos?	3 episodios = [H, G y E] E. Aparición de sentimientos de incompetencia, G. Atribución a otros de los propios problemas. H. Resistencia a pensar acerca de nuevas posibilidades de sí mismo (conducta, pensamiento o	Ninguno	1 momento [J] - J. Resistencia al establecimiento de asociaciones entre síntomas, emociones y comportamientos.	5 episodios = [Z C, E, G, H] = C. Expresión de desesperanza (desmoralización) E. Aparición de sentimientos de incompetencia. G. Atribución a	3 episodios = [F, K, G] = F. Aumento de temor o ambivalencia frente al cambio. G. Atribución a otros de los propios	Ninguno
2. ¿Cuáles son las características de las acciones comunicacionales de los momentos de cambio y estancamiento terapéutico de la consultante?	Aseverar [6] + preguntar [1], explorar, resignificar, argumentación, acción + ideas, Referido a la relación con un tercero y referido a sí mismo + Referido a sí mismo en 3ra persona	Ninguno	Aseverar, Explorar, Argumentación, Acciones, Referida una relación con un tercero	Preguntar [2] + Negar [3], en su intención comunicacional se observa explorar [5] + sintonizar [2], en la técnica desde	Se observa que su discurso esta más cargado a la forma básica de aseverar [5] + pregunta, se ve orientada a guiar una intención comunicacional	Ninguno
3. ¿Qué tipo de contenido expresan los momentos de cambio y estancamiento terapéutico en una consultante con rasgos de TLP?	se observa en la consultante que refiere su enojo hacia su relación con otros a través de expresiones indirectas, hace evidencia a como para marcar límites tiende	Ninguno	dificultad ue tiene para acompañar a otros en sus emociones, en este caso con su hijo menor, se repite el patrón disfuncional	desesperación y deseos de morir, a partir del evento que vivió del suicidio de su hermano, lo cual demuestran	momentos de estancamiento se observa que el contenido afectivo esta inclinado a referir su dolor e	Ninguno
4. ¿Cómo se expresa la toma de conciencia de la consultante respecto al reconocimiento de su participación en el problema?	La manifestación de su posible toma de conciencia sobre como ella participa en sus problemas se ve centrada	Ninguno	No manifiesta conciencia de como su forma de responder ante las demandas afectivas	No se ve manifiesta una conciencia sobre como ella centra su valor	Se ve obstaculizada su toma de conciencia, en esta sesión	Ninguno

Referencias

Asociación Americana de Psiquiatría APA, (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing. Washington, DC.

Asociación Americana de Psiquiatría APA, (2014). *Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 5ta edición. Panamericana

Aristegui R. Gaete, J. Muñoz, G. Salcizar, I. Krause, M. Vilches, O. Tomicic, A. Ramírez, I. (2009). *Diálogos y autorreferencia: procesos de cambio en psicoterapia desde la perspectiva de los actos de habla*. Revista Latinoamérica de Psicología, Vol.41 (2), pp.277-289.

Bascuñán, M. (2014). *Desafíos éticos en psicoterapia: Perspectiva de formadores, psicoterapeutas y consultantes*. Universidad de Chile. Chile.

Burgal, F. (2017). *Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad: una revisión*. Papeles del Psicólogo, vol. 38 (2). ISSN: 0214-7823

Camarena, E. y Herrera, C. (2021). *Actualidades del Trastorno límite de la personalidad*. Asociación Psiquiátrica Mexicana: Psiquiatría. Vol. 1 (4). Pp. 30-45.

Duarte, J. Martínez, C. y Tomicic, A. (2019). *Revisión teórica y metodológica de los eventos relevantes en psicoterapia para el estudio del cambio*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, Vol. 24, (3), pp. 253-265.

Doss, B. D. (2006). *Changing the Way, We Study Change in Psychotherapy*. *Clinical Psychology: Science and Practice*. Vol.11 (4), 368–386. doi:10.1093/clipsy.bph094

Espinosa, J, Blum B., & Romero M. (2009). *Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría*. *Salud mental*, Vol. 32, 4, 317-325.

Escribano, T. (2006). *Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento*. Intelligo, 1 (1): 4-20. ISSN: 1885-8023.

Etchegoyen, H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu

Fernández, O. Herrera, P. Krause, M. Pérez, J. Valdés, N. Vilches, O. & Tomicic, A. (2012). *Episodios de Cambio y Estancamiento en Psicoterapia: Característica de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas*. Terapia Psicológica, Vol. 30, 2, 5-22. ISSN 0716-6184 (impresa) · ISSN 0718-4808 (en línea).

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

Gómez, J. Juan, S. Manubens, R, y Roussos, A. (2017). *El estudio del cambio en psicoterapia: desafíos conceptuales y problemas de investigación empírica*. Anuario de Investigaciones, XXIV. 15-24. [fecha de Consulta 22 de abril de 2022]. ISSN: 0329-5885. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369155966001>

INEGI (2020). *Comunicado de prensa núm. 24/21: censo de población y viviendas*. Recuperado el 23 de octubre de 2021, de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020_Nal.pdf

Kernberg, O. (1987). *Trastornos Graves de la Personalidad*. Cap. I Diagnóstico estructural. Recuperado el 14 de noviembre de 2022, de <https://docer.com.ar/doc/ne15n0v>

Krause, M. De la Parra, G. Arístegui, R. Dagnino, P. Tomicic, A. Valdés, N. Vilches, O. Echávarri, O. Ben-Dov, P. Reyes, L. Altimir, C. & Ramírez, I. (2006). *Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico*. Revista Latinoamericana de Psicología, Vol. 38(2), 299-325.

Krause, M., Pérez, J. C., Altimir, C., y de la Parra, G. (2015). *Generic Change Indicators in Therapeutic Processes with Different Outcomes*. *Psychotherapy Research*, 25, 533-545. doi:10.1080/10503307.2014.935516

Martínez, D. (2020). *Relevancia de la alianza terapéutica para disminuir el malestar emocional de una paciente femenina de 22 años con trastorno límite de la personalidad en su proceso terapéutico*. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.

Martínez, J. y Martín, B. (2015). *Psicoterapia Relacional del Trastorno Límite de la Personalidad, Parte I*. Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol.35 (125), pp.19-35.

Mellado, A. Suárez, N. Altimir, C. Martínez, C. Pérez, J. Krause, M. & Horvath, A. (2016). *Disentangling the change–alliance relationship: Observational assessment of the therapeutic alliance during change and stuck episodes*. *Psychotherapy Research*, DOI: 10.1080/10503307.2016.1147657

Montaño Sinisterra, Merfi, & Palacios Cruz, Jenny, & Gantiva, Carlos (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psicología. Avances de la disciplina*, 3(2),81-107. [fecha de Consulta 11 de junio de 2022]. ISSN: 1900-2386. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225531007>

Moreira, V. (2001). *Más allá de la persona: Una comprensión de la psicopatología desde la fenomenología de Merleau-Ponty*. Universidad de Santiago de Chile. Santiago de Chile, pp. 299- 310

Moreno, A. (2014). *Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención*. Ed Bilbao. Desclée de Brouwer.

Muran, J.C. (2002). *A relational approach to understanding change: Plurality and contextualism in a psychotherapy research program*. *Psychotherapy Research*, Vol. 12, pp. 113-138.

Olivera, J. Roussos, A. & Juan, Santiago (2016). *Las intervenciones terapéuticas desde la perspectiva del paciente: una aproximación cualitativa*. *Anuario de Investigaciones*, XXIII,43-51. [Fecha de Consulta 25 de abril de 2022]. ISSN: 0329-5885. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369152696004>

Ortiz, F. (2009). *Los factores de cambio en psicoterapia y su aplicación en la docencia*. Casa del tiempo, Vol. 1, 9. Universidad Autónoma Metropolitana. México. Pp. 59-62. ISSN: 0185-4275.

Payne, M. (2002). *Terapia narrativa*. Una introducción para profesionales. Barcelona: Paidós.

Pérez, J.C., & Valdés, N., & Tomicic, A., & Krause, M. (2010). Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (scat-1.0): Dimensiones y categorías de las acciones comunicacionales de pacientes y psicoterapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XIX (2),117-130. [fecha de Consulta 11 de junio de 2022]. ISSN: 0327-6716. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921801002>

Perls, F. S. (2008). *Sueños y existencia: Terapia gestáltica*. Cuatro Vientos.

Perls, F. (1994). *Terapia del aquí y el ahora: El enfoque gestáltico y testimonios de terapia*. Santiago de Chile: Ed. Cuatro Vientos. P.p. 70 a 78

Perls, F. (1994). *Fundamentos: El enfoque gestáltico y testimonios de terapia*. Santiago de Chile: Ed. Cuatro Vientos. P.p. 17 a 36

Piñeiro, A. Cervantes, J. Ramírez, M. Ontiveros, M. Ostrosky, F. (2008). *Evaluación de las funciones ejecutivas, inteligencia e impulsividad en mujeres con*

trastorno límite de la personalidad (TLP). Revista Colombiana de Psicología, Vol. 17, pp. 105-114.

Prades, I. y Romero, M. (2015). *Tras las huellas borderline: rastreando el apego de personas con trastorno límite de personalidad*. Redes, Vol. 32, pp.59-69.

Regalado, P. y Gagliesi, P. (2012). *Encuesta a profesionales de la salud mental sobre diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad*. PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, Vol. 4, (2). p. 66-75.

Rivera, C. y Bernal, G. (2008). *La medición en el cambio psicoterapéutico: Hacia una práctica psicológica basada en la evidencia y la medición*. Revista Puertorriqueña de Psicología, Vol. 19, (1), p. 223-244.

Rogers, C. (1961). *Cap. Características de una relación de ayuda: El Proceso de Convertirse en Persona*. Buenos Aires: Paidós. Pp. 46 a 62

Rogers, C. (1978). *Cap. El logro de una nueva percepción de sí mismo: Orientación psicológica y psicoterapia*. Madrid: Ed. Narcea. Narcea pp. 145 a 178

Rogers, C. (1978). *Cap. Libertad de expresión: Orientación psicológica y psicoterapia*. Madrid: Ed. Narcea. Narcea. Pp. 113 a 143

Safran, J., & Muran, J. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. New York: The Guilford Press.

Santander, P. (2011). *Por qué y cómo hacer Análisis de Discurso*. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile. Recuperado de: www.moebio.uchile.cl/41/santander.html

Secretaria de Salud. (2018). *1.5% de la población padece Trastorno Límite de Personalidad*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/prensa/270-alrededor-de-1-5-de-la-poblacion-padece-trastorno-limite-de-la-personalidad>.

Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código ético del psicólogo*. Trillas. 4^a ed. México. ISBN 978-968-24-7890-1

Valdés, N. Krause, M. y Álam, N. (2011). *¿Qué dicen y cómo lo dicen?: Análisis de la comunicación verbal de pacientes y terapeutas en episodios de cambio*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, Vol. 20, pp. 15–28.

Valdés, N. Krause, M. Tomicic, A. y Espinosa, D. (2012). *Expresión Emocional Verbal durante Episodios de Cambio: Análisis de los patrones comunicacionales utilizados por pacientes y terapeutas para trabajar contenidos emocionales*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, Vol. 21, pp. 217-246.