



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PARA ADOLESCENTES CON TRASTORNO DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD LÍMITE

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN PSICOLOGIA, MENCIÓN
PSICOLOGIA CLINICA INFANTO JUVENIL

ALUMNA:

Ps. ANA VERENNA VARGAS S.

PROFESORA TUTORA:

Ps. CAROLINA LÓPEZ C.

ASESOR METODOLÓGICO:

Ps. JAIME FAURÉ N.

SANTIAGO, 2013.

INDICE

I. RESUMEN	4
II. INTRODUCCIÓN	5
III. MARCO TEÓRICO	7
1. Salud Mental Infanto Juvenil	7
2. Trastornos de la Personalidad	10
3. Trastorno del Desarrollo Límite de la Personalidad	11
4. Criterios Diagnósticos	12
5. Terapia Conductual Dialéctica y Trastorno de la Personalidad Límite	15
6. Terapia Conductual Dialéctica en Adolescentes	18
7. Desregulación Emocional	23
IV. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO	27
1. Objetivos	27
1.1. Objetivo General	27
1.2. Objetivos Específicos	27
2. Hipótesis de Investigación	28
V. MARCO METODOLÓGICO	29
1. Diseño	29
2. Variables	29
3. Población y Muestra	32
4. Instrumentos	33

4.1. Cartillas de Registro Diario	34
4.2. Inventario Clínico de Personalidad para Adolescentes de Millon	34
5. Procedimiento	40
6. Análisis de Datos	43
6.1. Cartillas de Registro Diario	43
6.2. MACI	44
7. Consideraciones Éticas	46
VI. RESULTADOS	48
1. Presentación de Resultados	48
1.1. Resultados de las Cartillas de Registro Diario	48
1.2. Resultados del MACI	56
1.2.1. Escala de Tendencia Limítrofe	57
1.2.2. Patrones de Personalidad	58
1.2.3. Preocupaciones Expresadas	61
1.2.4. Síndromes Clínicos	63
2. Síntesis	64
VII. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	67
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
IX. ANEXOS	79

I. RESUMEN

El trastorno del desarrollo de la personalidad límite (TDPL) constituye un desafío para los profesionales de la salud mental infanto-juvenil debido a que esta alteración suele impactar negativamente en el desarrollo y calidad de vida de los adolescentes.

Esta investigación buscó adaptar, implementar y evaluar el impacto de una intervención grupal para adolescentes mujeres con TDPL, de 14 a 19 años de edad, de estrato socioeconómico bajo, consultantes de un centro de atención para adolescentes de la comuna de Lo Barnechea. El objetivo de esta intervención comprendió entregar herramientas para la desregulación de las emociones, característica central de esta alteración, y evaluar cómo esta intervención grupal impactó en la frecuencia de la presentación de conductas desreguladas.

La hipótesis de esta investigación plantea que las adolescentes del grupo experimental, que participan de la intervención grupal, disminuirán la frecuencia de conductas derivadas de la desregulación emocional, en comparación a las adolescentes del grupo control, que no disminuirán la frecuencia de sus conductas.

Los resultados obtenidos entregan evidencia a favor de esta hipótesis, lo que permitió concluir que las conductas derivadas de la desregulación emocional disminuyeron en el grupo experimental, mientras que en el grupo control no se observó un impacto significativo.

II. INTRODUCCIÓN

El trastorno del desarrollo de la personalidad límite (TDPL) constituye una clasificación diagnóstica de difícil manejo y tratamiento para los profesionales de la salud mental infanto-juvenil (SMIJ). El curso y pronóstico de los adolescentes que presentan características diagnósticas, asociadas a este cuadro clínico, es complejo (Almonte, 2012). Las escasas herramientas, con evidencia, propuestas para enfrentar esta problemática, reafirman la necesidad de continuar investigando para lograr desarrollar estrategias efectivas de intervención (Hill, 2008).

En Chile, no se han realizado estudios de prevalencia para esta patología. Sin embargo, para los especialistas en SMIJ, el TDPL es transversal a otras patologías del desarrollo y está presente en los cuadros clínicos que se caracterizan por conductas desadaptativas que afectan el desarrollo global, tales como: conductas autodestructivas, conductas impulsivas, conductas desreguladas y con alta intensidad y variabilidad de los estados anímicos (Almonte, 2012).

La desregulación emocional es el síntoma central de este cuadro clínico. Los adolescentes vulnerables emocionalmente y con dificultades en la modulación afectiva, presentan un bajo umbral de respuesta a emociones tanto negativas como positivas lo que incide en conductas, relaciones y cogniciones desreguladas (Linehan, 1993).

Al realizar intervenciones terapéuticas en adolescentes con TDPL, los clínicos se enfrentan a dificultades relacionadas con: el alto grado de abandono terapéutico, costos asociados a intervenciones de larga duración sin los resultados esperados, presencia de auto y hetero agresiones, ideación e intento suicida y crisis, sesión a sesión, que obstaculizan la entrega de habilidades de enfrentamiento de situaciones problema (Miller, Rathus y Linehan, 2007). Poder realizar una intervención efectiva, que permita entregar estrategias de regulación emocional y manejar de esta forma las manifestaciones desadaptativas con graves consecuencias para el desarrollo, como la alta suicidabilidad, es una necesidad central en terapia y el principal aporte que buscó generar esta investigación.

La Terapia Conductual Dialéctica (TCD) ha mostrado resultados estadísticamente significativos para tratar a adolescentes con TDPL y otras patologías mentales relacionadas con desregulación emocional (Linehan, 2003). Sus objetivos principales están asociados a la entrega de habilidades

de regulación emocional; de regulación interpersonal; de tolerancia al malestar; de toma de conciencia de las dificultades y búsqueda de equilibrio frente a conductas polares que no permiten tomar las decisiones más acertadas frente a situaciones problema (Miller et al., 2007).

Llevar a cabo esta modalidad de intervención, implica un alto costo económico. River en el 2007, especifica que un año de tratamiento para un adolescente que ingrese al programa conductual dialéctico y participe de todas las modalidades de intervención, resulta en un costo total de aproximadamente U\$ 8600, lo que equivale a cuatro millones de pesos en Chile. Estas cifras no están al alcance de centros de SMIJ que trabajan en poblaciones de estrato socioeconómico bajo y que cuentan con escaso número de especialistas para resolver y satisfacer las múltiples necesidades de los usuarios.

Existe entonces, la necesidad de desarrollar estrategias de intervención efectivas para adolescentes con TDPL, que sean de bajo costo para el paciente y la institución, y permitan el acceso a parte de la población consultante.

Frente a esto y basándose en los postulados de la TCD, tratamiento efectivo, se planteó la necesidad de adaptar las modalidades grupales de intervención para adolescentes con desregulación emocional, centrando las acciones en el desarrollo de habilidades y estrategias de funcionamiento adaptativo.

En este sentido, esta investigación buscó ser un aporte en el enfrentamiento de un problema en la SMIJ como lo es el tratamiento para adolescentes con TDPL y desregulación emocional, en un contexto de escasos recursos. Para ello se buscó:

Evaluar el impacto de una intervención grupal para adolescentes mujeres, de entre 14 y 19 años, mujeres, diagnosticadas con TDPL en un centro de atención para adolescentes de estrato socioeconómico bajo. La intervención se diseñó para entregar habilidades de regulación emocional que les permitieran disminuir la frecuencia de presentación de conductas desreguladas: auto-agresiones, hetero-agresiones, ideación e intento suicida, consumo de alcohol, consumo de drogas, ausencia o abandono escolar, práctica de sexo riesgoso y utilización inadecuada de fármacos.

III.MARCO TEÓRICO

En este capítulo se plantean los contenidos teóricos para comprensión de los postulados centrales de esta investigación.

Se describen las principales tareas de los especialistas en SMIJ, comprendiendo que es la disciplina encargada de enfrentar los desafíos que interfieren en el desarrollo sano del niño y adolescente. Luego se plantean las características centrales de los trastornos de la personalidad (TP) en la adolescencia para comprender, posteriormente, como el TDPL, afecta severamente el curso de esta etapa evolutiva.

Para efectos de esta investigación se entiende la desregulación emocional como la característica central de los TDPL, por esta razón, fue abordada ampliamente reconociendo las implicancias que tiene para las manifestaciones cognitivo, conductuales e interpersonales.

Finalmente, debido a la eficacia probada que presenta la TCD, en el tratamiento de los TDLP, se presentan los postulados teóricos que fundamentan la elección de esta modalidad, que fue la base para desarrollar la intervención para adolescentes.

1. Salud Mental Infanto-Juvenil

La SMIJ, abocada al estudio de factores que influyen en el inicio y curso de los trastornos emocionales y conductuales en niños y adolescentes, surge en la década de los 80', con el fin de integrar los conocimientos y metodología provenientes de la psicología del desarrollo, la psicología clínica, la psiquiatría y la epidemiología (Offord y Bennett, 2008).

La psicopatología del desarrollo ha contribuido a la comprensión de los problemas conductuales y emocionales de los niños y adolescentes, planteando que la identificación temprana de un trastorno en el desarrollo, permite aumentar la probabilidad de alcanzar mejoras favorables que incidirán en la calidad de vida posterior (Offord y Bennett, 2008).

Los profesionales de la SMIJ, deben considerar estas características al momento de evaluar y trabajar con niños y adolescentes. Reconocer los factores, tanto internos como externos, e

identificarlos a tiempo, puede marcar la diferencia entre la incidencia y severidad de un trastorno en el futuro.

El Ministerio de Salud (MINSAL, 2005), a través de los Objetivos Sanitarios específicos para la Salud Mental y el Ciclo Vital, propone que existe un alto grado de continuidad entre los Trastornos de Salud Mental desde la niñez, hacia la adolescencia y adultez, por lo que las dificultades durante el desarrollo, aumentan los riesgos de presentar alteraciones en la vida adulta.

Realizar intervenciones tempranas, abocadas a tratar las manifestaciones desadaptativas que pueden afectar negativamente el proceso de desarrollo de niños y adolescentes, es una necesidad y tarea central para los profesionales de la SMIJ. Desde este punto de vista, el pronóstico de adolescentes con TDLP, puede mejorar considerablemente si se interviene tempranamente y de manera efectiva en la sintomatología que afecta su calidad de vida.

1.1. Estudios de prevalencia en SMIJ

Los estudios epidemiológicos en trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, son escasos a nivel mundial. Sin embargo, las conclusiones a las que se ha llegado especifican que la prevalencia y mayores costos asociados a trastornos de inicio temprano, se relacionan con trastornos depresivos, trastornos por déficit de atención, trastornos conductuales, trastornos ansiosos (De la Barra, 2009) y conductas suicidas, siendo esta la tercera causa de muerte en este grupo (García, 2012).

Estudios internacionales indican que la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en estas etapas alcanza un 20% de la población general y de estos, entre un 10% a 12% requiere de servicios clínicos por especialistas (Offord y Bennett, 2008).

En Chile, se han realizado pocos estudios de prevalencia en SMIJ y los resultados publicados indican que la prevalencia varía entre un 24,2% y un 38,7%, abordando esta temática en poblaciones que presentan patologías específicas (García, 2012).

De la Barra (2009; 2011), plantea que 1 de cada 5 niños presenta trastornos psiquiátricos y de estos, sólo un 16% recibe atención por profesionales de la salud general. Las atenciones por especialistas infanto-juveniles, son aún más escasas, siendo los niños y adolescentes de estrato

socioeconómico bajo quienes reportan los mayores niveles de insatisfacción de las necesidades por las que consultan.

En el 2011, un equipo de la universidad de Concepción, liderado por el Dr. Vicente y en el que participa la Dra. De la Barra, realizan un segundo estudio cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – IV, 1994) en una muestra representativa de niños y adolescentes de entre 4 y 18 años en Chile. Realizado en las provincias de Santiago, Iquique, Concepción y Cautín, los resultados indican que los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes en Chile alcanzan un 22.5%. De este total, sólo un 60,8% había sido atendido en un servicio psiquiátrico y en general quienes más consultan son los trastornos disruptivos (67%), dentro de los que destacan el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno oposicionista desafiante y trastorno conductual.

Otro estudio realizado en 1998 por el Servicio de Salud Mental Infantil y de la Adolescencia del Hospital Roberto del Río, indica que de un total de 40 varones y 60 mujeres hospitalizados en la Unidad de Psiquiatría infanto-juvenil, la prevalencia de los trastornos que requerían esta indicación era (García, 2012):

- Conductas Suicidas: 32%
- Trastornos de la Personalidad: 17%
- Psicosis: 15%
- Trastornos de la Alimentación: 6%
- Trastornos Ansiosos: 5%
- Trastornos Adaptativos: 3%
- Trastornos Conversivos: 3%
- Trastorno Obsesivo Compulsivo: 3%
- Trastorno Depresivo: 2%

- Trastorno por Déficit de Atención: 2%
- Otros Trastornos: 7%

Las tasas de prevalencia, son un argumento a favor que permite establecer la necesidad de implementar programas de intervención temprana y efectiva que favorezcan el desarrollo y prevengan o en su defecto, logren reducir la presencia de trastornos de la salud mental de alto impacto para niños y adolescentes.

2. Trastornos de la Personalidad

2.1. Definición

Abordar el tema de los TP, implica comprender cómo esta categoría diagnóstica se ha convertido en un área de estudio a través de los años.

Para Paulina Kernberg (2000), la personalidad va evolucionando a través del desarrollo, alcanzando su máxima expresión durante la adolescencia. Desde que el niño nace comienza un proceso activo de adaptación tanto a sus propias necesidades como a las que aparecen en la interacción con el mundo. Esta interacción, da como resultado el patrón individual de funcionamiento que se expresa en sentimientos, pensamientos, conductas y adaptación con características propias según cada una de las etapas evolutivas del desarrollo (Kernberg, Weiner y Bardenstein, 2000).

La personalidad puede ser definida como “un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo... comprenden el patrón idiosincrático de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo” (Millon y Davis, 1998, p. 4). Es así como la personalidad en desarrollo puede verse afectada por factores biológicos, psicológicos y sociales, entendiendo que la manifestación de uno de ellos por sí solo, no constituye psicopatología, pero la integración cognitivo, comportamental, afectivo y biológico, cuando no sigue un funcionamiento adaptativo, se expresará en ciertos rasgos de

personalidad en desequilibrio, lo que determinará la presencia de un TP en la adultez (Millon y Davis, 1998).

Los TP han sido definidos como “un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto (...), tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta..., es estable a lo largo del tiempo... y comporta malestar o perjuicios para el sujeto” (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 1994, p. 646).

Dentro de los TP, aquellos que causan mayor dificultad en el desarrollo de niños y adolescentes, afectando su calidad de vida e impactando en el cumplimiento de los roles que desempeñarán al llegar a la adultez, se encuentran: el TP antisocial y el TP limítrofe, asociados ambos a los trastornos de la conducta de inicio en la infancia (Hill, 2008).

2.2. Prevalencia de trastornos de la personalidad

Establecer un diagnóstico de TP, especialmente en la etapa adolescente es complejo. Por este motivo los estudios de prevalencia no entregan resultados concluyentes. Sin embargo, parece importante destacar que este cuadro clínico representa uno de los mayores desafíos para los profesionales de la SMIJ tanto por el curso como el pronóstico cuando los adolescentes no son tratados y diagnosticados tempranamente.

Para los TP en Chile, la prevalencia se estima entre un 10% a 13% de la población general (Molina, 2004). Un estudio realizado en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, concluye que un 5,1% de las atenciones realizadas en este centro entre 1997 y 1999 correspondían a pacientes de la unidad de TP (Jerez et al., 2001).

3. Trastorno del Desarrollo de la Personalidad Límite

Las concepciones actuales entorno al TDPL, atribuyen un rol fundamental al papel de las dificultades en la construcción de identidad, término que ha sido reconocido como “difusión de identidad” y se refiere a la dificultad que presentan los adolescentes para poder integrar aspectos positivos y negativos de sí mismos, de los otros y de la realidad (Almonte y Repetur, 2006;

Almonte, 2012). Estas características se expresan finalmente en sentimientos de vacío crónico, conductas impulsivas y afectos desregulados que refuerzan el establecimiento de relaciones centradas en la satisfacción de las propias necesidades, distorsionando la imagen de otros significativos y sintiéndose incapaces de desplegar estrategias que les permitan controlar las situaciones que los invaden y afectan su relación con el entorno (Almonte y Repetur, 2003).

Actualmente, la evidencia indica que lo fundamental al momento de diagnosticar y tratar a un adolescente con TDPL, es establecer cuántos rasgos de personalidad se encuentran presentes (Hill, 2008) y cómo estos pueden, en mayor o menor medida afectar la calidad de vida y áreas de desarrollo.

Los rasgos de personalidad aluden a “patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y uno mismo, los que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales (...) sólo constituyen un trastorno de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo” (APA, 1994, p. 646).

De este modo, establecer un diagnóstico de TDPL en adolescentes, implica reconocer aquellos rasgos que se han tornado desadaptativos afectando de forma significativa el funcionamiento global del joven, motivo por el que comúnmente son llevados a consultar.

3.1. Prevalencia del trastorno del desarrollo de la personalidad límite

River (2007) da cuenta de los estudios de prevalencia en Estados Unidos en los que se concluye que los TPL ocurren entre un 1 a 2% de la población general y de estos, un 8 a 11% son pacientes ambulatorios, mientras que un 14 a 20% son hospitalizados y que los pacientes diagnosticados con TPL son quienes utilizan en un 40% los servicios psiquiátricos.

Estudios actuales en Chile, no entregan resultados específicos para este diagnóstico clínico, en población adolescente. Sin embargo, Almonte y Capurro en 1998 estudian la prevalencia TDPL en el servicio de salud mental del Hospital Roberto del Río, encontrando que en los adolescentes (Almonte y Capurro. 2001):

- De un total de 1020 pacientes, 128 tenían diagnóstico de trastorno del desarrollo de la personalidad. Correspondiente a un 13%.

- De los 128 pacientes, 60 son de sexo masculino y 68 de sexo femenino.
- Del total, 42 eran pacientes entre 6 y 11 años y 83 tenían entre 12 y 16 años de edad.
- De los 128, 40 pacientes tenían el diagnóstico de TDPL como principal, lo que equivale a un 31,3% y 88 pacientes lo tenían como diagnóstico secundario o asociado a otras patologías, lo que equivale a un 68,7%.

4. Criterios Diagnósticos

4.1. Clasificación internacional

La clasificación internacional de la Organización Mundial de la Salud (CIE – 10), restringe el diagnóstico de los TP a la adultez, mientras que la clasificación diagnóstica de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1994) plantea que para aplicar la categoría diagnóstica de TP en niños y adolescentes se debe considerar la persistencia de los rasgos desadaptativos más allá de la etapa particular del desarrollo y afectar los distintos contextos en los que se desenvuelven, permaneciendo el patrón por más de un año.

Los criterios diagnósticos para el TPL, según el DSM IV son:

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.

5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

4.2. El concepto de reorganización

En 1993, Marsha Linehan, creadora de la TCD, propone una reorganización de los criterios diagnósticos para una mayor comprensión de las características de estos pacientes, agrupándolos en cinco categorías que expresan las dificultades en regular el funcionamiento global de los TPL. Estas categorías son:

- Desregulación emocional: expresada en labilidad afectiva y dificultades con expresión de la rabia. Las respuestas emocionales son reactivas y presentan episodios de depresión, ansiedad e irritabilidad que se manifiestan por medio de conductas explícitas.
- Desregulación interpersonal: expresada en el establecimiento de relaciones caóticas, intensas llenas de dificultades y temor al abandono.
- Desregulación conductual: expresada en conductas impulsivas y problemáticas (consumo de alcohol, drogas y sexo riesgoso) e intentos de autodañarse, dañar a otros, mutilarse o matarse. Estas conductas son intentos desadaptativos de resolver los problemas generados por el malestar emocional que experimentan.
- Desregulación cognitiva: expresada en un funcionamiento disociado y en ocasiones paranoideo.
- Disfunción del sí mismo: expresada en una identidad difusa y una imagen de sí mismo inestable.

Se observa que dentro de los criterios diagnósticos, los factores relacionados con el desarrollo afectivo juegan un rol fundamental en la generación y mantenimiento de conductas desreguladas. Las emociones son transversales a los otros criterios y debido a esto, es un foco central a intervenir.

5. Terapia Conductual Dialéctica y Trastorno de la Personalidad Límite

Las Terapias Cognitivo Conductuales (TCC) desarrolladas para tratar a pacientes con TP, utilizan estrategias terapéuticas centradas en el cambio conductual a través del aprendizaje experimental de la solución de problemas. Estas técnicas de intervención no fueron planteadas para trabajar con TP de mayor severidad como los TPL. Por esta razón y en respuesta a las demandas de la población consultante, Marsha Linehan en 1991, realiza una modificación a la TCC, enfocando sus intervenciones en paciente mujeres con reiterados intentos suicidas/parasuicidas y diagnóstico de TPL, consultantes de urgencia hospitalaria (Linehan, 1993). El principal objetivo de la modificación de la TCC, respondía a que los pacientes abandonaban los tratamientos por sentirse incomprendidos y criticados frente a su sufrimiento. La frustración que esto les generaba, mantenía las dificultades y no lograban implementar cambios (Gagliesi y Boggiano, 2010).

La TCD, alternativa de tratamiento que responde a las necesidades planteadas por los pacientes, basa la comprensión de los TPL en los postulados centrales de la Teoría Biosocial propuesta por Millon (1998), para el funcionamiento de esta patología, comprendiendo la interacción entre lo biológico y social como etiología del desorden. La Teoría Biosocial sostiene que, “la personalidad y la psicopatología se desarrollan como resultado de la interacción de fuerzas ambientales y orgánicas (...) personas con potenciales biológicos similares poseen personalidades distintas y sufren distintos síndromes clínicos según las experiencias a las que se ven expuestas (...)” (Millon y Davis, 1998, p. 70).

Linehan (1993), reorganiza los planteamientos de la teoría Biosocial, sosteniendo que la premisa fundamental para los TPL es la desregulación emocional, entendida como una alta vulnerabilidad y deficientes habilidades en el sistema de regulación de las emociones, resultado de factores biológicos/hereditarios que predisponen y experiencias medio ambientales invalidantes que niegan o responden errática e inapropiadamente a las necesidades desde la primera infancia

(Linehan, 1993). Un ambiente invalidante durante la infancia, contribuye al desarrollo de la desregulación emocional. Cuando un niño comunica su experiencia y recibe como respuesta invalidación o castigo, se le enseña que está equivocado en la descripción y análisis de su propia experiencia, lo que determina el aprendizaje de reacciones o respuesta inapropiadas a experiencias emocionales positivas y negativas. (Linehan, 2003).

Esta reorganización teórica planteada por Linehan para comprender el malestar de los pacientes, es utilizada en la primera fase terapéutica para psicoeducar a quienes consultan, mostrándoles comprensivamente sus dificultades, lo que favorece desde un primer momento la disminución del malestar emocional y el sentirse comprendidos (Linehan, 2003).

Las premisas teóricas sobre la que se funda el tratamiento propuesto por la TCD, incluye tres planteamientos: Ciencia Conductual, Filosofía Dialéctica y Práctica Zen (Linehan, 1993).

Los principales aspectos que diferencian la TCD de las TCC clásicas radican en que para la TCD es necesario hacer hincapié en ciertos objetivos primarios como (Linehan, 1993):

- 1) La aceptación y validación de la conducta tal como se presenta en el momento.
- 2) El tratamiento de las conductas que interfieren en la terapia tanto por parte del cliente como del terapeuta.
- 3) La relación terapéutica como parte esencial del tratamiento.
- 4) Los procesos dialécticos.

En la TCD, el énfasis en la aceptación de la conducta, es mayor que la necesidad del cambio conductual, propuesta por la TCC. Para la TCD, la aceptación de los pacientes, como ellos son y el mostrarles la necesidad de aceptarse a sí mismos y su mundo como es en el momento, es crucial para una buena terapia y crucial para alcanzar el cambio (Linehan, 1993).

Desde la práctica zen de meditación, se derivan las técnicas de observación, conciencia plena y evitación de juicios, estrategias que ayudan a lograr el balance entre la aceptación y el cambio (Linehan, 1993). Estas estrategias son el postulado central del tratamiento orientado a mantener el equilibrio, lo que hará sentir a los consultantes que son comprendidos, disminuyendo el abandono terapéutico (River, 2007). Para Linehan, “el pensamiento, la conducta y las emociones

dicotómicas y extremas, características de los TPL, son (...) fracasos dialécticos” (Linehan, 2003, pág. 20). Estas polaridades que mantienen en constante tensión al paciente, son las que deben concentrar la atención del terapeuta, enseñando habilidades focalizadas en disminuir la tensión y alcanzar el equilibrio (River, 2007).

Desde la filosofía dialéctica, se toma la comprensión del proceso de cambio como un continuo en el que las conductas, acciones, cogniciones y emociones generadas (Tesis), se transforman en su opuesto (Antítesis). Estos polos, continuamente en tensión, son necesarios para alcanzar el proceso de cambio y para ello se debe mostrar al paciente la necesidad de reconciliar los extremos (Síntesis) llegando al equilibrio dialéctico, definido como “caminar el camino del medio” (Linehan, 1993).

La principal estrategia de aceptación es la validación, que requiere que el terapeuta reconozca y valore las respuestas que el paciente da frente a determinado evento vital. Aceptar y atender al paciente comunicándole que sus conductas tienen sentido en el contexto y situación que lo rodea (Gagliesi y Boggiano, 2010).

La principal estrategia de cambio es el análisis en cadena, compuesta por el análisis del problema y el análisis de la solución. Tanto terapeuta como paciente deben analizar la situación problema y descomponer los sucesos que fueron determinando la aparición de la conducta y sus consecuencias. Luego de una revisión detallada, se planifican las conductas alternativas más adaptativas que permitirían dar una solución efectiva (Gagliesi y Boggiano, 2010).

5.1. Resultados de las investigaciones.

Al investigar sobre psicoterapias basadas en la evidencia para TPL, los resultados muestran que la TCD ha sido la primera en entregar resultados con evidencia (Linehan, 2003) al intervenir aquellos rasgos de personalidad desadaptativos que interfieren en el desarrollo.

En estudios con pacientes adultos en TCD, se observa una reducción de intentos suicidas y autoagresiones sin búsqueda de suicidio; comportamientos que interfieren en la terapia, como el abandono o ausencias reiteradas a sesiones de intervención y promover la calidad de vida con reducción de comportamientos impulsivos y desregulados (Linehan et al., 2006).

Distintos estudios han centrado sus esfuerzos en establecer las similitudes entre los adolescentes con TDPL y la historia temprana de adultos con TPL (Bornovalova, Hicks, Iacono y McGue, 2009; Carlson, Egeland y Sroufe, 2009; Lynam, et al., 2009; Shiner, 2009). Estas características desadaptativas que permanecen y se cronifican con el tiempo, ha llevado a terapeutas juveniles a plantear la necesidad de adaptar la TCD, con probada eficacia en adultos (Dimeff, Koerner y Linehan, 2007) a intervenciones para adolescentes (Fleischhaker et al., 2011; Rathus y Miller, 2002).

6. Terapia Conductual Dialéctica en Adolescentes

La TCD adaptada para adolescentes (TCD-A) es el resultado del trabajo de modificación y adaptación, publicado en el 2007 por Miller, Rathus y Linehan. Los principales cambios introducidos en el tratamiento responden a la necesidad de abordar las dificultades de los adolescentes con TDPL, enseñándoles herramientas que les permitieran encontrar el equilibrio. Estos comprenden (Miller et al., 2007):

- 1) Inclusión de un miembro de la familia o padres en el grupo de habilidades.
- 2) Inclusión de la familia en sesiones de terapia.
- 3) Permitir a los miembros de la familia recibir consultas o entrenamiento telefónico entre las sesiones de terapia.
- 4) Desarrollar, para la familia de los adolescentes, dilemas dialécticos y objetivos de tratamiento, los que son incluidos en el grupo de habilidades y en las terapias individuales y familiares.
- 5) Abreviar la longitud del tratamiento estándar de TCD, desde 1 año a 16 o 32 semanas, para graduarse del grupo de habilidades.
- 6) Simplificar las fichas y cartillas de registro de trabajo semanales, utilizando un lenguaje amigable y actual para adolescentes.

7) Reducir un poco las habilidades estándar planteadas en TCD, ajustándoles al nuevo formato de tiempo.

8) La adición de un quinto modulo de habilidades llamado Camino del Medio, desarrollado para los adolescentes y sus familias.

La estructura del programa y proceso terapéutico que se lleva a cabo en TCD y que se ha mantenido en el trabajo con los adolescentes comprende (Miller et al., 2007):

1) Terapia individual: enfocada al análisis semana a semana de las crisis traídas por el paciente y como debe aplicar las habilidades aprendidas en el grupo de apoyo. Busca aumentar la motivación para el cambio.

2) Grupo de habilidades: los pacientes aprenden habilidades en grupo y con sus padres, relacionadas con las áreas desreguladas que interfieren en su funcionamiento diario. Busca mejorar las capacidades.

3) Asistencia telefónica: entre cada sesión, los pacientes y/o familiares pueden llamar a los terapeutas frente a una crisis. El objetivo es ayudar a la implementación de las habilidades aprendidas en grupo, generalizándolas a situaciones problema diarias. Busca asegurarse del uso generalizado de las habilidades.

4) Otras intervenciones necesarias: terapia farmacológica, intervenciones necesarias para los padres o el sistema familiar. Busca dar estructura al medio ambiente que rodea al adolescente para que respalde el trabajo del joven y del terapeuta.

5) Grupo de consulta para los terapeutas: es considerado un grupo terapéutico para los terapeutas que trabajan con adolescentes. Así, cada miembro del equipo es visto como terapeuta y cliente, por lo que debe ser ayudado y guiado en la resolución de las demandas propias de la TCD. Busca potenciar las capacidades y motivación de los terapeutas.

La TCD-A está siendo usada cada vez más para adolescentes con intenciones suicidas y síntomas de TDPL, buscando implementar estrategias que les permitan cambiar aquello que es necesario modificar y aceptar lo que se considera una respuesta adaptativa a las circunstancias que viven. Las estrategias terapéuticas de intervención buscan estimular la formación de habilidades que le

permitan al paciente tolerar el dolor y alcanzar una vida que *“valga la pena ser vivida”* (River, 2007).

El foco fundamental de la TCD y de la TCD-A está puesto en el desarrollo de habilidades. A través de módulos de intervención grupal, se les entrega a los pacientes herramientas que les permitan enfrentar las crisis relacionadas con la desregulación emocional y que afectan su funcionamiento global. Estos módulos de intervención grupal comprenden (Linehan, 1993; Miller et al., 2007):

- 1) Desarrollar habilidades de regulación emocional: que busca disminuir la inestabilidad emocional.
- 2) Desarrollar habilidades de tolerancia al malestar: que busca disminuir la impulsividad.
- 3) Desarrollar habilidades interpersonales: que busca disminuir los problemas interpersonales.
- 4) Conciencia plena: que busca disminuir la confusión sobre sí mismo, aplicando las nuevas estrategias aprendidas a las situaciones del mundo real.
- 5) Camino del medio: que busca entregar habilidades para enfrentar los conflictos crónicos, resolviendo los dilemas dialécticos de los adolescentes consigo mismos, sus amigos y sus familias.

Los dilemas dialécticos son descritos como las conductas extremas y polares que deben ser reconciliadas para alcanzar el equilibrio (Miller et al, 2007). Existen dilemas dialécticos propios de la TCD y otros que fueron desarrollados para la TCD-A. En ambos casos, se mencionará a continuación, el objetivo de tratamiento secundario (los objetivos primarios de la TCD, fueron planteados con anterioridad) para trabajar cada dilema.

Dilemas dialécticos y objetivos de tratamiento para la TCD (Linehan, 1993; Miller et al., 2007):

- 1) Vulnerabilidad emocional versus la invalidación de sí mismo, cuyos objetivos comprenden:
 - Incremento de la modulación emocional y disminución de la reactividad emocional.
 - Incremento de la validación de sí mismo y disminución de la invalidación de sí mismo.

2) Activa pasividad versus aparente competencia, cuyos objetivos comprenden:

- Incremento de la actividad para resolver los problemas y disminución de la pasividad.
- Incremento de la comunicación asertiva y competencia emocional y disminución del estado de ánimo dependiente de la conducta.

3) Constantes crisis versus inhibición de emoción, cuyos objetivos comprenden:

- Incremento de decisiones razonables y disminución de conductas generadoras de crisis.
- Incremento de experiencias emocionales y disminución de la inhibición del llanto.

Dilemas dialécticos y objetivos de tratamiento para la TCD-A y el trabajo con las familias (Miller et al., 2007):

4) Excesiva indulgencia versus control autoritario, cuyos objetivos comprenden:

- Incremento de la disciplina y disminución de excesiva indulgencia.
- Incremento de la determinación de sí mismo y disminución del control autoritario.

5) Normalizar las conductas patológicas versus patologizar las conductas normativas, cuyos objetivos comprenden:

- Incremento del reconocimiento de las conductas normativas y disminución de la patologización de las conductas normativas.
- Incremento de la identificación de las conductas patológicas y disminución de la normalización de las conductas patológicas.

6) Potenciar la autonomía versus promover la dependencia, cuyos objetivos comprenden:

- Incremento de la individuación y disminución de la excesiva dependencia.
- Incremento de la confianza efectiva de otros y disminución de la excesiva autonomía.

Es importante mencionar que la TCD define metas para el tratamiento y estas son aplicadas en el trabajo con los adolescentes de la siguiente manera (Miller et al., 2007):

1) Disminución de las conductas que están amenazando la vida: conductas suicidas, ideación suicida, comunicación de experiencias suicidas.

2) Disminución de las conductas que están interfiriendo con la terapia: por el adolescente, por el terapeuta o por los miembros de la familia que participan de la terapia.

3) Disminución de las conductas que interfieren con la calidad de vida: altos riesgos, conductas impulsivas, autoagresiones, heteroagresiones, relaciones interpersonales disfuncionales, consumo de alcohol o drogas, problemas escolares, conductas antisociales.

4) Incremento de las habilidades conductuales: regulación emocional, interpersonales, tolerancia al malestar, conciencia plena y caminar por el camino del medio.

El primer estudio realizado por Rathus y Miller en el 2002, entregó resultados preliminares relacionados con efectos de la TCD-A. Posteriormente, otros investigadores han realizado intervenciones similares (Fleischhaker et al., 2011; Shelton, Kesten, Zhang y Trestman, 2011) y las conclusiones a las que han llegado coinciden en:

- Reducción de hospitalizaciones.
- Incremento de la adherencia al tratamiento.
- Reducción de ideación suicida.
- Reducción de depresión, ansiedad, rabia y sensibilidad interpersonales.
- Reducción de sintomatología límite como: confusión sobre sí mismo, caos interpersonal, desregulación emocional e impulsividad.

Sin duda, los resultados mencionados responden a los objetivos planteados para el trabajo con adolescentes que presentan alteraciones del desarrollo, como son los TDLP, incidiendo en el funcionamiento desadaptativo, producto de desregulaciones emocionales, que afecta la calidad de vida general.

Comprendiendo que el desarrollo de habilidades es una de las tareas centrales para enfrentar las crisis y establecer cambios, realizar una modificación/adaptación de la TCD-A para adolescentes con TDLP, estructurando modalidades de intervención grupal, orientadas a la desregulación emocional como variable que incide en las manifestaciones conductuales, cognitivas e interpersonales, parece ser una metodología de trabajo que aportará con estrategias de mayor

acceso a la población adolescente y más económicas para los centros de salud mental que cuentan con escasos recursos y profesionales especializados.

Considerando entonces, que el suicidio y las otras conductas asociadas con los TDLP son producto de la desregulación emocional, parece necesario referirse a este concepto que comprende la variable en estudio de esta investigación.

7. Desregulación Emocional

La característica central de los pacientes con TPL es la desregulación emocional (Linehan, 1993). Es importante mencionar que la regulación emocional ha sido un tema ampliamente abordado durante las últimas décadas, despertando el interés de investigadores que desean comprender y evaluar, a través del desarrollo, cómo esta variable se relaciona con los problemas conductuales, tanto internalizantes (ej. depresión y ansiedad) como externalizantes (ej. abuso de sustancias, trastornos conductuales y déficit de atención con hiperactividad), y cuáles son las estrategias o habilidades necesarias de desarrollar para que los niños y adolescentes logren un afecto modulado (Adrian, Zeman, Erdley, Lisa y Sim, 2010; Zeman, Cassano, Perry-Parrish y Stegall, 2006; Kostiuk y Fouts, 2002).

Parece necesario profundizar en torno a la comprensión de los TDLP como desórdenes penetrantes del sistema de regulación emocional que afectan el funcionamiento general del adolescente (River, 2007). La regulación emocional es entendida como la habilidad para regular la experiencia y expresión de los afectos, aspecto central en el desarrollo, dado que permite organizar y dirigir los repertorios conductuales y acciones a un objetivo determinado. Las características conductuales y generación de conductas problema, de los adolescentes con TDLP, son el resultado de la utilización de estrategias no adaptativas de regulación de las emociones expresadas en conductas de auto y hetero daño, ideación e intento suicida, consumo de alcohol y/o drogas, abandono escolar, sexo riesgoso, entre otras (Linehan, 2003; Miller et al., 2007). Esta incapacidad para regular la activación emocional es denominada “desregulación emocional”.

Para abordar la desregulación emocional es necesario comprender dos características centrales, propias de esta variable, a intervenir: la vulnerabilidad y modulación de la emociones.

La vulnerabilidad emocional está definida por tres características (Linehan, 1993):

- Muy alta sensibilidad a estímulos emocionales.
- Respuesta muy intensa a estímulos emocionales.
- Un retorno lento a la calma, luego de iniciada la excitación emocional.

Estas características están acompañadas por déficit en la modulación de las emociones, obstaculizando la habilidad para (Gagliesi y Boggiano, 2010):

- Inhibir conductas disfuncionales generadas por la emoción.
- Organizar la conducta independiente del estado emocional del momento.
- Controlar la actividad fisiológica inducida por una fuerte emoción.
- Distraer la atención del estímulo que evoca la emoción.
- No distanciarse ni reaccionar de forma extrema al experimentar la emoción.

La reactividad emocional esta mediada por la vulnerabilidad y déficit en la modulación afectiva, características que combinadas con un ambiente invalidante, no le permite al adolescente aprender a identificar ni regular las emociones (Hill, 2008). La desregulación emocional crónica, resulta en una desregulación cognitiva y conductual, propia de pacientes diagnosticados con TDPL (Miller et al., 2007).

Creer en un ambiente invalidante emocionalmente, que responde erráticamente a las experiencias, sentimientos, pensamientos o creencia de los adolescentes, contribuirá a desarrollar desregulación de las emociones al aprender estrategias disfuncionales de manejo y expresión (Gagliesi y Boggiano, 2010).

Es así como esta hipersensibilidad y bajo umbral para reaccionar a los acontecimientos reales o anticipados, lo que hace a los adolescentes vulnerables emocionalmente, se convierta en un aspecto fundamental a ser intervenido a través de la entrega de habilidades de regulación de las emociones.

Los postulados sobre los que se funda la TCD, responden a las necesidades adolescentes. Esta investigación buscó llevar a cabo una intervención grupal focalizada en habilidades de regulación emocional, acotada en el tiempo, de 11 sesiones de duración, utilizando estrategias de desarrollo de habilidades propias de TCD (Taller de intervención grupal, anexo N°1).

Para enseñar habilidades de regulación de las emociones es preciso crear un contexto de autovalidación emocional, que se logra por medio de la utilización de herramientas de conciencia plena y habilidades de tolerancia al malestar (Linehan, 2003; Miller et al., 2007). A continuación se detallan las habilidades entregadas en la intervención grupal adaptada para esta investigación:

1) Habilidades de Conciencia Plena:

- Habilidades para poner atención a lo que están haciendo y hacer mejores elecciones:
 - Habilidades “Que”: para aprender a observar, describir y participar.
 - Habilidades “Como”: para aprender a no juzgar, hacer una cosa a la vez y ser efectivo en lo que se está haciendo.

2) Habilidades de Tolerancia al Malestar:

- Habilidades para que cuando las cosas estén mal, no las empeoren. Busca modular la intensidad y duración de las emociones negativas, sin llevar a cabo conductas impulsivas:
 - Tolerar y sobrevivir a las crisis: distraerse con mente sabía, relajar cada uno de los cinco sentidos, mejorar el momento y evaluar los pros y contras.
 - Aceptar la vida tal cual es en el momento: aceptación radical, cambiar la mente y buena disposición frente a la terquedad.

3) Habilidades de Regulación Emocional:

- Habilidades para reducir el malestar emocional, comprender y regular las emociones, controlando la generación de conductas problema:
 - Identificar y etiquetar emociones: describir y nombrar emociones, relatar experiencias emocionales entendidas como reacciones a eventos internos o externos.
 - Identificar obstáculos para el cambio de las emociones: evento, interpretación, reacciones o respuestas corporales, emociones secundarias y ambivalencia.

- Reducir la vulnerabilidad de la mente emocional: tratar las enfermedades, comer sano, evitar drogas y alcohol, dormir equilibradamente y hacer ejercicios.
- Incrementar la frecuencia de los acontecimientos emocionales positivos: construir y tener conciencia de las experiencias positivas y adoptar cierta inconsistencia frente a las preocupaciones.
- Incrementar la conciencia ante las emociones del momento: observar y experimentar la emoción, recordar que no somos lo que sentimos y practicar amar las propias emociones.
- Llevar a cabo la acción opuesta: cambiar el componente conductual-expresivo de la emoción para intentar regularla.
- Aplicar siempre las técnicas de tolerancia al malestar.

IV. OBJETIVOS E HIPOTESIS DE TRABAJO

1. Objetivos:

1.1. Objetivo General:

Evaluar el impacto de una intervención grupal, basada en los postulados de la TCD, sobre las conductas derivadas de la desregulación emocional, para adolescentes de entre 14 y 19 años, diagnosticados con TDPL, consultantes de un centro de atención para adolescentes de estrato socioeconómico bajo.

1.2. Objetivos Específicos:

- Adaptar una intervención grupal para desregulación emocional en adolescentes diagnosticadas con TDPL.
- Implementar una intervención grupal para desregulación emocional en adolescentes mujeres, de entre 14 y 19 años, diagnosticadas con TDPL.
- Describir la frecuencia de presentación de las conductas derivadas de la desregulación emocional, entre los grupos control y experimental, durante el desarrollo de la intervención grupal para adolescentes mujeres, de entre 14 y 19 años, diagnosticadas TDPL.
- Determinar si existen diferencias en la escala tendencia limítrofe entre los grupos control y experimental, una vez realizada la intervención grupal para adolescentes mujeres, de entre 14 y 19 años, diagnosticadas con TDPL.
- Explorar cómo se comportan las escalas de evaluación del Inventario Clínico de Personalidad para Adolescentes de Millon (MACI), en ambos grupos, antes y después de la intervención grupal.

2. Hipótesis de Investigación:

Las hipótesis de esta investigación son:

- Las adolescentes del grupo experimental que participan de la intervención grupal, disminuirán la frecuencia de presentación de conductas derivadas de la desregulación emocional, en comparación a las adolescentes del grupo control.
- Las adolescentes del grupo experimental que participan de la intervención grupal, en comparación a las adolescentes del grupo control, obtendrán menores puntajes en la escala tendencia limítrofe, una vez realizada la intervención.

V. MARCO METODOLOGICO

1. Diseño

La presente investigación corresponde a un estudio piloto de tipo relacional que buscó evaluar el impacto de una intervención grupal, sobre la desregulación emocional y la expresión de las conductas derivadas de esta.

Es un estudio de tipo relacional dado que se evaluó cómo la participación de las adolescentes con TDPL, en la intervención grupal, les permitió desarrollar habilidades de regulación de las emociones (Hernández, Fernández y Baptista, 2010) y buscó describir cómo lograron controlar las expresión de conductas desreguladas (León y Montero, 2003).

El diseño de investigación, de tipo experimental (Pineda, Alvarado y Canales, 1994), buscó realizar una intervención grupal para desarrollar habilidades de regulación de las emociones y evaluar el impacto sobre las adolescentes. Se realizó una manipulación intencional de la variable independiente, intervención grupal, como condición antecedente para la modificación de la variable dependiente, desregulación de las emociones. La variable independiente fue evaluada con grupo experimental y grupo control; presencia y ausencia de intervención grupal. Luego se comparó el resultado obtenido por ambos grupos pre y post, y se describió la manifestación de conductas derivadas de la desregulación de las emociones durante el tratamiento.

La medición del impacto de la intervención grupal sobre las conductas derivadas de la desregulación emocional, se describe y lleva a cabo durante tres momentos en la investigación; pre, durante y post intervención.

2. Definición de Variables

Las variables de estudio fueron:

- Variable Independiente: Intervención Grupal.
- Variable Dependiente: Frecuencia de Conductas Derivadas de la Desregulación Emocional.

La intervención grupal fue adaptada del diseño de tratamiento, presentado desde la TCD (Linehan 2003), para los TPL más las modificaciones para adolescentes incluidas posteriormente (Miller et al., 2007). Se utilizó el módulo de intervención grupal para regulación de las emociones, algunas habilidades de tolerancia al malestar y las habilidades básicas de conciencia plena que se van reforzando a través de toda la intervención (Ver anexo N° 1).

La variable en estudio, desregulación emocional, será conceptualizada como la característica central del TDPL, y se caracteriza por alta sensibilidad a estímulos emocionales y falta de habilidad para regular la experiencia y expresión de los afectos, utilizando estrategias no adaptativas de regulación de las emociones que se expresan en conductas desreguladas (Linehan, 2003).

La conceptualización de esta variable será entendida como la expresión de las conductas desreguladas, las que conforman las dimensiones a medir (Pineda et al., 1994):

- Auto-agresiones
- Hetero-agresiones
- Ideación e intento suicida
- Consumo de alcohol
- Consumo de drogas
- Ausencia o abandono escolar
- Práctica de sexo riesgoso
- Utilización inadecuada de fármacos
- Escala Tendencia Limítrofe (MACI)

Para operacionalizar la variable dependiente, se utilizaron cartillas de registro diario (ver anexo N° 4), propias de la TCD, que se entregaron, semana a semana, tanto a las adolescentes del grupo experimental como a las del grupo control para contar con los registros que permitieran realizar un análisis descriptivo de la manifestación de las conductas derivadas de la desregulación

emocional. Se usó además, el Inventario Clínico de Personalidad para Adolescentes de Millon (MACI, anexo N° 5) con énfasis en la escala tendencia limítrofe, que fue aplicado a las adolescentes tanto antes como después de la intervención.

Los indicadores utilizados en las cartillas de registro diario entregan información referente a la ausencia o presencia (dicotómica) de una conducta determinada en un momento determinado, sistematizando la información en:

- Deseo de realizar la conducta desregulada: va de 0 a 5 en aumento progresivo del deseo. Para efectos del análisis de datos, 0 es No o ausencia de deseo y de 1 a 5 es Si o presencia de deseo.
- Acción de llevar a cabo la conducta desregulada: registrada con Si, presencia de la conducta desregulada o No, ausencia de la conducta desregulada.

Es importante mencionar que estas cartillas son evaluadas y su información trabajada durante las sesiones de terapia individual con los terapeutas tratantes y todas las adolescentes las completaron semanalmente.

Se debe mencionar que se decidió no incluir dentro del análisis de resultados las dimensiones conductuales Práctica de sexo riesgoso y Utilización inadecuada de fármacos. En el primer caso, en el Centro donde se realizó la intervención, las adolescentes que han iniciado vida sexual pueden optar por consultar a ginecóloga y matrona especialistas en adolescencia, quienes se encargan de llevar a cabo programas integrales en sexualidad e iniciar uso de métodos anticonceptivos de ser necesario (MAC). Debido a esto, las adolescentes que participaron de la intervención y que mantenían relaciones de parejas, usaban MAC descartando las conductas sexuales como potenciales riesgo derivados de la desregulación de las emociones. En el segundo caso, sólo dos adolescentes del grupo control usaban medicamentos y estos se habían indicado con anterioridad a la intervención, siendo los padres quienes estaban a cargo de administrarlos por lo que no constituyeron un riesgo derivado de la desregulación emocional.

En la misma línea, la escala tendencia limítrofe del MACI, evalúa las disfunciones emocionales que afectan la adaptación conductual y cognitiva de los adolescentes, que expresan su malestar a través de conductas desreguladas (Millon et al., 1993). Esta escala, operacionalizada como las

respuestas de los adolescentes a los 21 ítems que la componen, responde a las características de la muestra en estudio ya que evalúa los rasgos centrales del TDPL entre los cuales se encuentra la desregulación emocional (el MACI será detallado en el apartado de instrumentos).

3. Población y Muestra

3.1. Población

La población de estudio corresponde a adolescentes entre 14 y 19 años de edad, con TDPL, de ambos sexos, de estrato socioeconómico bajo, que son atendidos regularmente en el Centro de Atención para Adolescentes **SERJOVEN**, de la comuna de Lo Barnechea en la ciudad de Santiago.

3.2. Muestra

La muestra, no probabilística e intencionada, se debió a que la población de adolescentes con TDPL, es reducida y la adherencia de estos jóvenes a tratamientos es baja.

La muestra de este estudio comprende a ocho adolescentes mujeres, de entre 14 y 19 años de edad, diagnosticadas con TDPL que asisten regularmente al Centro de Atención Integral para Adolescentes **SERJOVEN**. Se decidió trabajar con este grupo etario, adolescencia media (14 a 16 años) y final (16 a 19 años), debido a que comparten características evolutivas más homogéneas relacionadas con el desarrollo biológico, psicológico, emocional y social (Musalem, 2012). Además, al observarse rasgos desadaptativos persistentes durante esta etapa de la vida, se puede hipotetizar que se cristalizará un TPL si no se interviene, efectivamente, a tiempo (Almonte, 2012).

Tanto el grupo experimental como control cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Adolescentes de entre 14 y 19 años de edad.
- Mujeres.
- Con asistencia regular al Centro.

- Con diagnóstico previo de TDPL.
- Tratadas, con psicoterapia individual y controles pediátricos.

Grupo Experimental		Grupo Control	
N° de Adolescentes	Edades	N° de Adolescentes	Edades
1	18	1	18
2	16	2	17
3	15	3	15
4	14	4	14
Total 4		Total 4	

4. Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron:

- Para describir la frecuencia de presentación de las conductas derivadas de la desregulación emocional y la utilización de estrategias de regulación de las emociones, durante el proceso de intervención, se usó las cartillas de registro diario (anexo N°4).
- Para determinar si existen diferencias en la tendencia limítrofe pre y post intervención, se uso la escala tendencia limítrofe del MACI (anexo N°5).

4.1. Cartillas de Registro Diario

Las cartillas de registro diario (anexo N° 4) son el instrumento seleccionado para describir la manifestación de las conductas derivadas de la desregulación emocional durante el proceso de intervención. Estas cartillas fueron desarrolladas y son utilizadas por la TCD para evaluar el progreso y curso del tratamiento que llevan a cabo los adolescentes. Cada modulo de intervención en habilidades, entrega material de trabajo y estrategias que son operacionalizadas en cartillas de registro para que los adolescentes llenen diariamente con el objetivo de evaluar si se está haciendo uso de las habilidades enseñadas y de cómo estas intervienen en el manejo de conductas más adaptativas, otorgando una sensación de mayor bienestar. Consisten en una jerarquía de conductas y habilidades de desregulación emocional, conciencia plena, tolerancia al malestar, relaciones interpersonales y camino del medio. Las cartillas son revisadas por los terapeutas individuales, en conjunto con los adolescentes, al inicio de cada sesión individual como método de análisis y planificación para determinar que herramientas en necesario reforzar y cuáles deben ser trabajadas con mayor profundidad (Miller et al., 2007).

Para esta investigación, durante el proceso de intervención tanto con grupo experimental como control, se utilizó una cartilla de registro diario diseñada para evaluar el progreso en el desarrollo de habilidades para regulación de las emociones y la frecuencia de conductas derivadas de la desregulación emocional. Este instrumento permitió realizar un seguimiento del proceso de cada adolescente. Las cartillas fueron completadas a lo largo de las 11 semanas; se entregaron a cada adolescente semana a semana para que las completaran; se solicitaban al inicio de cada sesión de terapia individual; se evaluaba los registros y reforzaban los logros utilizando las deficiencias como herramientas de trabajo para iniciar las intervenciones.

El progreso de la intervención y uso de habilidades para regulación de las emociones se mide en la medida que los adolescentes reportan, por medio de sus cartillas de registro, que logran manejar la vulnerabilidad emocional y modular las conductas que interfieren en su calidad de vida.

4.2. Inventario Clínico de Personalidad para Adolescentes de Millon (MACI)

El instrumento seleccionado para medir, pre y post intervención, fue seleccionado dado que permite obtener información relacionada con la variable en estudio, desregulación emocional,

característica central de los adolescentes con TDPL, codificar los datos necesarios para analizar los resultados y está estandarizado para la población chilena.

El MACI, es un test de autoinforme, creado por Theodore Millon en 1993. Su finalidad es evaluar los estilos de personalidad, preocupaciones psicológicas y psicopatología de población consultante, diferenciándolos por sexo y edad en puntuaciones de tasa base, relacionadas con la prevalencia que poseen las diversas características dimensionadas por el instrumento (Aguirre, 2004).

La evaluación del funcionamiento psicológico de los adolescentes se lleva a cabo por medio de tres ámbitos que fueron integrados en escalas clínicas y uno que alude a las escalas modificadoras. La construcción y detalle de cada una de estas escalas consiste en (Millon, T., Millon C., y Davis, 1993; Vinet, 2008):

1) Escala Clínica, Patrones de Personalidad: compuesta por doce escalas que configuran los rasgos y características de personalidad:

- Escala 1: Introverso
- Escala 2A: Inhibido
- Escala 2B: Afligido
- Escala 3: Sumiso
- Escala 4: Dramatizador
- Escala 5: Egoísta
- Escala 6A: Trasgresor
- Escala 6B: Poderoso
- Escala 7: Conformista
- Escala 8A: Oposicionista
- Escala 8B: Autodegradante

- Escala 9: Tendencia Limítrofe

2) Escala Clínica, Preocupaciones Expresadas: compuesta por ocho escalas centradas en los sentimientos y actitudes que forman parte de las preocupaciones y problemas que perciben los adolescentes con respecto a las transformaciones de esta etapa del desarrollo:

- Escala A: Difusión de la Identidad
- Escala B: Autoevaluación
- Escala C: Desaprobación Corporal
- Escala D: Incomodidad sexual
- Escala E: Inseguridad Grupal
- Escala F: Insensibilidad Social
- Escala G: Discordia Familiar
- Escala H: Abuso Infantil

3) Escala Clínica, Síndromes Clínicos: compuesta por siete escalas abocadas a la presencia de sintomatología específica que se presenta en la adolescencia:

- Escala AA: Disfunciones de la Alimentación
- Escala BB: Tendencia al Abuso de Sustancias
- Escala CC: Predisposición a la Delincuencia
- Escala DD: Tendencia a la Impulsividad
- Escala EE: Sentimientos de Ansiedad
- Escala FF: Afecto Depresivo
- Escala GG: Tendencia Suicida

4) Escalas Modificadoras: compuesta por tres escalas de control que dan validez al protocolo:

- Escala X: Sinceridad
- Escala Y: Deseabilidad
- Escala Z: Depreciación
- Escala V: Confiabilidad

Su aplicación está probada en adolescentes en etapa media y tardía del desarrollo juvenil, entre los 13 y 19 años de edad, asociando los ítems a las clasificaciones de trastornos de personalidad del DSM – IV. Consta de 160 ítems, organizados en un cuadernillo y una hoja de respuestas con verdadero y falso, puede ser aplicado de forma individual o colectiva y requiere de aproximadamente 30 minutos (Aguirre, 2004).

Para la población chilena, Vinet y Forns (2008), desarrollaron baremos permitiendo utilizar este instrumento, con normas apropiadas, para la evaluación clínica de adolescentes consultantes y no-consultantes. En este estudio, se señala que las escalas del MACI poseen niveles aceptables de confiabilidad y permite discriminar diferencialmente a adolescentes con vulnerabilidad psicológica de aquellos que presentan riesgo de psicopatología o un trastorno clínico específico.

La baremación para adolescentes chilenos consideró los siguientes aspectos:

- Diferencias entre el contexto sociocultural de origen (Estados Unidos) y el contexto sociocultural de nuestro país.
- Extender el uso del MACI desde la población clínica a poblaciones no-clínicas, favoreciendo la detección de casos en riesgo de alteraciones de la salud mental.
- Proponer una escala de medida para la baremación que es diferente de las escalas tradicionales expresadas en puntajes T o percentiles y también diferente de la escala de baremación tradicional del MACI expresada en puntuaciones de Tasa Base.

La fiabilidad de cada escala del instrumento, fue medida a través del coeficiente Alfa de Cronbach lo que arrojó índices de consistencia interna similares a los obtenidos por Millon en 1993 y oscilan entre .54 (D) y .90 (8B) en las muestras de no-consultantes y entre .51 (D) y .91

(8B y B) en las muestras de sujetos con problemas psicológicos, con medianas de .79 y .81 respectivamente (Vinet y Alarcón 2003a, en Vinet y Forns, 2008).

Las normas para la población chilena están expresadas en puntajes transformados, de 1 a 100, con puntos de corte de 50 para cada escala que indica la diferencia entre funcionamiento normal o alterado para adolescentes entre 13 y 19 años de ambos sexos (Vinet y Forns. 2009).

Es importante destacar que para la población latinoamericana, un total de 4 escalas comprendidas entre los patrones de personalidad, se comportan de forma diferente a lo planteado por Millon. En estas escalas los puntajes que corresponden a un funcionamiento sano, son mayores que los del funcionamiento alterado lo que contradice la teoría de que a “mayor patología corresponde mayor puntaje” (Vinet, 2008, p.8). Debido a esto, las escalas contra-teóricas: Sumiso, Dramatizador, Egoísta y Conformista, deben ser interpretadas en función de que a mayor puntaje corresponde un funcionamiento más sano.

Para efectos de esta investigación y responder a los objetivos planteados con anterioridad, la Escala Tendencia Limítrofe cumple un rol central, ya que responde a las características de la muestra en estudio, por lo que se detalla a continuación cómo fue construida y será analizada exhaustivamente en el capítulo de resultados. Mientras que para las otras escalas que conforman el test, sólo será informado su comportamiento.

- **Escala 9: Tendencia Limítrofe:**

Para el autor, esta escala comprende el único trastorno severo evaluado en el MACI y es definida como una grave disfunción emocional que afecta la adaptación conductual y cognitiva de los adolescentes presentando una continua inestabilidad y labilidad. Estos adolescentes muchas veces expresan su malestar emocional a través de conductas autoagresivas o suicidas, tienen conflictos interpersonales, no logran el equilibrio y pasan por intensos períodos de expresión desregulada de sus emociones, dañando la relación consigo mismos, con los otros y con el medio que los rodea (Millon et al., 1993).

Esta escala está compuesta por 21 items que contienen los más altos puntajes para las conductas que usualmente presentan estos patrones de personalidad. Entre estas conductas, los adolescentes pueden mostrar: marcada inestabilidad emocional, relaciones interpersonales erráticas o caóticas,

conductas arbitrarias u hostiles, alta impulsividad, temor al abandono y conductas autodestructivas o heteroagresivas.

Estos 21 items comprenden las siguientes preguntas (Millon et al., 1993):

- Frecuentemente me desagrada hacer cosas que otros esperan de mí.
- Generalmente actúo rápido, sin pensar.
- Frecuentemente me siento como “flotando”, como perdido(a) en la vida.
- Tan pronto como tengo el impulso de hacer algo, lo hago.
- A veces me siento tan molesto(a) que quiero lastimarme seriamente.
- Me preocupa mucho pensar en que me dejen solo(a).
- A menudo me siento triste y no-querido(a).
- A veces yo haría algo cruel para hacer a alguien infeliz.
- A veces me siento muy infeliz de ser quien soy.
- Matarme podría ser la forma más fácil de resolver mis problemas.
- Si quiero hacer algo, simplemente lo hago, sin pensar en lo que pueda pasar.
- Con más y más frecuencia yo he pensado en terminar con mi vida.
- Otras personas de mi edad parecen estar más seguras que yo de quiénes son y de lo que quieren.
- Hago lo que quiero sin preocuparme si afecta a los otros.
- Hago mi vida peor de lo que tiene que ser.
- Al parecer hecho a perder las cosas buenas que me pasan.
- Cuando las cosas no resultan como quiero, rápidamente pierdo la calma.
- Me siento sólo(a) y vacío(a) la mayor parte del tiempo.
- Siento que mi vida no tiene sentido y no sé a dónde voy.

- Estoy bastante seguro(a) de saber quién soy y qué quiero en la vida. (Falsa)
- Soy muy maduro(a) para mi edad y sé lo que quiero hacer en la vida. (Falsa)

5. Procedimientos

Inicialmente se presentó a la Corporación **SERJOVEN** la propuesta de investigación y se solicitó poder obtener la muestra de estudio entre la población consultante del Centro. En respuesta a la solicitud de **SERJOVEN**, para contar con su colaboración, el proyecto de investigación fue presentado al Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, quienes deliberaron otorgar autorización para realizar el estudio propuesto el día 26 de enero de 2012.

Para llevar a cabo la selección de la muestra se accedió en una primera fase a las tarjetas de registro de información de cada paciente del Centro. En estas, se registra información básica de identificación de los adolescentes, los profesionales que evalúan a los pacientes, fechas de consultas y los diagnósticos clínicos realizados por el equipo multidisciplinario: especialistas en adolescencia, como pediatra, ginecóloga, matrona, psiquiatra, psicólogo, psicopedagoga y asistente social. La revisión de estas tarjetas permitió tener una primera aproximación a la totalidad de adolescentes, con diagnóstico previo de TDPL (n=19), de los cuales 18 eran mujeres y uno hombre. Luego se realizó una reunión con los profesionales del Centro a quienes se les presentó la lista seleccionada solicitándoles invitar y motivar a los adolescentes a participar de esta intervención. En esta oportunidad las pediatras tratantes informaron de aquellos casos que no permanecerían durante el año 2012 en el Centro por haber cumplido los 19 años, 11 meses y 29 días o haber terminado enseñanza media y acceder a la educación superior, razón por la que no continuaría asistiendo periódicamente al Centro. Luego de esto la lista quedó reducida a un total de 10 adolescentes, todas mujeres, de entre 14 y 19 años de edad, con diagnóstico previo de TDPL y que continuaban asistiendo periódicamente al Centro.

Estas adolescentes fueron invitadas y motivadas por el equipo tratante a asistir al taller de intervención grupal, citándolas a una primera sesión de información general. A esta reunión llegaron un total de 5 adolescentes que mostraron alta motivación a participar por lo que se

acordó iniciar el taller a la semana siguiente, conformando ellas el grupo experimental. En esta primera fase se les aplicó el Inventario de Personalidad de Millon (MACI) y se firmó el asentimiento y consentimiento informado (anexo N° 2 y 3), junto a los adultos responsables. Una vez iniciada la intervención, se les entregó semanalmente las cartillas de registro. Luego de la segunda sesión de intervención, una de las adolescentes dejó de asistir por lo que el grupo experimental final quedó conformado por un total de 4 adolescentes.

El grupo control se fue conformando por otras 4 adolescentes, quienes fueron informadas por su equipo tratante de la investigación que se estaba realizando. Las invitaron a participar y firmaron con ellas el asentimiento y consentimiento informado, junto al adulto responsable. Luego de esto se les entregaba el MACI y las cartillas de registro diario que se llenaba semana a semana y se entregaba posteriormente a su psicólogo tratante.

La intervención grupal comenzó en abril del 2012 y en cada sesión de trabajo se entrega la cartilla de registro diario, que debe ser completada a diario por las adolescentes y entregada al inicio de la sesión siguiente, trabajando previamente los registros con sus psicólogas tratantes en las sesiones de terapia individual.

La intervención fue realizada en el Centro de Atención Integral para Adolescentes **SERJOVEN**, se utilizó siempre la sala destinada para la realización de los talleres o trabajos grupales, fueron sesiones una vez a la semana realizadas cada miércoles entre las 16:00 y 18:00 horas, tuvo una duración de 11 sesiones, de 2 horas cada una y un intermedio de 15 a 20 minutos y asistieron periódicamente 4 adolescentes.

El grupo experimental fue quien participó de la intervención grupal diseñada para adolescentes con TDPL. Esta intervención consistió en (ver anexo N°1):

- Intervención grupal adaptada, por la investigadora, a partir de los postulados de la TCD.
- Un total de 11 sesiones de intervención grupal que fueron realizadas 1 vez por semana.
- Se consideró una asistencia mínima de 8 sesiones.
- Foco de la intervención: desarrollo de habilidades de regulación emocional.

- Entrega de cartillas de registro diario sesión a sesión.

Luego de la última sesión de intervención, se realiza la despedida y entrega del MACI para completar la recolección de datos.

El grupo control se fue configurando de forma paralela al desarrollo de la intervención grupal. Un total de 8 adolescentes iniciaron, en distintas fechas, su participación en el grupo control firmando el asentimiento y consentimiento informado, respondiendo el MACI y llenando algunas cartillas de registro. Sin embargo, cuatro de ellas fueron abandonando, en distintos períodos del proceso, razón por la que el grupo control se fue completando a través del tiempo ingresando la última adolescente en octubre del 2012.

Es importante mencionar que ambos grupos, experimental y control, mantuvieron tratamientos terapéuticos individuales con las siguientes características:

- Psicoterapia individual, una vez a la semana.
- Focos de intervención; contención de crisis semana a semana.
- Evaluación de las cartillas de registro diario con sus terapeutas.
- Tratamiento farmacológico que fue necesario sólo para dos adolescentes del grupo control.
- Controles pediátricos bimensuales.

Luego de que la última adolescente ingresada entrega la cartilla de registro diario y responde el MACI, se termina la construcción de la base de datos e inicia el proceso de análisis de los resultados.

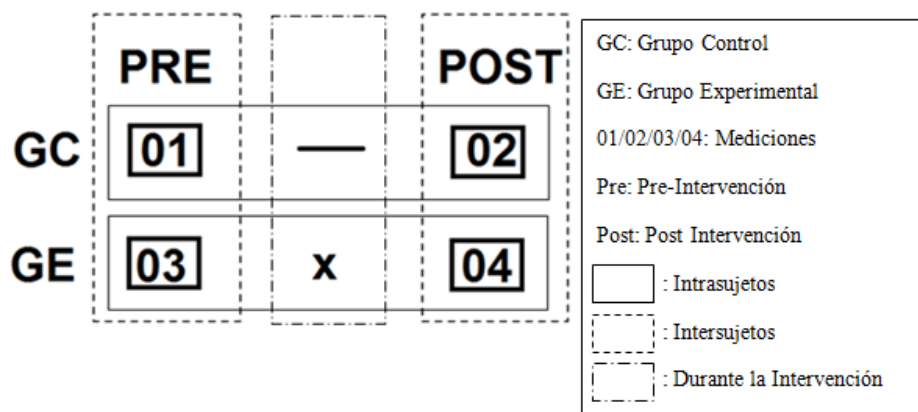
Finalmente, se invitó a las adolescentes del grupo control a participar, durante el 2013, de la misma intervención grupal trabajada con el grupo experimental.

6. Análisis de Datos

Los análisis se llevaron a cabo a partir de la información recolectada desde dos instrumentos y se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 20. Para ambos instrumentos, se realizó un análisis descriptivo y un análisis inferencial, entendiendo la importancia que el análisis descriptivo tiene, para esta investigación, dado el tamaño muestral.

Para explicar el análisis de los resultados se graficó el diseño de investigación de la siguiente manera:

Gráfico N° 1: Diseño de Investigación



6.1. Cartillas de Registro Diario

El primer instrumento analizado, utilizado para la medición durante la intervención, corresponde a las Cartillas de Registro Diario. Estas cartillas corresponden a cada uno de los registros que las adolescentes debían llenar diariamente durante las 11 semanas que duraba la intervención, y se organizaron en tres momentos para cumplir los requerimientos de las técnicas utilizadas y facilitar la interpretación de los resultados. Así, el primer momento corresponde al período que comprende de la semana 1 a la 4, el segundo de la semana 5 a la 8, y el último, de la semana 9 a la 11.

Se debe mencionar que, debido al tamaño muestral de la investigación (n=8), la unidad de análisis que se consideró para llevar a cabo los procedimientos estadísticos, fueron las cartillas de

registro. Esto permitió realizar un análisis grupal, incrementando la cantidad de unidades de análisis de 8 a 704, lo que constituye el n total.

Por otro lado, los registros diarios se agruparon en dos conjuntos de indicadores (Deseos y acciones). Para cada conjunto de indicadores, Deseos y Acciones, se analizó, a través de estadística descriptiva, la presencia de cada una en términos porcentuales, relacionándola con período de tiempo. Luego, se puso a prueba la hipótesis de la independencia a través de estadística inferencial, entre el paso del tiempo y el Deseo o Acción según correspondiera, tanto para el grupo experimental como para el grupo control, mediante el uso del estadístico Chi Cuadrado (con un criterio de rechazo de alfa = 0,05).

6.1.1. Deseo

El primer conjunto de indicadores, corresponde a aquellos registros que dan cuenta del Deseo de realizar conductas derivadas de la desregulación emocional, donde se consideran las dimensiones Deseo de Autoagresión, Deseo de Suicidio, Deseo de Heteroagresión, Deseo de Consumo de Alcohol y Deseo de Consumo de Drogas.

6.1.2. Acción

El segundo conjunto de indicadores, corresponde a aquellas variables que dan cuenta de llevar a la Acción dichas conductas derivadas de la desregulación emocional, y considera las dimensiones Acción de Autoagresión, Acción de Suicidio, Acción de Heteroagresión, Acción de Consumo de Alcohol y Acción de Consumo de Drogas.

6.2. MACI

El segundo instrumento analizado, utilizado para las mediciones pre y post intervención, corresponde al MACI. Estos datos se presentan para apoyar las conclusiones que se pudiesen extraer de las cartillas de registro diario y corresponden a análisis descriptivos del comportamiento de las escalas, así como también a análisis inferenciales sobre las diferencias entre el pre y post tratamiento en ambos grupos, tal como se muestra en el gráfico N°1.

Es necesario recordar, para efectos de la interpretación de resultados, que existen cuatro escalas contra-teóricas: Sumiso, Dramatizador, Egoísta y Conformista. Mientras que las escalas acordes a

la teoría indican que a mayor puntaje, mayor presencia del rasgo, las escalas contra-teóricas indican que a mayor puntaje, menor rasgo de la característica en estudio.

Para analizar la totalidad de las escalas de forma descriptiva, se calcularon las diferencias entre los promedios obtenidos por las adolescentes de los grupos experimental y control tanto pre como post tratamiento. Este análisis se llevó a cabo cuando el análisis inferencial arrojó que no existían diferencias significativas entre los grupos.

Como se mencionó anteriormente, el diseño de esta investigación (gráfico N° 1) requiere que se lleven a cabo análisis descriptivos tanto intra como intersujetos. Estos serán detallados a continuación:

Análisis Intersujetos

Para el análisis intersujetos (entre los grupos experimental y control), se esperaba que no existieran diferencias numéricas entre ambos grupos en la medición pre tratamiento, pero que sí existiesen en la medición post tratamiento. Esto indicaría que los grupos comenzaron en las mismas condiciones y que luego de la intervención grupal fueron distintos. En las escalas teóricas se esperaba encontrar una diferencia intersujetos, post-tratamiento numérica positiva, mientras que en las contrateóricas, se esperaba una diferencia numérica negativa.

Análisis Intrasujetos

Paralelamente, en el caso del análisis intrasujetos (pre y post tratamiento), se esperaba que en el grupo experimental la diferencia numérica fuese positiva en las escalas contra-teóricas, mientras que en las teóricas, se esperaba una diferencia numérica negativa lo que indicaría que los rasgos disminuyeron en el grupo experimental. Por otro lado, la diferencia numérica (positiva o negativa), debería mantenerse en el grupo control.

A nivel inferencial, para contrastar si existían diferencias entre el grupo control y experimental, tanto antes como después del tratamiento, se decidió utilizar un Análisis de Varianza (ANOVA) No Paramétrico de Medidas Repetidas. Se utilizó esta prueba debido al incumplimiento de normalidad de la distribución de los datos, surgida de la baja cantidad de casos en la muestra. Además, se optó por esta técnica debido a que permite disminuir el error de Tipo I, manteniendo

el alfa = 0,05, y aunar las pruebas bi-grupales que se llevan a cabo usualmente para cada uno de los distintos grupos incluidos en el diseño (Rodríguez, González y Rosel, 2009).

En primer lugar, se calcula el estadístico F Lambda de Wilks y su significación, que permite contrastar la hipótesis central de diferencia entre los grupos experimental y control teniendo en consideración la influencia del paso del tiempo (interacción). A continuación, se calcula Épsilon, que permite evaluar la idoneidad de todo el análisis. Finalmente, se expone la diferencia de medias con su significancia, que permite cuantificar las diferencias encontradas entre los grupos.

7. Consideraciones Éticas

Para resguardar la integridad de las adolescentes que participaron de la investigación, todas recibieron terapia individual, con sesiones semanales en las que se acordó evaluar el registro de las cartillas diarias y reforzar el uso de las habilidades de regulación emocional y disminución en la frecuencia de las conductas desreguladas, o en su defecto, evaluar las manifestaciones conductuales desreguladas y ausencia de habilidades de regulación emocional.

Durante la investigación, dos adolescentes del grupo control utilizaron tratamiento farmacológico y en ambos casos, estos fueron administrados por el adulto responsable a cargo de ellas. Cuando se pesquiso ideación suicida, se informó al equipo tratante y se realizó la intervención necesaria para contener la crisis.

Un total de 4 adolescentes del grupo control decidieron dejar su participación en la investigación por presentar conductas de riesgo suicida que requirieron de hospitalización o enfrentar procesos judiciales por vulneración de derechos. En los cuatro casos se realizaron las derivaciones e intervenciones necesarias para proteger la integridad de las adolescentes.

Los módulos de intervención, se trabajaron con ciertas reglas de participación (anexo N°1; normas del taller) con el objetivo de manejar ciertas conductas o acciones que pudiesen ir en perjuicio de las otras adolescentes.

Se mantuvo como información confidencial la identidad de las participantes, informándoles que sólo se usarán los resultados de las evaluaciones realizadas para fines de investigación.

Se entregó previamente la información necesaria para que comprendieran en qué consistía la investigación, junto a las adolescentes y sus madres, se firmo el consentimiento y asentimiento informado (anexo N° 2 y 3).

A los adolescentes del grupo control se les comunicó, que podían participar voluntariamente de un próximo taller de intervención a realizar una vez concluido el primer taller con el grupo experimental.

Todas las adolescentes, tanto grupo experimental como control, continúan con sus tratamientos individuales en el Centro.

VI. RESULTADOS

En el presente capítulo, se detallan los resultados de la investigación realizada. El análisis utilizó estadística descriptiva e inferencial para obtener los resultados y determinar si los cambios logrados en las adolescentes se deben a la intervención grupal.

1. Presentación de los Resultados

1.1. Resultados de las Cartillas de Registro Diario

1.1.1. *Deseo*

Análisis Descriptivo

La Tabla N° 1, presenta la evolución de los grupos experimental y control durante el transcurso de la intervención respecto a los Deseos incluidos en los registros. De esta manera, lo que se muestra en esta tabla es el porcentaje de registros diarios en que se presentaron Deseos de conductas desreguladas, durante la intervención.

Tabla N° 1: Contingencia de Deseo y Tiempo

		Rango Semanas			Total Intervención
		Semanas 1 a 4	Semanas 5 a 8	Semanas 9 a 11	
Autoagresión	Grupo Experimental	25(22,3%)	22(19,6%)	17(20,2%)	64(20,8%)
	Grupo Control	37(33,0%)	40(35,7%)	33(39,3%)	110(35,7%)
Suicidio	Grupo Experimental	0(0,0%)	4(3,6%)	8(9,5%)	12(3,9%)
	Grupo Control	24(21,4%)	32(28,6%)	27(32,1%)	83(26,9%)
Heteroagresión	Grupo Experimental	78(69,6%)	69(61,6%)	57(67,9%)	204(66,2%)
	Grupo Control	37(33,0%)	46(41,1%)	38(45,2%)	121(39,3%)
Alcohol	Grupo Experimental	32(28,6%)	30(26,8%)	21(25,0%)	83(26,9%)
	Grupo Control	19(17,0%)	22(19,6%)	20(23,8%)	61(19,8%)
Drogas	Grupo Experimental	35(31,3%)	28(25,0%)	40(47,6%)	103(33,4%)
	Grupo Control	4(3,6%)	2(1,8%)	4(4,8%)	10(3,2%)
Asistencia a Clases	Grupo Experimental	38(47,5%)	25(32,1%)	34(56,7)	97(44,5%)
	Grupo Control	46(57,5%)	50(62,5%)	38(63,3)	134(60,9%)

A nivel descriptivo, en el grupo experimental se observa un predominio de los registros de Deseo de heteroagresión (entre un 61,6% y un 69,6%), siguiendo el Deseo de consumo de drogas (entre 25% y 47,6%) y alcohol (entre 25% y 28,6%), el Deseo de autoagresión (entre 19,6% y 22,3%) y por último el Deseo de suicidio (entre 0% y 9,5%). Por su parte, el grupo control también presenta más registros de Deseo de asistencia a clases (entre 38% y 46%), Deseo de heteroagresión (entre el 33% y el 45,5%), seguido del Deseo de autoagresión (entre el 33% y el 39%), el Deseo de suicidio (entre el 21,4% y el 32%) y el Deseo de consumo de alcohol (entre el 17% y el 23,8%) y de drogas (entre 3,6% y 4,8%).

Como se puede observar, el análisis de la evolución de ambos grupos durante la intervención muestra que en el experimental hubo una disminución progresiva de aproximadamente 3%, en los Deseos de autoagresión y consumo de alcohol. Mientras que los Deseo de suicidio y consumo de drogas aumentaron 9,5% y 16,3%, respectivamente. El Deseo de heteroagresión tuvo una

disminución en el segundo momento, pero volvió a incrementarse hacia el final de la intervención.

En el grupo control, se puede observar un patrón de aumento progresivo del Deseo en todas las conductas, excepto en el Deseo de consumo de drogas, que si bien disminuye en el segundo período, vuelve a aumentar al final de la intervención. En este grupo, el porcentaje de Deseo al término de la intervención fue siempre mayor al del inicio.

Comparando ambos grupos, el experimental se caracterizó por presentar mayores registros de Deseos de heteroagresión y consumo de sustancias durante toda la intervención. En cambio, el grupo control presentó mayores registros de Deseos de autoagresión, suicidio y asistencia a clases, en comparación al experimental. Mientras que el grupo experimental presentó muy pequeñas disminuciones en Deseos de autoagresión y consumo de alcohol, el grupo control no sufrió disminución en el Deseo de ninguna de las conductas analizadas.

Análisis Inferencial

En términos inferenciales, para evaluar si existe una relación entre el paso del tiempo y cada una de las dimensiones evaluadas, se contrastó la hipótesis de independencia a partir del estadístico Chi cuadrado. Los resultados se resumen en la Tabla N° 2.

Tabla N° 2: Resumen Estadístico Chi Cuadrado de Deseos y Tiempo

		Resumen de Estadísticos*		
		Chi Cuadrado	Gl	Sig. asintótica bilateral
Autoagresión	Grupo Experimental	,265	2	,876
	Grupo Control	,817	2	,665
Suicidio	Grupo Experimental	11,677	2	,003
	Grupo Control	3,035	2	,219
Heteroagresión	Grupo Experimental	1,753	2	,416
	Grupo Control	3,232	2	,199
Alcohol	Grupo Experimental	,313	2	,855
	Grupo Control	1,419	2	,492
Drogas	Grupo Experimental	11,413	2	,003
	Grupo Control	1,413	2	,493
Asistencia a clases	Grupo Experimental	,323	2	,875
	Grupo Control	3,34	2	,198
*N de casos válidos = 308 P < 0,05				

Como se puede observar en la Tabla N° 2, las únicas dimensiones que presentan cambios significativos, a través de los tres períodos construidos, en el grupo experimental, son el Deseo de consumir drogas ($p = ,003$) y el Deseo de cometer suicidio ($p = ,003$). En el caso de la primera, se observa cómo a mitad del tratamiento ocurre una disminución del Deseo, que vuelve para el período final. En la segunda en cambio, el estadístico chi cuadrado no puede ser interpretado, ya que las celdas a partir de las cuales fue calculado no tienen la frecuencia observada mínima requerida para el cálculo del estadístico.

1.1.2. Acción

Análisis Descriptivo

Respecto a los registros de las Acciones, la Tabla N° 3, presenta la evolución de los grupos experimental y control respectivamente. La Acción de conductas derivadas de la desregulación emocional, al igual que el Deseo, se codificó como una dimensión dicotómica. De esta manera, en la tabla, se muestra el porcentaje de registros diarios en que se llevaron a cabo las conductas analizadas, durante los períodos de tiempo señalados.

Tabla N° 3: Contingencia de Acciones y Tiempo

		Rango de Semanas			Total Intervención
		Semanas 1 a 4	Semanas 5 a 8	Semanas 9 a 11	
Autoagresión	Grupo Experimental	12(10,7%)	7(6,3%)	3(3,6%)	22(7,1%)
	Grupo Control	42(37,5%)	47(42,0%)	35(41,7%)	124(40,3%)
Intento Suicidio	Grupo Experimental	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
	Grupo Control	30(26,8%)	32(28,6%)	24(28,6%)	86(27,9%)
Heteroagresión	Grupo Experimental	36(32,1%)	29(25,9%)	16(19,0%)	81(26,3%)
	Grupo Control	44(39,3%)	62(55,4%)	40(47,6%)	146(47,4%)
Alcohol	Grupo Experimental	13(11,6%)	10(8,9%)	2(2,4%)	25(8,1%)
	Grupo Control	41(36,6%)	39(34,8%)	32(38,1%)	112(36,4%)
Drogas	Grupo Experimental	30(26,8%)	19(17,0%)	5(6,0%)	54(17,5%)
	Grupo Control	32(28,6%)	30(26,8%)	25(29,8%)	87(28,2%)
Asistencia a clases	Grupo Experimental	32(32,1%)	29(24,9%)	55(38,0%)	82(26,3%)
	Grupo Control	31(24,6%)	31(25,8%)	26(29,8%)	86(29,2%)

El análisis descriptivo llevado a cabo, permite concluir que el grupo experimental presentó mayor cantidad de registros de Acción de asistencia a clases (entre 32,1% y 38%), Acción de

heteroagresión (entre 19% y 32,1%), seguidos de Acción de consumo de drogas (entre 6% y 26,8%), autoagresión (entre 3,6% y 10,7%) y consumo de alcohol (entre 2,4% y 11,6%). Cabe señalar que este grupo no presentó intentos de suicidio durante la intervención, por lo tanto no se puede realizar un análisis de su evolución. Por su parte, el grupo control presentó mayores registros de Acción de heteroagresión (entre 39,3% y 55,4%), seguida de autoagresión (entre 37,5% y 42%), consumo de alcohol (entre 34,8% y 38,1%), consumo de drogas (entre 26,8% y 29,8%) e intentos de suicidio (entre 26,8% y 28,6%).

Respecto a la evolución durante la intervención, el grupo experimental presentó una disminución progresiva de todas las Acciones de las conductas derivadas de la desregulación emocional. Fue el consumo de drogas la conducta que más disminuyó, registrando una diferencia de 20,8%. Todas las otras conductas disminuyeron entre 7% y 13%. Por su parte, el grupo control registró un pequeño aumento de aproximadamente 1% a 5% en todas las Acciones de conductas desreguladas, excepto la Acción de heteroagresión, cuyos registros aumentaron en 9%.

Se puede señalar que, comparando ambos grupos, el experimental presentó menos registros de todas las Acciones de las conductas analizadas, siendo más similares los registros de heteroagresión. El análisis de la evolución de los grupos, muestra que durante la intervención disminuyeron todas las conductas derivadas de la desregulación emocional en el grupo experimental, mientras que el grupo control no experimentó cambios sustantivos, registrándose sólo un leve aumento hacia el final de la intervención.

Análisis Inferencial

Para evaluar si existe una relación entre el paso del tiempo y cada una de las dimensiones de Acción, a nivel inferencial, se utilizó el estadístico de Chi cuadrado para la contrastación de la hipótesis de independencia. Los resultados se resumen en la Tabla N° 4.

Tabla N° 4: Resumen Estadístico Chi Cuadrado de Acciones y Tiempo

		Resumen de Estadísticos*		
		Chi Cuadrado	Gl	Sig. asintótica bilateral
Autoagresión	Grupo Experimental	3,904	2	,142
	Grupo Control	,559	2	,756
Suicidio	Grupo Experimental	**	**	**
	Grupo Control	,113	2	,945
Heteroagresión	Grupo Experimental	4,262	2	,119
	Grupo Control	5,804	2	,055
Alcohol	Grupo Experimental	5,634	2	,060
	Grupo Control	,227	2	,893
Drogas	Grupo Experimental	14,448	2	,001
	Grupo Control	,219	2	,896
Asistencia a clases	Grupo Experimental	3,804	2	,146
	Grupo Control	,469	2	,758
*N de casos válidos = 308				
**No se calculó debido a que es una constante en 0%, como se observa en la Tabla N° 3				
P < 0,05				

Como se puede observar en la Tabla N° 4, la única dimensión donde la Acción está relacionada con el paso del tiempo es la dimensión drogas. En este caso, el grupo experimental presenta una disminución a medida que pasan las semanas, mientras que en el grupo control esta relación no existe.

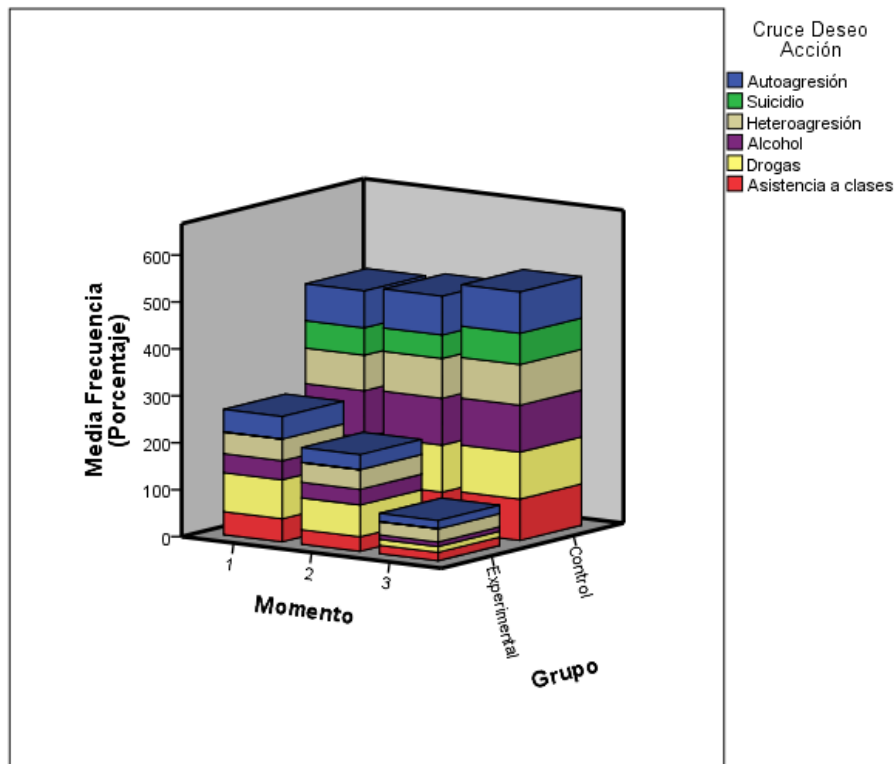
1.1.3. Cruce Deseo-Acción

Análisis Descriptivo

Para obtener una representación gráfica que informara del comportamiento de las dimensiones conductuales en estudio, para ambos grupos, se realizó un cruce entre los indicadores de Deseo y los de Acción. Para esto, se consideró como constante la presencia de Deseos de conductas desreguladas y se graficó su Acción, bajo la condición de que la hayan deseado el mismo día que

la realizaron. Esto tiene como propósito evaluar si los grupos experimental y control fueron capaces de regular las conductas derivadas de la desregulación emocional, en el momento en que existió deseo de realizarlas.

Gráfico N° 2: Cruce Deseo y Acción



Cómo ya se describió la presencia de las distintas conductas en ambos grupos, en este caso sólo se evalúa la evolución de éstas a lo largo de la intervención. El grupo experimental presentó disminuciones progresivas de las conductas desreguladas, considerando sólo los días en que hubo deseo de ellas. Destaca el consumo de drogas, que disminuyó 70,4%, lo que en términos de conducta significa que al principio de la intervención en el 82,9%, de las ocasiones en que había deseo de drogas éste se concretaba en consumo, mientras que al final, esto sólo sucedía el 12,5% de las veces. Se suma a esto que los deseos de autoagresión y consumo de alcohol disminuyeron en aproximadamente 30%, mientras que heteroagresión fue la que menos disminuyó, registrando una diferencia de 18,1%.

Por su parte, el grupo control no logró disminuir el consumo de sustancias, registrando 100% durante toda la terapia. Esto significa que en este grupo cada vez que había deseo de consumo éste se concretaba en la acción. En todas las otras dimensiones, no se registro disminuciones de las conductas, por el contrario, éstas aumentaron entre 8% y 11%.

Análisis Inferencial

Para poner a prueba si existe relación entre el paso del tiempo y los porcentajes de los indicadores antes mencionados, se utilizó la prueba Chi Cuadrado. No se utilizó ANOVA No Paramétrica de Medidas Repetidas debido a que la unidad de análisis fueron las cartillas de registro y no casos individuales. De esta forma, en el caso del grupo experimental el análisis apoya la hipótesis de que la intervención tuvo un efecto positivo en los participantes ($X^2_{gl=6} = 16,569; p = ,011$). Por su parte, en el grupo control, los resultados arrojaron evidencia que sustenta la conclusión de que no hubo cambios ($X^2_{gl=8} = 2,713; p = ,951$).

En síntesis, se puede plantear que durante la intervención, el grupo experimental logró mayor regulación de todas las conductas analizadas, pudiendo decidir no llevarlas a la Acción, incluso existiendo Deseo. Por el contrario, el grupo control no registró disminuciones, presentando incluso aumento, lo que indica que no fue capaz de controlar ni el Deseo ni la Acción de las conductas derivadas de la desregulación emocional a lo largo de la intervención.

1.2. Resultados del MACI (Análisis Descriptivo e Inferencial)

A continuación se presentan los resultados obtenidos en las mediciones pre y post tratamiento a través del Inventario Clínico para adolescentes de Millon (MACI). En primer lugar, se presentan los datos obtenidos en la escala Tendencia Limítrofe, ya que ésta se relaciona directamente con los rasgos relevantes que se evalúan en la presente investigación. Luego, se presenta un breve resumen respecto del comportamiento que tuvieron las otras escalas del MACI, agrupadas en: Patrones de Personalidad, Preocupaciones Expresadas y Síndromes Clínicos.

1.2.1. Escala Tendencia Limítrofe

La Tabla N° 5 presentan los resultados obtenidos para la escala Tendencia Limítrofe.

Tabla N° 5: Tabla Resumen Descriptivo y ANOVA no Paramétrico de Escala Tendencia Limítrofe

Grupo	Media Pre Tratamiento	Media Post Tratamiento	Diferencia Intrasujeto (Post-Pre)	Lamba de Wilks	Sig.	Épsilon
Experimental	86,5	66,5	-20	,347	,008	1
Control	85,75	82	-3,75			
Diferencia Intersujeto (Experimental-Control)	0,75	-15,5				

En la Tabla N° 5, se puede observar que la cuarta, quinta y sexta columnas apuntan al contraste de la hipótesis de impacto del tratamiento. Así, el valor obtenido de significación, menor a 0,05 indica que sí hay cambios en los sujetos del grupo experimental entre pre y post tratamiento, a diferencia del grupo control donde no hay cambios significativos.

La última columna de la Tabla N°5, indica el valor de épsilon, el que corresponde a un contraste estadístico que permite evaluar si el test es apropiado para los datos obtenidos. Épsilon es un estadístico que oscila entre 0 y 1, donde 1 indica que el análisis se adecúa perfectamente a la matriz de entrada de los datos. Se observa que esto se cumple, por lo que es apropiado realizar la ANOVA No paramétrica de Medidas Repetidas.

Finalmente, se pueden observar, el análisis de las diferencias de las medias entre el grupo experimental y el grupo control. Estas medidas nos indican que existe una diferencia de -15,5, lo que indica que la intervención tuvo un impacto positivo sobre las adolescentes. No obstante, hay que mencionar que estos resultados deben ser interpretados con cautela debido al diseño de esta investigación.

1.2.2. Patrones de Personalidad

Las tablas N° 6a y 6b, presenta los resultados de las otras escalas de patrones de personalidad de MACI. En este caso no se encontraron diferencias significativas en la interacción entre el tratamiento y el tiempo, a excepción de la escala Sumisión. Esto indica que los grupos no difirieron ni al comienzo ni al término de la intervención. Por ello, lo que se hizo fue analizar las diferencias pre y post tratamiento entre los grupos, sólo a nivel descriptivo.

Tabla N° 6a: Tabla de Resumen Descriptivo y de ANOVA no Paramétrico para las otras Escalas de Patrones de Personalidad.

Escala	Grupo	Media Pre Tto	Media Post Tto	Diferencia Intrasujetos (Post-Pre)	Lamba de Wilks	Sig.	Épsilon
Introverso	Experimental	69,5	55,75	-13,75	0,947	0,678	0,007
	Control	54	51	-3			
	Dif. Intersujetos (E-C)	15,5	4,75				
Inhibido	Experimental	63	58	-5	0,988	0,767	0,008
	Control	55,5	50,25	-5,25			
	Dif. Intersujetos (E-C)	7,5	7,75				
Afligido	Experimental	70,5	53,75	-16,75	0,745	0,988	0,089
	Control	65,75	51	-14,75			
	Dif. Intersujetos (E-C)	4,75	2,75				
Sumiso (Contrateórico a)	Experimental	55,5	49,25	-6,25	0,478	0,008	0,8
	Control	46	58,5	12,5			
	Dif. Intersujetos (E-C)	9,5	-9,25				
Dramatizador (Contrateórico a)	Experimental	60,25	52,5	-7,75	0,745	0,987	0,009
	Control	59,5	53,75	-5,75			
	Dif. Intersujetos (E-C)	0,75	-1,25				

Tabla N° 6b: Tabla de Resumen Descriptivo y de ANOVA no Paramétrico para las otras Escalas de Patrones de Personalidad.

Escala	Grupo	Media Pre Tto	Media Post Tto	Diferencia Intrasujetos (Post-Pre)	Lamba de Wilks	Sig.	Épsilon
Egoísta (Contrateórico a)	Experimental	66	57	-9	0,766	0,876	0,069
	Control	65	56,75	-8,25			
	Dif. Intersujetos (E-C)	1	0,25				
Trasgresor	Experimental	62,25	56	-6,25	0,766	0,685	0,088
	Control	60,25	52	-8,25			
	Dif. Intersujetos (E-C)	2	4				
Poderoso	Experimental	60,75	53,75	-7	0,947	0,678	0,007
	Control	65,5	52,75	-12,75			
	Dif. Intersujetos (E-C)	-4,75	1				
Conformista (Contrateórico a)	Experimental	68,25	52	-16,25	0,988	0,767	0,008
	Control	59	48,25	-10,75			
	Dif. Intersujetos (E-C)	9,25	3,75				
Oposicionista	Experimental	66,25	60,75	-5,5	0,745	0,988	0,56
	Control	72	67	-5			
	Dif. Intersujetos (E-C)	-5,75	-6,25				
Autodegradante	Experimental	74,25	56,75	-17,5	0,766	0,685	0,088
	Control	70	62,5	-7,5			
	Dif. Intersujetos (E-C)	4,25	-5,75				

El análisis de las escalas Introverso, Afligido, Oposicionista, Autodegradante, Inhibido, Trasgresor y Poderoso, evidencian disminuciones en dichos rasgos tanto en el grupo

experimental como en el grupo control. Mientras que en las cuatro primeras, la disminución fue mayor en el grupo experimental, en las tres últimas la disminución fue mayor en el grupo control.

Las escalas Dramatizador, Conformista y Egoísta indican un aumento de dichos rasgos en ambos grupos siendo mayor en el grupo experimental para todas las escalas. Por último, la escala Sumiso indica un aumento de este rasgo en el grupo experimental y una disminución en el grupo control, y a nivel inferencial es la única que presenta cambios significativos.

1.2.3. Preocupaciones Expresadas

Por su parte, La Tabla N° 7 presenta los resultados para las escalas que se agrupan en Preocupaciones Expresadas.

Tabla N° 7: Tabla de Resumen Descriptivo para Escalas de Preocupaciones Expresadas

Escala	Grupo	Media Pre Tratamiento	Media Post Tratamiento	Diferencia Intrasujetos (Post-Pre)
Difusión de la Identidad	Experimental	65	46,75	-18,25
	Control	70,25	63,5	-6,75
	Dif. Intersujetos (E-C)	-5,25	-16,75	
Autodevaluación	Experimental	72,75	58,25	-14,5
	Control	74	59,25	-14,75
	Dif. Intersujetos (E-C)	-1,25	-1	
Desaprobación Corporal	Experimental	61,75	59,5	-2,25
	Control	53	42,75	-10,25
	Dif. Intersujetos (E-C)	8,75	16,75	
Incomodidad Sexual	Experimental	55,25	50	-5,25
	Control	51,5	50,5	-1
	Dif. Intersujetos (E-C)	3,75	-0,5	
Inseguridad Grupal	Experimental	58	56,75	-1,25
	Control	62,75	62	-0,75
	Dif. Intersujetos (E-C)	-4,75	-5,25	
Insensibilidad Social	Experimental	67,75	57	-10,75
	Control	58,25	47,5	-10,75
	Dif. Intersujetos (E-C)	9,5	9,5	
Discordia Familiar	Experimental	66	60,5	-5,5
	Control	73,75	52,25	-21,5
	Dif. Intersujetos (E-C)	-7,75	8,25	
Abuso Infantil	Experimental	60,5	49,25	-11,25
	Control	68,25	58	-10,25
	Dif. Intersujetos (E-C)	-7,75	-8,75	

Tal como ocurrió en las escalas anteriores, en estas escalas tampoco se encontraron diferencias significativas a nivel inferencial ($p > ,05$), por lo que solo se llevó a cabo un análisis descriptivo de los cambios intrasujetos. En esta línea, los datos indican que hubo una disminución de todas las

escalas entre el pre y el post tratamiento, tanto en el grupo experimental como en el grupo control. Las escalas Difusión de identidad, Incomodidad Sexual e Inseguridad grupal, disminuyeron en mayor magnitud en el grupo experimental, mientras que las escalas Desaprobación Corporal y Discordia Familiar lo hicieron en el grupo control. Por su parte, las escalas Autodevaluación, Insensibilidad Social y Abuso Infantil, disminuyeron de manera similar en ambos grupos.

1.2.4. Síndromes Clínicos

La Tabla N° 8 presenta los resultados obtenidos en las escalas que se agrupan en Síndromes Clínicos. Como en los análisis anteriores, no se encontraron diferencias significativas en las escalas analizadas ($p > .05$), por lo que se realizó solo un análisis descriptivo.

Tabla N° 8: Tabla de Resumen Descriptivo para Escalas de Síndromes Clínicos

Escala	Grupo	Media Pre Tratamiento	Media Post Tratamiento	Diferencia Intrasujetos (Post-Pre)
Disfunciones Alimentarias	Experimental	56,25	58,25	2
	Control	48,25	46,75	-1,5
	Dif. Intersujetos (E-C)	8	11,5	
Tendencia al Abuso de Sustancias	Experimental	62,5	59,75	-2,75
	Control	58,75	54,75	-4
	Dif. Intersujetos (E-C)	3,75	5	
Predisposición Delictual	Experimental	68	69,5	1,5
	Control	57,25	51,25	-6
	Dif. Intersujetos (E-C)	10,75	18,25	
Tendencia a la Impulsividad	Experimental	68,5	54,25	-14,25
	Control	71,75	62,5	-9,25
	Dif. Intersujetos (E-C)	-3,25	-8,25	
Sentimientos Ansiosos	Experimental	27	36,75	9,75
	Control	26,25	44,75	18,5
	Dif. Intersujetos (E-C)	0,75	-8	
Afecto Depresivo	Experimental	66,75	54,25	-12,5
	Control	67,25	48	-19,25
	Dif. Intersujetos (E-C)	-0,5	6,25	
Tendencia Suicida	Experimental	65,25	56	-9,25
	Control	81	68,5	-12,5
	Dif. Intersujetos (E-C)	-15,75	-12,5	

En este caso, se observa que las escalas Tendencia al Abuso de Sustancias, Afecto Depresivo, Tendencia Suicida y Tendencia a la Impulsividad en ambos grupos disminuyeron sus puntajes. En las tres primeras, la disminución fue mayor en el grupo control, mientras que en Tendencia a la Impulsividad la disminución fue mayor en el grupo experimental.

Por otro lado, la escala Sentimientos Ansiosos sufrió un aumento en ambos grupos, siendo éste mayor en el grupo control, mientras que las escalas Disfunciones Alimentarias y Predisposición Delictual aumentaron en el grupo experimental y disminuyeron en el grupo control.

2. Síntesis de los Principales Resultados:

A modo de conclusión, se ofrece a continuación un resumen de los resultados más importantes de los análisis llevados a cabo.

2.1. Cruce entre Deseo y Acción

En el grupo experimental, destaca el consumo de drogas, que disminuyó 70,4%. Esto significa que si al principio de la intervención el 82,9% de las ocasiones en que había deseo de drogas éste se concretaba en consumo, al finalizar la intervención esto sólo sucedía el 12,5% de las veces. Asimismo, los deseos de autoagresión y consumo de alcohol fueron los que más disminuyeron (cerca de un 30%), mientras que heteroagresión fue la que menos disminuyó (un 18,1%).

Así, los resultados obtenidos permiten afirmar que en el caso del grupo experimental la intervención tuvo un efecto positivo en las adolescentes ($X^2_{gl=6} = 16,569; p = ,011$), mientras que en el grupo control los resultados arrojaron evidencia que sustenta la conclusión de que no hubo cambios ($X^2_{gl=8} = 2,713; p = ,951$).

2.2. Escala Tendencia Limítrofe

Sobre la escala de Tendencia Limítrofe, se puede concluir que existen diferencias entre el grupo control y el grupo experimental a medida que pasa el tiempo ($F = 0,347; p = 0,008$), lo que indica que la intervención grupal tuvo un impacto positivo sobre las conductas derivadas de la desregulación emocional (se observó una diferencia -15,5). No obstante, estos resultados deben ser interpretados con cautela dado el diseño muestral.

2.3. Cartillas de Registro (Nivel Descriptivo)

En primer lugar, comparando ambos grupos, el experimental se caracterizó por presentar mayores registros de Deseos de heteroagresión y consumo de sustancias durante toda la intervención. En cambio, el grupo control presentó mayores registros de Deseos de autoagresión y suicidio, en comparación al experimental. Así, mientras que el grupo experimental presentó muy pequeñas disminuciones en Deseos de autoagresión y consumo de alcohol, el grupo control no sufrió disminución en el Deseo de ninguna de las conductas derivadas de la desregulación emocional.

En segundo lugar, se puede señalar que, comparando ambos grupos, el experimental presentó menos registros de todas las Acciones de las conductas desreguladas analizadas, siendo más similares los registros de heteroagresión. El análisis de la evolución de los grupos, muestra que durante la intervención, disminuyeron todas las Acciones de las conductas derivadas de la desregulación emocional en el grupo experimental, mientras que el control no experimentó cambios sustantivos, registrándose sólo un leve aumento hacia el final de la terapia.

2.4. Cartillas de Registro (Nivel Inferencial):

Respecto del Deseo, las únicas variables que presentaron cambios a través de los tres períodos fueron el Deseo de consumir drogas ($p = ,003$), donde se observa cómo a mitad del tratamiento ocurre una disminución que vuelve a aumentar al final, y el Deseo de cometer suicidio ($p = ,003$). Sin embargo, en este último caso el estadístico no puede ser interpretado debido a la ausencia de celdas con la frecuencia observada mínima para el contraste. Respecto a las Acciones, la única variable donde la Acción está relacionada con el paso del tiempo es la variable drogas ($p = 0,001$). En este caso, el grupo experimental presenta una disminución a medida que pasan las semanas, mientras que en el grupo control esta relación no existe.

2.5. MACI: Nivel Descriptivo e Inferencial

El análisis de las escalas de Patrones de Personalidad, indica que Introverso, Afligido, Oposicionista, Autodegradante, Inhibido, Tránsgresor y Poderoso, evidencian disminuciones en dichos rasgos tanto en el grupo experimental como en el grupo control. Mientras que en las cuatro primeras, la disminución fue mayor en el grupo experimental, en las tres últimas la disminución fue mayor en el grupo control. Por otra parte, las escalas Dramatizador y Egoísta

evidencian un aumento de dichos rasgos en ambos grupos, siendo mayor en el grupo experimental para ambas escalas.

En las escalas de Preocupaciones Expresadas, los datos indican que hubo una disminución de todas las escalas entre el pre y el post tratamiento, tanto en el grupo experimental como en el grupo control, mientras que en las escalas de Síndromes Clínicos se observó que en las escalas Tendencia al Abuso de Sustancias, Afecto Depresivo, Tendencia Suicida y Tendencia la Impulsividad ambos grupos disminuyeron sus puntajes.

En las escalas de Patrones de Personalidad, la escala Sumiso indica un aumento de este rasgo en el grupo experimental y una disminución en el grupo control, siendo la única que presenta cambios significativos a nivel inferencial ($F = 0,478$; $p = 0,008$). Finalmente, respecto a las escalas de Preocupaciones Expresadas, y de Síndromes Clínicos, ninguna mostró diferencias significativas a nivel inferencial, lo que implica que sus resultados deben ser analizados con cautela, ya que pueden deberse a efectos del azar.

VII. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La primera hipótesis de esta investigación planteó que las adolescentes del grupo experimental, que participan de la intervención grupal, disminuirían la frecuencia de conductas derivadas de la desregulación emocional, en comparación a las adolescentes del grupo control, que no disminuirían la frecuencia de sus conductas. De acuerdo a los análisis realizados y los resultados obtenidos, se puede concluir que existe evidencia a favor de esta hipótesis. Es decir, las conductas derivadas de la desregulación emocional disminuyeron en el grupo experimental, a diferencia de lo que ocurrió en el grupo control. Sin embargo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

De acuerdo a lo planteado por Linehan (1993), las características conductuales y generación de conductas problema de las adolescentes con TDPL, son el resultado de la utilización de estrategias no adaptativas de regulación de las emociones expresadas en conductas de auto y hetero daño, ideación e intento suicida, consumo de alcohol y/o drogas, abandono escolar, entre otras (Linehan, 2003; Miller et al., 2007). Por lo tanto, se puede concluir que la frecuencia de las conductas derivadas de la desregulación emocional disminuyó luego de la intervención realizada, lo que se observó a través de la disminución de las Acciones en el grupo experimental, quienes al finalizar pudieron decidir no realizar las Acciones incluso existiendo Deseo.

Los distintos instrumentos utilizados en esta investigación apuntaron a evaluar la característica central del TDPL, la desregulación emocional. En este sentido, los resultados expresados en los párrafos anteriores son concordantes con la escala teóricamente relevante del MACI para esta investigación, la escala de Tendencia Limítrofe.

La segunda hipótesis planteó que las adolescentes del grupo experimental que participarían de la intervención grupal, en comparación a las adolescentes del grupo control, obtendrían menores puntajes en la escala Tendencia Limítrofe, una vez realizada la intervención.

Esta escala comprende el único trastorno severo evaluado en el MACI, y es definida conceptualmente como una grave disfunción emocional que afecta la adaptación conductual y cognitiva de los adolescentes, quienes presentan comúnmente una continua inestabilidad y labilidad (Millon et al., 1993). Por lo tanto, se puede concluir que la disminución estadísticamente significativa de la escala tendencia limítrofe indica que existió una disminución

de las conductas autoagresivas o suicidas, conflictos interpersonales y un aumento en el equilibrio y expresión regulada de sus emociones, mejorando la relación consigo mismos, con los otros y con el medio que los rodea (Millon et al., 1993).

Existen otras dos escalas que resultan relevantes para el diagnóstico del TDPL: las escalas Difusión de Identidad y Tendencia a la Impulsividad. Estas escalas evalúan dos de los nueve criterios diagnósticos planteados en el DSM IV (APA; 1994), por lo que sus resultados aportan evidencia a lo mencionado con anterioridad. En ambos casos se observó una diferencia negativa que si bien no es significativa estadísticamente, si permite dar cuenta de que hubo mayores cambios en el grupo experimental que en el control a nivel descriptivo.

Fortalezas

Las conclusiones hasta ahora mencionadas resultan una fortaleza en esta investigación ya que si bien existen en Santiago distintos equipos especialistas en salud mental que trabajan con los postulados teóricos de la TCD, no existen datos locales publicados de la efectividad de las intervenciones realizadas basadas en estos postulados. En esta misma línea, este estudio piloto es una de las primeras aproximaciones para adaptar los postulados de la TCD a una intervención grupal efectiva para adolescentes, focalizada en la desregulación emocional, de bajo costo para las instituciones públicas y de corta duración. Esto es relevante porque existe evidencia de que constantemente los clínicos se enfrentan a dificultades relacionadas con el alto grado de abandono terapéutico, costos asociados a intervenciones de larga duración sin los resultados esperados, presencia de auto y hetero agresiones, ideación e intento suicida y crisis, sesión a sesión, que obstaculizan la entrega de habilidades de enfrentamiento de situaciones problema (Miller et al., 2007).

Específicamente, respecto al costo económico River en el 2007, plantea que un año de tratamiento para un adolescente que ingrese al programa conductual dialéctico y participe de todas las modalidades de intervención, resulta en aproximadamente cuatro millones de pesos, cifras que no están al alcance de centros de SMIJ que trabajan en poblaciones de estrato socioeconómico bajo. Respondiendo a estas necesidades, el presente trabajo constituye un aporte a la realización de intervenciones efectivas y de menor costo para adolescentes con TDPL (anexo N° 6).

Desde el punto de vista teórico, esta investigación constituye un aporte en la medida que sus resultados apoyan la hipótesis de que la desregulación emocional es el síntoma central del TDPL (Linehan, 1993). A favor de esto, la intervención grupal se focalizó en la entrega de habilidades de regulación emocional, sin profundizar en los otros cuatro módulos propios de la TCD.

Por otro lado, desde el punto de vista metodológico la presente investigación contribuyó a la medición de un constructo poco evaluado en la realidad local y de gran relevancia para la práctica clínica (River, 2007). La desregulación emocional fue medida a través de indicadores indirectos, la manifestación de conductas derivadas de la desregulación emocional, constituyéndose en una aproximación exploratoria que permita el desarrollo de nuevas investigaciones en esta temática.

Limitaciones

No obstante, hay que mencionar que las conclusiones hasta ahora expuestas deben ser interpretadas con cautela debido a la limitación del diseño de investigación. A pesar de que se encuentran evidencias a favor de la disminución de las conductas derivadas de la desregulación emocional, estos resultados no pueden ser atribuidos, como única causa a la intervención grupal realizada, dado que pudiesen haber existido otras variables que intervinieran durante el proceso y que no pudieron ser controladas.

Como menciona Almonte, (2012), los TDPL constituyen un cuadro de difícil manejo para los clínicos infanto-juveniles por la escasa adherencia, continuas crisis de los adolescentes y alta deserción a los tratamientos. Estas características pueden haber sido la causa de las complicaciones al momento de conformar los grupos, ya que el proceso demoró varios meses y presentó, por ejemplo, complicaciones por la rotación continuada de las adolescentes que conformaron el grupo control. Debido a esto, no se pudo llevar a cabo el emparejamiento o equivalencia inicial de los grupos, por lo que no se pudo asegurar su igualdad, factor que pudiese haber influido en los resultados.

Otro factor que se debe considerar y que influye en las limitaciones del estudio es el tamaño de la muestra. El reclutamiento de las adolescentes con TDPL es difícil dadas las características de la edad sumadas a la condición de esta alteración en el curso del desarrollo. Esto imposibilita la utilización de estadísticos paramétricos y disminuye la posibilidad de controlar el grado de error de los resultados obtenidos.

Las limitaciones previamente mencionadas hacen que los alcances de esta investigación y los resultados sean válidos para la muestra de esta investigación o muestras similares a esta, es decir, no puedan generalizarse o extrapolarse a la población completa de adolescentes con TDPL.

Otra limitación de la presente investigación fueron los instrumentos utilizados para medir la variable en estudio. En este sentido, no fue posible encontrar instrumentos en Chile que estuviesen adaptados para la población y que dieran cuenta específicamente de la desregulación emocional. Por esta razón, se operacionalizó la variable en estudio a través de la manifestación de las conductas derivadas de la desregulación emocional. Para medir esto se decidió utilizar las cartillas de registro diario y el MACI, que son instrumentos que no entregan resultados directos para la desregulación de la emociones, pero que sí entregan, en el caso de las cartillas, la frecuencia de las conductas desreguladas. En el caso del MACI, éste cuenta con una escala específica de tendencia limítrofe que mide las conductas que presentan comúnmente los adolescentes con TDPL (Millon et al., 1993).

Implicancias para futuras investigaciones

Sin duda, la TCD es un tratamiento que muestra efectividad para adolescentes con TDPL (Miller et al., 2007). Continuar investigando y adaptando las distintas modalidades de intervención propuestas en esta línea constituye un aporte a la realidad chilena.

Por otro lado, es importante considerar que la regulación emocional ha ido despertando el interés a nivel mundial de investigadores que desean comprender y evaluar cómo esta variable se relaciona con los problemas conductuales, tanto internalizantes como externalizantes y cuáles son las estrategias o habilidades necesarias de desarrollar para que los niños y adolescentes logren un afecto modulado (Adrian et al., 2010; Zeman et al., 2006; Kostiuk y Fouts, 2002). Sin embargo, en Chile aún son pocos los estudios relacionados con esta temática, por lo que constituye un desafío generar investigaciones en esta línea.

Asimismo, parece pertinente que se realicen procesos sistemáticos de adaptación y validación de instrumentos que midan directamente el constructo desregulación emocional en la población adolescente. Esto permitiría desarrollar mayor cantidad de investigaciones, facilitando la utilización del constructo como variable de estudio.

Continuar avanzando en la búsqueda de intervenciones efectivas para adolescentes de escasos recursos que presentan TDPL y que no pueden acceder a tratamientos de alto costo permite otorgar la posibilidad a instituciones públicas de realizar terapias con resultados a largo plazo, que incidan favorablemente en la calidad de vida de los adolescentes con TDPL.

Implicancias para la práctica clínica

Desde el punto de vista cualitativo, utilizar módulos de intervención grupal con adolescentes con TDPL parece ser un recurso favorable para la clínica, debido a las implicancias que las terapeutas reportaron respecto a su trabajo individual con cada uno de los pacientes. El trabajo grupal, en esta línea, parece mejorar la asistencia a las sesiones, la participación en ellas, la utilización de las herramientas aprendidas, y la concurrencia a cada sesión con deseos de comunicar los logros que alcanzan durante la semana. Además, parece mejorar las respuestas que las adolescentes tienen ante algunas de las crisis que deben afrontar, permitiéndoles posteriormente reconocer sus logros dentro de las sesiones individuales.

Finalmente, es importante continuar avanzando en la implementación de estrategias de intervención grupal que favorezcan el proceso terapéutico de los adolescentes. Especialmente en aquellos cuadros clínicos donde existe evidencia de que los procesos grupales son una herramienta que contribuye al bienestar global tanto del paciente como del terapeuta.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Adrian, M., Zeman, J., Erdley, C., Lisa, L. y Sim, L. (2010). Emotional deregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. *Journal Abnorm Child Psychol*, 39, 389–400.

Aguirre, G. (2004). *MACI. Inventario clínico para adolescentes de Millon*. Madrid: TEA Ediciones.

Almonte, C. (2012). Trastornos del desarrollo de la personalidad. En Almonte C. y Montt M. (Segunda Edición). *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp. 570-584). Chile: Mediterráneo.

Almonte, C. y Capurro, G. (2001). Estructura de la morbilidad psiquiátrica en niños y adolescentes en consulta ambulatoria y hospitalización. *En Psiquiatría y Salud Mental*, 18, 22-8.

Almonte, C. y Repetur, K. (2003). Trastornos del desarrollo de la personalidad. En Almonte, C., Montt, M. y Correa, A. *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp. 323-343). Chile: Mediterráneo.

Almonte, C. y Repetur, K. (2006). Trastornos del desarrollo de la personalidad en la adolescencia. En Valdivia, M., Condeza, M. *Psiquiatría del adolescente* (pp. 315-337). Chile: Mediterráneo.

Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV). España: Ed. Masson S.A.

Bornovalova, M., Hicks, B., Iacono, W. y McGue, M. (2009). Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: a longitudinal twin study. *Development and Psychopathology*, 21, 1335–1353.

Carlson, E., Egeland, B. y Sroufe, A. (2009). A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Development and Psychopathology*. 21, 1311–1334.

De la Barra, F. (2009). Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. *Revista Chilena Neurología-Psiquiatría*, 47(4), 303-314.

De la Barra, F. (2011). *Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes en Chile*. Presentación realizada en mayo del 2011 en la Clínica Las Condes. Santiago.

Fleischhaker, Ch., Böhme, R., Sixt, B., Brück, Ch., Schneider, C. y Schulz, E. (2011). Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A): a clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(3), 1-10.

Gagliesi, P. y Boggiano, J. (2010). Gomar, M., Mandil, J., Bunge, E. (comp.). Terapia Dialéctica Comportamental para Adolescentes con Desregulación Emocional. *En Manual de terapia cognitivo comportamental con niños y adolescentes* (pp. 511-540). Buenos Aires: Editorial Polemos.

García, R. (2012). Epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes. En Almonte, C. y Montt, M. (Segunda Edición). *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp. 169-179). Chile: Mediterráneo.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (Quinta Edición) (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Editores MacGraw-Hill Interamericana.

Hill, J. (2008). Trastornos de la personalidad. En Rutter M., Bishop D., Pine D., Scott S., Stevenson J., Taylor E. y Thapar, A. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. Oxford: Blackwell Publishing.

Jerez, S., Alvarado, L., Paredes, A., Montenegro, A., Montes, C. y Venegas, L. (2001). Programa de trastornos de personalidad de la clínica psiquiátrica universitaria: un enfoque multidisciplinario. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 39(1), 69-76.

Kernberg, P., Weiner, A. y Bardenstein, K. (2000). *Trastornos de la personalidad en niños y adolescentes*. México: Editorial Manual Moderno.

Kostiuk, L. y Fouts, G. (2002). Understanding of emotions and emotion regulation in adolescent females with conduct problems: a qualitative analysis. *The Qualitative Report*, 7 (1).

León, O. y Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación*. España: Editores MacGraw-Hill Interamericana.

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

Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. España: Ediciones Paidós Ibérica.

Linehan, M., Comtois, K., Murray, A., Brown, M., Gallop, R., Heard, H. y Korslund, K. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63,757-766.

Lynam, D., Charnigo, R., Moffit, T., Raine, A., Loeber, R. y Stouthamer-Loeber, M. (2009). The stability of psychopathy across adolescence. *Development and Psychopathology*, 21, 1133–1153.

Miller, A., Rathus, J. y Linehan, M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: The Guilford Press.

Millon, T. y Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM IV*. Barcelona: Editorial Masson.

Millon, T., Millon, C. y Davis, R. (1993). *Manual of millon adolescent clinical inventory*. Minneapolis: National Computer Systems.

Ministerio de Salud. (2005). *Objetivos sanitarios para la década 2000-2010*. Santiago: Editor Ministerio de Salud.

Molina, C. (2004). *Sistematización de indicadores de organización fronteriza de la personalidad, a través de un análisis estructural, mediante el test de Rorschach, en una muestra de pacientes diagnosticados como trastorno de la personalidad* (Memoria para optar al título de Psicólogo). Universidad de Chile; Facultad de Ciencias Sociales; Departamento de Psicología, Santiago.

Musalem, R. (2012). El desarrollo adolescente y sus trastornos. En Almonte, C. y Montt, M. (Segunda Edición). *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp. 49-68). Chile: Mediterráneo.

Offord, D. y Bennett, K. (2008). Prevención. En Rutter M., Bishop D., Pine D., Scott S., Stevenson J., Taylor E., Thapar A. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. Oxford: Blackwell Publishing.

Pineda, E., Alvarado, E. y Canales, F. (Segunda Edición) (1994). *Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud*. Washington, D.C: Publicación de la Organización Panamericana de la Salud.

Rathus, J. y Miller, A. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. Suicide and life-threatening behavior. *The American Association of Suicidology*, 32(2), 146-156.

River, R. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with multi-problem adolescents*. Curso presentado en Behavioral Tech, LLC, Estados Unidos.

Rodriguez, O., Gonzalez, J., y Rosel, J. (2009). Análisis no paramétrico de la interacción de dos factores mediante el contraste de rangos alineados. *Psicothema*, 21(1), 152-158.

Shelton, D., Kesten, K., Zhang y W. y Trestman, R. (2011). Impact of a dialectic behavior therapy- corrections modified (DBT-CM) upon behaviorally challenged incarcerated male adolescents. *Journal Child and Adolescent Psychiatry Nurse*, 24(2), 105–113.

Shiner, R. (2009). The development of personality disorders: perspectives from normal personality development in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 21,715–734.

Vinet, E. (2008). Definición de las escalas del MACI conforme al modelo de Millon (1993). *En Magíster en Psicología Jurídica y Forense; Curso: Evaluación Integral de la Personalidad Adolescente: El uso del MACI en Chile. Enero 2012.* Universidad de La Frontera; Facultad de educación y Humanidades; Departamento de Psicología.

Vinet, E. y Forns, M. (2008). Normas chilenas para el MACI: una integración de criterios categoriales y dimensionales. *Terapia Psicológica, 26(2)*, 151-163.

Vinet, E. y Forns, M. (2009). Validación de los puntajes de corte del MACI a través de las escalas clínicas del MMPI-A. *PSYKHE, 18(1)*, 11-25.

Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C. y Stegall, Sh. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 27(2)*, 155-168. Department of Psychology, University of Maine: U.S.A: Copyright by Lippincott Williams & Wilkins.

IX. ANEXOS

Anexo N° 1

TALLER DE HABILIDADES PARA REGULACION DE LAS EMOCIONES

El taller que se describe a continuación, fue adaptado por la investigadora para llevar a cabo la intervención grupal propuesta como objetivo de trabajo. Este taller fue formulado en base a los postulados de la Terapia Conductual Dialéctica.

Las indicaciones generales para cada una de las sesiones del taller, son explicitadas en esta introducción. Es importante mencionar que las estrategias y actividades a realizar para enseñar habilidades, dependerán de las características del grupo de adolescentes con los que se trabajará y las temáticas o experiencias relatadas durante las sesiones. Luego de conocer esta información, se decide con qué actividad enfrentar el aprendizaje, por ello todas las posibilidades son mencionadas en este apartado (para más detalle ver Linehan, 1993 y 2003).

1. Formato de las sesiones:

- Duración de cada sesión: 2 horas con una pausa en medio y cierre al finalizar.
- La primera hora se inicia con un ejercicio de conciencia plena.
- Se comparte como ha sido la semana en la práctica de las habilidades enseñadas. Revisión de tareas y refuerzo de contenidos de semana anterior.
- Durante el intermedio los participantes pueden salir de la sala y comer algo.
- La segunda hora se destina a presentar las nuevas habilidades y hablar de como estas se ponen en práctica.
- Se da una nueva tarea relacionada con las habilidades entregadas.
- Los últimos 15 minutos se destinan al cierre de la sesión con ejercicios de relajación, visualización y respiración.
- Se debe estimular a cada participante a analizar sus conductas, validar sus dificultades para poner en práctica las habilidades y ayudar a desarrollar estrategias más efectivas que les permitan compensar su tendencia a juzgarse negativamente.
- Es fundamental en la primera sesión estipular con claridad las reglas de participación del taller y estimular a los adolescentes a comprometerse con estas.

2. Reglas del taller de formación de habilidades emocionales: Normas de participación:

- Los adolescentes que abandonan la terapia están fuera del taller.
- Todos los adolescentes tienen que seguir una terapia individual.
- Los adolescentes no pueden acudir a las sesiones bajo la influencia de las drogas o el alcohol.
- La información obtenida durante las sesiones, así como los nombres de los participantes, debe ser confidencial.
- Los adolescentes que van a llegar tarde a una sesión o faltar a ella, deben llamar con antelación.
- Los adolescentes no pueden entablar relaciones privadas entre ellos fuera de las sesiones.
- Es importante comentar con los participantes si están o no de acuerdo con las reglas y que expongan nuevas normas si lo desean.

3. Habilidades específicas de regulación de las emociones a trabajar:

- Identificar y etiquetar emociones: aprender a observar las propias respuestas emocionales y describir el contexto en el que estas tengan lugar.
- Identificar obstáculos para el cambio de las emociones: reconocer que está reforzando una determinada respuesta emocional.
- Reducir la vulnerabilidad de la mente emocional: es importante controlar las situaciones estresantes a nivel físico y ambiental. Equilibrio entre la alimentación, descanso y vigilia.
- Incrementar la frecuencia de los acontecimientos emocionales positivos: para controlar las emociones, se deben controlar los eventos que las generan e incrementar los eventos agradables.
- Incrementar la conciencia ante las emociones del momento: es experimentar las emociones dolorosas sin sentimientos de culpa ni ansiedad, sin asociarlas a consecuencias negativas, esto permite tolerar la situación molesta.
- Actuar de manera opuesta a la emoción actual: una estrategia para cambiar o regular una emoción en el cambio de la conducta – expresiva, actuando de manera opuesta.

Para modular la intensidad y duración de las emociones negativas, se deben controlar las conductas impulsivas. Algunas estrategias que ayudarán a superar las crisis realizando acciones

eficientes cuando no puedan cambiar las emociones. Para ellos es necesario aprender algunas técnicas de tolerancia al malestar como:

- Autocalmarse con los cinco sentidos: obtener estímulos positivos que permitan relajarse, sentirse animado y tratarse bien.
- Mejorar el momento: reemplazar los sucesos negativos por otros positivos.
- Pensar en pros y contras: comprender que tolerar el malestar y aceptar la realidad con sus aspectos positivos y negativos, conduce a mejores resultados que no hacerlo.

4. Estrategias para los procedimientos de formación de habilidades:

- Durante todas las sesiones el foco se centra en la adquisición, refuerzo y generalización de habilidades de regulación de las emociones. Es necesario forzar el cambio para dejar el estilo pasivo de resolución de conflictos por una actitud de autogestión.
- Adquisición de habilidades: se enseñan las nuevas habilidades y se intenta modelar la conducta emocional.
- Refuerzo y generalización de habilidades: se van perfeccionando las habilidades aprendidas y se estimula su uso en distintas situaciones. Es fundamental ir incrementando las conductas efectivas y que los adolescentes las vayan aprendiendo por sí mismos.
- Para recoger y analizar el trabajo entre sesión y sesión, se utiliza la ficha de registro diario. De forma individual se va evaluando el uso de habilidades y reforzando la adecuada resolución o esfuerzos por enfrentar situaciones complejas.
- Las estrategias de resolución de problemas son fundamentales en los talleres de habilidades. Primero se describen y analizan las situaciones problema luego se desarrollan estrategias efectivas para enfrentar. Comprenden: análisis conductual, estrategias de interpretación y análisis de soluciones.
- Las estrategias de validación son fundamentales e implican no sentenciar las conductas de los adolescentes. Es llevar a cabo la acción opuesta del ambiente invalidante en el que han crecido los participantes del taller. Hacerles sentir que sus respuestas emocionales son comprensibles y tienen sentido en el momento actual de sus vidas.

5. Actividades para realizar las estrategias:

- Lo fundamental dentro de las actividades es llevar a cabo estrategias que permitan a los adolescentes poder conocer las emociones que aparecen frente a ciertas situaciones; luego de identificarlas, poder nombrarlas correctamente; reconocer como actúan frente a esto; evaluar sus acciones paso a paso para poder ir resolviendo lo que se va presentando. En este punto utilizan las estrategias.
- Juego de roles
- Utilizar conductas que se presentan en los talleres que puedan servir de ejemplo para modelar respuestas eficientes.
- Diálogos en voz alta reforzando frases de autoafirmación y nuevas instrucciones.
- Se pueden utilizar cuentos, historias o crear diálogos de ejemplo del cambio.
- Autorevelación.
- Los adolescentes pueden mostrar unos a otros las conductas adecuadas.
- Se deben realizar ensayos de las conductas para practicar y aprender las nuevas respuestas.
- Los ejercicios de relajación ayudan a conocer respuestas fisiológicas y controlarlas.
- La imaginación es otra actividad que ayuda a reforzar habilidades.
- Cambio de expresiones faciales.
- Refuerzo de respuestas.

Sesión N° 1: Conociendo el taller.

Objetivos de la sesión:

- Presentación de cada adolescente y terapeuta a cargo.
- Dar a conocer la estructura de funcionamiento del taller.
- Orientar sobre la comprensión del TDPL, principales características y relación con la desregulación emocional. Teoría Biosocial.
- Presentación de las principales habilidades a trabajar durante el taller.

Actividades:

1. Cada adolescente se presenta con su nombre y cuenta a los demás porque desea formar parte del taller. Se realiza una actividad lúdica que permita conocer a cada integrante y que ellos conozcan el nombre de los otros participantes.
2. Se presentan las normas de participación y cómo será la estructura de cada sesión.
3. Exposición de las principales características de los adolescentes con TDPL. Trabajar las dificultades emocionales, conductuales y de pensamiento. Explicitar como se trabajará en el taller la entrega de herramientas que les permitan desarrollar habilidades para la regulación de las emociones.
4. Obtener retroalimentación de los participantes.
5. Presentar habilidades a trabajar y una breve explicación de cada una con ejemplos que les permitan relacionar la información con situaciones de su vida diaria.
6. Cierre. Relajación.

Sesión N° 2: Conociendo las habilidades de conciencia plena.

Objetivos de la sesión:

- Que los adolescentes aprendan a tener control sobre su propia mente.
- Enseñar teoría de la mente: mente racional, mente emocional y mente sabia.
- Enseñar habilidades básicas de conciencia: habilidades qué y cómo.

Actividades:

- Controlar la mente les permitirá poner atención a lo que están haciendo y realizar mejores elecciones.
- Enseñarles que la mente racional les permite tomar decisiones de forma lógica.
- Enseñarles que estar en mente emocional implica que las emociones tienen control sobre los pensamientos y las conductas.
- Enseñarles que la mente sabia es la integración de la racionalidad y las emociones.
- Aprendiendo a distinguir los distintos tipos de mentes.
- Aprendiendo a observar, describir y participar de las experiencias emocionales.
- Aprendiendo a no emitir juicios, concentrarse en una sola cosa a la vez y ser efectivos.
- Se trabajará con las fichas de habilidades básicas de conciencia.
- Cierre: Visualización.

Sesión N° 3: Conociendo las habilidades de tolerancia al malestar.

Objetivos de la sesión:

- Mostrar a las adolescentes habilidades para sobrevivir a las crisis.
- Mostrar a las adolescentes habilidades para aceptar la vida tal como es en el momento.
- Enseñarles que estas habilidades les ayudarán a ser eficientes, sin tener que recurrir a conductas que empeorarán la situación.

Actividades

- Mostrarles que en la vida cierta cantidad de dolor y malestar es necesario para crecer.
- Que comprendan que evitar siempre el dolor, sólo les trae mayores problemas.
- Aprender que para reducir el dolor emocional deben practicar el experimentar, tolerar y aceptar este dolor.
- Para superar las crisis deben utilizar estrategias. Estas comprenden:
 - Llevar a cabo actividades distractoras.
 - Proporcionarse estímulos positivos.
 - Generar emociones opuestas.
 - Mejorar el momento.
 - Centrarse en los pros y contras.
- Se trabajará con la ficha de habilidades de tolerancia al malestar.
- Cierre: Relajación.

Sesión N° 4: Conociendo las habilidades de regulación de las emociones.

Objetivos de la sesión:

- Enseñar a los adolescentes la importancia de desarrollar habilidades que les permitan regular sus emociones.
- Entender las emociones.
- Reducir la vulnerabilidad emocional.
- Reducir el sufrimiento emocional.

Actividades:

- Identificando las emociones tal como las experimentan les permitirá tomar conciencia, observar y describir las emociones.

- Aprendiendo a reducir la vulnerabilidad negativa, se pueden prevenir los estados emocionales negativos y controlar la sensibilidad.
- Siendo conscientes de las emociones dolorosas, se puede modular o cambiar la visión negativa, actuando de manera opuesta a ella.
- Se trabajará con la ficha de regulación de las emociones.
- Cierre. Visualización.

Sesión N° 5: Conociendo habilidades que permiten enfrentar crisis emocionales.

Objetivo de la sesión:

- Describir los dos tipos de experiencias emocionales.
- Describir el papel de las emociones en la vida de las personas.

Actividades:

- Las experiencias emocionales que se viven día a día, son las reacciones a eventos que suceden en el medio en el que se desenvuelven.
- Las experiencias emocionales, son reacciones a las formas que tienen de pensar, actuar y sentir.
- Se trabajará y abordará ambos tipos de experiencia emocional.
- Las emociones pueden ser consideradas como negativas, positivas o neutrales. Lo importante es comprender que utilidad prestan a sus vidas.
- La valoración que dan a las emociones o como las comprenden, afecta la forma que tienen de experimentarlas.
- Se trabajará como las experiencias de los participantes.
- Cierre. Relajación.

Sesión N° 6: Conociendo las emociones.

Objetivos de la sesión:

- Presentar una teoría sobre las emociones.
- Reconocer las emociones primarias o básicas.
- Entender que las emociones son reacciones a situaciones vividas a diario.
- Entender que las emociones son estados transitorios.

- Comprender los estados emocionales.
- Conocer un modelo para describir las emociones.

Actividades:

- Se trabajará con el reconocimiento de las emociones primarias explicitando que todos nacemos con la capacidad de experimentarlas.
- Es necesario comprender que las emociones secundarias se aprenden y son el producto de la combinación de emociones primarias.
- Comprender que las emociones sólo duran un par de minutos y que una vez que estas se gatillan, las reacciones que se van gestando determina la aparición de los estados emocionales.
- Presentar un modelo emocional:
 - Eventos que desencadenan las emociones. Trabajar con ejemplos de situaciones o acontecimientos que les han provocado emociones.
 - La interpretación que hacen de esos eventos. Los participantes deben describir como están interpretando los acontecimientos que les despiertan emociones. Se plantea una situación, se hace una interpretación y se especifica la emoción generada. La idea es repetir el ejercicio con distintos participantes para evaluar como el mismo acontecimiento generar distintas reacciones en distintas personas.
 - La emoción que se genera. Comprender los distintos cambios que se van experimentando al vivir las emociones. Se realizan actividades que permitan conocer los cambios corporales que se experimentan y que determinan la forma de actuar.
 - La expresión que comunica la emoción. Conversar sobre los distintos tipos de expresiones y del significado que se asigna a estas.
 - Los tipos de expresiones. Lenguaje corporal, palabras y acciones.
 - Los nombres que se dan a las emociones.
- Cierre. Imaginería.

Sesión N° 7: Aprendiendo a reconocer y describir emociones.

Objetivos de la sesión:

- Reconocer, describir y nombrar emociones.

- Comprender los mitos sobre las emociones.

Actividades:

- Cuando se logra observar las emociones, se puede aprender a separarse de ellas. Lograr controlar los estados emocionales implica poder observar las emociones y así usar estrategias para dominarlas.
- Cuando se dominan y controlan las emociones, se puede comprender que estas forman parte de la vida.
- Aprender a utilizar el modelo de reconocer, describir y nombrar las emociones.
- Desarrollar contrargumentos que permitan a los participantes construir frases de ánimo que les ayudarán a sentirse mejor frente a las emociones vividas.
- Se trabajará con ficha de mito sobre las emociones y se debatirá entre todos los participantes del taller.
- Cierre. Relajación.

Sesión N° 8: Conociendo el rol comunicacional de las emociones.

Objetivos de la sesión:

- Comprender que las emociones son necesarias y buenas para nuestra vida.
- Entender que al ser las emociones una forma de expresar información, deben ser coherentes con lo que se siente.
- Aprender que las emociones organizan y preparan para la acción.
- Aprender que las emociones sirven para comunicarnos cosas a nosotros mismos.

Actividades:

- Aplicar el análisis de una secuencia emocional. Favorece la comprensión de la necesidad de sentir emociones. Emoción que se siente; evento que desencadena la emoción y función que cumple la emoción en la situación analizada.
- Trabajar con expresiones verbales y no verbales la representación emocional. Favorece la comprensión de que las expresiones faciales, comunican con mayor rapidez que las palabras, una emoción en un momento dado.
- Existen determinadas emociones que al ser vivenciadas, estimulan el actuar de forma automática. El miedo es un ejemplo. Se pide a los participantes que den otros ejemplos y se analiza la acción que ejercieron al sentir la emoción.

- Las emociones pueden ser autovalidantes desde el momento que reaccionamos frente a sentimientos generados por situaciones diarias. Comprender que las emociones validan nuestra acción, es fundamental debido a que las emociones negativas, generadoras de sensaciones de malestar, son las que estimulan acciones autoflagelantes en los trastornos de la personalidad límite.
- Cierre. Imaginería.

Sesión N° 9: Conociendo la vulnerabilidad emocional.

Objetivos de la sesión:

- Presentar métodos de reducción de la vulnerabilidad emocional.
- Reducir la vulnerabilidad ante las emociones negativas.
- Incrementar las emociones positivas.

Actividades:

- Comprender que las habilidades necesarias para reducir la vulnerabilidad emocional, tienen que ver con aumentar la competencia personal en conductas de autocuidado como: tratar las enfermedades físicas, comer equilibradamente, dormir las horas necesarias, hacer ejercicios y evitar ingerir drogas que alteren el estado de ánimo. Al sentirse bien físicamente, se pueden manejar con mayor facilidad los estados emocionales negativos que se enfrentan diariamente.
- Construir experiencias positivas, tener conciencia de ellas y manejar las preocupaciones, permite enfrentar las distorsiones cognitivas validando las respuestas que individualmente se van generando frente a los eventos. Es importante ser conscientes de los hechos positivos que ocurren y no destruir las experiencias que estos producen.
- Cierre. Visualización.

Sesión N° 10: Aprendiendo a manejar experiencias dolorosas.

Objetivos de la sesión:

- Dejar que el sufrimiento emocional siga su curso.
- Cambiar las emociones actuando de manera opuesta a la emoción actual.

Actividades:

- Al tener conciencia de la emoción actual se pueden observar y describir tal cual son. Esta conducta emocional, permite tomar distancia de las emociones y poder diferenciar aquellas positivas de las que conllevan experiencias dolorosas o negativas. Frente a esto se pueden dejar pasar las emociones negativas y mantener las sensaciones positivas que generan bienestar.
- Es necesario que los participantes comprendan que al actuar de manera contraria a la emoción que están sintiendo, no implica esconder esa emoción. Lo fundamental es acercarse a la emoción que se siente y luego de comprenderla, realizar la acción contraria a la que inicialmente abrían ejercido.
 - Se deben realizar ejercicios prácticos en los que cada participante actúe de forma opuesta a lo que en ese momento le está generando estar en el grupo de trabajo.
- Cierre. Relajación.

Sesión N° 11: Despidiéndonos.**Objetivos:**

- Realizar un resumen de los objetivos de regular las emociones.
- Reforzar las habilidades adquiridas durante el taller.
- Reforzar habilidades de conciencia plena.
- Reforzar habilidades de tolerancia al malestar.
- Cierre del taller.

Actividades:

- Sintetizar los mitos sobre las emociones, como observar y describir emociones, como reducir la vulnerabilidad a las emociones negativas, en que consiste tener conciencia de la emoción actual y como actuar de manera opuesta a esa emoción.
- Se realizan actividades de refuerzo a cada uno de los participantes. Se estimula continuar con el trabajo individual hasta ahora aprendido y utilizar las cartillas de registro y fichas de trabajo personal que les ayudarán a organizar sus emociones frente a situaciones críticas.
- Despedida final. Realizar actividad lúdica de despedida que destaque aspectos positivos de cada participante y los logros alcanzados en este taller grupal.

Anexo N° 2



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
ESCUELA DE POSTGRADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PARA ADOLESCENTES CON TRASTORNO DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD LÍMITE

En el marco del Programa de estudios del Magíster en Psicología, Mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil de la Universidad de Chile se está realizando una investigación cuyo objetivo es evaluar a adolescentes con dificultades en la regulación de las emociones y entregar herramientas que les permitan desarrollar habilidades en esta área.

La presente es una invitación para que su hijo/a participe en esta investigación en forma voluntaria y en ella le entregaremos toda la información necesaria.

Si usted permite que su hijo/a participe de este estudio, él/ella tendrá el derecho a retirarse en el transcurso de la investigación si lo estima conveniente, sin tener que dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para él/ella.

En esta investigación participarán adolescentes de 14 a 19 años, divididos en dos grupos al azar. Un grupo asistirá a sesiones grupales de intervención, programadas para cada semana, durante 11 sesiones de 2 horas cada una. Mientras el segundo grupo permanecerá con su terapia individual. Al finalizar la primera intervención grupal, se otorgará a los adolescentes que no hayan realizado el taller, la posibilidad de participar de una segunda terapia grupal, si lo desean. Se abordarán temas relacionados con el control de las emociones y se enseñarán habilidades para poder manejar situaciones complejas.

Si usted y su hijo/a deciden participar en esta investigación, el estudio no conlleva ningún tipo de riesgo ni gastos para él/ella ni para usted. Además, usted y su hijo/a no recibirán ninguna compensación o ayuda económica por su participación. Sin embargo, la participación de su hijo/a

en esta investigación es un aporte a los resultados del estudio que, se espera, generen recomendaciones y sugerencias hacia un mejor tratamiento de los trastornos del desarrollo de la personalidad en la adolescencia.

La información obtenida será tratada confidencialmente, por lo que no aparecerá el nombre de su hijo/a en ninguna publicación y se utilizará en el marco de este estudio, sólo con fines académicos.

Si necesitas más información sobre este estudio, puedes comunicarte con la psicóloga Ana Verenna Vargas, investigadora responsable de este proyecto, al correo electrónico averenna@gmail.com o al teléfono 93112866.

Yo, _____, he comprendido cabalmente el texto anterior, consiento voluntariamente a que mi hijo/a participe voluntariamente para los fines del presente estudio y doy mi autorización para la publicación de los datos de este estudio en medios de difusión científica, manteniendo el anonimato de mi hijo/a.

Firma de la Madre y/o Padre

Firma de la Investigadora

Lugar y fecha

Anexo N° 3



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
ESCUELA DE POSTGRADO

ASENTIMIENTO INFORMADO

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PARA ADOLESCENTES CON TRASTORNO DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD LÍMITE

En el marco del Programa de estudios del Magíster en Psicología, Mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil de la Universidad de Chile, se está realizando una investigación cuyo objetivo es evaluar a adolescentes con dificultades en la regulación de las emociones y entregar herramientas que les permitan desarrollar habilidades en esta área.

Esta es una invitación para que participes voluntariamente de esta intervención grupal y en ella te entregaremos toda la información necesaria.

Si decides participar de este estudio, tendrás el derecho a retirarte en el transcurso de la investigación si lo estimas conveniente, sin tener que dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para ti.

Participarán adolescentes de 14 a 19 años, divididos en dos grupos al azar. Un grupo asistirá a sesiones grupales de intervención, programadas para cada semana, durante 11 sesiones de 2 horas cada una. Mientras el segundo grupo permanecerá con su terapia individual. Al finalizar la primera intervención grupal, se otorgará a los adolescentes que no hayan realizado el taller, la posibilidad de participar de una segunda terapia grupal, si lo desean. Se abordarán temas relacionados con el control de las emociones y se enseñarán habilidades para poder manejar situaciones complejas.

Tu participación en este estudio no conlleva ningún tipo de riesgo ni gastos para ti o tu familia. Además, no recibirás ninguna compensación o ayuda económica por tu participación. Sin

embargo, el que participes significará un aporte a los resultados del estudio que, se espera, generen recomendaciones y sugerencias hacia un mejor tratamiento de los trastornos del desarrollo de la personalidad en la adolescencia, lo que puede beneficiar tú tratamiento.

La información obtenida será tratada confidencialmente por lo que no aparecerá tu nombre en ninguna publicación y se utilizará, en el marco de este estudio, sólo con fines académicos.

Si necesitas más información sobre este estudio, puedes comunicarte con la psicóloga Ana Verenna Vargas, investigadora responsable de este proyecto, al correo electrónico averenna@gmail.com o al teléfono 93112866.

Yo, _____, he comprendido cabalmente el texto anterior, consiento voluntariamente a participar para los fines del presente estudio y doy mi autorización para la publicación de los datos de este estudio en medios de difusión científica, manteniendo mi anonimato.

Firma del Adolescente

Firma de la Investigadora

Lugar y fecha