



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADO**

**MENTALIZACIÓN Y REGULACIÓN EMOCIONAL EN ADOLESCENTES
CHILENOS CON PERSONALIDAD LÍMITE.**

**UN ACERCAMIENTO AL ESTUDIO DE TRASTORNO DE
PERSONALIDAD LÍMITE EN ADOLESCENTES**

**Tesis Para Optar al Grado de Magíster en Psicología, Mención Psicología
Clínica Infanto Juvenil**

Nicolás Labbé A.

Profesor Guía: María Elena Montt

Santiago de Chile, año 2016

Agradecimientos

En Primer lugar, a Dios, quien me ha bendecido con infinitas gracias, siendo las más grande de todas, el amar y ser amado.

A Javiera; mi compañera, mi amiga, mi cómplice y mi amante, no solo por su incondicional apoyo sino que también por animarme a seguir adelante en los momentos de mayor dificultad.

A mis Padres, por su apoyo e invaluable soporte en este proyecto.

Mis Hermanos, Patricio, Rodrigo y Juan Pablo, de quienes no solo tengo el apoyo sino que también el mejor ejemplo de esfuerzo, rigurosidad, y excelencia.

A mis Amigos, quienes me han apoyado incondicionalmente y además me han mantenido vivo mi adolescente interno a través de nuestras tertulias de Rol, Videojuegos, y miles de gratas tonteras más, especialmente a Andrés Varela cuya ayuda siempre será recordada.

A Jorge, Joaquín y Anita, quienes han sellado en mi la pasión por la investigación y la atención clínica en la Adolescencia.

A aquellas personas que comenzaron como compañeros del Programa, y hoy con mucha alegría, son mis Amigos; Catalina, Francisco & Leslie.

A María Elena Montt, quien me guió, orientó, y ayudo de manera invaluable en este proyecto:
Mil Gracias!

A Carolina Lopez, Alejandro Trapp, y Max Herrada quienes tuvieron el amable gesto de darse el tiempo para asesorarme y ayudarme en cada momento que fue necesario; No habría sido posible sin Uds.

A cada Institución que creyó en este proyecto y me brindó su apoyo para poder entrevistar a aquellos adolescentes para este estudio: SERJOVEN, Centro de Salud de San Bernardo de la Universidad de los Andes, Policlínico el Salto, y la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile, así como también a los profesionales que derivaron sus casos.

Al Programa de Magister, mis Compañeros, Profesores, Ayudantes, Administrativos y Auxiliares, por haber hecho de esto una experiencia muy importante en mi vida: Gracias.

A todos los que me apoyaron y dieron palabras de aliento para no bajar los brazos en esta gran aventura.

Por último, y no menos importante, a cada uno de los jóvenes que tuve gusto de poder entrevistar y conocer, espero poder seguir aprendiendo e investigando este tema para poder aportar en sus vidas.

Tabla de Contenidos.

Resumen	4
I- Introducción:	5
II- Marco Teórico:	7
1. La Adolescencia	7
1.1. Introducción.....	7
1.2. Desarrollo Adolescente.	8
1.3. Psicopatología en el Desarrollo Adolescente	9
2. Mentalización:	10
2.1. Concepto.....	10
2.2. Raíces Ontológicas	10
2.3. Relación con el Apego	10
2.4. Mentalización como un Constructo Multidimensional	11
2.5. Evaluación/Medición Mentalización.....	13
3. Regulación Emocional	14
3.1 Evolución del Concepto	14
4. Trastorno Límite De La Personalidad En La Adolescencia:	17
4.1. Personalidad Límite: Concepto y su Evolución	17
4.2.Trastorno Límite de la Personalidad	19
4.3. Trastorno de la Personalidad Límite en la Adolescencia	22
5. Mentalización, Regulación Emocional y Trastorno Límite de la Personalidad en la Adolescencia: Hipermentalización, un modelo emergente.	27
5.1 Mentalización en Adolescentes con Desarrollo de Personalidad Límite:	27
5.2. Hipermentalización, un nuevo modelo:.....	28
III. Objetivos e Hipótesis de Trabajo:	31
III.1. Objetivo General:	31
III.2. Objetivos Específicos:	31
III.3. Hipótesis de Trabajo:.....	31
IV. Marco Metodológico	32

IV.1. Diseño y Tipo de Investigación:	32
IV.2. Muestra:.....	32
IV.3. Instrumentos:.....	33
IV.3.1.1. MASC-SP:.....	33
IV.3.1.2. Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E):.....	34
IV.3.1.3. Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II):.....	35
IV.3.1.4. Mini International Neuropsychiatric Interview para Niños y Adolescentes (MINI- Kid):.....	35
IV.4. Análisis de Datos.....	36
V. Resultados:	37
V.1 Descripción de la Muestra	37
V.2 Mentalización	39
V.3 Regulación Emocional.....	42
V.4 Trastorno Límite de la Personalidad en Adolescentes, Mentalización y Regulación Emocional.....	45
VI. Discusión	47
VI.1 Sobre lo Descriptivo y lo Demográfico.	47
VI.2 Sobre la Mentalización.....	48
VI.3 Sobre la Regulación Emocional.	50
VI.4 Sobre Mentalización, Regulación Emocional y Trastorno Límite de la Personalidad en la Adolescencia	51
VI.5 Sobre las Limitaciones del Estudio	53
VI. Conclusión:	54
VII. Referencias	56
ANEXOS	67

Resumen

Introducción: Se ha encontrado una fuerte asociación empírica entre el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), la desregulación emocional y dificultades en la mentalización. Sin embargo, existen pocas investigaciones empíricas, tanto en Chile como en el mundo, que asocien el TLP en adolescentes con estas variables.

Objetivos: Describir las características de la mentalización y la regulación emocional en adolescente chilenos entre 15 a 18 años con TLP, y compararlos con adolescentes sin ningún diagnóstico psiquiátrico.

Método: En un muestreo no-probabilístico intencionado, se entrevistó a 7 sujetos con TLP y 7 adolescentes sin TLP. Se les aplicó el Mini International Neuropsychiatric Interview para Niños y Adolescentes (MINI-Kid), y el SCID-II para discriminar patología psiquiátrica y TLP. Además, se aplicó la versión española de la Película para Evaluar Cognición Social (MASC-SP) y la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-E) para medir mentalización y regulación emocional.

Resultados: Se observaron mayores dificultades en la mentalización y regulación emocional en el grupo con TLP en comparación al grupo sin TLP. Además, se observó que la hipermentalización es el error más frecuente en ambos grupo, con una mayor tendencia en el grupo con TLP.

Conclusiones: Los resultados, a pesar de las limitaciones, se condicen con otros estudios y marcan un positivo precedente para el estudio de los TLP en adolescentes en Chile.

Palabras Claves: Trastorno Límite de la Personalidad, Mentalización, Regulación Emocional, Adolescencia.

I-Introducción:

La adolescencia es un periodo de crisis donde son esperables ciertos conflictos para afrontar la adultez, pero también es una etapa donde hay una mayor exposición a diversos factores de riesgo que afectan de manera directa el desarrollo psicológico. Estos eventos pueden generar importantes consecuencias, especialmente en aquellos jóvenes que ya presentan vulnerabilidades emocionales y/o patrones de comportamiento alterados. Sumado a esto, se encuentra el complejo proceso del desarrollo cerebral, donde la neuroplasticidad juega un rol importante en el logro del pensamiento abstracto, en las funciones ejecutivas, y la regulación emocional (Bleiberg, Rossouw, Sharp, & Fonagy, 2012).

Por otro lado, el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), cuyo concepto ha evolucionado desde la literatura psicoanalítica, donde en un principio se acuñaba este concepto a aquellos pacientes que no eran considerados como psicóticos pero que tampoco podían ser tratados por el psicoanálisis tradicional, a una comprensión más descriptiva como se ve en los manuales diagnósticos (American Psychiatric Association, 2013). Ahora bien, existe una creciente literatura que estudia las características clínicas de los (TLP) en adolescentes (Miller, Muehlenkamp, & Jacobson, 2008; Sharp & Romero, 2007), ya que gran parte de los síntomas tienen su origen en este periodo (Sharp & Tackett, 2014).

Los Trastornos de la Personalidad (TP) se definen por tener rasgos inflexibles y desadaptativos que causan un deterioro funcional significativo, ya sea para el mismo sujeto o para los demás. Según el DSM-5 la característica principal del TP es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamientos que se apartan acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, interpersonal, o del control de impulsos (APA, 2013).

La prevalencia a nivel mundial de los TP es alrededor de un 2% en la población general, 10% en pacientes psiquiátricos ambulatorios, y 20% en pacientes psiquiátricos hospitalizados (APA, 2013). Sin embargo, aún no existe un consenso sobre la prevalencia de este trastorno en población adolescente.

Ahora bien, el TLP es uno de los trastornos que más interés ha generado en el estudio de la personalidad, caracterizándose por patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la auto-imagen, en los afectos, y una marcada impulsividad (APA, 2013)

Un concepto que se ha visto fuertemente asociado al TLP es la mentalización, la cual es definida como la capacidad mental donde se puede comprender los estados mentales, tanto propios como de los demás, en términos de deseos, pensamientos, necesidades, sentimientos, y creencias (Peter Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2004). El concepto surge a partir del psicoanálisis, la teoría del apego, y la teoría de la mente (Choi-kain & Gunderson, 2008).

Diversas investigaciones, teóricas y empíricas, han establecido que aquellos sujetos con TLP presentan dificultades en la capacidad de mentalización. (Bateman & Fonagy, 2004; Peter Fonagy & Luyten, 2009). Además, estudios recientes en adolescentes han establecido que las dificultades en la regulación emocional ejercería una influencia directa, mediando entre estas dos variables (Sharp & Vanwoerden, 2015a; Sharp et al., 2011).

Es por esto que la pregunta a investigar será cuáles son las características de las dificultades de la mentalización y la regulación emocional en aquellos adolescentes chilenos de 15 a 18 años con TLP, y en qué se diferencian de aquellos adolescentes que no presentan dicho diagnóstico.

El presente estudio pretende aportar a la psiquiatría infanto-juvenil de la siguiente manera. En primer lugar, se ha manifestado que hacen falta más investigaciones empíricas en adolescentes que relacionen la mentalización, la regulación emocional y TLP (Sharp & Vanwoerden, 2015a). En segundo lugar, las investigaciones actuales están demostrando que la mentalización sería una variable importante para comprender el desarrollo de los TLP. Asimismo, como se ha planteado anteriormente, la regulación emocional sería una variable importante a considerar al explorar la interacción entre la mentalización y los TLP. En Chile, aún no existen estudios que exploren estas asociaciones, y a nivel internacional son pocos los que han profundizado la interacción de estas variables, especialmente en adolescentes. Al ser el TLP un diagnóstico que genera una discapacidad significativa, a lo largo del ciclo vital, se hace necesario comprender y profundizar en este trastorno para avanzar tanto en la comprensión de su diagnóstico, como para eventuales técnicas de intervención.

II-Marco Teórico:

1. La Adolescencia

1.1. Introducción.

Tanto en población infantil como en adulta, las investigaciones de psiquiatría y psicología han podido generar importantes aportes para delimitar lo que refiere a un desarrollo normal a uno que se escapa de los logros evolutivos esperados para cada periodo. Algo distinto sucede en la adolescencia, donde incluso los límites y etapas cronológicas son poco claros, donde el establecer definiciones sistematizadas que permitan un mejor abordaje clínico ha sido un trabajo difícil (Compas, 2004; Gomberoff, 1987; Lerner & Steinberg, 2004).

Durante este periodo una serie de tareas deben cumplirse con el fin de poder organizar e integrar la personalidad. La adquisición de independencia, emancipación de los padres, elección de vocación, orientación sexual, aceptación entre los pares, regulación de los impulsos, etc., todos estos eventos podrían someter al adolescente a una crisis que permite la consolidación del carácter y de la identidad (Erikson, 1968; Gomberoff, 1987).

Además, estudios de imágenes indican significativos cambios cerebrales en el desarrollo de la adolescencia a la adultez, generando así mayor comunicación entre las zonas cerebrales, una mayor plasticidad para nuevos aprendizajes, y procesos directamente relacionados con la regulación emocional y de los impulsos (Bleiberg et al., 2012; Lieberman, 2007).

Ahora bien, es precisamente durante este periodo de mayor cambio y vulnerabilidad, donde existe una mayor exposición a diversos factores de riesgo y de desarrollar trastornos psiquiátricos. En Chile, un 22,5% de los adolescentes entre 12 a 18 años posee al menos una patología psiquiátrica con impedimento en la vida diaria, siendo los más prevalentes los de comportamiento disruptivo (14,6%), seguido por los trastornos ansiosos (8,3%), afectivos (5,1%), y asociados al uso de sustancias (1,2%) (De la Barra, Vicente, Saldivia, & Melipillán, 2012).

Además, el desarrollo de la personalidad también queda expuesta a estos factores anteriormente mencionados, donde una exposición reiterada a eventos estresantes, un sistema familiar disfuncional, y otras variables, pueden generar las bases para desarrollar un TP, siendo el Trastorno Límite uno de los más riesgosos (Almonte, 2012b).

1.2. Desarrollo Adolescente.

El periodo adolescente suele dividirse, de manera tentativa, en tres etapas sucesivas, cada una de ellas con sus propias metas y objetivos (Musalem, 2012):

- 1- Prepubertad o adolescencia inicial (11 a 14 años)
- 2- Pubertad o Adolescencia media (14 a 16 años)
- 3- Adolescencia final (16 a 19 años)

Importantes son los cambios que competen a cada una de estas “*etapas*”, comenzando por la pre adolescencia donde comienzan a darse los primeros cambios físicos; como los cambios en la contextura física, la maduración de los caracteres sexuales, la neuroplasticidad, etc. Junto con lo anterior, comienzan a darse cambios emocionales, como los primeros repliegues introversivos con el fin de comprenderse más, así como también diversos cambios de humor. Además, los cambios sociales comienzan a ser esenciales en esta etapa, y a lo largo de todo el periodo adolescente, siendo la necesidad de lograr aceptación entre los pares una de las más importantes (Musalem, 2012; Susman & Rogol, 2004).

Durante este periodo, las tareas serían: 1-Adaptarse a los cambios físicos, hormonales y psicológicos, 2- Integrar las nuevas capacidades cognitivas, 3- Encontrar un lugar en el grupo de pares, y 4- Integrar en la personalidad las características que parte de las expectativas al género (Musalem, 2012)

Por otro lado, la pubertad consiste en un periodo de mayor madurez de los aspectos planteados anteriormente, donde los principales objetivos consisten en los siguientes: 1-Individuación, autoconfiguración, diferenciación y auto confirmación; 2- Equilibrar la autonomía con la autoridad; 2- Autorregulación; y 3- Mayor desarrollo psicosexual (Musalem, 2012).

Finalmente, se busca la adolescencia final la busca la definición de la identidad, así como también integrarse como un sujeto activo en la sociedad. Además, se esperan una superación del egocentrismo, así como también lograr la individuación. Todo esto, con el objetivo de ser un sujeto activo y comprometido dentro de la sociedad (Musalem, 2012)

1.3. Psicopatología en el Desarrollo Adolescente

Si bien el concepto de psicopatología ha sido ampliamente estudiado y elaborado, por ahora se comprenderá como el estudio de los fenómenos psíquicos, la organización, y las dinámicas psicológicas subyacentes de perturbaciones del psiquismo. En el caso de la psicopatología del niño y del adolescente, la comprensión del desarrollo es esencial, siendo una comprensión dialéctica entre el individuo y el ambiente (Almonte, 2012a).

Durante la adolescencia existen diferentes caminos a lo largo del desarrollo, los cuales irían desde una evolución satisfactoria sin dificultades significativas en lo psicológico, social o en la salud, mientras que una segunda alternativa sería la incidencia de trastornos mentales o amenazas a la salud física. Sin embargo, también existen riesgos en desarrollar diversos trastornos mentales como por ejemplo trastornos del ánimo, ansiosos, de conducta, o incluso psicosis a medida que haya una mayor y reiterada exposición y diversos factores de riesgo (Musalem, 2012; Ventura-Junca D. et al., 2010; Vicente et al., 2012; World Health Organisation, 2014). De la misma manera, la salud física se ve expuesta a diversos riesgos, los cuales también estarían relacionados con un desarrollo psicológico, por ejemplo el consumo de alcohol u otras drogas, sexo sin protección, embarazo adolescente, etc. (Ministerio de Salud, 2012; Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol, 2015; Vicente et al., 2012).

Es importante comprender los factores de riesgo, protectores y la resiliencia como un proceso, que deben examinarse en dos niveles; en un amplio contexto social por un lado, y en los procesos biológicos y psicológicos por el otro. Además existen otros importantes factores de riesgo y protectores que preceden la adolescencia y están interconectados con el proceso evolutivo infantil y continúan en el periodo juvenil (Compas, 2004).

Existen una amplia gama de factores tanto protectores como de riesgo, los cuales se pueden presentar en la adolescencia misma, o bien como se explicó anteriormente, que preceden de periodos anteriores. Dentro del presente trabajo, se abordarán aquellos factores relacionados con el objeto de estudio, por lo que a continuación se procederá a trabajar los conceptos de mentalización y regulación emocional, y como estos influyen en el desarrollo del Trastorno Límite de la Personalidad en la adolescencia.

2. Mentalización:

2.1. Concepto

La Mentalización es definida como la capacidad mental por la cual se puede comprender, explícita e implícitamente, el comportamiento y los estados mentales tanto propios como de los demás en término de deseos, pensamientos, necesidades, sentimientos, y creencias. Es considerada, además, como un logro evolutivo que se origina biológicamente en el contexto de las primeras relaciones de apego, y sobre los propios estados mentales que fueron adecuadamente comprendidos por cuidadores atentos, contenedores y no amenazantes. (Bateman & Fonagy, 2012; Choi-kain & Gunderson, 2008; Peter Fonagy & Bateman, 2008)

2.2. Raíces Ontológicas

El concepto de Mentalización es definido originalmente como “la capacidad de concebir los estados mentales propios y de los demás, ya sea de manera consciente y/o inconsciente” (Fonagy, 1991, citado en Choi-kain et al., 2008), donde se combinan la teoría del apego, las ideas psicoanalíticas de la simbolización, y los conceptos científicos y filosóficos de la Teoría de la Mente (Choi-kain & Gunderson, 2008; Peter Fonagy et al., 2004). El concepto surge también a partir de la teoría de la cognición social, involucrando procesos metacognitivos y afectivos, de manera que la capacidad de mentalizar implica también la posibilidad de contener y regular experiencias, y dar sentido a las emociones y sentimientos (Escobar, Santelices, & Elizalde, 2013).

2.3. Relación con el Apego

Existe un volumen importante de evidencia que afirma que mientras más seguros son los primeros vínculos y relaciones de apego, habrá una capacidad de mentalización más desarrollada (Agrawal, Gunderson, Holmes, & Lyons-Ruth, 2004; Peter Fonagy, 2000). Esto último se demuestra a partir de observaciones donde se ve una intención por parte de las madres de tomar una perspectiva psicológica y comprender los estados mentales de sus hijos, y de poder desarrollar una función reflexiva en la medida que interactúan con él (Peter Fonagy, Steele, Steele, Moran, & Higgitt, 1991; Peter Fonagy & Target, 1997). Es de esta manera que el niño puede ser capaz de internalizar una visión de sí mismo, y de su relación con su cuidador, especialmente cuando es aliviado de estímulos estresantes (Peter Fonagy et al., 1991). En la medida que el cuidador responde a dichos estímulos estresantes de manera reflexiva y marcada,

va regula la respuesta emocional del niño, estableciendo no solo un vínculo seguro, sino que también se desarrollará la capacidad de generar representaciones mentales del funcionamiento psicológico tanto propio como de los demás. Lo anterior genera una mayor habilidad para regular los afectos y una mayor conciencia de sí mismo, además de ser un buen predictor en el desarrollo de la memoria, la comprensión y la comunicación (Bateman & Fonagy, 2012; Bleiberg, 2013; Peter Fonagy et al., 1991; Peter Fonagy & Target, 1997).

La mentalización, además, adquiere un alto grado de importancia en el desarrollo de la persona. Como primer punto, permite que el infante pueda atribuirle un sentido a las acciones de otros, junto con los pensamientos y deseos que subyacen detrás de la conducta. Segundo, permite distinguir la verdad interna de la externa, es decir, que el hecho de que cierta persona se comporte de una determinada manera, no quiere decir que la realidad es tal cual como dicho individuo la percibe. En tercer lugar, sin una representación clara del estado mental de los demás, la comunicación se vería extremadamente limitada. Y finalmente, pero más importante, el mentalizar permite al individuo el alcanzar un alto grado de intersubjetividad en la interacción con otros, y darle mayor sentido a la propia existencia (Target & Fonagy, 1996).

Al contrario, un apego inseguro está asociado a respuestas no contingentes ni marcadas frente a las necesidades expresadas por el infante, generando así una falla para internalizar los propios estados mentales y, por lo tanto, dichos estados mentales serán actuados más que meramente experimentados y representados. En la medida que esto último suceda de forma frecuente, trae como consecuencia que la capacidad de mentalización se vea torcida, especialmente en el contexto de relaciones interpersonales más íntimas, generando un efecto destructivo en dichas interacciones, como desregulación emocional, un menor control de la atención, e incluso una mayor vulnerabilidad a eventos traumáticos (Bateman & Fonagy, 2012; Midgley & Vrouva, 2012).

2.4. Mentalización como un Constructo Multidimensional

Es importante comprender que la mentalización no es una habilidad estática y unitaria, sino más bien debe ser entendida como una capacidad dinámica que es influenciada por situación de estrés o de excitación, especialmente en el contexto de relaciones específicas de apego. Además, posee múltiples dimensiones donde los sujetos pueden mostrar distintas dificultades en algunas áreas, y en otras no necesariamente (Bateman & Fonagy, 2012; Bleiberg, 2013; Peter Fonagy & Luyten, 2009).

2.4.1. Automática/Implícita – Controlada/Explícita:

La mentalización explícita se refiere a aquellos procesos mentales que requieren de una mayor atención, reflexión, e intencionalidad, por ejemplo el estar conversando un tema delicado con una pareja. Por el otro lado, la mentalización implícita, o automática, es percibida como no-consciente, no-verbal, y menos reflexiva, donde se requiere un menor esfuerzo en el procesamiento de la información, como por ejemplo una conversación mundana entre amigos (Bateman & Fonagy, 2012; Bleiberg, 2013; Peter Fonagy & Luyten, 2009). Una mentalización balanceada implica un equilibrio entre estas dos polaridades, en donde existe una flexibilidad para alternar de una mentalización implícita a una explícita, y viceversa (Bleiberg, 2013).

2.4.2. Focalizada Internamente – Focalizada Externamente

Una segunda dimensión en el proceso de mentalización es producto de estudios de neuroimágenes (Lieberman, 2007), donde la mentalización focalizada internamente se refiere a aquellos procesos mentales que están orientados a los aspectos internos tanto propios como de los demás (p.ej. los pensamientos, afectos, deseos, experiencias), mientras que la mentalización focalizada externamente implica una mayor atención a los procesos mentales que se basan en aspectos visibles, tanto propios como de los demás (Bateman & Fonagy, 2012; Peter Fonagy & Luyten, 2009). Por ejemplo, para algunas personas les puede costar mucho trabajo el inferir las intenciones detrás del comportamiento de otros, siendo la mentalización focalizada internamente la que estaría incapacitada; mientras que otros serían hipersensibles a las emociones expresadas a través de los rostros faciales de los demás, una mentalización externamente focalizada (Bateman & Fonagy, 2012).

2.4.3. Orientada hacia el sí mismo – Orientada hacia otros

A partir de las revisiones de estudios de neuroimágenes, se pueden distinguir dos tipos de circuitos neuronales que se presentan al comprender al sí mismo y a otros, aunque a diferencia de las otras dimensiones, la dicotomía en este sistema no es tan pronunciada (Peter Fonagy & Luyten, 2009; Lieberman, 2007).

El primero implica un sistema orientado en aspectos corporales, donde las neuronas espejos frontoparietales estarían involucradas en la comprensión del self y de otros a través de representaciones motoras. Esto quiere decir que para comprender las acciones y emociones de otros, estaría involucrado un mecanismo que implica un intercambio directo de dichas acciones,

donde apenas se perciben las acciones y emociones del otro, no solo se da un reconocimiento visual, sino que también motor (Peter Fonagy & Luyten, 2009).

Un segundo sistema, el cual estaría constituido por la corteza prefrontal medial, el cortex del cíngulo anterior, y el precúneo, y apunta a aquellos aspectos más simbólicos y abstractos (Peter Fonagy & Luyten, 2009; Frith, 2007; Northoff et al., 2009; Uddin, Iacoboni, Lange, & Keenan, 2007). Este sistema es moldeado principalmente por las relaciones interpersonales y la experiencia a lo largo del desarrollo.

2.4.4. Cognitivo – Afectivo

Una capacidad de mentalización completamente integrada implica un equilibrio entre aquellos aspectos cognitivos de los afectivos. Ahora bien, pueden surgir diversos tipos de psicopatologías en la medida que exista un desequilibrio entre estas dos polaridades, mientras una se exprese en mayor medida sobre la otra. Dichas dificultades se pueden manifestar ya sea en nombrar los estados mentales, diferenciarlos, o bien, expresarlo (Bateman & Fonagy, 2012).

2.5. Evaluación/Medición Mentalización

Por lo visto, la mentalización es una capacidad dinámica, multifacética, y evolutiva, por lo que se puede manifestar en diversos aspectos de la persona. Es por esto mismo que se requieren diversos instrumentos que puedan ayudar a evaluar esta capacidad en el individuo (Luyten, Fonagy, Lowyck, & Vermote, 2012). Dentro de los instrumentos mencionados, el que ha mostrado una mayor validez empírica es la Escala de Función Reflexiva (Peter Fonagy & Target, 1998).

Ahora bien, los instrumentos que han sido aplicados en adolescentes para evaluar mentalización, o algunas de sus dimensiones, han sido principalmente el Test de Lectura de Mente a través de la Mirada (Fossati, Feeney, Maffei, & Borroni, 2014; Holt et al., 2014), el Test de Mentalización en Historias para Adolescentes (Vrouva & Fonagy, 2009), la Escala Básica de Empatía (Jolliffe & Farrington, 2006, citado en Vrouva, Target, & Ensink, 2012), y la Película para Evaluar Cognición Social (Dziobek et al., 2006; Lahera et al., 2014; Sharp et al., 2011).

En Chile, sin embargo, no existen instrumentos estructurados validados para evaluar mentalización.

3. Regulación Emocional

3.1 Evolución del Concepto

Al hablar de afectos y regulación emocional, no es precisamente un concepto que haya sido desarrollado por un autor en particular, sino más bien ha sido abordado por diversas disciplinas a lo largo de muchos siglos. Por esto mismo es que el concepto de “Regulación Emocional” ha sido difícil de conceptualizar de manera definitiva (Peter Fonagy et al., 2004; Gross, Es, & Ross, 1999; Gross, 1998). A continuación se presentará una breve evolución de este concepto desde las perspectivas; Filosófica, Psicológica, Neurocientífica, del Psicoanálisis, y del Apego (Peter Fonagy et al., 2004).

3.1.1 Perspectiva Filosófica

Desde la perspectiva Filosófica, Aristóteles definió los afectos en un inicio como ni buenos, ni malos para la razón. Sino que solo serían negativos si nuestro carácter no es lo suficientemente fuerte como para moderarlos. Además, es el primero en plantear teorías sobre la regulación de los afectos al intentar encontrar un equilibrio entre sus extremos (*sophrosine*) con el fin de que los afectos estén bajo nuestro control, integrándose entre la razón y los sentimientos (Peter Fonagy et al., 2004). De manera contraria, el Estoicismo consideró que los afectos van más allá de nuestro control, sino que se tendrían un carácter pático (se padecen), y pueden llevarnos a consecuencias negativas (Nussbaum, 1994).

Intento encontrar un punto medio, Spinoza intenta acomodar ambos paradigmas. En principio, Spinoza concuerda con el pensamiento de los Estoicos en que los afectos son juicios en que no debemos basar nuestras acciones y escapar de su control, pero posteriormente plantea que no debemos ignorarlos y que un buen razonamiento debe incluirlos de manera correcta, tal como planteó Aristóteles (Spinoza, 1996).

3.1.2 Perspectiva Psicológica

Durante la década de los 50', Tomkins trabajó a partir de los trabajos de Darwin en que emociones nos llevan a conductas y expresiones faciales. Además, serían una esfera independiente del conocimiento (Tomkins, 1995a, 1995b, citado en Fonagy et al., 2004). Ekman, quien fuera discípulo de Tomkins, planteó alrededor de los 70' que las emociones son universales, y pueden reconocerse por diversas culturas, por ejemplo a través de las expresiones

faciales. Plantea 5 emociones básicas y, al igual que los estoicos, les da un carácter pático (Ekman, 1992).

Paralelamente, Schachter & Singer refieren que la cognición es necesaria para identificar los afectos, mientras que otros como Zajonc mencionan puede haber experiencia afectiva sin cognición (Schachter & Singer, 1962; Zajonc 1984, citados en Fonagy et al., 2004).

3.1.3 Perspectiva Neurocientífica

LeDoux, proveniente del campo de la ciencia del afecto, plantea que existirían dos sistemas de respuesta emocional, el primer sistema sería uno automático y rápido (que se encontraría principalmente en la amígdala), y el segundo, que incluye el neocortex, incluye componentes cognitivos en la respuesta emocional. Adicionalmente, LeDoux refiere que las emocionales estarían en la interacción entre ambos sistemas así como también en otras zonas cerebrales, enfatizando que no existe un lugar específico en el cerebro para localizar las emocionales (LeDoux, 1996).

Con respecto a los dos sistemas propuestos por LeDoux, los cuales fueron categorizados como “Tipo I y II”, el Tipo I sería el de las respuestas emocionales automáticas sin ser elicitadas, sin estar bajo el control voluntario; el sistema Tipo II por su parte, estaría bajo el control volitivo (Peter Fonagy et al., 2004; LeDoux, 1996). Los dos sistemas planteados por LeDoux ayudan a mitigar la disputa planteada anteriormente entre el pensamiento Aristotélico y el Estoico, donde el sistema Tipo I de cierta forma podría ser entendido como el Estoico, y el Tipo II como el Aristotélico en cuanto a la necesidad de tomar atención y controlar los propios afectos (Peter Fonagy et al., 2004).

Antonio Damasio, por su parte, intenta explicar la relación entre el afecto y el self a partir de sus investigaciones en pacientes con daño prefrontal que manifestaban una inhabilidad para sentir, pero que si podían revivir eventos pasados a través de su memoria de trabajo. A partir de su trabajo, intenta rechazar el dualismo mente-cuerpo argumentando desde la perspectiva neurológica que las emociones constituyentes de la racionalidad misma (Damasio, 1995; Peter Fonagy et al., 2004). Además, introduce una base neural del self al probar que como es que las emociones están integradas en el razonamiento (Damasio, 1995)

3.1.4 Perspectiva Psicoanalítica

Dentro del Psicoanálisis, nunca ha habido un lugar definido para el concepto de “emoción”, a pesar de que se ha hecho mención de los afectos en diversos escritos (Peter Fonagy et al., 2004). En un inicio, Freud retrató los afectos (Freud habló de “afectos”, mas no de “emoción”) dentro de dos tendencias; en la primera eran referidos como una descarga de energía como una manifestación psíquica de las pulsiones, la cual generaba el conflicto de que los afectos eran manifestaciones consientes mientras que las pulsiones inconscientes. La segunda tendencia para comprender los afectos, Freud los comprendía como señales y sujetos al control del yo, contribuyendo así a una función adaptativa (Freud 1926d, citado en Fonagy et al., 2004). Para Freud los afectos tienen aspectos mentales como físicos, los cuales tienen su lugar en el cuerpo y su significancia psíquica.

El trabajo de Damasio mencionado anteriormente ha sido particularmente importante para el psicoanálisis, especialmente en su trabajo neurobiológico en la relación entre los afectos y el self, coincidiendo así con la segunda tendencia propuesta por Freud (Peter Fonagy et al., 2004).

3.1.5 Perspectiva del Apego

Los afectos y las emociones son cruciales en las teorías del apego debido a que la misma relación de apego entre un niño y su cuidador es precisamente un vínculo afectivo. Ahora bien, a pesar de ser uno de los pioneros en el área, Bowlby no profundizó de manera particular los mismos afectos, sino que fueron otros autores que siguieron con su obra (Peter Fonagy et al., 2004).

Dentro de las teorías del apego, emerge la idea de que la regulación de los afectos sirve a la regulación del self a partir de una co-regulación con otro, como por ejemplo Sroufe quien centra su trabajo en el rol de las emociones en el desarrollo y plantea que es a partir de la mitad del primer año en que la regulación de las emociones no dependen solamente de que es lo que hace el cuidador sino que como el niño interpreta sus actos (Sroufe 1996, citado en Fonagy et al., 2004):

“Por lo tanto la regulación del self sería entendida como un nexo entre la autosuficiencia y el autoestima, donde la confianza en el cuidador se convierte en

la confianza del self con su cuidador, y por consiguiente, en el self mismo”
(Sroufe 1996, citado en Fonagy et al., 2004, pp. 89).

Han existido diversos autores que han estudiado el rol de los afectos bajo la teoría del apego, y a pesar de tener diversos puntos de vista, todos comparten en como la experiencia afectiva contribuye a la adquisición de una regulación del self a través de una coregulación entre el infante y su cuidador (Magai, 1999; Cassidy, 1999; Fogel 1993; Lewis & Granic 2000, citados en Fonagy et al., 2004).

4. Trastorno Límite De La Personalidad En La Adolescencia:

4.1. Personalidad Límite: Concepto y su Evolución

Durante la primera mitad del siglo XX imperaba el paradigma psicoanalítico, donde los pacientes mentales eran categorizados como neuróticos, por lo tanto analizables, y psicóticos, quienes eran vistos como intratables para el psicoanálisis tradicional (Gabbard, 2002; Gunderson, 2009). Fueron Stern y Knight en distintos trabajos quienes introdujeron el concepto de estados fronterizos, dando inicio al constructo clínico, el cual fue utilizado por mucho tiempo como un concepto raro y coloquial (Stern, 1938 & Knight, 1953, citados en Gunderson, 2009)

Alrededor de los 70', Kernberg (1967) acuñó el término *límitrofe* como un nivel intermedio dentro de la organización de la personalidad a pacientes con defensas primitivas, difusión de identidad, y fallas en la prueba de realidad. De manera paralela, Materson hace énfasis en el sentimiento de abandono como sentimiento central de estos pacientes (Materson, 1972, citado en Gunderson, 2009). La terminología “*Borderline*” por lo tanto (mismo nombre en inglés tanto para “*límitrofe*” como para “*límite*”) fue abordada inicialmente por los psicoanalistas en ese entonces para referirse a una patología en el carácter, más allá de una manifestación sintomática de un malestar mental (McWilliams, 2011). Sin embargo, fue Grinker quien intenta describir el síndrome fronterizo desde una posición descriptiva a partir de un análisis estadístico de 60 casos, marcando así un cambio importante en la visión del concepto de “personalidad límite” (Grinker, Werbler, & Drye, 1968, citado en Gabbard, 2002).

Ya a partir de 1980, hubo una recesión del psicoanálisis como paradigma dominante, y la psiquiatría biológica comenzó a tener mayor énfasis (Gunderson, 2009). A su vez, la tercera

edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales incluyó el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad, permitiendo así un aumento en las publicaciones del cuadro así como también una mayor validación del mismo (American Psychiatric Association, 1980). Junto a lo anterior, fueron aumentando las publicaciones sobre el cuadro mismo, donde se comenzó a concluir como este trastorno tenía un curso consistente y que era muy influido por factores familiares, así como también una gran mayoría presentaba antecedentes de haber sufrido abuso físico y/o sexual. Además se hizo más evidente que habían otros tratamientos, aparte del psicoanalítico, como la terapia de grupo o la terapia familiar que podían ayudar a tratarlo (Gunderson, 2009).

Durante la década de los 90', el DSM-IV fue publicado incluyendo algunas pequeñas modificaciones al diagnóstico de TLP (American Psychiatric Association, 1990). Durante este periodo comenzaron a surgir cuestionamientos sobre si los pacientes dejarían de presentar TLP si es que remitían de sus medicamentos, por lo que también comenzó a surgir una vasta literatura multi-teórica sobre posibles abordajes terapéuticos con pacientes límites (Gunderson, 2009). Por un lado Peter Fonagy aportó en la importancia de las primeras relaciones de apego en el desarrollo del TLP y en la inhibición de la capacidad de mentalizar (Peter Fonagy, 1996; Target & Fonagy, 1996). Paralelamente, Marsha Linehan (1993) propuso un nuevo modelo de intervención en pacientes con TLP desde una teoría distinta al psicoanálisis, fundando así la terapia conductual dialéctica (DBT= *Dialectica Behavioral Therapy*).

Actualmente, las investigaciones no solo se han volcado a una mayor consolidación de los modelos terapéuticos previamente mencionados, como por ejemplo la Psicoterapia Centrada en la Transferencia (TFP) (Yeomans, Clarkin, & Kernberg, 2002), Psicoterapia basada en la Mentalización (Bateman & Fonagy, 2004), y la Terapia Conductual Dialéctica (Linehan, 2015). Además, se ha extendido la investigación de la personalidad límite en la población adolescente (Sharp & Tackett, 2014). Además, se ha desarrollado un mayor compromiso y preocupación por el trastorno, tanto así que se han desarrollado diversas fundaciones y agrupaciones que tienen como objetivo el informar, prevenir, y apoyar a sujetos con TLP y a sus familiares. Ejemplo de lo anterior serían organizaciones como la National Education Alliance for Borderline Personality Disorder (NEABPD).

4.2. Trastorno Límite de la Personalidad

4.2.1 Características Generales

El TLP es caracterizado por una marcada impulsividad, desregulaciones afectivas, y una importante inestabilidad con respecto a la propia identidad, relaciones interpersonales, y del estado de ánimo. Además de la inestabilidad emocional e impulsividad, es frecuente el abuso de sustancias, ideación paranoide transitoria, y episodios micropsicóticos como psicopatología comórbida (Florenzano, 2003).

Tanto la cuarta como la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales definen los criterios del Trastorno Límite de la Personalidad de la siguiente manera (esto es debido a que la quinta edición no presentó cambios mayores en la versión oficial de la sección de los Trastornos de la Personalidad) (APA, 2000, 2013):

Criterios para el diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad [301.83] F60.31

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 dan 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

4.2.2 Prevalencias

Los estudios de prevalencia para el TLP son bastante variados, pues dependen de su metodología, ya sea si fueron registrados a través de autoreportes o entrevistas clínicas. En la población general de Estados Unidos, se estima una prevalencia entre el 1,6% hasta incluso un 5,9% (APA, 2013), aunque existen otras investigaciones que incluyen otros países donde la prevalencia oscila entre 0,5% al 2,5% en la población general (Samuels et al., 2002; Van Asselt, Dirksen, Arntz, & Severens, 2007, 2008).

Existen estudios en población general que muestran variados resultados, como por ejemplo en meta-análisis efectuado por Meaney y cols. (Meaney, Hasking, & Reupert, 2016) revisaron 43 estudios sobre prevalencia de TLP en población universitaria y concluyeron que las prevalencias iban entre 0,5% a 32,1%, con una prevalencia de vida de 9,7%. A su vez, las conclusiones plantean que la prevalencia estimada será determinada por la metodología empleada en los estudios.

En población clínica la prevalencia suele ser bastante más alta llegando incluso a un 20% (APA, 2013). Sin embargo, en Chile existen pocos estudios de prevalencia para el TLP, donde uno de ellos lo hizo trabajando en una población clínica y hospitalizada en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile entre los años 2006 y 2008. En dicho estudio se revisó a 174 pacientes que hayan sido tratado en dicha clínica, donde un 44% tenía TLP (López et al., 2010).

4.2.3 Neurobiología

Dentro de la literatura ha existido un amplio despliegue en lo que respecta a la manifestación neurobiológica del TLP, pero debido a que es un trastorno con una elevada comorbilidad, los resultados han sido diversos y variados (Bohus, Schmahl, & Lieb, 2004; S.C. Herpertz, 2011; Hughes, Crowell, & Coan, 2012; Siever & Weinstein, 2009).

Estudios longitudinales en pacientes con TLP han identificado 4 categorías en la evaluación de su fenomenología; afectos, cognición, impulsividad, y relaciones interpersonales (Zanarini, Frankenburg, Hennen, & Silk, 2003). Con respecto a los afectos, se ha observado que los sujetos con TLP tienen una mayor “*vulnerabilidad emocional*” donde experimentan reacciones intensas y un lento retorno a un estado basal, generando así una alteración en las funciones ejecutivas y subsistemas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento (Bohus et al., 2004). Estudios han relacionado disfunciones en las regiones límbicas y prefrontales con la

desregulación emocional en sujetos con TLP, específicamente con una disminución en el volumen del hipocampo y la amígdala (Driessen, Herrmann, Stahl, et al. 2000, citado en Bohus et al., 2004). Existe, por lo tanto, una compleja red de zonas cerebrales que estarían vinculadas con la desregulación emocional en los sujetos con TLP, siendo el circuito fronto-límbico el eje central, incluyendo áreas como la amígdala, el hipocampo, el hipotálamo, la corteza prefrontal dorso medial y dorso lateral, la corteza orbito frontal, la corteza singular anterior, y la ínsula (Hughes et al., 2012)

El Eje Pituitario Adrenal (HPA) también ha sido zona extensamente estudiada en sujetos con TLP donde se supone una hipersensibilidad en esta área, así como también un aumento del cortisol, sin embargo estudios han concluido que el aumento de la actividad en estas zonas se debe más a un historial de reiterados abusos y traumas tempranos que por el diagnóstico de TLP en sí mismo (Bohus et al., 2004; Rinne et al., 2002)

Además de la relación que guardan estas áreas anteriormente mencionadas con la regulación emocional, también existe una estrecha relación con los procesos sociales, siendo descrito como el "*Cerebro Social*", el cual nos permite interactuar con otras personas y predecir el comportamiento entre otras cosas (Frith, 2007). Estudios han comprobado que la amígdala tendría un rol importante en ligar las emociones con los rostros faciales, y la corteza prefrontal medial se activaría cuando las personas piensan sobre los estados mentales de otros. Lo anterior no solo permitiría las bases para predecir el comportamiento de otros, sino que también para las representaciones del segundo orden (el comunicar actos que implican representar lo que el otro piensa sobre lo que uno está pensando), estableciendo así los primeros pasos para la mentalización (Frith, 2007).

Siguiendo el punto anterior, Dziobek y cols. (2011) ejecutaron dos estudios donde evaluaron los correlatos neurofisiológicos de la empatía y la cognición social en mujeres con TLP a través de Imagen por Resonancia Magnética Funcional (fMRI). Los resultados evidenciaron una mayor actividad en el giro y el sulco temporal superior izquierdo, y en la corteza insular medial derecha, lo que les permitió concluir que los sujetos con TLP tienen un déficit en inferir estados mentales y estar emocionalmente sintonizado con el otro. De la misma manera, estas conclusiones se condicen con la literatura que plantea que los cuadros con TLP poseen

dificultades en la empatía y la cognición social, y por lo tanto, en sus interacciones interpersonales (Bateman & Fonagy, 2004; Peter Fonagy et al., 2004).

4.3. Trastorno de la Personalidad Límite en la Adolescencia

4.3.1 Polémica en el Diagnóstico y Evolución de la Investigación

Durante los últimos 15 años ha habido un aumento en las investigaciones relacionadas con el TLP en adolescentes, donde la cantidad de artículos publicados en el 2013 es cinco veces mayor comparado a 1993, y a partir del 2008, su aumento fue aún más significativo (Sharp & Tackett, 2014).

Ciertamente, el TLP es el más estudiado dentro de los TP, y por lo tanto se han identificado diversos precursores que tendrían una significativa correlación con el desarrollo de este trastorno, los cuales muchos de ellos se dan en la niñez y la adolescencia mediante una interacción entre factores biológicos, psicológicos, cognoscitivos, afectivos, socioculturales, y familiares (Almonte, 2012b). Dentro de estos precursores, podemos identificar el tener un apego inseguro (Bateman & Fonagy, 2004); Maltrato físico, negligencia y/o abuso sexual (Bateman & Fonagy, 2004; Peter Fonagy et al., 2004); madres con TLP (Goodman et al., 2011; Weiss et al., 1996); o tener un historial de autolesiones y/o intentos suicidas durante la adolescencia (Moran et al., 2012; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich, & Silk, 2006; Zanarini, et al., 2006), entre otros.

Dentro de la clasificación del DSM-5 para el TP, uno de los criterios menciona que los patrones desadaptativos son estables y de larga duración, y cuyo inicio se puede remontar al menos a la adolescencia (APA, 2013).

“Las categorías de trastorno de la personalidad se pueden aplicar en niños o adolescentes en casos excepcionales en los que los rasgos desadaptativos de la personalidad son especialmente dominantes, persistentes, y es improbable que se limiten a un momento particular del desarrollo o a la presencia de otro trastorno mental” (APA, 2013; pp. 647).

Esto último ha permitido la posibilidad de una serie de investigaciones sobre el diagnóstico de TLP, y en la validez y confiabilidad del diagnóstico durante este periodo (Chanen et al., 2004; P. F. Kernberg, Weiner, & Bardenstein, 2000; Miller et al., 2008; Sharp & Tackett,

2014; Stepp, 2012; Whalen et al., 2014; Zanarini, Frankenburg, Hennen, et al., 2006; Zanarini, et al., 2006). Además, una serie de tratamientos manualizados han sido publicados con el objetivo de reducir la sintomatología propia del TLP en adolescentes (Biskin, 2013; Chanen et al., 2008; Fleischhaker et al., 2011; Normandin, Ensink, & Kernberg, 2015; Rossouw & Fonagy, 2012).

4.3.2 Características Clínicas

Debido al gran número de publicaciones que han surgido en los últimos años sobre TLP en adolescentes, la literatura sobre los síntomas más predictivos para el desarrollo de una personalidad límite en adolescente se ha tornado dispersa (Sharp & Fonagy, 2015). Fossati (2014) resume dicha evidencia, identificando aquellos síntomas característicos del desarrollo de un TLP en la adolescencia (**Tabla N°1**). Sin embargo, la evidencia aun es limitada como para considerar dichos elementos como los únicos dentro de un trabajo de prevención, por lo que hacen falta más estudios especialmente de carácter longitudinal (Sharp & Fonagy, 2015).

Tabla N°1

Síntomas Característicos de TLP en Adolescencia.

Trastorno Límite de la Personalidad en Adolescentes	
<i>Características Centrales del Diagnóstico</i>	Alteración en la Identidad (particularmente en mujeres) Ira Intensa e inapropiada Ideación Paranoide (hombres) Sentimientos crónicos de vacío (autolesiones de manera deliberada, propensión a la disociación).
Marcadores en la Infancia	
<i>Trastornos en la Infancia</i>	Trastorno por Déficit Atencional con hiperactividad Trastorno Oposicionista Desafiante
<i>Problemas de la Conducta en la Infancia.</i>	Conducta coercitiva y manipuladora hacia figuras de apego Sentido del self pobremente definido. Visión de mundo hostil y desconfiado. Relaciones agresivas. Estallidos intensos de ira Inestabilidad afectiva

Nota: Tabla adaptada de Fossati, 2014.

Tal como en la población adulta, los adolescentes con TLP tienen una alta comorbilidad con otros trastornos. Por ejemplo, en un estudio se comparó a pacientes adolescentes

hospitalizados con TLP con aquellos que no tenían dicho diagnóstico, y no solo se observó una alta comorbilidad en trastornos anímicos y ansiosos, sino que también la comorbilidad en los pacientes adolescentes con TLP era mucho más compleja, en cuanto a trastornos externalizados e internalizados (Ha, Balderas, Zanarini, Oldham, & Sharp, 2014). Se plantea también, frente a esta misma situación, que el TLP en adolescentes sería una confluencia entre trastornos internalizados y externalizados (Peter Fonagy et al., 2015; Sharp & Fonagy, 2015) .

Como características clínicas asociadas, diversos estudios han identificado como manifestaciones clínicas propias de los adolescentes con TLP las siguientes: autolesiones persistentes, conductas de alto riesgo debido a la impulsividad (por ej. uso de sustancias), la dificultad para lidiar con los afectos negativos, y significativas dificultades en el funcionamiento social y en el rendimiento académico (Copeland, Shanahan, Costello, & Angold, 2009; Moran et al., 2012; Sharp & Fonagy, 2015).

4.3.3. Prevalencia mundial y en Chile

A diferencia de la investigación en otros trastornos mentales, el estudio epidemiológico de los TP tiene bastantes dificultades por diversas razones. Por ejemplo, los instrumentos actuales para el diagnóstico de los TP son metodológicamente limitados, especialmente aquellos basados en un auto reporte (Florenzano, 2003; Miller et al., 2008). Esto ha traído como consecuencia una alta variabilidad en los resultados de prevalencia sobre los TP, especialmente en el TLP (APA, 2013).

Los estudios sobre prevalencia de TLP en la adolescencia no están exentos de estas limitaciones, debido a que se suma la dificultad de que el periodo en que se intenta hacer este diagnóstico implica, como algo normativo, muchos cambios en los mismos rasgos de la personalidad. Esto genera un alto índice de falsos positivos, debido a la impulsividad y desregulación emocional propia de la edad (Miller et al., 2008).

Si bien han habido estudios recientes con una metodología más rigurosa, especialmente en la evaluación de TLP y en el uso de muestras relativamente grandes, donde se reportó una prevalencia de 3.27% para el diagnóstico, cifra que coincide con la prevalencia del trastorno en población general en adultos (Zanarini, 2003b, citado en Fossati, 2014). Sin embargo, los estudios de prevalencia de TLP en adolescentes suelen dar resultados más altos en comparación con los estudios con adultos (Sharp & Romero, 2007) y aún existe una falta de consenso sobre la

prevalencia de este trastorno en adolescentes, ya sea en población general o clínica debido a que varios estudios carecen de validez metodológica (Miller et al., 2008, citado en Fossati, 2014).

En Chile existen pocos estudios sobre patologías en la personalidad en adolescentes (Alarcón, Vinet, & Salvo, 2005; Vinet, Faúndez, & Larraguibel, 2009), teniendo como referencia diagnóstica la versión Chilena del Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (Vinet & Forns, 2008).

4.3.4 Neurobiología

Durante la adolescencia surgen cambios emocionales en el desarrollo que estarían profundamente ligados con los cambios estructurales en el cerebro, como por ejemplo una hiperactividad en la amígdala (Hare, et al., citado en Sharp & Fonagy, 2015). A lo largo de la literatura se han observado resultados similares en lo que respecta a la manifestación neurobiológica en pacientes adolescentes y adultos con TLP, como por ejemplo que existe un consenso clínico en que existe una hipersecreción de cortisol que estaría asociada a respuestas desadaptativas frente al estrés, especialmente en aquellos individuos con TLP que hayan tenido una historia de trauma (Peter Fonagy et al., 2015; Miles et al., 2015; Sharp & Fonagy, 2015).

De manera adicional, Goodman y cols. (Goodman, Mascitelli, & Triebwasser, 2013) revisaron 10 estudios de neuroimágenes en adolescentes con TLP, y al igual que en la población adulta, encontraron un consenso en una reducción en las conexiones frontolímbicas, incluyendo la corteza orbito-frontal.

4.3.5. Evaluación y Enfoques Teóricos

Tal como se ha mencionado anteriormente, existen diversas dificultades en cuanto al diagnóstico de TLP en adolescentes, y es porque se ha ido adaptando un diagnóstico para la población adulta a un grupo etario que aún está en desarrollo. Es por lo mismo que no pocas investigaciones utilizan, a la hora de evaluar, criterios similares en adultos y adolescentes, como por ejemplo los criterios de TP del DSM según la versión vigente (Miller et al., 2008; Sharp & Romero, 2007; Sharp & Tackett, 2014).

Por otro lado, también diversos autores han modificado algunas teorías de la personalidad para incluir en el diagnóstico a la población adolescente. Paulina Kernberg (2000) , por ejemplo, extendió el diagnóstico estructural de Otto Kernberg (1986), enfatizando en la importancia de la

presencia de una identidad difusa como carácter central en el desarrollo de una organización limítrofe de la personalidad. A su vez, A. Chanen adoptó la terapia cognitiva analítica propuesta por Ryle (Ryle, 2002, citado en Chanen et al., 2008) para su intervención en adolescentes.

Producto de lo anterior, han surgido distintas formas para evaluar el TLP en adolescentes. Por un lado estarían las evaluaciones que consisten en cuestionarios, escalas y autoreportes, y por el otro se encuentran las entrevistas, unas más estructuradas que otras. La Escala de Evaluación de Personalidad Límite de Zanarini (2003) es una escala de evaluación del cambio sintomatológico a lo largo del tiempo para el TLP, la cual es aplicada por clínicos. Si bien se hizo originalmente para adultos, se ha aplicado en investigaciones para la evaluación de sintomatología límite en adolescentes (Miller et al., 2008; Sharp, Ha, Michonski, Venta, & Carbone, 2012; Sharp & Romero, 2007). Existen otros instrumentos que se han desarrollado una versión exclusiva para adolescentes, entre ellos se encuentran el Inventario de Evaluación de la Personalidad en Adolescentes (PAI-A) (Morey & Meyer, 2014), y el Inventario Multifásico de la Personalidad en Adolescentes de Minnesota (MMPI-A) (Butcher et al., 1992, citado en Sellbom & Matthew, 2014). Todos los anteriores tienen como criterio diagnóstico central los síntomas manifestados en el DSM-IV-TR para TLP (APA, 2000). Además se encuentra el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon, el cual se basa principalmente en la teoría de la personalidad de Millon (MACI) (Millon, 1993, citado en Vinet & Forns, 2008)

Por otro lado, se encuentran las entrevistas estructuradas, donde uno de los instrumentos más utilizados es la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II) (Smith, First, Gibbon, Spitzer, & Williams, 1999), el cual ha sido utilizado en numerosas investigaciones para el diagnóstico de TLP en adolescentes (Chanen et al., 2004; Jung, Pick, Schlüter-Müller, Schmeck, & Goth, 2013; Miller et al., 2008; Sharp & Romero, 2007; Stepp, Olino, Klein, Seeley, & Lewinsohn, 2013).

A lo largo de los años, se han investigado diversas variables que estarían estrechamente relacionadas con la evaluación de los TLP, y que trascienden más allá de un síntoma en particular. Un ejemplo de estas sería la mentalización, una capacidad evolutiva asociada a la comprensión de los estados mentales propios y de los otros, la cual también estaría relacionada con la regulación emocional y el control de impulsos, características propias del TLP (Bateman & Fonagy, 2004).

5. Mentalización, Regulación Emocional y Trastorno Límite de la Personalidad en la Adolescencia: Hipermentalización, un modelo emergente.

5.1 Mentalización en Adolescentes con Desarrollo de Personalidad Límite:

Ha habido una creciente evidencia que relaciona el TLP con un importante déficit en la capacidad de mentalización, donde las dificultades para representar los estados mentales propios como de los demás activarían modos más primitivos de funcionamiento, los cuales se expresan en relaciones interpersonales caóticas, desregulaciones emocionales, impulsividad, e incluso importantes alteraciones en el autoconcepto, siendo estas últimas características centrales del TLP (Bateman & Fonagy, 2004; Choi-kain & Gunderson, 2008; Peter Fonagy, Bateman, & Luyten, 2012; Peter Fonagy et al., 2004; Peter Fonagy, Target, Gergely, Allen, & Bateman, 2003; Peter Fonagy & Luyten, 2009).

De manera paralela, han existido diversos estudios que exploran la cognición social en pacientes con TLP, donde Herpetz & Bertsch (2014), a través de una revisión de estos, concluyen que en el caso de los TLP habría una hipersensibilidad a aquellos sucesos que sean interpretados como una amenaza social, mostrando dificultades en la capacidad de empatizar y un alto contagio emocional.

Por otro lado, aquellos niños que alcanzan la adolescencia con dificultades en la mentalización, serán menos capaces de integrar y tolerar los cambios evolutivos propios de la pubertad, especialmente aquellos relacionados con los cambios afectivos intensos propios de la edad, las reorganizaciones en la capacidad de abstracción y simbolización, y las presiones propias de los grupos de pares (Bleiberg et al., 2012). Todo lo anterior tiene lugar en un periodo donde surgen importantes cambio en el neurodesarrollo, especialmente en aquellos circuitos cerebrales que estarían directamente relacionados con la regulación emocional, la búsqueda de novedad y el autocontrol (Bleiberg et al., 2012; Gogtay et al., 2004; Lieberman, 2007).

Han sido pocos los estudios que han intentado relacionar directamente las dificultades en la mentalización con adolescentes con TLP. Fossati y colaboradores (2014) agruparon una muestra de 29 adolescentes sanos, y otros 60 que presentaban sintomatología TLP en distintos grado, y los compararon con el objetivo de probar la hipótesis de P. Fonagy (Fonagy, 1991; Fonagy & Bateman, 2008, citados en Fossati et al., 2014) en que los rasgos límites estarían asociados con dificultades en la representación mental de estados afectivos, así como también a

estilos inseguros de apego, y que gran parte de esta correlación estaría mediada por alteraciones en las relaciones de apego. Los resultados mostraron consistencia con la hipótesis de P. Fonagy (Peter Fonagy et al., 1991), donde se hizo más evidente entre los grupos más extremos, entre aquellos adolescentes sin sintomatología de TLP y aquellos que presentaban un mayor grado de sintomatología.

5.2. Hipermentalización, un nuevo modelo:

Si bien existe un consenso en cuanto a que los sujetos con TLP presentan dificultades en la mentalización, los resultados empíricos han sido dispersos al intentar definir cómo es que se manifiesta precisamente esta dificultad (Bo, Sharp, Fonagy, & Kongerslev, 2015). Además, se han publicado estudios donde han sido incapaces de demostrar esta dificultad en sujetos con TLP, concluyendo incluso que no existen diferencias en la capacidad de mentalizar entre sujetos con TLP y sin TLP (Domes et al., 2008; Ghiassi, Dimaggio, & Brune, 2010; Schilling et al., 2012)

Para hacer frente a estas inconsistencias, Sharp plantea 4 posibles explicaciones (Sharp, 2014):

1. Las dificultades en la mentalización se harían presente solo en condiciones de un alto estrés emocional, y en caso de no presentarse dicha situación, la capacidad de mentalizar se mantendría intacta.
2. Tal como han planteado Fonagy & Luyen (2009), las dificultades en la mentalización serían debido a una incapacidad de integrar las dimensiones *implícita* y *explícita* de la mentalización.
3. Solo en aquellas tareas que se acercan más a una situación real, podrían implicar una mayor integración de los sistemas socio-cognitivo, y por lo tanto una mayor probabilidad de mostrar dificultades en la mentalización. Al contrario, en tareas aleadas de la vida real, es más probable que donde las dimensión *cognitiva* y *afectiva* funcione de manera independiente y por consiguiente no existan dificultades en la mentalización (Bo et al., 2015).
4. Una cuarta explicación es que los sujetos con TLP no muestren un *déficit* en la mentalización, sino más bien una alteración en esta, la cual sería descrita como una *hipermentalización*, que puede ser definida como un proceso socio-cognitivo en que

los sujetos atribuyen los estados mentales de otros otros, sin una base objetiva para apoyar dichas suposiciones y que van mucho más allá de lo observable (Bo et al., 2015; Sharp, 2014; Sharp et al., 2013).

“...Por lo tanto, la hipermentalización sería una sobre interpretación de los estados mentales de otros, que deriva en malos entendidos que impedirían un desarrollo estable de las relaciones interpersonales...”(Bo et al., 2015, pp. 3)

Para llegar a la conclusión del último punto planteado anteriormente, Sharp y colaboradores (2011) realizaron un estudio experimental en que se comparó dos grupos de adolescentes hospitalizados entre 12 y 17 años, de los cuales 24 cumplían con los criterios diagnósticos para TPL según *DSM-IV*. A ambas muestras clínicas se les aplicó el MASC (Dziobek et al., 2006), donde se evaluó las características en que se podría manifestar la mentalización. La primera era una mentalización correcta, donde se precisaba de manera adecuada los estados mentales de los otros; la segunda sería una hipomentalización, donde si bien se tiene una idea general sobre qué es lo que podría estar sintiendo o pensando el otro, esta idea aún es insuficiente e incompleta; como tercera alternativa sería una nula mentalización, donde la respuesta refleja que no existe conexión entre lo que se observa y lo que se interpreta; finalmente, la hipermentalización reflejaría una sobre elaboración de la información obtenida al interpretar los estados mentales de otros. Los resultados demostraron que aquellos adolescentes con TLP tenían una correlación significativa con un razonamiento mental sobreinterpretativo e hipermentalizante (Sharp et al., 2011).

La hipermentalización, entonces, sería una dificultad en la capacidad de mentalización en que se hacen complejas, y retorcidas, suposiciones sobre los estados mentales de otros que van mucho más allá de la información disponible y observable (Sharp & Vanwoerden, 2015a). Esta se daría frente a eventos emocionalmente intensos, lo que generaría una incapacidad para integrar las dimensiones cognitivas y emocionales, generando así una necesidad de apoyarse o en un razonamiento *explícito-controlado*, o bien en uno *implícito-automático*, pero no de manera integrada, por lo que se producirían errores en la interpretación y por consiguiente tender a la hipermentalización (**Figura 1**) (Bo et al., 2015; Sharp & Vanwoerden, 2015a; Sharp, 2014).

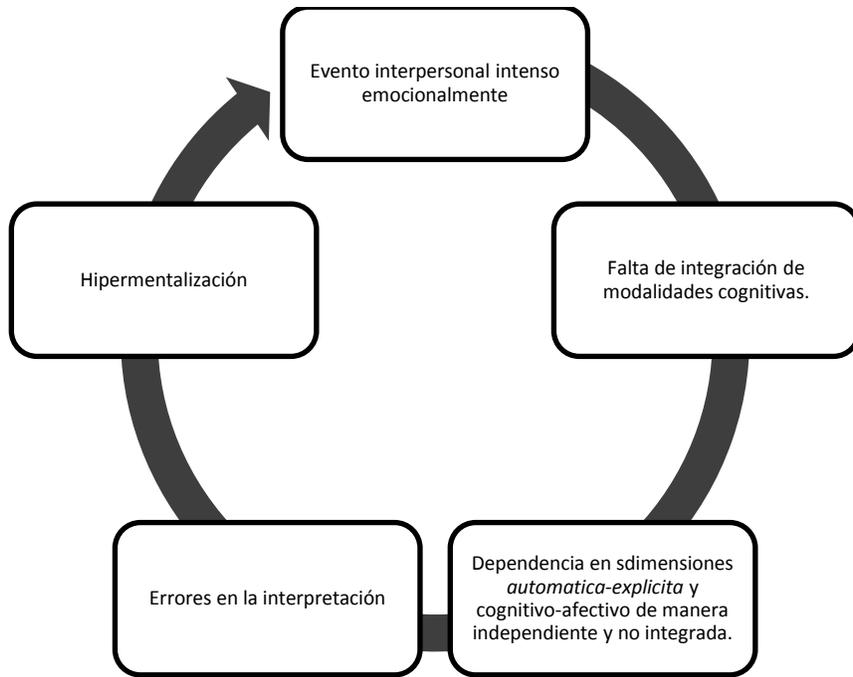


Figura 1: Modelo de Hipermentalización en TLP(Sharp, 2014, pp. 220)

III. Objetivos e Hipótesis de Trabajo:

III.1. Objetivo General:

Describir y comparar las características de la Mentalización y la Regulación Emocional en Adolescentes Chilenos entre 15 y 18 años, con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad consultantes en diversos centros de salud, con adolescentes que no lo presentan.

III.2. Objetivos Específicos:

1. Identificar y describir las características de la mentalización correspondiente a cada grupo.
2. Identificar y describir las características de la regulación emocional de cada grupo.
3. Comparar las características de la mentalización y la regulación emocional entre la muestra con TLP y sin TLP.
4. Determinar la relación entre la Regulación Emocional, Mentalización y Trastornos de la Personalidad.

III.3. Hipótesis de Trabajo:

- Se espera que aquellos sujetos que tengan el diagnóstico de TLP presenten una mayor tendencia a la hipermentalización, en comparación al grupo que no presenta dicho diagnóstico.
- Como segunda hipótesis, se espera que aquellos adolescentes que presenten una mayor tendencia a la hipermentalización, muestren además una mayor desregulación emocional.
- Finalmente, se hipotetiza que la desregulación emocional constituye un rol mediador entre TLP y la mentalización.

IV. Marco Metodológico

IV.1. Diseño y Tipo de Investigación:

La presente investigación es un estudio cuantitativo transversal no experimental, de tipo correlacional. Las razones para usar una metodología cuantitativa serían principalmente para poder delimitar las propiedades de los sujetos con el fin de asignarles números a las magnitudes para así resumir, manipular, y asociar dichos números (Hernández, Fernández, & Baptista, 1997). De esta manera, se responde de mejor manera al objetivo de la investigación, el cual sería poder describir las características de la mentalización y la regulación emocional en adolescentes con TLP. Además, permite mantener una coherencia con el resto de las investigaciones relacionadas a la temática y así poder establecer una comparación con estas últimas (Fossati, 2014a; Sharp et al., 2011).

Si bien se ha sugerido hacer investigaciones longitudinales para estudiar la personalidad en adolescentes debido a la gran variabilidad que implica este periodo (Bo et al., 2015; Chanen et al., 2004; Sharp & Vanwoerden, 2015a, 2015b), la presente investigación es de diseño transversal pues tiene como objetivo describir las variables en estudio en un momento dado (Hernández et al., 1997). Por otro lado, es un estudio no experimental ya que no hay manipulación deliberada de variables.

Finalmente, la presente investigación tiene un alcance correlacional, donde se relacionarán tres (3) variables; “Mentalización”, “Trastorno Límite de la Personalidad” y “Regulación Emocional (Hernández et al., 1997).

IV.2. Muestra:

Los participantes se dividen en dos grupos, el primero corresponde a adolescentes chilenos entre 15 a 18 años que presentan cumplen los criterios para el Trastorno Límite de la Personalidad según DSM-5 a excepción de ser mayor de 18 años (APA, 2013), y el segundo grupo a adolescentes chilenos entre 15 y 18 años que no presentan ningún trastorno psiquiátrico.

Con respecto al primer grupo, se trabajó con aquellos adolescentes que se encuentren hospitalizados o en tratamiento ambulatorio en centros de salud en Santiago de Chile.

El segundo grupo consiste en una muestra no clínica de adolescentes entre 15 a 18 años, que asisten a programas de orientación y/o psicoeducación de centros de salud de Santiago de Chile, y de los cuales no presentan trastornos psiquiátricos.

Se trabajó con un muestreo no-probabilístico, de tipo intencionado, por criterios de accesibilidad y factibilidad. Para lo anterior, se estableció un plazo de 6 meses para recolectar la muestra.

Los criterios muestrales para el grupo clínico se exponen en la **Tabla N°2**. Dentro de los criterios de inclusión se consideraron adolescentes que cumplan el diagnóstico de TLP (a excepción de ser mayor de 18 años) y tengan entre 15 y 18 años, además que tengan el español (chileno) como lengua materna. En cuanto a los criterios de exclusión, debido a las pruebas que se emplearán es necesario tener capacidad de comprensión y de atención acorde a lo esperado a la edad por lo que se deberá excluir a aquellos sujetos que presentan dificultades cognitivas. Por último, el TLP suele ser un diagnóstico con alta comorbilidad (American Psychiatric Association, 2013), se descartarán solo aquellas patologías psiquiátricas graves.

Tabla N°2

Criterios Inclusión para grupo con TLP

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
<ul style="list-style-type: none"> - Adolescentes hombres y mujeres entre 15 y 18 años. - Español como lengua materna - Cumplir con al menos 5 criterios de TLP 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades cognitivas. - Psicosis - Dependencia de Sustancias Trastorno del espectro autista.

IV.3. Instrumentos:

Los instrumentos se utilizaron para evaluar la Mentalización y el diagnóstico de TLP y la Regulación Emocional, así como también para evaluar la presencia de algún trastorno psiquiátrico.

IV.3.1.1. MASC-SP:

El MASC-SP (Lahera et al., 2014) es la versión adaptada al español de la Película para Evaluar Cognición Social (MASC) (Dziobek et al., 2006), la cual consiste en una película con cuatro personajes que personifican una situación cotidiana en una cena. La película dura aproximadamente 35 min., y durante esta, los participantes deberán responder 48 preguntas de múltiples alternativas sobre las emociones, pensamientos e intenciones de los personajes. Las cuatro alternativas de cada pregunta incluyen (1) una correcta mentalización sobre los personajes, (2) una sobre mentalización, (3) reducida mentalización, y (4) una total ausencia de la

capacidad de mentalización (Lahera et al., 2014). En cuanto al puntaje, se determinan las frecuencias de cada una de las respuestas correspondientes a cada tipo de mentalización, y se determina cual es el tipo que prevalece entre los demás. Para calcular el puntaje global, las respuestas asociadas a errores en la mentalización (sobre mentalización, disminuida mentalización, y nula mentalización) se restan a los puntajes de una correcta mentalización, y mientras más altos sean los puntajes de esta última, más precisa será esta capacidad. (ANEXO 3)

El MASC-SP tiene un alpha de Cronbach de 0,86, sin embargo no está validado en Chile. Dado que para validar esta prueba se requieren otros instrumentos que no están validados en Chile, se aplicó una prueba piloto con la versión española a 15 adolescentes con el objetivo de evaluar si es que comprendían el idioma y los modismos. Durante dicha aplicación, no se presentaron dudas con respecto a la comprensión.

Finalmente, es importante agregar que se cuenta con el permiso del autor del instrumento para que sea utilizado en la presente investigación (Lahera, 2014, comunicación personal), así como también de la autora original (Dziobek, 2015, comunicación personal).

IV.3.1.2. Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E):

El DERS-E (Guzmán-González, Trabucco, & Urzúa, 2014) corresponde a la versión Chilena de la *Difficulties in Emotion Regulation SCALE* (Gratz & Roemer, 2004), que tiene como objetivo evaluar problemas de regulación emocional. El DERS-E es un cuestionario de auto-reporte tipo Likert, la cual contiene 5 sub-escalas divididas en 25 ítems, a diferencia de la original que está compuesta de 6 sub-escalas y se divide en 36 ítems. Las sub-escalas son (1) *Rechazo Emocional*, implica las reacciones de no aceptación del propio estrés. (2) *Descontrol Emocional*, que alude a las dificultades para mantener el control del comportamiento en presencia de emociones negativas. (3) *Interferencia Emocional*, la cual implica las dificultades para concentrarse y cumplir las tareas en presencia de emociones negativas. (4) *Desatención Emocional*, hace referencia a las dificultades para atender y tener conocimiento de las emociones (5) *Confusión Emocional*, apunta a la dificultad para conocer y tener claridad sobre las emociones que se están experimentando. Además, el DERS-ES cuenta con un puntaje global a partir del promedio de los ítems (ANEXO 4).

El DERS-ES presenta buenos índices de consistencia interna (fluctúa entre 0.66 a 0.89), cuyos resultados son similares tanto a la versión original como a la versión Española (Hervás & Jódar, 2008).

Es importante mencionar que si bien el DERS-E está validado en Chile, el estudio se aplicó en población adulta. Es por lo mismo que, así como en el caso del MASC-S, también se aplicó una prueba piloto a 15 adolescentes, quienes no mostraron dificultades en la comprensión de los ítems.

Finalmente, también se cuenta con el permiso de la autora del presente instrumento para ser aplicado en la investigación (Guzmán-González, 2014, comunicación personal).

IV.3.1.3. Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II):

El SCID-II (Smith et al., 1999) es una entrevista semi-estructurada de 120 ítems que evalúa los trastornos de la personalidad según DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Cada ítem es puntuado en una escala de tres puntos (1= ausente, 2= sub-umbral, 3= presente), donde el diagnóstico categorial se establece solo cuando los criterios puntúan “presente”. Dado que los criterios para el TLP del DSM-5 (APA, 2013) no sufrieron ninguna modificación, es posible utilizar este mismo instrumento.

Se aplicará solo la sección para evaluar TLP, dejando de lado los otros Trastornos de la Personalidad. Tanto el SCID-II completo como la sección de TLP muestran una buena confiabilidad y validez. La sección de TLP ha mostrado un valor kappa de 0,87 (O’Boyle & Self, 1990, citado en Smith et al., 1999), así como un valor kappa de 78 para el cuestionario completo (Ekselius y Cols., 1994, citado en Smith et al., 1999).

El SCID-II ha sido previamente utilizado en Chile, donde precisamente su empleo solo la sección para evaluar TL (Florenzano et al., 2002).

IV.3.1.4. Mini International Neuropsychiatric Interview para Niños y Adolescentes (MINI-Kid):

Para determinar la presencia de trastornos psiquiátricos se aplicará la *Mini International Neuropsychiatric Interview* para Niños y Adolescentes (MINI-Kid), la cual fue originalmente desarrollada para diagnosticar trastornos según el DSM-IV, de forma sencilla y económica (Sheehan et al., 1998). El MINI-Kid es una entrevista estructurada que cuenta con estudios de validez y confiabilidad en varios idiomas (Sheehan et al., 2010). Además, este instrumento ha sido utilizado previamente en población adolescente chilena (Araya et al., 2013; De la Peña, Pérez, & Palacios, 2009; Gaete, Labbé, Del Villar, Allende, & Valenzuela, 2009).

IV.4. Análisis de Datos

Antes de probar la principal hipótesis de estudio, se determinó la media y desviación estándar de todas las variables en estudio. Dado que no se tiene clara la prevalencia de TLP en adolescentes en Chile como parámetro, se asumió una distribución no normal para la muestra recolectada. Por esto mismo se aplicó Chi-cuadrado para evaluar la asociación de dependencia de las variables de mentalización y regulación emocional con TLP. Posteriormente, se aplicó la prueba de Mann-Whitney para las diferencias entre los grupos con TLP y sin TLP con respecto a la mentalización y la regulación emocional. Finalmente, para analizar las correlaciones entre las variables, se implementó la prueba de correlación de Spearman (Hernández et al., 1997).

V. Resultados:

V.1 Descripción de la Muestra

La muestra, tal como se mencionó anteriormente, se trabajó con un muestreo no-probabilístico, de tipo intencionado, por criterios de accesibilidad y factibilidad, durante un periodo de 6 meses. Se entrevistó a un total 17 sujetos, de los cuales 3 fueron cumplían con alguno de los criterios de exclusión anteriormente mencionados (1 sujeto fue excluido por dependencia de sustancia, y 2 fueron excluidos por no cumplir con los criterios diagnósticos de TLP pero si poseían al menos un trastorno psiquiátrico). De la muestra recolectada, un 100% corresponden a mujeres, cuya edad promedio de las participantes fue de 16.14 (SD=.535). Un 57.1% vivía con ambos padres, un 35.7% solo con su madre, y un 7.1% solo con su padre. En cuanto al nivel socio-económico (NSE), un 21.4% correspondía a un NSE bajo, un 64.3% a un NSE medio, y un 14.3% a uno alto. Además, del total de la muestra, un 14.3% se encontraba hospitalizada en servicio de salud mental y un 50% se encontraba en un proceso de psicoterapia (**Tabla N°3**)

Tabla N°3

Datos Demográficos

Edad Promedio	TLP 16.14		Sin TLP 16.14	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
<i>N=</i>	7	50.0	7	50.0
<i>Curso</i>				
I° Medio	1	7.1	0	0.0
II° Medio	2	14.3	3	21.4
III° Medio	3	21.4	3	21.4
IV° Medio	1	7.1	1	7.1
<i>NSE*</i>				
Bajo	1	7.1	2	14.3
Medio	6	7.1	3	21.4
Alto	0	0.0	2	14.3
<i>Vive con</i>				
Ambos Padres	4	28.6	4	28.6
Solo Madre	3	21.4	2	14.3
Solo Padre	0	0	1	7.1
<i>Hospitalizado**</i>				
Si	2	14.3	0	0.0
No	5	35.7	7	50.0
<i>Psicoterapia</i>				
Si	6	42.9	1	7.1
No	1	7.1	6	42.9

Nota: NSE: Nivel Socioeconómico, Hospitalización Psiquiátrica.

El primero grupo, es decir aquel que consiste en adolescentes con el diagnóstico de TLP, está conformado por 7 sujetos, al igual que el grupo sin el diagnóstico de TLP. Es importante mencionar que existe una alta comorbilidad en los sujetos con TLP, donde los diagnósticos más frecuentes, recabados a partir del MINI-Kid, fueron el de Fobia Específica (57.1%), Trastorno Obsesivo-Compulsivo (57.1), Trastorno Depresivo Mayor (42.9%) y el de Fobia Social (42.9%) (**Tabla N°4**).

Tabla N°4

Comorbilidad TLP con Trastornos Psiquiátricos

Grupo TLP= 7		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Tr. Depresivo Mayor	3	42.9
Tr. Bipolar I	1	14.3
Tr. Bipolar II	1	14.3
Tr. de Panico	2	28.5
Agorafobia	2	28.5
Fobia Social	3	42.8
Fobia Especifica	4	57.1
TOC	4	57.1
Abuso Alcohol	1	14.3
TOD	1	14.3
Bulimia	1	14.3
Tr. Ansiedad Generalizada	1	14.3
TOTAL	24	-

Nota: No se incluyen casos sin TLP.

Además, tal como menciona la literatura (Becker, McGlashan, & Grilo, 2006), el grupo de adolescente con TLP también mostró un mayor riesgo de suicidabilidad, donde 5 de los 7 sujetos mostró un alto riesgo suicida (**Tabla N°5**).

Tabla N°5

Riesgo Suicida en TLP

Riesgo Suicida		
<i>Grupo TLP = 7</i>		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Bajo	1	14.3
Moderado	1	14.3
Alto	5	71.4

Nota: No se incluyen casos sin TLP.

V.2 Mentalización

En cuanto a la mentalización, es posible apreciar que el grupo con TLP tuvo en promedio un mayor número de errores en la mentalización que el grupo sin TLP. Además, la dificultad en la mentalización más frecuente para ambos grupos fue la hipermentalización, siendo el grupo con TLP el que obtuvo una mayor frecuencia, seguido por una disminuida mentalización, la cual también se presentó con segunda mayor frecuencia en ambos grupos, pero en mayor medida en el de sujetos TLP (Tabla N°6).

Tabla N°6

Diferencias Respuestas MASC-SP

Escala/Subescala	Trastorno Límite de la Personalidad				Significación (p) ^a
	SI		NO		
	Media	Desv. Est.	Media	Desv. Est.	
Correcta Mentalización	25.86	3.72	29.57	3.31	.03*
Error en Mentalización	19.14	3.72	15.29	3.25	.03*
<i>Hipermentalización</i>	9.86	2.67	8.00	2.83	.20
<i>Nula Mentalización</i>	3.43	1.13	2.43	1.99	.45
<i>Disminuida Mentalización</i>	5.86	1.95	4.86	2.67	.25
Control	3.43	1.40	3.43	1.27	1.00

^a Prueba de Mann-Whitney

* $p < 0.05$

Con respecto a la Correcta Mentalización, la diferencia entre los grupos con TLP y sin TLP, fue significativa a nivel muestral (Mann-Whitney: $U = 8.5$, $p < .05$), así como también en los Errores en la Mentalización (Mann-Whitney: $U = 8.0$, $p < .05$), lo cual implica mayores dificultades en la Mentalización en el grupo con TLP. Sin embargo, la diferencia en cuanto a la muestra, entre ambos grupos con respecto a la Hipermentalización (Mann-Whitney: $U = 15.5$, $p > .05$), una disminuida Mentalización (Mann-Whitney: $U = 18.5$, $p > .05$), una nula Mentalización (Mann-Whitney: $U = 14.5$, $p > .05$), y las respuestas control (Mann-Whitney: $U = 24.5$, $p > .05$), no es significativa. Aun así, a pesar de carecer significación a nivel muestral, es posible apreciar que los errores más frecuentes en la Mentalización en ambos grupos tienden a ser la Hipermentalización seguido de una disminuida Mentalización, y que se presentan con una mayor tendencia en el grupo con TLP. (Tabla N°6)

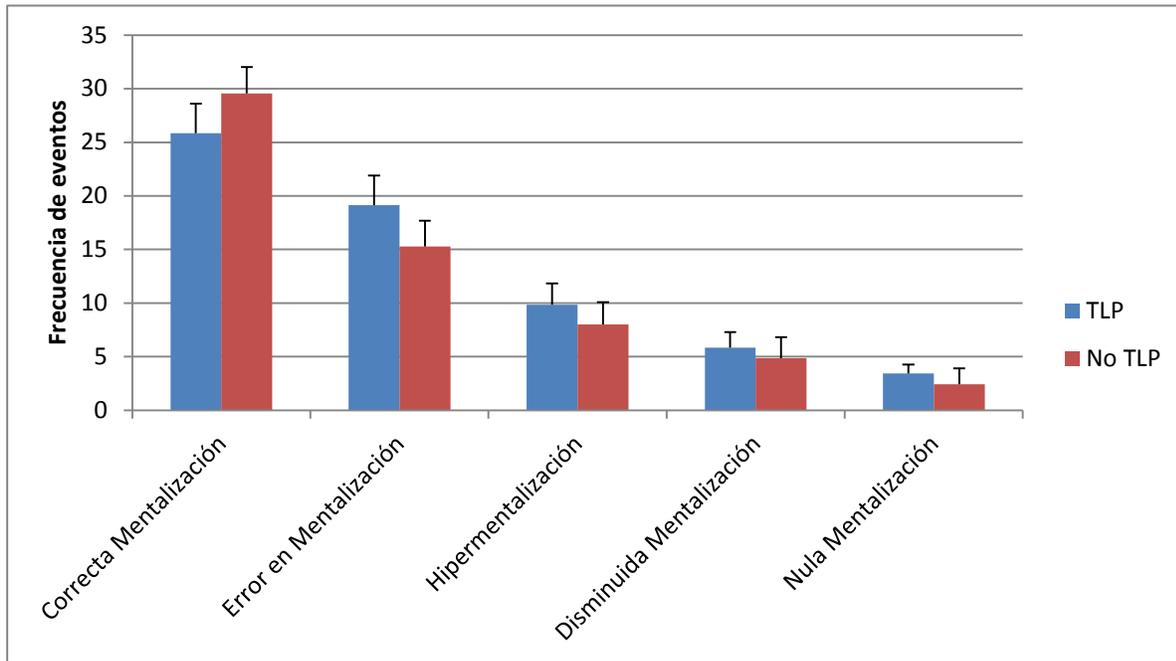


Figura N°2. Frecuencia Respuestas MASC-SP Grupos TLP y No TLP

En la **Figura N°2** es posible apreciar cómo se comportan los datos mencionados anteriormente, donde se destaca la diferencia significativa entre grupo con TLP y sin TLP con respecto a los errores en la Mentalización, seguido de los distintos tipos de este último.

Ahora bien, es importante establecer si efectivamente existe una asociación de dependencia entre las variables de Mentalización y TLP. Para lo anterior se aplica la prueba de chi-cuadrado comparando las respuestas del MASC-SP y el diagnóstico de TLP. La prueba de chi-cuadrado compara, a través de una tabla de contingencia, las *frecuencias observadas* con las *frecuencias esperadas*. Por lo tanto, es necesario que las *frecuencias observadas* sean igual o mayores a 5 en todas las celdas de la dicha tabla (Field, 2013).

Tabla N°7
MASC-S Pregunta N°13

		Nula Mentalización	Disminuida Mentalización	Correcta Mentalización	Hipermentalización	Total
TLP	<i>Frecuencia Observada</i>	1	1	2	4	7
	<i>Frecuencia Esperada</i>	1.5	1.5	2.5	3.0	7.0
	<i>% del Total</i>	7.1%	7.1%	14.3%	28.6%	50.0%
NO-TLP	<i>Frecuencia Observada</i>	2	2	3	2	7
	<i>Frecuencia Esperada</i>	1.5	1.5	2.5	3.0	7.0
	<i>% del Total</i>	14.3%	14.3%	21.4%	14.3%	50.0%
Total	<i>Frecuencia Observada</i>	3	3	5	6	14
	<i>Frecuencia Esperada</i>	3.0	3.0	5.0	6.0	14.0
	<i>% del Total</i>	21.4%	21.4%	35.7%	42.9%	100.0%

$p = 0.325 > 0.05$

La **Tabla N°7** muestra los resultados de la relación entre sujetos con y sin TLP, y la capacidad de mentalizar en una de las preguntas del MASC-SP. En primer lugar se aprecia que no existe una relación significativa entre dichas variables. Sin embargo, también se muestra que ninguna de las frecuencias esperadas es igual o mayor a 5 como para poder ejecutar la prueba de chi-cuadrado. Este mismo fenómeno se presentó en todas las preguntas del MASC-SP.

Ahora bien, y a modo de propuesta, se pretendió evaluar la dimensión “*focalizada internamente v/s focalizada externamente*” a partir del MASC-SP. Para esto se seleccionaron aquellos ítems en que se le consulta al sujeto sobre los estados mentales de los personajes a partir de inferencias internas (Ítems: 2, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 16, 17, 19, 21, 23, 27, 28, 29, 31, 32, 36, 37, 42, 43, y 44) y fueron categorizados como “Mentalización Interna”. Por otro lado, se seleccionaron aquellos ítems en que se le pregunta al sujeto sobre los estados mentales de los personajes a partir de apariencias visibles, como los rostros faciales (Ítems: 1, 6, 8, 9, 12, 14, 15, 20, 22, 24, 25, 30, 33, 34, 35, 38, 40, y 45), y fueron categorizados como “Mentalización Externa”. Finalmente, aquellos ítems en que no quedaba claro que tipo de mentalización predominaba en su evaluación, fueron dejados de lado (ítems: 4, 18, 26, 39, y 41).

Tabla N°8

Errores en Mentalización Focalizados Internamente / Externamente

Trastorno Límite de la Personalidad					
		SI		NO	
Error en Mentalización	Media	Desv. Est.	Media	Desv. Est.	Significación (p=) ^a
Interna	9.57	2.15	7.57	2.37	.08
Externa	7.43	2.1	6.00	2.31	.30

^a Prueba de Mann-Whitney

* Exact Sig. (1-tailed)

En la **Tabla N°8**, es posible apreciar que es en la mentalización interna donde ambos grupos presentan más errores, pero sería mayor en aquellos sujetos con TLP. Sin embargo, estas diferencias no serían significativas a nivel muestral.

A pesar de que las diferencias en cuanto a mentalización *interna* y *externa* no son significativas, en la **Figura N°** es posible apreciar cómo es que existe una tendencia a presentar mayores dificultades en la mentalización interna a diferencia de la externa, para ambos grupos.

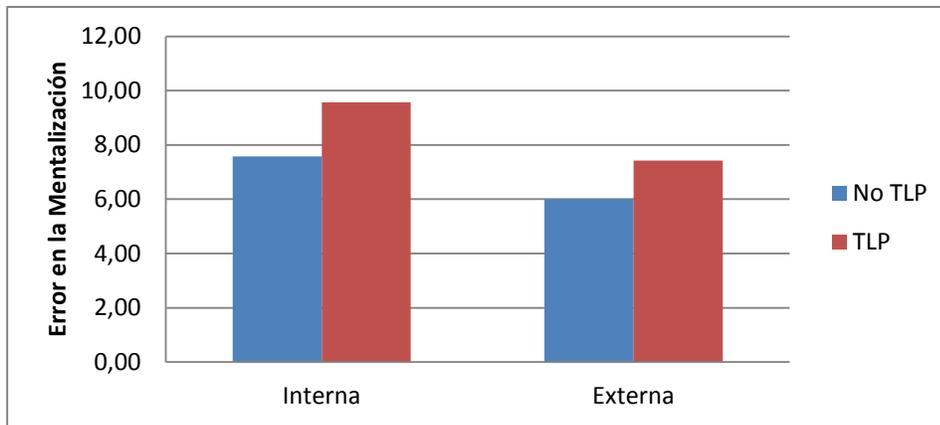


Figura N°3. Error Mentalización Interna v/s Externa entre Grupos con y sin TLP.

Finalmente, existen algunos ítems dentro del instrumento cuyo comportamiento tuvo una tendencia homogénea para ambos grupos, donde ninguno de los dos tuvo respuestas correctas (ítem 42), o bien la mayoría de ambos grupos respondió de manera correcta (ítems: 11, 29, 39, 41, 44) (Tabla N°8)

Tabla N°8

Comportamiento Items MASC-SP por Grupo TLP y sin TLP

	Trastorno Límite de la Personalidad							
	Si				No			
	Nula Mentalizacion	Disminuida Mentalizacion	Correcta Mentalizacion	Hiper-mentalizacion	Nula Mentalizacion	Disminuida Mentalizacion	Correcta Mentalizacion	Hiper-mentalizacion
MASC_11	0.0%	0.0%	85.7%	14.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
MASC_29	14.3%	0.0%	85.7%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
MASC_41	0.0%	14.3%	85.7%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
MASC_42	14.3%	14.3%	0.0%	71.4%	0.0%	14.3%	0.0%	85.7%
MASC_44	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	14.3%	85.7%	0.0%

Nota: Para revisar el comportamiento de todos los ítems, revisar ANEXO N°2

V.3 Regulación Emocional

En cuanto a la Regulación Emocional, se aprecia que el grupo con TLP muestra un promedio del puntaje global mayor en el DERS-E que el grupo sin TLP, lo que implica mayores dificultades en la Regulación Emocional. En cuanto a las sub-escalas, el grupo con TLP también muestra mayores dificultades que el sin TLP en cada una.

Además, al comparar las medias de ambos grupos, es posible verificar que, a nivel de la muestra, hay una diferencia significativa entre los sujetos con TLP y sin TLP, tanto en el puntaje global (Mann-Whitney: $U = 1.0$, $p < .05$), como en cada una de las sub-escalas: Rechazo

Emocional (Mann-Whitney: $U = 0.5$, $p < .05$), Interferencia Emocional (Mann-Whitney: $U = 4.5$, $p < .05$), Desatención Emocional (Mann-Whitney: $U = 1.0$, $p < .05$), Descontrol Emocional (Mann-Whitney: $U = 2.0$, $p < .05$), y Confusión Emocional (Mann-Whitney: $U = 0.0$, $p < .05$) (Tabla N°8).

Al comparar los puntajes obtenidos en la muestra con las medias de cada sub-escala de la validación chilena del DERS-E (Guzmán-González et al., 2014), se aprecia cómo es que el grupo con TLP mostró un desajuste emocional en cada una de las sub-escalas, mientras que el grupo sin TLP se mostró ajustado emocionalmente en cada una de estas (Tabla N°7).

Tabla N°8

Frecuencia Puntajes DERS-E

	Trastorno Límite de la Personalidad				Significación ($p=$) ^b	Puntajes DERS-E ^a			
	SI		NO			Desajuste Emocional		Ajuste Emocional	
	Mean	SD	Mean	SD		Mean	SD	Mean	SD
Puntaje Global	3.50	.89	1.36	.31	.001*	-	-	-	-
<i>Rechazo Emocional</i>	3.55	1.41	1.12	.17	.001*	2.97	1.01	1.97	.79
<i>Interferencia Emocional</i>	3.79	1.21	1.79	1.01	.007*	3.06	1.04	1.92	.08
<i>Desatención Emocional</i>	3.66	.81	1.80	.59	.001*	2.67	.91	1.95	.74
<i>Descontrol Emocional</i>	3.21	1.37	1.12	.19	.002*	2.59	1.07	1.51	0.6
<i>Confusión Emocional</i>	3.29	1.13	1.10	.16	.001*	2.61	.97	1.70	.77

^a Tabla adaptada de Guzmán-González et al., 2014

^b Prueba de Mann-Whitney

* $p < 0.05$

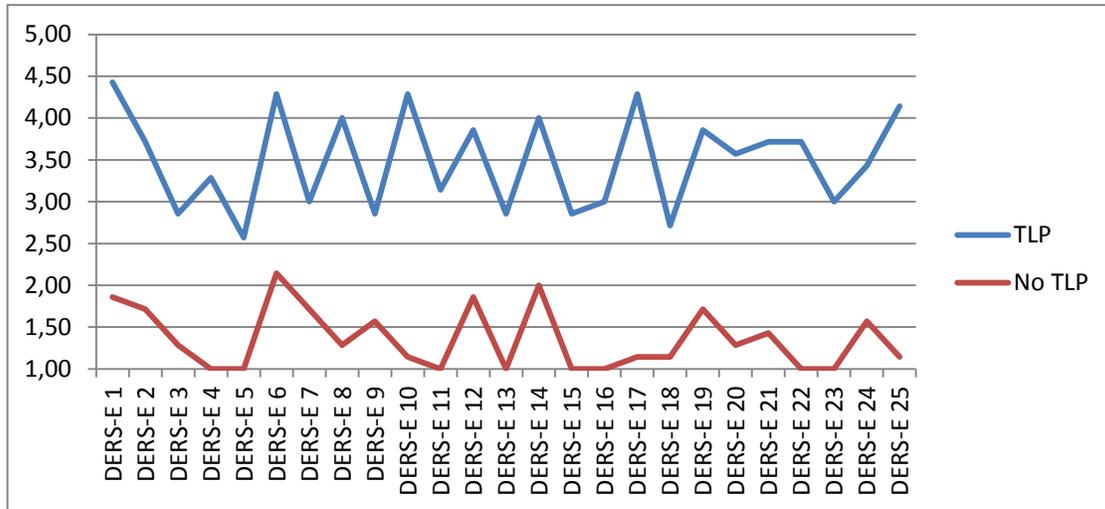


Figura N°3 Promedio de Comportamiento de Ítems DERS-E por Grupo.

En la **Figura N°3** se aprecia el comportamiento de ambos grupos según cada ítem del instrumento DERS-E, donde el promedio de respuesta por parte del grupo con TLP suele manifestar mayores dificultades en la regulación emocional en comparación con el grupo sin TLP.

Tabla N°9

Ítem N°1DERS-S "Percibo con Claridad mis Sentimientos"

		Casi Nunca	Algunas Veces	La Mitad de las Veces	La Mayoría de las Veces	Casi Siempre	Total
TLP	Frecuencia Observada	0	0	1	2	4	7
	Frecuencia Esperada	1.5	1.5	.5	1.5	2.0	7.0
	% del Total	0.0%	0.0%	7.1%	14.3%	28.6%	50.0%
NO-TLP	Frecuencia Observada	3	3	0	1	0	7
	Frecuencia Esperada	1.5	1.5	.5	1.5	2.0	7.0
	% del Total	21.4%	21.4%	0.0%	7.1%	0.0%	50.0%
Total	Frecuencia Observada	3	3	1	3	4	14
	Frecuencia Esperada	3.0	3.0	1.0	3.0	4.0	14.0
	% del Total	21.4%	21.4%	7.1%	21.4%	28.6%	100.0%

* $p= 0.023 < 0.05$

Ahora bien, a pesar de que existan diferencias significativas entre los grupos, el tamaño de la muestra no permite hacer una prueba de chi-cuadrado para verificar si existe efectivamente una asociación de dependencia o no entre las variables de Mentalización y Regulación emocional, tal como se aprecia en la **Tabla N°9** donde las frecuencias esperadas no son iguales ni superan el valor de 5.

V.4 Trastorno Límite de la Personalidad en Adolescentes, Mentalización y Regulación Emocional.

Al comparar los instrumentos utilizados para evaluar las variables de TLP, Mentalización y Regulación Emocional, es posible verificar lo siguiente. Existe una baja correlación entre aquellos sujetos que presentan errores en la Mentalización y además puntúan un desajuste en la Regulación Emocional, aunque dicha asociación no sería significativa a nivel de la muestra ($p = .35$). Por otro lado, Hay una buena correlación entre aquellos sujetos que presentan TLP y presentaron errores en la Mentalización, siendo esta significativa a nivel muestral ($p = .02$). Finalmente, existe una correlación muy alta entre aquellos sujetos que presentan TLP y un desajuste en la Regulación Emocional, siendo esta significativa en cuanto a la muestra ($p = .00$) (**Tabla N°10**).

En cuanto a la Hipermentalización y la Regulación Emocional entre todos los sujetos, existiría una correlación muy baja, aunque no sería significativa ($p = .5$), al igual que en la relación entre Hipermentalización y TLP ($p = .14$) (**Tabla N°10**). Por otro lado, al comparar las medias entre desajuste en Regulación Emocional e Hipermentalización entre los sujetos con TLP y sin TLP, se podría apreciar una tendencia a relacionarse inversamente, aunque como se planteó anteriormente, la diferencia de Hipermentalización entre sujetos con TLP y sin TLP no es significativa en la muestra (**Figura N°4**).

Tabla N°10

Correlación entre TLP, Error en la Mentalización y Desajuste en Regulación Emocional^a

	SCID-II (TLP)	MASC-SP (Error Mentalización)	MASC-SP (Hipermentalización)	DERS-E (Desregulación Emocional)
SCID-II (TLP)				
<i>Coef. de Correlación= r</i>	1.000	.589*	.32	.834**
<i>p-valor</i>	.	.027	.14	.000
MASC-SP SP (Error Mentalización)				
<i>Coef. de Correlación= r</i>		1.000	.73	.350
<i>p-valor</i>		.	.14	.219
MASC-SP (Hipermentalización)				
<i>Coef. de Correlación= r</i>			1.000	.193
<i>p-valor</i>			.	.50
DERS-E (Desregulación Emocional)				
<i>Coef. de Correlación= r</i>				1.000
<i>p-valor</i>				.

^a Correlación de Spearman

* Correlación es significativa, $p > .05$

** Correlación es significativa, $p > .01$

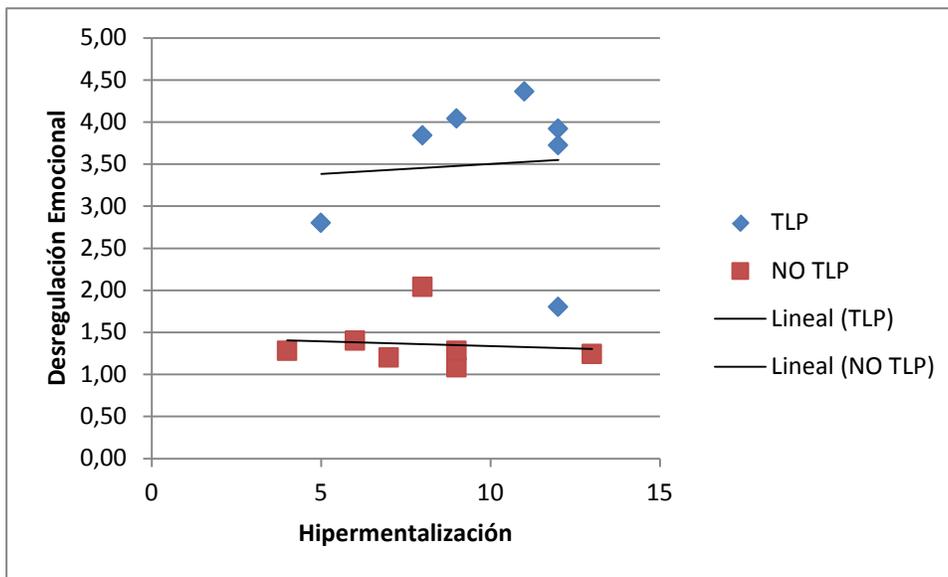


Figura N°4 Comparación Medias Hipermentalización y Desregulación Emocional entre TLP y No-TLP

VI. Discusión

Esta es la segunda investigación sobre TLP en Chile, y a diferencia de la efectuada por López y colaboradores (2010), es la primera que estudia dicho trastorno en adolescentes. Además, a pesar de que también se han publicado otros estudios internacionales que exploran la relación entre la mentalización y la regulación emocional en adolescentes con TLP en muestras clínicas (Sharp et al., 2011), la presente investigación explora las mismas variables, pero entre muestra clínica y no clínica.

VI.1 Sobre lo Descriptivo y lo Demográfico.

Sobre los datos demográficos, es posible apreciar que existen diferencias entre ambos grupos, con TLP y sin TLP, especialmente en lo que respecta al nivel socioeconómico (NSE), donde el grupo sin TLP estaría distribuido de manera homogénea y no así el grupo con TLP, cuyo fuerte se concentra en el NSE medio. En cuanto a la edad, el curso, y con quien viven, se puede apreciar una mayor similitud en ambos grupos. Sobre el hecho de que todas las participantes hayan sido mujeres se explica, por un lado, por la prevalencia predominante en mujeres en TLP (APA, 2013), y también porque participaban más que los hombres en los programas psicoeducativos en los centros en que se recolectó la muestra. Por lo tanto, a pesar de tener algunas similitudes, ambos grupos también poseen diferencias demográficas que deben ser consideradas a la hora de analizar los resultados debido al pequeño tamaño de la muestra, y el caso del NSE podría generar un sesgo con respecto al nivel de comprensión de los instrumentos.

Ahora bien, a pesar del tamaño muestral, se puede distinguir claramente que aquellos sujetos que presentan TLP, además poseen otras características clínicas, como por ejemplo el estar hospitalizado, estar en un proceso de psicoterapia, o bien en presentar otros trastornos psiquiátricos. Por otro lado, el grupo sin TLP, y como propósito de la investigación, no muestra trastornos psiquiátricos comórbidos, ni hospitalización. En cuanto a la psicoterapia, el único sujeto que asistía, no presento ningún trastorno psiquiátrico.

Se observa que aquellos adolescentes con TLP presentan una alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos en lo que respecta a la muestra, especialmente con los trastornos del ánimo, lo cual se condice con otros estudios (Peter Fonagy et al., 2015; Ha et al., 2014; Sharp &

Fonagy, 2015), así como también un mayor riesgo suicida (Peter Fonagy et al., 2015; Rossouw, 2012; Zanarini, Frankenburg, Ridolfi, et al., 2006). Sin embargo, el hecho de que el TOC y la Fobia Específica sean los trastornos más comórbidos en esta muestra en particular, no necesariamente va acorde a la literatura sino más bien podría explicarse por un sesgo en la aplicación misma del instrumento dada la complejidad en los diagnósticos. Cabría preguntarse si al aumentar el número de sujetos, las comorbilidades psiquiátricas se presentarían de la misma manera, o bien si la proporción de TOC y de Fobia Específica sería menores.

VI.2 Sobre la Mentalización.

Es importante considerar que la mentalización, tal como se plantea en su definición, implica la capacidad de dar cuenta de los estados mentales tanto propios como de los demás (dimensión orientada hacia el sí mismo v/s orientada a otros), pero el MASC-SP es un instrumento que apunta principalmente a los estados mentales de los personajes, y no a los del sujeto que está aplicando el instrumento. Por lo tanto, y tal como ha sido mencionado por otros autores, el presente instrumento abordaría la mentalización orientada a otros (Luyten et al., 2012).

En cuanto a la capacidad de mentalizar, en la muestra se observó que aquellos adolescentes con TLP muestran, de manera significativa, mayores dificultades que aquellos sin TLP, lo cual es similar a otras investigaciones (Harari, Shamay-Tsoory, Ravid, & Levkovitz, 2010), así como también de aquellas que han utilizado el MASC (Preisler, Dziobek, Ritter, Heekeren, & Roepke, 2010). Es importante explicitar que el nivel de significación planteado anteriormente se remite solo a la muestra, y no sería generalizable a la población. Además, se podría suponer que no existe una asociación de dependencia entre la TLP y Mentalización, sin embargo, debido al tamaño de la muestra no es posible determinar si existe o no dicha asociación. Cabría preguntarse si es que al aumentar el número de sujetos, se establecería de manera significativa la asociación de dependencia entre dificultades en la Mentalización y TLP, tal como se ha mencionado en la literatura (Peter Fonagy et al., 2003).

Al referirnos específicamente a la Hipermentalización, no se observaron diferencias significativas entre los sujetos con TLP y sin TLP, lo cual sería contrario a lo planteado en la teoría de Sharp (Bo et al., 2015; Sharp & Vanwoerden, 2015b; Sharp, 2014; Sharp et al., 2011, 2013). Sin embargo, si es posible observar una tendencia en que los sujetos con TLP presentarían

una mayor hipermentalización que los sujetos sin TLP, por lo que surge la duda si es que al aumentar el tamaño de la muestra, dicha diferencia sería significativa tal como se ha manifestado en la literatura.

A partir de lo planteado en el punto anterior, es posible afirmar la primera hipótesis en que aquellos sujetos con TLP presentan una mayor tendencia a la hipermentalización en comparación al grupo que no presenta dicho diagnóstico. Sin embargo, es de vital importancia explicitar algunos alcances a dicha afirmación: 1. La diferencia entre ambos grupos no sería significativa, aunque sería importante replicar el estudio con una muestra más grande para evaluar si es que en dicho caso, la diferencia si sería significativa. 2. El tamaño de la muestra no garantiza las condiciones necesarias para si quiera evaluar si es que son variables asociadas de manera dependiente o no. 3. Los resultados solo son aplicables a la muestra, y no generalizables a la población.

Por otro lado, resulta interesante apreciar que la hipermentalización también se presenta como el error más frecuente en aquellos adolescentes sin TLP, donde si bien es mayor en el grupo con TLP, vale la pena preguntarse si es que el hipermentalizar sería parte de un desarrollo normativo en la adolescencia cuando la mentalización no estaría del todo desarrollada. Lo anterior podría relacionarse con los estudios de neurociencia en que concluyen como la corteza frontal sería lo último en desarrollarse a lo largo del proceso evolutivo del hombre, siendo esta una zona muy relacionada con la capacidad de mentalizar (Peter Fonagy & Luyten, 2009; Peter Fonagy et al., 2003; Gogtay et al., 2004).

Otra de las dimensiones de la mentalización apunta a la dualidad entre *focalizarse internamente v/s focalizarse externamente*, la cual se ha planteado como posible de ser evaluada a través del MASC (Luyten et al., 2012). Sin embargo, no existen estudios que hayan evaluado de manera empírica esta dimensión utilizando dicho instrumento, por lo que se plante a modo de propuesta evaluarla en la presente investigación. Si bien no existen diferencias significativas a nivel muestral entre los errores de la mentalización interna y externa en ambos grupos, si es posible percibir, a modo de tendencia, que tanto el grupo con TLP y sin TLP presentan más dificultades en la mentalización interna. Lo anterior tendría relación con lo planteado por Fonagy & Luyten (2009), en que los sujetos con TLP tenderían a mostrar más dificultades en la

mentalización interna. Sin embargo, es importante mantener algunos alcances a esta conclusión: 1- La selección de los ítems para ser categorizados como “mentalización interna” y “mentalización externa” fue de manera arbitraria por el investigador responsable, y no a través de un grupo de jueces expertos para distinguir de mejor manera cada ítem. 2- El tamaño de la muestra no permite establecer diferencias significativas, pero aun así queda abierta la interrogante al aumentar el tamaño de sujetos.

Por último, resulta interesante como es que algunos ítems en el MASC-SP mostraron un comportamiento homogéneo en ambos grupos, ya sea en que la mayoría obtuvo respuesta correctas, o vice-versa. En caso de que sucediera lo mismo en una muestra de mayor tamaño, sería importante evaluar la permanencia de dichos ítems en una eventual validación en la población chilena.

VI.3 Sobre la Regulación Emocional.

En la muestra se observó que existe una diferencia significativa en la regulación emocional entre aquellos sujetos que presentan TLP de los que no, donde el primer grupo presenta mayores dificultades. Lo anterior se condice con la literatura, donde una de las características centrales del TLP es la desregulación emocional (Dziobek et al., 2011; Fletcher, Parker, Bayes, Paterson, & McClure, 2014; Peter Fonagy et al., 2004; Fossati, Feeney, et al., 2014). Además, los resultados son similares a aquellos estudios que evalúan la regulación emocional en sujetos con TLP con el DERS (Fossati, Gratz, Maffei, & Borroni, 2014; Glenn & Klonsky, 2009; Sharp et al., 2011). Es importante recalcar que el tamaño de la muestra no permite establecer si existe o no una asociación de dependencia entre las variables, así como también que estos resultados serían significativos a nivel muestral, y no generalizables a la población. Aun así cabría cuestionarse si es que se presentarían resultados similares en caso de que la muestra fuese mayor.

Otro punto que llama la atención es que los sujetos con TLP no solo presentaron dificultades en la regulación emocional a nivel global, sino que también en cada una de las sub-escalas del DERS-E, lo cual también se condice con otros estudios (Glenn & Klonsky, 2009). Sin embargo, y tal como se ha mencionado anteriormente, estos resultados serían significativos solo a nivel muestral.

Finalmente, a pesar de que el DERS-E es una versión validada en Chile para población adulta, es posible apreciar cómo es que la muestra con TLP mostró resultados dentro de los rangos categorizados como “desajuste emocional”, así como la muestra sin TLP se comportó dentro de los rangos de “ajuste emocional” según los valores de la validación Chilena del instrumento (Guzmán-González et al., 2014).

VI.4 Sobre Mentalización, Regulación Emocional y Trastorno Límite de la Personalidad en la Adolescencia

Al establecer los análisis de correlación, es posible desprender que existe una muy buena correlación entre la desregulación emocional y los sujetos con TLP, y sería significativa a nivel de la muestra. Además de que estos resultados sean similares a otros estudios (Fossati, Gratz, et al., 2014; Glenn & Klonsky, 2009; Sharp et al., 2011), El DERS-E pareciera ser no solo un buen instrumento para evaluar las dificultades en la regulación emocional, sino que también al ser la desregulación emocional uno de los elementos centrales del diagnóstico de TLP, podría utilizarse este instrumento a modo de screening para explorar la presencia de este trastorno. A diferencia del SCID-II que es una entrevista estructurada que debe ser aplicada por una persona que tenga conocimientos sólidos en salud mental, especialmente en trastornos de la personalidad, el DERS-E es un autoreporte que requiere de menor tiempo y menos recursos para ser aplicado. Sin embargo, es importante explicitar las cautelas frente a esta propuesta. En primer lugar, es importante comprobar si se presenta las mismas diferencias de puntaje entre sujetos con TLP y sin TLP en una muestra más grande, ya que los resultados presentados en este estudio solo son significativos a nivel de la muestra. Segundo, y en la misma línea que el primer punto, también se debe comprobar si la correlación entre ambas variables sigue siendo igual de alta en una muestra con mayores sujetos. Como tercer punto, y no menos importante, es que se debería validar el instrumento en población adolescente para comprobar si se comporta de igual manera. Por último, se debe tener en consideración que existen algunos ítems en el DERS-E que son bastante similares, y a pesar de que la validación chilena haya tenido una buena consistencia interna, es importante discriminar en qué medida los resultados de las diferencias y correlaciones en la presente investigación se explican más porque los sujetos respondieron lo mismo en distintos ítems. Para lo anterior, nuevamente se hace necesario preguntarse si al aumentar la muestra pasaría algo similar.

Por otro lado, existe una buena correlación entre los sujetos que presentan TLP y dificultades en la mentalización, siendo significativa a nivel muestral. Lo anterior, iría acorde a lo planteado por Fonagy en cuanto a las dificultades de la mentalización en los sujetos con TLP (Fonagy, Target, & Gergely, 2000; Peter Fonagy et al., 2004, 2003; Target & Fonagy, 1996), así como también en sujetos adolescentes con TLP (Bleiberg et al., 2012; Rossouw & Fonagy, 2012; Sharp et al., 2011). Ahora bien, es importante establecer la necesidad de comprobar si estos resultados se comportan de manera similar en una muestra más grande, de manera tal que pueda generalizarse a la población, ya que a partir de estos datos no sería posible.

Sin embargo, al no existir una diferencia significativa en la hipermentalización entre los sujetos con y sin TLP, la correlación entre estas dos variables es muy baja, lo cual es contrario a lo planteado por Sharp (Sharp et al., 2011, 2013). Sin embargo, esto se podría deber a las siguientes razones. El tamaño de la muestra deja abierto el cuestionamiento sobre si tendrá el mismo comportamiento al aumentar el número de sujetos, ya que al observar los gráficos, es posible percibir una tendencia a diferenciarse estas dos variables, y por consiguiente, a preguntarse si dicha tendencia se hace más fuerte a medida que aumente el tamaño muestra. Además, existen algunos sujetos con TLP que se comportan de manera distinta al resto del grupo en cuanto a la relación de hipermentalización y desregulación emocional, donde incluso se asemejan más al grupo sin TLP. Por esto mismo, también habrían que cuestionarse si al aumentar el tamaño muestral, se presentarían más casos similares o no.

En cuanto a la correlación entre TLP y errores en la mentalización, llama la atención que sea tan baja, siendo que a pesar del tamaño muestral se mostraron diferencias significativas entre el grupo con TLP y sin TLP. Por lo demás, en estudios anteriores se ha demostrado una relación entre estas dos variable (Sharp et al., 2011). Como posible explicación ante este suceso se puede atribuir al tamaño de la muestra, por lo que queda abierta posibilidad de que dicha correlación aumente en caso de tener un tamaño mayor de sujetos.

De esta manera, y a partir de lo planteado hasta ahora, es posible desprender lo siguiente de la segunda hipótesis. Tanto los adolescente con TLP como los sin TLP presentan la hipermentalización como el error más frecuente en la mentalización, mostrándose una mayor tendencia en el grupo con TLP. Sin embargo, la baja correlación que existe entre

hipermentalización y desregulación emocional no permite afirmar de manera concluyente dicha hipótesis. Aun así, es importante hacer mención de los siguientes alcances; En primer lugar, queda en duda si es que se mantendría este mismo resultado, o bien la relación entre la hipermentalización y la desregulación emocional se hace más fuerte en caso de que el tamaño muestral sea mayor. Como segundo punto, se observa una tendencia en aquellos adolescentes con TLP en presentar una mayor hipermentalización a medida que presentan mayor desregulación emocional, por lo que es necesario comprobar dicha tendencia en una muestra mas grande.

Por último, con respecto a la última hipótesis en que la desregulación emocional constituye un rol mediador entre la mentalización (variable independiente) y TLP (variable dependiente), no es posible poder comprobarlo por lo siguiente. Para ejecutar un análisis de mediación debe existir una asociación significativa entre las variables de estudio, sin embargo, el tamaño muestral no permite las condiciones necesarias para efectuar los análisis correspondientes como se mencionó anteriormente (Holmbeck, 1997). Además, tampoco es posible hacer un análisis de regresión debido al bajo tamaño de la muestra, generando una alta tasa de error, y por consiguiente mayor incertidumbre al establecer las conclusiones.

VI.5 Sobre las Limitaciones del Estudio

Debido a que las variables en este estudio han sido poco investigadas en Chile, era de esperar que no hubiera instrumentos validados para estudiarlas, como es el caso del MASC-SP que no se encuentra validado en Chile. De la misma manera, la escala DERS-E (Guzmán-González et al., 2014) fue validada en Chile en población adulta pero no en adolescentes.

Otra limitación es el tamaño de la muestra, donde no solo no cumplieron las condiciones mínimas para hacer algunos análisis, sino que también los resultados solo pueden ser atribuibles a los sujetos de la muestra, y no generalizables a la población. Esta limitación se explica tanto por los recursos disponibles, así como también el periodo de la recolección de la muestra que coincidía justo con las semanas de vacaciones tanto de los adolescentes, como también de los centros en los cuales se estaba entrevistando a los jóvenes.

Otro aspecto importante a considerar es el grado de depuración de la muestra, donde los instrumentos utilizados podrían no necesariamente identificar de manera fidedigna a aquellos sujetos con TLP, e incluso dar falsos positivos. Habría sido positivo haber incluido una evaluación clínica psiquiátrica de manera complementaria al MINI-Kid, así como también poder incluir aspectos del desarrollo para hacer un diagnóstico más fino sobre el TLP en los adolescentes.

Finalmente, y siguiendo la misma línea del punto anterior, en un principio se consideró hacer análisis de regresión y de mediación, pero dado el bajo tamaño de la muestra no fue posible ejecutar dichos análisis ya que el índice de error iba a ser muy alto como para establecer las conclusiones

VI. Conclusión:

A pesar de las limitaciones de la presente investigación, aun así es importante considerarla como un buen precedente para el estudio del Trastorno Límite de la Personalidad en la adolescencia en Chile, así como también de la Mentalización y la Desregulación Emocional. A pesar de que los resultados son significativos solo a nivel de la muestra, estos son, en su gran mayoría, similares a lo que se ha planteado en la literatura y en otros estudios empíricos.

Como todo proceso evolutivo, durante la adolescencia existen varias capacidades que aun no llegan a su plena funcionalidad, como por ejemplo la regulación emocional y la mentalización. Por esto mismo, el presente estudio brinda mayor información sobre las características de estas variables tanto en un desarrollo normal, como en uno anormal de la personalidad.

Además, los resultados permiten profundizar en la comprensión de los TLP y su compleja interacción tanto con la mentalización como con la desregulación emocional más allá de una visión descriptiva sintomática. De la misma manera, el seguir profundizando en esta línea de investigación ayudará a dirigir intervenciones terapéuticas que busquen mejorar las dificultades en la mentalización y la regulación emocional, y por consiguiente, en el establecimiento de las relaciones interpersonales, el manejo de las emociones, y el control de los impulsos; aspectos característicos para la prevención del desarrollo de un TLP.

Por otro lado, se abren otras líneas de investigación que valen la pena profundizar a futuro, como es el hecho de que al parecer los adolescentes sin TLP también podrían presentar una tendencia a la hipermentalización, aunque en menor medida que los adolescentes con TLP. Por esto mismo, valdría la pena preguntarse si el hipermentalizar es una característica propia del desarrollo, y que iría disminuyendo en la medida que los sujetos vayan madurando, ya sea neurobiológica o socialmente.

Aun así es de vital importancia poder replicar este estudio en una muestra más grande con el fin de confirmar los resultados vistos en la presente investigación, y así poder generalizarlos a la población. Además, y respondiendo a la misma necesidad de replicar el estudio en una muestra más grande, se podrían aplicar pruebas estadísticas que permitan establecer si existe o no una mediación por parte de la desregulación emocional entre la hipermentalización y el TLP.

Finalmente, recalcar en la necesidad de investigar en los TLP en la adolescencia; un diagnóstico que trae consigo una serie de dificultades significativas no solo para el individuo que lo padece sino que también para su entorno: familiares, amigos, parejas, etc. Y precisamente por este mismo sufrimiento padecido por el entorno, es que aquellos jóvenes con TLP comienzan a ser aislados, y privados de lo que más habían carecido durante su desarrollo; una figura de apego, un otro que pueda contener y reflejar sus estados mentales y emocionales, de manera que el mundo no sea percibido como un lugar amenazante, solitario, y desolador. Al contrario, al investigar, más nos acercamos a una posición reflexiva de estos jóvenes que adolecen.

VII. Referencias

- Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: a review. *Harvard Review of Psychiatry*, *12*(2), 94–104. <http://doi.org/10.1080/10673220490447218>
- Alarcón, P., Vinet, E., & Salvo, S. (2005). Estilos de Personalidad y Desadaptación Social Durante la Adolescencia. *Psykhé (Santiago)*, *14*(1), 3–16. <http://doi.org/10.4067/S0718-22282005000100001>
- Almonte, C. (2012a). Características Generales de la Psicopatología Infantil y de la Adolescencia. In C. Almonte & M. E. Montt (Eds.), *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* (2nd ed., pp. 114–125). Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Almonte, C. (2012b). Trastornos del Desarrollo de la Personalidad. In C. Almonte & M. E. Montt (Eds.), *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* (2nd ed., p. 570). Santiago, Chile: Mediterráneo.
- American Psychiatric Association. (1980). *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (1990). *DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. American Psychiatric Organization* (4th ed., Vol. 33). Washington, DC: American Psychiatric Association. <http://doi.org/10.1073/pnas.0703993104>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., Text Revision)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th ed.). Washington, DC; London, England: American Psychiatric Publishing.
- Araya, R., Montero-Marín, J., Barroilhet, S., Fritsch, R., Gaete, J., & Montgomery, A. (2013). Detecting depression among adolescents in Santiago, Chile: sex differences. *BMC Psychiatry*, *13*(122).
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder, Mentalization-Based Treatment*. Oxford: Oxford Medical Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. (A. Bateman & P. Fonagy, Eds.) (2nd ed.). Washington, DC; London, England: American Psychiatric Pub.
- Becker, D. F., McGlashan, T. H., & Grilo, C. M. (2006). Exploratory factor analysis of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, *47*(2), 99–105. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.07.003>
- Biskin, R. S. (2013). Treatment of Borderline Personality Disorder in Youth. *Journal Of The Canadian Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, *22*(3), 230–234.
- Bleiberg, E. (2013). Mentalizing-Based Treatment with Adolescents and Families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *22*(2), 295–330. <http://doi.org/10.1016/j.chc.2013.01.001>
- Bleiberg, E., Rossouw, T. I., Sharp, C., & Fonagy, P. (2012). Adolescent Breakdown and

- Emerging Borderline Personality Disorder. In A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (2nd ed., pp. 463–509). Washington, DC; London, England: American Psychiatric Publishing.
- Bo, S., Sharp, C., Fonagy, P., & Kongerslev, M. (2015). Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment Hypermentalizing, Attachment, and Epistemic Trust in Adolescent BPD: Clinical Illustrations Hypermentalizing, Attachment, and Epistemic Trust in Adolescent BPD: Clinical Illustrations. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, Advance on*. <http://doi.org/10.1037/per0000161>
- Bohus, M., Schmahl, C., & Lieb, K. (2004). New developments in the neurobiology of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 6(1), 43–50. <http://doi.org/10.1007/s11920-004-0038-4>
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Hok, P. Y., ... McGorry, P. D. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 193(6), 477–484. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048934>
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McGorry, P. D., Allot, K. a, Clarkson, V., & Yuen, H. P. (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 18(6), 526–541. <http://doi.org/10.1521/pedi.18.6.526.54798>
- Choi-kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, Assessment, and Application in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127–1135. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081360>
- Compas, B. E. (2004). Processes of Risk and Resilience During Adolescence. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of Adolescent Psychology* (2nd ed.). New Jersey: John Wiley & Son.
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, E. J., & Angold, A. (2009). Which Childhood and Adolescent Psychiatric Disorders predict which Young Adult Disorders? *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 764–772. <http://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.85.Which>
- Damasio, A. R. (1995). *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain. Relations industrielles*. <http://doi.org/10.7202/051028ar>
- De la Barra, F., Vicente, B., Saldivia, S., & Melipillán, R. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 521–29. [http://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70346-2](http://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70346-2)
- De la Peña, F., Pérez, A., & Palacios, L. (2009). Validación Concurrente para Trastornos Externalizados del MINI-Kid y la Entrevista Semi-estructurada para Adolescentes. *Revista Chilena de Psiquiatría Y Neurología de La Infancia Y Adolescencia*, 20(1), 8–12.
- Domes, G., Czeschnek, D., Weidler, F., Berger, C., Fast, K., & Herpertz, S. C. (2008). Recognition of facial affect in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(2), 135–147. <http://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.2.135>
- Dziobek, I., Fleck, S., Kalbe, E., Rogers, K., Hassenstab, J., Brand, M., ... Convit, A. (2006).

- Introducing MASC: A movie for the assessment of social cognition. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(5), 623–636. <http://doi.org/10.1007/s10803-006-0107-0>
- Dziobek, I., Preisler, S., Grozdanovic, Z., Heuser, I., Heekeren, H. R., & Roepke, S. (2011). Neuronal correlates of altered empathy and social cognition in borderline personality disorder. *NeuroImage*, 57(2), 539–548. <http://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2011.05.005>
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition & Emotion*. <http://doi.org/10.1080/02699939208411068>
- Erikson, E. J. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: W. W. Norton.
- Escobar, M., Santelices, M., & Elizalde, G. (2013). Psicoterapia basada en la Mentalización como tratamiento para Trastornos de Personalidad Borderline: Revisión teórica de los postulados de Fonagy. *Summa Psicológica*, 10, 155–160. Retrieved from <http://www.summapsicologica.cl/index.php/summa/article/view/45>
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using R by Andy Field, Jeremy Miles, Zoë Field*. *International Statistical Review* (Vol. 81). http://doi.org/10.1111/insr.12011_21
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(1), 3. <http://doi.org/10.1186/1753-2000-5-3>
- Fletcher, K., Parker, G., Bayes, A., Paterson, A., & McClure, G. (2014). Emotion regulation strategies in bipolar II disorder and borderline personality disorder: Differences and relationships with perceived parental style. *Journal of Affective Disorders*, 157(July), 52–59. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.01.001>
- Florenzano, R. (2003). Epidemiología de los Desórdenes de la Personalidad. In R. Riquelme & A. Oksenberg (Eds.), *Trastornos de la Personalidad, hacia una mirada integral* (pp. 81–90). Santiago, Chile: Sociedad Chilena de Salud Mental.
- Florenzano, R., Weil, K., Cruz, C., Acuña, J., Fullerton, C., Muñiz, C., ... Marambio, M. (2002). Personalidad Límitrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un estudio empírico. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 40(4), 335–340.
- Fonagy, P. (1996). Playing With Reality: I. Theory Of Mind And The Normal Development Of Psychic Reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77(2), 217–233.
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1129–1146; discussion 1175–1187. <http://doi.org/10.1177/00030651000480040701>
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder--a mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 4–21. <http://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.1.4>
- Fonagy, P., Bateman, A., & Luyten, P. (2012). Introduction and Overview. In A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Practice* (pp. 3–42). Washington, DC; London, England: American Psychiatric Publishing.

- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2004). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self* (1st ed.). New York: Other Press.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, *21*(4), 1355–1381. <http://doi.org/10.1017/S0954579409990198>
- Fonagy, P., Speranza, M., Luyten, P., Kaess, M., Hessels, C., & Bohus, M. (2015). ESCAP Expert Article: Borderline personality disorder in adolescence: An expert research review with implications for clinical practice. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *24*(11), 1307–1320. <http://doi.org/10.1007/s00787-015-0751-z>
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G., & Higgitt, A. (1991). The Capacity for Understanding Mental States: The Reflective Self in Parent and Child and Its Significance for Security of Attachment. *Infant Mental Health Journal*, *12*(3), 201–218.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, *9*(4), 679–700. <http://doi.org/10.1017/S0954579497001399>
- Fonagy, P., & Target, M. (1998). *Reflective-functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews*. London: University College. Retrieved from <http://mentalizacion.com.ar/images/notas/Reflective Functioning Manual.pdf>
- Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder. A theory and some evidence. *Psychiatr Clin North Am*, *23*(1), 103–22, vii–viii. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=10729934
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J., & Bateman, A. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence, (July 2013), 412–459. <http://doi.org/10.1080/07351692309349042>
- Fossati, A. (2014a). Borderline Personality Disorder in Adolescence: Phenomenology and Construct Validity. In C. Sharp & J. L. Tackett (Eds.), *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents* (pp. 19–34). New York: Springer.
- Fossati, A. (2014b). Disorder in Adolescence: Phenomenology and Construct Validity. In C. Sharp & J. L. Tackett (Eds.), *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents* (pp. 19–34). New York: Springer.
- Fossati, A., Feeney, J., Maffei, C., & Borroni, S. (2014). THINKING ABOUT FEELINGS : Affective State Mentalization , Attachment Styles , and Borderline Personality Disorder Features. *Psychoanalytic Psychology*, *31*(1), 41–67. <http://doi.org/10.1037/a0033960>
- Fossati, A., Gratz, K. L., Maffei, C., & Borroni, S. (2014). Impulsivity dimensions, emotion dysregulation, and borderline personality disorder features among Italian nonclinical adolescents. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *1*(1), 5. <http://doi.org/10.1186/2051-6673-1-5>
- Frith, C. D. (2007). The social brain? *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, *362*(1480), 671–678. <http://doi.org/10.1098/rstb.2006.2003>

- Gabbard, O. (2002). *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica* (3rd ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Gaete, J., Labbé, N., Del Villar, P., Allende, C., & Valenzuela, E. (2009). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes infractores de ley. Estudio caso-control. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 47(3), 190–200. <http://doi.org/10.4067/S0717-92272009000300003>
- Ghiassi, V., Dimaggio, G., & Brune, M. (2010). Dysfunctions in understanding other minds in borderline personality disorder: a study using cartoon picture stories. *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 20(June), 657–67. <http://doi.org/10.1080/10503307.2010.501040>
- Glenn, C. R., & Klonsky, D. (2009). Emotion Dysregulation as a Core Feature of Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23(1), 20–28. <http://doi.org/10.1159/000322806>
- Gogtay, N., Giedd, J. N., Lusk, L., Hayashi, K. M., Greenstein, D., Vaituzis, a C., ... Thompson, P. M. (2004). Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101(21), 8174–9. <http://doi.org/10.1073/pnas.0402680101>
- Gomberoff, L. (1987). Adolescencia, personalidad y sus trastornos. *Revista de Psiquiatría*, 4, 71–78.
- Goodman, M., Mascitelli, K., & Triebwasser, J. (2013). The neurobiological basis of adolescent-onset Borderline Personality Disorder. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(3), 212–219. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3749895&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Goodman, M., Patil, U., Triebwasser, J., Hoffman, P., Weinstein, Z. a, & New, A. (2011). Parental burden associated with borderline personality disorder in female offspring. *Journal of Personality Disorders*, 25(1), 59–74. <http://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.1.59>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <http://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *General Review in Psychology*, 2(2), 271–299. <http://doi.org/10.1017.S0048577201393198>
- Gross, J. J., Es, J. M., & Ross, J. G. (1999). Emotion Regulation: Past, Present, Future. *Cognition & Emotion*, 13(5), 551–573. <http://doi.org/10.1080/026999399379186>
- Gunderson, J. G. (2009). Borderline Personality Disorder: Ontogenyof a Diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 166(5), 530–539.
- Guzmán-González, M., Trabucco, C., & Urzúa, A. M. (2014). Validez y Confiabilidad de la versión adaptada al español de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) en población chilena. *Terapia Psicológica*, 32(1), 19–29.
- Ha, C., Balderas, J. C., Zanarini, M. C., Oldham, J., & Sharp, C. (2014). Psychiatric Comorbidity

- in Hospitalized Adolescents With Borderline Personality Disorder. *J Clin Psychiatry*, 75(5), 457–464.
- Harari, H., Shamay-Tsoory, S. G., Ravid, M., & Levkovitz, Y. (2010). Double dissociation between cognitive and affective empathy in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 175(3), 277–279. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.03.002>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (1997). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN*. Ciudad de México: McGraw Hill.
- Herpertz, S. C. (2011). Beitrag der Neurobiologie zum Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Der Nervenarzt*, 82(1), 9–15. <http://doi.org/10.1007/s00115-010-3127-0>
- Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2014). The social-cognitive basis of personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(1), 73–7. <http://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000026>
- Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional The spanish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Clinica Y Salud*, 19(2), 139–156.
- Holmbeck, G. (1997). Toward Terminological, Conceptual, and Statistical Clarity in the Study of Mediators and Moderators: Examples From the Child-Clinical and Pediatric Psychology Literatures. *J Consult Clin Psychol*, 65(4), 599–610. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=paovftc&NEWS=N&AN=00004730-199708000-00009>
- Holt, R. J., Chura, L. R., Lai, M., Suckling, J., Hagen, E. Von, & Calder, A. J. (2014). “ Reading the Mind in the Eyes ” : an fMRI study of adolescents with autism and their siblings. *Psychological Medicine*, 44(15), 1–13. <http://doi.org/10.1017/S0033291714000233>
- Hughes, A. E., Crowell, S. E., & Coan, J. a. (2012). A Developmental Neuroscience of Borderline Pathology: Emotion Dysregulation and Social Baseline Theory. *J Abnorm Child Psychol*, 40(1), 21–33. <http://doi.org/10.1007/s10802-011-9555-x.A>
- Jung, E., Pick, O., Schlüter-Müller, S., Schmeck, K., & Goth, K. (2013). Identity development in adolescents with mental problems. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 26. <http://doi.org/10.1186/1753-2000-7-26>
- Kernberg, O. (1967). *Borderline personality organization*. *Journal of the American Psychoanalytic Association* (Vol. 15). <http://doi.org/10.1177/000306516701500309>
- Kernberg, O. F. (1986). Trastornos de la Personalidad. *Rev. Psiquiatría*, 3, 155–178.
- Kernberg, P. F., Weiner, A. S., & Bardenstein, K. K. (2000). *Personality Disorders in Children and Adolescents*. New York: Basic Books.
- Lahera, G., Boada, L., Pousa, E., Mirapeix, I., Morón-Nozaleda, G., Marinas, L., ... Parellada, M. (2014). Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC): Spanish Validation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(8), 1886–1896. <http://doi.org/10.1007/s10803-014-2061-6>

- LeDoux, J. (1996). *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. New York: Simon & Schuster.
- Lerner, R. M., & Steinberg, L. (2004). *Handbook of Adolescent Psychology*. (R. M. Lerner & L. Steinberg, Eds.) (2nd ed.). New Jersey: John Wiley & Son.
- Lieberman, M. D. (2007). Social cognitive neuroscience: a review of core processes. *Annual Review of Psychology*, *58*, 259–289.
<http://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085654>
- Linehan, M. M. (1993). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- López, C. S., Pérez, F. C., Troncoso, M. P., Saldaña, J. C., Bustamante, M. L. X., & Jerez, S. C. (2010). Caracterización de las Hospitalizaciones realizadas en la unidad de trastornos de Personalidad de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile entre los años 2006 y 2008. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, *48*(2), 123–134. <http://doi.org/10.4067/S0717-92272010000300005>
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., & Vermote, R. (2012). Assessment of Mentalization. In *Handbook of Mentalizing in Mental Practice* (pp. 43–65). Washington, DC; London, England: American Psychiatric Publishing.
- McWilliams, N. (2011). *Understanding Personality Structure in the Clinical Process Psychoanalytic Diagnosis. PhD Proposal* (2nd ed., Vol. 1). New York, London: The Guilford Press. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Meaney, R., Hasking, P., & Reupert, A. (2016). Prevalence of Borderline Personality Disorder in University Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Plos One*, *11*(5), e0155439. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0155439>
- Midgley, N., & Vrouva, I. (2012). *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families*. New York: NY: Routledge.
<http://doi.org/10.1177/1359104515574806>
- Miles, S. R., Tharp, A. T., Stanford, M., Sharp, C., Menefee, D., & Kent, T. A. (2015). Emotion dysregulation mediates the relationship between traumatic exposure and aggression in healthy young women. *Personality and Individual Differences*, *76*, 222–227.
<http://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.058>
- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., & Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, *28*(6), 969–981.
<http://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.004>
- Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J. B., & Patton, G. C. (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: A population-based cohort study. *The Lancet*, *379*(9812), 236–243.
[http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61141-0](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61141-0)
- Morey, L. C., & Meyer, J. K. (2014). Conceptualizing Youth Borderline Personality Disorder Within a PAI Framework. In C. Sharp & J. L. Tackett (Eds.), *Handbook of Borderline*

- Personality Disorder in Children and Adolescents* (pp. 49–64). New York: Springer.
- Musalem, R. (2012). El Desarrollo Adolescente y sus Trastornos. In C. Almonte & M. E. Montt (Eds.), *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* (2nd ed., pp. 49–68). Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Normandin, L., Ensink, K., & Kernberg, O. F. (2015). Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Adolescents: A Neurobiologically Informed Psychodynamic Psychotherapy. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, *14*(1), 98–110.
<http://doi.org/10.1080/15289168.2015.1006008>
- Northoff, G., Schneider, F., Rotte, M., Matthiae, C., Tempelmann, C., Wiebking, C., ... Panksepp, J. (2009). Differential parametric modulation of self-relatedness and emotions in different brain regions. *Human Brain Mapping*, *30*(2), 369–382.
<http://doi.org/10.1002/hbm.20510>
- Nussbaum, M. (1994). *The Therapy of Desire*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Preisler, S., Dziobek, I., Ritter, K., Heekeren, H. R., & Roepke, S. (2010). Social Cognition in Borderline Personality Disorder: Evidence for Disturbed Recognition of the Emotions, Thoughts, and Intentions of others, *4*(December), 8.
<http://doi.org/10.3389/fnbeh.2010.00182>
- Rinne, T., De Kloet, E. R., Wouters, L., Goekoop, J. G., DeRijk, R. H., & Van den Brink, W. (2002). Hyperresponsiveness of hypothalamic-pituitary-adrenal axis to combined dexamethasone/corticotropin-releasing hormone challenge in female borderline personality disorder subjects with a history of sustained childhood abuse. *Biological Psychiatry*, *52*(11), 1102–1112. [http://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01395-1](http://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01395-1)
- Rossouw, T. I. (2012). Self-Harm in Young People: Randomised Control Trial Testing Mentalization Based Treatment Against Treatment as Usual, (September).
- Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *51*(12). <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>
- Salud, M. de. (2012). *SITUACIÓN ACTUAL DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN CHILE*. Santiago, Chile. Retrieved from http://www.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201210251259030.situacion_actua_l_embarazo_adolescente_en_chile.pdf
- Samuels, J., Eaton, W. W., Bienvenu, O. J., Brown, C. H., Costa, P. T., & Nestadt, G. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *180*, 536–542.
<http://doi.org/10.1192/bjp.180.6.536>
- Schilling, L., Wingenfeld, K., Löwe, B., Moritz, S., Terfehr, K., Köther, U., & Spitzer, C. (2012). Normal mind-reading capacity but higher response confidence in borderline personality disorder patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *66*(4), 322–327.
<http://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2012.02334.x>
- Sellbom, M., & Matthew, J. A. (2014). Conceptualizing Youth BPD Within a MMPI-A

- Framework. In C. Sharp & J. L. Tackett (Eds.), *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents* (pp. 65–80). New York: Springer.
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol. (2015). *Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General. Observatorio Chileno de Drogas*. Santiago, Chile.
- Sharp, C. (2014). The Social-Cognitive Basis of BPD: A Theory of Hypermentalizing. In C. Sharp & J. L. Tackett (Eds.), *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents* (pp. 211–225). New York: Springer.
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2015). Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence - Recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *56*(12), 1266–1288. <http://doi.org/10.1111/jcpp.12449>
- Sharp, C., Ha, C., Carbone, C., Kim, S., Perry, K., Williams, L., & Fonagy, P. (2013). Hypermentalizing in adolescent inpatients: treatment effects and association with borderline traits. *Journal of Personality Disorders*, *27*(1), 3–18. <http://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.1.3>
- Sharp, C., Ha, C., Michonski, J., Venta, A., & Carbone, C. (2012). Borderline personality disorder in adolescents: Evidence in support of the Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder in a sample of adolescent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, *53*(6), 765–774. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.12.003>
- Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A. B., Sturek, J., & Fonagy, P. (2011). Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *50*(6), 563–573. <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.01.017>
- Sharp, C., & Romero, C. (2007). Borderline personality disorder: A comparison between children and adults. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *71*(2), 85–114. <http://doi.org/10.1521/bumc.2007.71.2.85>
- Sharp, C., & Tackett, J. L. (2014). Introduction: An Idea Whose Time Has Come. In C. Sharp & J. L. Tackett (Eds.), *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents* (pp. 3–8). New York: Springer.
- Sharp, C., & Vanwoerden, S. (2015a). Hypermentalizing in Borderline Personality Disorder: A Model and Data. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, *14*(1), 33–45. <http://doi.org/10.1080/15289168.2015.1004890>
- Sharp, C., & Vanwoerden, S. (2015b). Hypermentalizing in Borderline Personality Disorder: A Model and Data. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, *14*(1), 33–45. <http://doi.org/10.1080/15289168.2015.1004890>
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., & Al., E. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *59*(20), 22–33.
- Sheehan, D., Sheehan, K., Shytle, R., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J., & Al., E. (2010).

- Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(3), 313–26.
- Siever, L. J., & Weinstein, L. N. (2009). The neurobiology of personality disorders: implications for psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(2), 361–398. <http://doi.org/10.1177/0003065109333502>
- Smith, L. B., First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (1999). *Guía del Usuario para la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II)*. Barcelona: Masson, S.A.
- Spinoza, B. (1996). *Ethics*. London: Penguin Classics.
- Stepp, S. D. (2012). Development of Borderline Personality Disorder in Adolescence and Young Adulthood: Introduction to the Special Section. *J Abnorm Child Psychol*, 40(1). <http://doi.org/10.1007/s10802-011-9594-3>.
- Stepp, S. D., Olino, T. M., Klein, D. N., Seeley, J. R., & Lewinsohn, P. M. (2013). Unique Influences of Adolescent Antecedents on Adult Borderline Personality Disorder Features. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(3), 223–229. <http://doi.org/10.1037/per0000015>
- Susman, E., & Rogol, A. (2004). Puberty and Psychological Development. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of Adolescent Psychology* (2nd ed., pp. 15–41). New Jersey: John Wiley & Son.
- Target, M., & Fonagy, P. (1996). Playing with Reality: II, The Development of Psychic Reality from a Theoretical Perspective. *Int. J. Psycho-Anal.*, 77, 459–479.
- Uddin, L. Q., Iacoboni, M., Lange, C., & Keenan, J. P. (2007). The self and social cognition: the role of cortical midline structures and mirror neurons. *Trends in Cognitive Sciences*, 11(4), 153–157. <http://doi.org/10.1016/j.tics.2007.01.001>
- Van Asselt, A. D. I., Dirksen, C. D., Arntz, A., & Severens, J. L. (2007). The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients. *European Psychiatry*, 22(6), 354–361. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.04.001>
- Van Asselt, A. D. I., Dirksen, C. D., Arntz, A., & Severens, J. L. (2008). Difficulties in calculating productivity costs: Work disability associated with borderline personality disorder. *Value in Health*, 11(4), 637–644. <http://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00288.x>
- Ventura-Junca D., R., Carvajal, C., Undurraga, S., Vicuña, P., Egaña, J., & Garib, M. J. (2010). Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la región metropolitana de Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*, 138(3), 309–315. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872010000300008>
- Vicente, B., Saldivia, S., de la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M., & Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista Médica de Chile*, 140(4), 447–457. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872012000400005>
- Vinet, E. V., & Forns, M. i S. (2008). Normas chilenas para el MACI: Una integración de criterios categoriales y dimensionales. *Terapia Psicológica*, 26(2), 151–163. <http://doi.org/10.4067/S0718-48082008000200001>

- Vinet, E. V, Faúndez, X., & Larraguibel, M. (2009). Application of the Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI) to adolescent drug abusers. *Revista Medica de Chile*, *137*(4), 466–474. <http://doi.org/S0034-98872009000400003>
- Vrouva, I., & Fonagy, P. (2009). Mind the Mind! The Mentalization Stories' Test for Adolescents. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *57*(5), 1174–1179. <http://doi.org/10.1177/0003065109347904>
- Vrouva, I., Target, M., & Ensink, K. (2012). Measuring mentalization in children and young people. In N. Midgley & I. Vrouva (Eds.), *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families*. (pp. 54–76). New York: NY: Routledge.
- Weiss, M., Zelkowitz, P., Feldman, R. B., Vogel, J., Heyman, M., & Paris, J. (1996). Psychopathology in offspring of mothers with borderline personality disorder: a pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, *41*(5), 285–290.
- Whalen, D. J., Scott, L. N., Jakubowski, K. P., McMakin, D. L., Hipwell, A. E., Silk, J. S., & Stepp, S. D. (2014). Affective Behavior During Mother – Daughter Conflict and Borderline Personality Disorder Severity Across Adolescence, *5*(1), 88–96. <http://doi.org/10.1037/per0000059>
- World Health Organisation. (2014). *Health for the World ' s Adolescents A second chance in the second decade*. Geneva.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2002). *A Primer of Transference-Focused Psychotherapy for the Borderline Patient*. Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson Inc.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *163*(5), 827–832. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.5.827>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-Year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *160*(2), 274–283. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.274>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Ridolfi, M. E., Jager-Hyman, S., Hennen, J., & Gunderson, J. G. (2006). Reported childhood onset of self-mutilation among borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, *20*(1), 9–15. <http://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.1.9>
- Zanarini, M. C., Vujanovic, A. a, Parachini, E. a, Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2003). Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, *17*(3), 233–242. <http://doi.org/10.1521/pedi.17.3.233.22147>

ANEXOS

Anexo N°1 Tabla Comportamiento por Items MASC-SP de la Muestra en Total

	Nula Mentalización	Disminuida Mentalización	Correcta Mentalización	Hipermentalización
MASC_1	7.1%	14.3%	71.4%	7.1%
MASC_2	0.0%	28.6%	42.9%	28.6%
MASC_3	14.3%	35.7%	21.4%	28.6%
MASC_4	0.0%	21.4%	35.7%	42.9%
MASC_5	7.1%	0.0%	14.3%	78.6%
MASC_6	7.1%	21.4%	50.0%	21.4%
MASC_7	0.0%	7.1%	35.7%	57.1%
MASC_8	14.3%	7.1%	78.6%	0.0%
MASC_9	21.4%	14.3%	50.0%	14.3%
MASC_10	7.1%	0.0%	85.7%	7.1%
MASC_11	0.0%	0.0%	92.9%	7.1%
MASC_12	0.0%	14.3%	71.4%	14.3%
MASC_13	14.3%	35.7%	42.9%	7.1%
MASC_14	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%
MASC_15	0.0%	7.1%	71.4%	21.4%
MASC_16	0.0%	0.0%	78.6%	21.4%
MASC_17	0.0%	21.4%	78.6%	0.0%
MASC_18	0.0%	0.0%	64.3%	35.7%
MASC_19	7.1%	14.3%	71.4%	7.1%
MASC_20	0.0%	0.0%	78.6%	21.4%
MASC_21	0.0%	14.3%	64.3%	21.4%
MASC_22	14.3%	21.4%	50.0%	14.3%
MASC_23	0.0%	7.1%	85.7%	7.1%
MASC_24	21.4%	14.3%	57.1%	7.1%
MASC_25	0.0%	7.1%	64.3%	28.6%
MASC_26	0.0%	50.0%	21.4%	28.6%
MASC_27	7.1%	7.1%	71.4%	14.3%
MASC_28	0.0%	7.1%	71.4%	21.4%
MASC_29	7.1%	0.0%	92.9%	0.0%
MASC_30	0.0%	14.3%	57.1%	28.6%
MASC_31	28.6%	0.0%	28.6%	42.9%
MASC_32	28.6%	14.3%	57.1%	0.0%
MASC_33	0.0%	14.3%	71.4%	14.3%
MASC_34	14.3%	28.6%	50.0%	7.1%
MASC_35	15.4%	7.7%	53.8%	23.1%
MASC_36	0.0%	0.0%	78.6%	21.4%
MASC_37	14.3%	0.0%	71.4%	14.3%
MASC_38	14.3%	0.0%	78.6%	7.1%
MASC_39	0.0%	7.1%	92.9%	0.0%
MASC_40	14.3%	0.0%	50.0%	35.7%
MASC_41	0.0%	7.1%	92.9%	0.0%
MASC_42	7.1%	14.3%	0.0%	78.6%
MASC_43	7.1%	0.0%	64.3%	28.6%
MASC_44	0.0%	7.1%	92.9%	0.0%
MASC_45	0.0%	0.0%	71.4%	28.6%

Anexo N°2 Tabla Comportamiento por Ítem MASC-SP por Grupo

	Trastorno Límite de la Personalidad							
	Sí				No			
	Nula Mentalización	Disminuida Mentalización	Correcta Mentalización	Hiper- mentalización	Nula Mentalización	Disminuida Mentalización	Correcta Mentalización	Hiper- mentalización
MASC_1	14.3%	14.3%	57.1%	14.3%	0.0%	14.3%	85.7%	0.0%
MASC_2	0.0%	42.9%	42.9%	14.3%	0.0%	14.3%	42.9%	42.9%
MASC_3	28.6%	42.9%	14.3%	14.3%	0.0%	28.6%	28.6%	42.9%
MASC_4	0.0%	14.3%	28.6%	57.1%	0.0%	28.6%	42.9%	28.6%
MASC_5	14.3%	0.0%	0.0%	85.7%	0.0%	0.0%	28.6%	71.4%
MASC_6	14.3%	14.3%	42.9%	28.6%	0.0%	28.6%	57.1%	14.3%
MASC_7	0.0%	14.3%	28.6%	57.1%	0.0%	0.0%	42.9%	57.1%
MASC_8	28.6%	14.3%	57.1%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
MASC_9	14.3%	28.6%	42.9%	14.3%	28.6%	0.0%	57.1%	14.3%
MASC_10	14.3%	0.0%	85.7%	0.0%	0.0%	0.0%	85.7%	14.3%
MASC_11	0.0%	0.0%	85.7%	14.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
MASC_12	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	28.6%	42.9%	28.6%
MASC_13	14.3%	14.3%	57.1%	14.3%	14.3%	57.1%	28.6%	0.0%
MASC_14	0.0%	42.9%	57.1%	0.0%	0.0%	57.1%	42.9%	0.0%
MASC_15	0.0%	14.3%	71.4%	14.3%	0.0%	0.0%	71.4%	28.6%
MASC_16	0.0%	0.0%	71.4%	28.6%	0.0%	0.0%	85.7%	14.3%
MASC_17	0.0%	28.6%	71.4%	0.0%	0.0%	14.3%	85.7%	0.0%
MASC_18	0.0%	0.0%	57.1%	42.9%	0.0%	0.0%	71.4%	28.6%
MASC_19	14.3%	28.6%	57.1%	0.0%	0.0%	0.0%	85.7%	14.3%
MASC_20	0.0%	0.0%	85.7%	14.3%	0.0%	0.0%	71.4%	28.6%
MASC_21	0.0%	0.0%	71.4%	28.6%	0.0%	28.6%	57.1%	14.3%
MASC_22	14.3%	28.6%	28.6%	28.6%	14.3%	14.3%	71.4%	0.0%
MASC_23	0.0%	14.3%	71.4%	14.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
MASC_24	14.3%	28.6%	42.9%	14.3%	28.6%	0.0%	71.4%	0.0%
MASC_25	0.0%	0.0%	57.1%	42.9%	0.0%	14.3%	71.4%	14.3%
MASC_26	0.0%	57.1%	14.3%	28.6%	0.0%	42.9%	28.6%	28.6%
MASC_27	14.3%	0.0%	85.7%	0.0%	0.0%	14.3%	57.1%	28.6%
MASC_28	0.0%	0.0%	57.1%	42.9%	0.0%	14.3%	85.7%	0.0%
MASC_29	14.3%	0.0%	85.7%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
MASC_30	0.0%	14.3%	57.1%	28.6%	0.0%	14.3%	57.1%	28.6%
MASC_31	28.6%	0.0%	14.3%	57.1%	28.6%	0.0%	42.9%	28.6%
MASC_32	28.6%	14.3%	57.1%	0.0%	28.6%	14.3%	57.1%	0.0%
MASC_33	0.0%	28.6%	57.1%	14.3%	0.0%	0.0%	85.7%	14.3%
MASC_34	0.0%	42.9%	57.1%	0.0%	28.6%	14.3%	42.9%	14.3%
MASC_35	28.6%	14.3%	42.9%	14.3%	0.0%	0.0%	66.7%	33.3%
MASC_36	0.0%	0.0%	57.1%	42.9%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
MASC_37	0.0%	0.0%	71.4%	28.6%	28.6%	0.0%	71.4%	0.0%
MASC_38	0.0%	0.0%	85.7%	14.3%	28.6%	0.0%	71.4%	0.0%
MASC_39	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	14.3%	85.7%	0.0%
MASC_40	14.3%	0.0%	42.9%	42.9%	14.3%	0.0%	57.1%	28.6%
MASC_41	0.0%	14.3%	85.7%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
MASC_42	14.3%	14.3%	0.0%	71.4%	0.0%	14.3%	0.0%	85.7%
MASC_43	14.3%	0.0%	57.1%	28.6%	0.0%	0.0%	71.4%	28.6%
MASC_44	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	14.3%	85.7%	0.0%
MASC_45	0.0%	0.0%	71.4%	28.6%	0.0%	0.0%	71.4%	28.6%

Anexo N°3 Hoja de Respuesta MASC-SP y Corrección

Name/ID#: _____ Date: _____



Score: 0(+,-,o) / 1

1. a ___ b ___ c ___ d ___
2. a ___ b ___ c ___ d ___
3. a ___ b ___ c ___ d ___
4. a ___ b ___ c ___ d ___
5. a ___ b ___ c ___ d ___
6. a ___ b ___ c ___ d ___
7. a ___ b ___ c ___ d ___
8. a ___ b ___ c ___ d ___
9. a ___ b ___ c ___ d ___
10. a ___ b ___ c ___ d ___
11. a ___ b ___ c ___ d ___
12. a ___ b ___ c ___ d ___
13. a ___ b ___ c ___ d ___
- 13C. a ___ b ___ c ___ d ___
14. a ___ b ___ c ___ d ___
15. a ___ b ___ c ___ d ___
16. a ___ b ___ c ___ d ___
17. a ___ b ___ c ___ d ___
18. a ___ b ___ c ___ d ___
19. a ___ b ___ c ___ d ___
20. a ___ b ___ c ___ d ___
21. a ___ b ___ c ___ d ___
22. a ___ b ___ c ___ d ___
23. a ___ b ___ c ___ d ___



Score: 0(+,-,o) / 1

24. a ___ b ___ c ___ d ___
25. a ___ b ___ c ___ d ___
26. a ___ b ___ c ___ d ___
27. a ___ b ___ c ___ d ___
28. a ___ b ___ c ___ d ___
29. a ___ b ___ c ___ d ___
30. a ___ b ___ c ___ d ___
31. a ___ b ___ c ___ d ___
32. a ___ b ___ c ___ d ___
33. a ___ b ___ c ___ d ___
- 33C. a ___ b ___ c ___ d ___
34. a ___ b ___ c ___ d ___
35. a ___ b ___ c ___ d ___
36. a ___ b ___ c ___ d ___
37. a ___ b ___ c ___ d ___
38. a ___ b ___ c ___ d ___
- 38C. a ___ b ___ c ___ d ___
39. a ___ b ___ c ___ d ___
40. a ___ b ___ c ___ d ___
41. a ___ b ___ c ___ d ___
42. a ___ b ___ c ___ d ___
43. a ___ b ___ c ___ d ___
44. a ___ b ___ c ___ d ___
45. a ___ b ___ c ___ d ___
- 46C. a ___ b ___ c ___ d ___
- 47C. a ___ b ___ c ___ d ___
- 48C. a ___ b ___ c ___ d ___

total score correct control:
 total score correct ToM:
 mistakes:
 exceeding ToM (+):
 less ToM (-):
 no ToM (0):

Items 1-45

= correct

— = exceeding ToM (+)

— = less ToM (-)

— = no ToM (o)



1. a — b c — d
2. a b — c — d —
3. a b — c — d —
4. a b — c d —
5. a b — c d —
6. a b — c — d —
7. a — b c d —
8. a — b c — d —
9. a — b c — d —
10. a — b c d —
11. a — b — c d —
12. a — b — c d —
13. a — b — c d —
14. a — b — c — d
15. a — b — c d
16. a — b — c d —
17. a — b c — d —
18. a b c — d —
19. a b — c — d —
20. a — b — c — d
21. a b — c — d
22. a b — c — d —
23. a — b — c — d



24. a — b — c d —
25. a — b c — d —
26. a — b c — d —
27. a — b c — d —
28. a — b c — d —
29. a — b — c — d
30. a — b — c d —
31. a — b — c — d
32. a b — c — d —
33. a b — c — d —
34. a b — c — d —
35. a — b — c d —
36. a — b — c — d
37. a b — c — d —
38. a — b — c — d
39. a — b — c d —
40. a — b — c d —
41. a b — c — d —
42. a — b — c d —
43. a — b — c — d
44. a — b c — d —
45. a b — c — d —

Anexo N°4 Cuestionario DERS-E

(Guzmán, M., Trabucco, C. , Urzúa, A., Garrido, L. & Leiva, J.)

Instrucciones: A continuación, le pedimos que indique la frecuencia con que se aplican estas afirmaciones según la escala que aparece a continuación.

Casi Nunca	Algunas Veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi Siempre
1	2	3	4	5

1. Percibo con claridad mis sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Presto atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control.	1	2	3	4	5
4. No tengo ni idea de cómo me siento.	1	2	3	4	5
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
6. Estoy atento/a a mis sentimientos.	1	2	3	4	5
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo.	1	2	3	4	5
8. Estoy confuso/a sobre lo que siento.	1	2	3	4	5
9. Cuando me encuentro mal, reconozco mis emociones.	1	2	3	4	5
10. Cuando me encuentro mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para completar trabajos.	1	2	3	4	5
13. Cuando me encuentro mal, pierdo el control.	1	2	3	4	5
14. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.	1	2	3	4	5
15. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.	1	2	3	4	5
16. Cuando me encuentro mal, me siento avergonzado/a conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
17. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil.	1	2	3	4	5
18. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
19. Cuando me encuentro mal, tengo dificultades para concentrarme.	1	2	3	4	5
20. Cuando me encuentro mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.	1	2	3	4	5
21. Cuando me encuentro mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
22. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a.	1	2	3	4	5
23. Cuando me encuentro mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.	1	2	3	4	5
24. Cuando me encuentro mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.	1	2	3	4	5
25. Cuando me encuentro mal, mis emociones parecen desbordarse.	1	2	3	4	5

Anexo N°5 Acta Aprobación Proyecto



UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

1/2



19 NOV. 2015

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO

FECHA: 19 de noviembre de 2015.

PROYECTO: "MENTALIZACIÓN Y REGULACIÓN EMOCIONAL EN ADOLESCENTES CHILENOS CON PERSONALIDAD LÍMITE. UN ACERCAMIENTO AL ESTUDIO DEL DESARROLLO DE PERSONALIDAD LIMITE EN ADOLESCENTES."

INVESTIGADOR RESPONSABLE: SR. NICOLÁS LABBE.

INSTITUCIÓN: PROYECTO DE TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE MAGISTER. PROFESORA GUÍA MARÍA ELENA MONTT, DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL, FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE CHILE."

Con fecha 10 de noviembre de 2015, el proyecto ha sido analizado a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de la Guía Internacional de Ética para la Investigación Biomédica que involucra sujetos humanos CIOMS 1992, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996.

Sobre la base de la información proporcionada en el texto del proyecto el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, estima que el estudio propuesto está bien justificado y que no significa para los sujetos involucrados riesgos físicos, psíquicos o sociales mayores que mínimos.

Este comité también analizó y aprobó el correspondiente documento de Consentimiento Informado en su versión modificada de fecha 19 de noviembre de 2015.

En virtud de las consideraciones anteriores el Comité otorga la aprobación ética para la realización del estudio propuesto, dentro de las especificaciones del protocolo.



UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

2/2

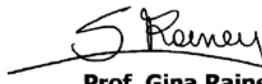


**INTEGRANTES DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
EN SERES HUMANOS**

19 NOV. 2015

NOMBRE	CARGO	RELACIÓN CON LA INSTITUCIÓN
Dr. Manuel Oyarzún	Presidente	Sí
Prof. Gina Raineri	Secretaria Ejecutiva	Sí
Dra. Lucia Cifuentes	Miembro	Sí
Prof. M. Julieta González	Miembro	Sí
Dra. Grisel Orellana	Miembro	Sí
Dr. Miguel O' Ryan	Miembro	Sí
Sra. Claudia Marshall	Miembro	Sí

Santiago, 19 de noviembre de 2015.


Prof. Gina Raineri B.
Secretaria Ejecutiva CEISH



GRB/lom.
c.c.: - nicolaslabbea@gmail.com
- Proyecto Nº 181-2015
- Archivo ACTA AP-143

Teléfono: 29789536 - Email: comiteceish@med.uchile.cl

Anexo N°6 Consentimiento Informado



19 NOV. 2015

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Mentalización y Regulación Emocional en Adolescentes Chilenos con
Personalidad Límite.
Un Acercamiento al Estudio del Desarrollo de Personalidad Límite en
Adolescentes.

PATROCINANTE:

Nombre del Investigador principal: Nicolás Ignacio Labbé Arocca
R.U.T. 16.369.845-5
Institución: Universidad de Chile
Teléfonos: +569 8 4096232

Invitación a participar: Estamos invitando a su hijo/a a participar en el proyecto de investigación “Mentalización y Regulación Emocional en Adolescentes Chilenos con Límite. Un Acercamiento al Estudio del Desarrollo de Personalidad Límite en Adolescentes”. Esta investigación se da debido al creciente estudio de adolescentes con personalidad límite, y qué variables estarían relacionadas con su desarrollo y evolución. En este caso, se estudiarían la mentalización y la regulación emocional para profundizar en el conocimiento del diagnóstico y eventuales técnicas de intervención.

Objetivos: Este estudio busca profundizar en los conocimientos de aquellos adolescentes con desarrollo límite de la personalidad, es decir que presentan importantes dificultades en el control de impulsos, las relaciones interpersonales, y en la regulación emocional. Específicamente se explorará la relación entre las dificultades en la regulación emocional y la mentalización en aquellos adolescentes. La mentalización sería la capacidad para poder comprender los estados mentales propios y de los demás en términos de pensamientos, creencias, deseos y afectos. Por otro lado, la regulación emocional implica el poder identificar y modular los afectos, especialmente en periodos de estrés. El estudio incluirá a un número total aproximado de 30 adolescentes consultantes a centros de salud, y otros 30 adolescentes que no presentan el diagnóstico de personalidad límite.

Procedimientos: Si Ud. Acepta que su hijo/a participe, él/ella será sometido, por un período de 110 minutos, el cual puede dividirse en dos momentos distintos, a los siguientes procedimientos:

1. Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II (SCID-II): Una entrevista individual que permitirá explorar si el participante posee los rasgos anteriormente mencionados.
2. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI-KID): Una entrevista individual que permitirá explorar, de manera general, la presencia de síntomas y/o diagnósticos psiquiátricos.
3. Versión Española de la Película para la Evaluación de la Cognición Social (MASC-SP): Consiste en una película con cuatro personajes que personifican una situación cotidiana

19 NOV. 2015



en una cena. La película dura aproximadamente 35 min., y durante esta, los participantes deberán responder 46 preguntas de múltiples alternativas sobre las emociones, pensamientos e intenciones de los personajes.

4. Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E): Es un cuestionario objetivo de evaluar problemas de regulación emocional. El DERS-E es un cuestionario de auto-reporte tipo Likert, la cual contiene 5 sub-escalas divididas en 25 ítems.

Riesgos: La administración de los cuestionarios anteriormente mencionados no implican riesgo alguno para su hijo/a.

Costos: Los instrumentos en estudio serán aportados por el investigador Responsable sin costo alguno para Ud. durante el desarrollo de este proyecto.

Como participante en este estudio Ud. o su sistema previsional deberán financiar las hospitalizaciones, honorarios, exámenes y tratamientos habituales para el estudio y tratamiento de su enfermedad.

Beneficios Si bien no hay beneficios directos al sujeto a quien se le aplican los instrumentos mencionados, que este estudio significará un progreso en el conocimiento de la relación que existe entre la capacidad de mentalizar, la regulación emocional y aquellos adolescentes con desarrollo límite de la personalidad. Esto, con el objetivo de tener una mayor comprensión tanto en el diagnóstico como en eventuales técnicas de intervención.

Alternativas: Si Ud. decide no participar en esta investigación, recibirá el estudio y tratamiento que se aplica habitualmente sin generar diferencia alguna en estos.

Compensación: Ud. no recibirá ninguna compensación económica por su participación en el estudio.

Confidencialidad: Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso de los investigadores o agencias supervisoras de la investigación. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima. Esto último se garantiza a través de la metodología empleada para la recolección de datos, donde se asignara un número "ID" en vez del nombre para identificar al sujeto.

Usos potenciales de los resultados de la investigación, incluyendo los comerciales: Los resultados podrían ser utilizados para ser publicados y/o presentados en revistas y/o congresos científicos con fines meramente académicos y científicos.

Información adicional: Ud. y su médico tratante serán informados si durante el desarrollo de este estudio surgen nuevos conocimientos o complicaciones que puedan afectar su voluntad de continuar participando en la investigación.



19 NOV. 2015

Voluntariedad: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento comunicándolo al investigador y a su médico tratante, sin que ello signifique modificaciones en el estudio y tratamiento habituales de su enfermedad. De igual manera su médico tratante o el investigador podrán determinar su retiro del estudio si consideran que esa decisión va en su beneficio.

Complicaciones: En el improbable caso de que Ud. presente complicaciones directamente dependientes de la administración de la entrevista o alguno de los cuestionarios anteriormente mencionados, Ud. recibirá el tratamiento médico completo de dicha complicación, financiado por el investigador responsable, y sin costo alguno para Ud. o su sistema previsional. Esto no incluye las complicaciones propias de su enfermedad y de su curso natural.

Derechos del participante: Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con:

Investigador: Nicolás Ignacio Labbé Arocca, Tel: 569 8 4096232.

Autoridad de la Institución: María Elena Montt Steffens, 562 29788624.

Otros Derechos del participante

En caso de duda sobre sus derechos debe comunicarse con el Presidente del “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos”, Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 2-978.9536, Email: comiteceish@med.uchile.cl, cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

Conclusión:

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto “Mentalización y Regulación Emocional en Adolescentes Chilenos con Personalidad Límite. Un Acercamiento al Estudio del Desarrollo de Personalidad Límite en Adolescentes”.

Nombre Padre/Madre del sujeto
Rut.

Firma

Fecha

Nombre del investigador
Rut.

Firma

Fecha

ANEXO 3. Carta Convocatoria de Participación para los adultos responsables.

CARTA CONVOCATORIA DE PARTICIPACIÓN ADULTOS

Junto con saludarle se le invita a través de la presente a participar en un estudio sobre Mentalización en Adolescentes con desarrollo de Personalidad Límite, el cual se realiza en el contexto del Proyecto de Investigación titulado: “Evaluación de la Mentalización en Adolescentes Chilenos con Desarrollo de Personalidad Límite. Un Acercamiento al Estudio de Trastorno de Personalidad Límite en Adolescentes”, que se presentará al Magíster en Psicología mención Psicología Clínica Infanto Juvenil de la Universidad de Chile, cuya profesora guía es María Elena Montt Steffens.

El estudio busca investigar las características de la Mentalización, siendo esta la capacidad para poder comprender los estados mentales propios y de los demás en términos de pensamientos, creencias, deseos y afectos, en aquellos adolescentes que presentan rasgos de personalidad límites comparados con adolescentes que no presentan dichos rasgos. Esto último quiere decir que tengan dificultades en la regulación emocional, en el control de impulsos, y en las relaciones interpersonales.

En virtud de lo anterior, la participación de su hijo/a es de suma importancia y consistirá en una entrevista individual y la aplicación de dos cuestionarios; la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-E), y la Película para la Evaluación de la Cognición Social (MASC-SP). Esta última es una película con diversas preguntas que se irán respondiendo a medida que avanza la grabación. Tanto la entrevista como los cuestionarios serían aplicados en la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile.

Su participación es totalmente voluntaria y puede negarse a participar o decidir en cualquier momento dejar de participar sin ninguna consecuencia ni para usted, ni para su hijo/a.

El objetivo de la entrevista individual es poder explorar si el participante posee los rasgos anteriormente mencionados, mientras que los cuestionarios ayudarán a describir la capacidad para mentalizar en el participante. En este sentido, tanto la entrevista como los cuestionarios no conllevan riesgos. Del mismo modo, tampoco consideran ningún beneficio o compensación asociados, ni para usted ni para los demás participantes.

Además, se contactará con el/los tratantes (psicólogo y/o médico psiquiatra) para confirmar el diagnóstico y complementar la información con antecedentes de eventos vitales estresantes.

Tanto la información recabada en la entrevista individual (MINI-Kid & SCID-II), en los cuestionarios DERS-E y MASC-SP, y lo recopilado a partir de los tratantes serán usadas exclusivamente para los fines de esta investigación, cuyos resultados serán publicados y/o presentados. Si accede a participar se resguardará estrictamente el anonimato y la absoluta

confidencialidad de la información, la que será manejada exclusivamente por parte del equipo docente del Magíster en Psicología mención Psicología Clínica Infanto Juvenil de la Universidad de Chile. La información obtenida será almacenada e identificada con números, por lo cual no se podrán reconocer de ninguna manera ni los nombres ni otros datos que permitieran identificar a los participantes. La información será resguardada por el investigador en su oficina de trabajo, evitándose que personas ajenas a la investigación tengan acceso a ella.

Los resultados finales de esta investigación estarán tanto a su disposición como para el/los tratantes, para lo cual usted podrá contactar al Investigador responsable del estudio y acordar el procedimiento mediante el cual se le haga llegar la información.

Le informamos además, que el *Comité de Ética de la Universidad de los Andes*, evaluó el proyecto de investigación, con la finalidad de resguardar el cumplimiento de las exigencias éticas en su implementación, específicamente en lo relativo al resguardo de la integridad de los adolescentes involucrados en el estudio.

Finalmente quisiéramos señalarle que su consentimiento para la participación, será una contribución relevante al desarrollo de lineamientos para la aplicación del SCID-II, DERS-E, y del MASC-SP con los adolescentes.

En caso que su respuesta sea positiva, y con el fin de completar los datos de la investigación, le solicitamos que por favor firme el Formulario de Consentimiento que se adjunta. Se le entregará una copia impresa idéntica de este documento.

Desde ya agradecemos su disposición.

.....
NICOLÁS LABBÉ AROCCA

PSICOLOGO CLÍNICO ADOLESCENTES Y ADULTOS - UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

ALUMNO TESISISTA

MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA

MENCIÓN PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTO JUVENIL – UNIVERSIDAD DE CHILE

DATOS DE CONTACTO: CONSULTA.NICOLASLABBE@GMAIL.COM

Anexo N°7 Asentimiento Informado



19 NOV. 2015

ASENTIMIENTO INFORMADO

Mentalización y Regulación Emocional en Adolescentes Chilenos con Personalidad Límite.

Un Acercamiento al Estudio del Desarrollo de Personalidad Límite en Adolescentes.

PATROCINANTE:

Nombre del Investigador principal: Nicolás Ignacio Labbé Arocca

R.U.T. 16.369.845-5

Institución: Universidad de Chile

Teléfonos: +569 8 4096232

Invitación a participar: Te invitamos a participar en el proyecto de investigación “Mentalización y Regulación Emocional en Adolescentes Chilenos con Límite. Un Acercamiento al Estudio del Desarrollo de Personalidad Límite en Adolescentes”. Esta investigación se da debido al creciente estudio de adolescentes con personalidad límite, y qué variables estarían relacionadas con su desarrollo y evolución. En este caso, se estudiarían la mentalización y la regulación emocional para profundizar en el conocimiento del diagnóstico y eventuales técnicas de intervención.

Objetivos: Este estudio busca profundizar en los conocimientos de aquellos adolescentes con Trastorno de la Personalidad, es decir que presentan importantes dificultades en el control de impulsos, las relaciones interpersonales, y en la regulación emocional. Específicamente es explorará la relación entre las dificultades en la regulación emocional y la mentalización en aquellos adolescentes. La mentalización sería la capacidad para poder comprender los estados mentales propios y de los demás en términos de pensamientos, creencias, deseos y afectos. Por otro lado, la regulación emocional implica el poder identificar y modular los afectos, especialmente en periodos de estrés. El estudio incluirá a un número total aproximado de 30 adolescentes consultantes a centros de salud, y otros 30 adolescentes que no presentan el diagnóstico de Trastorno de la Personalidad.

Procedimientos: Si aceptas, necesitaríamos de tu tiempo por un período de 120 minutos en total, el cual puede dividirse en dos momentos distintos para no quitarte tanto tiempo, para los siguientes procedimientos:

1. Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II (SCID-II): Una entrevista individual que permitirá explorar si el participante posee los rasgos anteriormente mencionados.
2. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI-KID): Una entrevista individual que permitirá explorar, de manera general, la presencia de síntomas y/o diagnósticos psiquiátricos.



19 NOV. 2015

3. Versión Española de la Película para la Evaluación de la Cognición Social (MASC-SP): Consiste en una película con cuatro personajes que personifican una situación cotidiana en una cena. La película dura aproximadamente 35 min., y durante esta, los participantes deberán responder 46 preguntas de múltiples alternativas sobre las emociones, pensamientos e intenciones de los personajes.
4. Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E): Es un cuestionario objetivo de evaluar problemas de regulación emocional. El DERS-E es un cuestionario de auto-reporte tipo Likert, la cual contiene 5 sub-escalas divididas en 25 ítems.

Riesgos: La administración de los cuestionarios anteriormente mencionados no implican riesgo alguno para ti.

Costos: Los instrumentos en estudio serán aportados por el investigador Responsable sin costo alguno para ti durante el desarrollo de este proyecto.

Como participante en este estudio tú, o tu sistema previsional deberán financiar las hospitalizaciones, honorarios, exámenes y tratamientos habituales para el estudio y tratamiento de su enfermedad.

Beneficios Si bien no hay beneficios directos al sujeto a quien se le aplican los instrumentos mencionados, que este estudio significará un progreso en el conocimiento de la relación que existe entre la capacidad de mentalizar, la regulación emocional y aquellos adolescentes con trastorno en la personalidad. Esto, con el objetivo de tener una mayor comprensión tanto en el diagnóstico como en eventuales técnicas de intervención.

Alternativas: Si decides no participar en esta investigación, recibirá el estudio y tratamiento que se aplica habitualmente sin generar diferencia alguna en estos.

Compensación: No recibirás ninguna compensación económica por su participación en el estudio.

Confidencialidad: Toda la información derivada de tu participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso de los investigadores o agencias supervisoras de la investigación. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima. Esto último se garantiza a través de la metodología empleada para la recolección de datos, donde se asignara un número "ID" en vez del nombre para identificar al sujeto.

Usos potenciales de los resultados de la investigación, incluyendo los comerciales: Los resultados podrían ser utilizados para ser publicados y/o presentados en revistas y/o congresos científicos con fines meramente académicos y científicos.

Información adicional: Tú y tu médico tratante serán informados si durante el desarrollo de este estudio surgen nuevos conocimientos o complicaciones que puedan afectar su voluntad de continuar participando en la investigación.

19 NOV. 2015



Voluntariedad: Tu participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento comunicándolo al investigador y a su médico tratante, sin que ello signifique modificaciones en el estudio y tratamiento habituales de su enfermedad. De igual manera su médico tratante o el investigador podrán determinar su retiro del estudio si consideran que esa decisión va en su beneficio.

Complicaciones: En el improbable caso de que presentes complicaciones directamente dependientes de la administración de la entrevista o alguno de los cuestionarios anteriormente mencionados, recibirás el tratamiento médico completo de dicha complicación, financiado por el investigador responsable, y sin costo alguno para Ud. o su sistema previsional. Esto no incluye las complicaciones propias de su enfermedad y de su curso natural.

Derechos del participante: Recibirás una copia íntegra y escrita de este documento firmado. Si requieres cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con:

Investigador: Nicolás Ignacio Labbé Arocca, Tel: 569 8 4096232.

Autoridad de la Institución: María Elena Montt Steffens, 562 29788624.

Otros Derechos del participante

En caso de duda sobre sus derechos debe comunicarse con el Presidente del “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos”, Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 2-978.9536, Email: comiteceish@med.uchile.cl, cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

Conclusión:

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi asentimiento para participar en el proyecto “Mentalización y Regulación Emocional en Adolescentes Chilenos con Personalidad Límite. Un Acercamiento al Estudio del Desarrollo de Personalidad Límite en Adolescentes”.

Nombre del sujeto
Rut.

Firma

Fecha

Nombre del investigador
Rut

Firma

Fecha

Anexo N°8 Carta Convocatoria de Participación Adulto



CARTA CONVOCATORIA DE PARTICIPACIÓN ADULTOS

19 NOV. 2016

Junto con saludarle se le invita a través de la presente a participar en un estudio sobre Mentalización en Adolescentes con desarrollo de Personalidad Límite, el cual se realiza en el contexto del Proyecto de Investigación titulado: “Evaluación de la Mentalización en Adolescentes Chilenos con Desarrollo de Personalidad Límite. Un Acercamiento al Estudio del Desarrollo de Personalidad Límite en Adolescentes”, que se presentará al Magíster en Psicología mención Psicología Clínica Infanto Juvenil de la Universidad de Chile, cuya profesora guía es María Elena Montt Steffens.

El estudio busca investigar las características de la Mentalización, siendo esta la capacidad para poder comprender los estados mentales propios y de los demás en términos de pensamientos, creencias, deseos y afectos, en aquellos adolescentes que presentan rasgos de personalidad límites comparados con adolescentes que no presentan dichos rasgos. Esto último quiere decir que tengan dificultades en la regulación emocional, en el control de impulsos, y en las relaciones interpersonales.

En virtud de lo anterior, la participación de su hijo/a es de suma importancia y consistirá en una entrevista individual y la aplicación de dos cuestionarios; la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-E), y la Película para la Evaluación de la Cognición Social (MASC-SP). Esta última es una película con diversas preguntas que se irán respondiendo a medida que avanza la grabación. Tanto la entrevista como los cuestionarios serían aplicados en la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile.

Su participación es totalmente voluntaria y puede negarse a participar o decidir en cualquier momento dejar de participar sin ninguna consecuencia ni para usted, ni para su hijo/a.

El objetivo de la entrevista individual es poder explorar si el participante posee los rasgos anteriormente mencionados, así como también distinguir la presencia de otros diagnósticos psiquiátricos, mientras que los cuestionarios ayudarán a describir la capacidad para mentalizar en el participante. En este sentido, tanto la entrevista como los cuestionarios no conllevan riesgos. Del mismo modo, tampoco consideran ningún beneficio o compensación asociados, ni para usted ni para los demás participantes.

Además, se contactará con el/los tratantes (psicólogo y/o médico psiquiatra) para confirmar el diagnóstico y complementar la información con antecedentes de eventos vitales estresantes.

Tanto la información recabada en la entrevista individual (MINI-Kid & SCID-II), en los cuestionarios DERS-E y MASC-SP, y lo recopilado a partir de los tratantes serán usadas exclusivamente para los fines de esta investigación, cuyos resultados serán publicados y/o presentados. Si accede a participar se resguardará estrictamente el anonimato y la absoluta confidencialidad de la información, la que será manejada exclusivamente por parte del equipo docente del Magíster en Psicología mención Psicología Clínica Infanto Juvenil de la Universidad de Chile. La información obtenida será almacenada e identificada con

19 NOV. 2015



números, por lo cual no se podrán reconocer de ninguna manera ni los nombres ni otros datos que permitieran identificar a los participantes. La información será resguardada por el investigador en su oficina de trabajo, evitándose que personas ajenas a la investigación tengan acceso a ella.

Los resultados finales de esta investigación estarán tanto a su disposición como para el/los tratantes, para lo cual usted podrá contactar al Investigador responsable del estudio y acordar el procedimiento mediante el cual se le haga llegar la información.

Le informamos además, que el *Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (CEISH)*, evaluó el proyecto de investigación, con la finalidad de resguardar el cumplimiento de las exigencias éticas en su implementación, específicamente en lo relativo al resguardo de la integridad de los adolescentes involucrados en el estudio.

Finalmente quisiéramos señalarle que su consentimiento para la participación, será una contribución relevante al desarrollo de lineamientos para la aplicación del MINI-Kid, SCID-II, DERS-E, y del MASC-SP con los adolescentes.

En caso que su respuesta sea positiva, y con el fin de completar los datos de la investigación, le solicitamos que por favor firme el Formulario de Consentimiento que se adjunta. Se le entregará una copia impresa idéntica de este documento.

Desde ya agradecemos su disposición.

.....
NICOLÁS LABBÉ AROCCA

PSICOLOGO CLÍNICO ADOLESCENTES Y ADULTOS - UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

ALUMNO TESISTA

MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA

MENCIÓN PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTO JUVENIL – UNIVERSIDAD DE CHILE

DATOS DE CONTACTO: CONSULTA.NICOLASLABBE@GMAIL.COM

Anexo N°9 Carta Convocatoria Participación Adolescente



CARTA CONVOCATORIA PARTICIPACIÓN ADOLESCENTES

19 NOV. 2015

Hola, soy Nicolás Labbé, Psicólogo, y estoy haciendo una investigación sobre la capacidad de comprender los estados mentales propios y de los demás, conocida como “Mentalización”, en adolescentes que presentan dificultades para regular sus emociones, impulsos, y en sus relaciones interpersonales, a diferencias de otros jóvenes que quizás estas dificultades no estarían tan marcadas.

Puede que estés participando en alguna atención de salud mental o no, pero quisiera solicitar tu ayuda en la investigación. Esto implicaría participar de las siguientes actividades:

1. Entrevista (MINI-Kid & SCID-II): para conversar a partir de unas preguntas, las cuales podrás contestar libremente. Esta es una entrevista estructurada que ayudará a explorar algunas características de tu personalidad, así como también identificar la presencia de algún diagnóstico psiquiátrico. Esto implicaría que nos reuniremos un día para una conversación de alrededor de 30 minutos.
2. Dos cuestionarios: posterior a la entrevista, me gustaría que pudieras responder dos cuestionarios. El primero se llama Escala de Dificultades en la Regulación Emocional, la cual me va a ayudar a explorar en qué áreas podrías presentar dificultades con tus emociones. El otro cuestionario se llama Película para la Evaluación de la Cognición Social, donde te presentaré una grabación que dura alrededor de 35 minutos. En dicha grabación observarás a 4 personas representando una reunión entre amigos, y mientras observas dicha película se te harán algunas preguntas sobre tu opinión con respecto a lo que pudiese estar sintiendo o pensando cada uno de los personajes. Ante esas preguntas, se te entregará una hoja de respuesta para que vayas anotando cual crees que sería la alternativa correcta. Esto implicaría alrededor de una hora en total (DERS-E & MASC-SP).
3. Además, se contactará con el/los tratantes (psicólogo y/o médico psiquiatra) para confirmar el diagnóstico y complementar la información con antecedentes de eventos vitales estresantes.

Tu participación es totalmente voluntaria y puedes decidir en cualquier momento dejar de participar sin ninguna consecuencia para ti.

Si accedes a participar todos los datos que tú entregues serán manejados de manera confidencial, esto significa que ni tu nombre ni ningún dato de identificación tuyo aparecerán en la publicación de los resultados del estudio.

Si aceptas participar, por favor firma al final de esta carta. También le pediremos a tu adulto a cargo que lo haga para respaldar tu decisión.

Agradeciendo tu disposición,

Te saluda afectuosamente, Nicolás Labbé

