



Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA)

Instituto Universitario de Salud Mental (IUSAM)

Maestría en Psicopatología y Salud Mental

Tesis de Maestría

“Trastornos alimentarios y funcionamiento limítrofe de personalidad:
un estudio exploratorio desde la perspectiva de los clínicos”

Autora: Lic. Cindy Rybak

Director de tesis: Dr. Rafael Groisman

Mail de contacto: cindyrybak@gmail.com

Año: 2022

Agradecimientos

Quiero agradecer a mi familia por acompañarme, sostenerme y hacer posible que esto se concrete.

A la institución, IUSAM, a sus directivos, profesores, ayudantes y secretarias por darme el espacio, por ampliar mis conocimientos de la psicopatología, por ayudarme a repensar la clínica, a cuestionarme mi rol como profesional e intentar mejorar día a día. También por los nuevos vínculos y amistades que construí durante mi cursada.

A mi referente y maestro, Dr. Santiago Juan, agradecerle enormemente por acompañarme en todo el transcurso de mi escrito de tesis, por escucharme, orientarme y transmitirme la importancia en la investigación.

A mi tutor, Dr. Rafael Groisman, por aceptar mi propuesta y elegirme como tesista, encaminarme y acompañarme en este proceso.

Por último agradecerme a mí misma por haber tenido las fuerzas para lograrlo y por luchar contra mis miedos y frustraciones.

Índice general

Resumen	5
Abstract	6
Introducción	7
Marco teórico y estado del arte	10
Los trastornos alimentarios en el campo de la salud mental	10
Trastorno y organización límite: diferencias y complementariedades	15
Vínculos entre trastornos alimentarios y un funcionamiento limítrofe	21
La figura del terapeuta como centro de estudio	24
Sobre un antecedente directo de la presente tesis	32
Marco metodológico	36
Preguntas científicas del estudio	36
Objetivos e hipótesis de la investigación	36
Sobre el diseño metodológico	36
Muestra	37
Materiales	37
Procedimientos	39
Análisis estadísticos de los datos	40
Aspectos éticos	40
Análisis de datos y resultados	42
Datos demográficos de los participantes	42
Datos generales sobre formulación del caso y estilo de intervención	43
Perspectiva de los clínicos y años de experiencia (objetivo específico #1)	46
Perspectiva de los clínicos y especialización en trastornos de conducta alimentaria y/o funcionamiento limítrofe de personalidad (objetivo específico #2)	49
Formulación del caso y estilo de intervención reportados para este tipo de pacientes (objetivo específico #3)	51
Discusión	56
Tendencias observadas para formulación del caso y estilo de intervención	56
El rol de los años de experiencia clínica (objetivo específico #1)	58
Perspectiva de los participantes según su especialización en trastornos alimentarios y/o funcionamiento limítrofe (objetivo específico #2)	60
Vínculos entre formulación del caso y estilo intervención (objetivo específico #3)	61
Conclusiones y reflexiones finales	64
Limitaciones y líneas futuras de investigación	65
Referencias	67
Apéndice	75

Índice de tablas y figuras

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la anorexia según DSM-5 (APA, 2013)	11
Tabla 2. Criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa según DSM-5 (APA, 2013)	12
Tabla 3. Criterios diagnósticos del trastorno límite según DSM-5 (APA, 2013)	16
Tabla 4. Comprensión teórico-clínica de la organización límite (Kernberg, 1984/1999)	18
Tabla 5. Organización límite según el PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017)	20
Tabla 6. Factores precipitantes comunes encontrados en la literatura entre bulimia nerviosa y trastorno límite de personalidad (Escriche Martínez, 2012)	21
Tabla 7. Caso Michelle: interfase entre trastornos alimentarios y funcionamiento limítrofe según criterios PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017)	23
Tabla 8. Edad, género, experiencia clínica y especialización de los participantes (N=90)	42
Tabla 9. Auto rotulación de los clínicos participantes (N=90)	43
Tabla 10. Condición principal a trabajar según la perspectiva de los participantes (N=90)	43
Tabla 11. Mediana de las respuestas ofrecidas por los participantes (N=90) frente a las afirmaciones sobre formulación del caso para TCA-TLP	44
Tabla 12. Puntajes CPPS y EIC reportados por los participantes (N=90)	45
Tabla 13. Mediana de las respuestas ofrecidas por los participantes (N=90) frente a las afirmaciones sobre formulación del caso, según nivel de experiencia	47
Tabla 14. Predominio de intervenciones psicodinámicas según años de experiencia clínica de los participantes (N=90)	48
Tabla 15. Mediana de las respuestas ofrecidas por los participantes (N=90) a las afirmaciones sobre formulación del caso, según especialización en TCA-TLP	50
Tabla 16. Predominio de intervenciones psicodinámicas según especialización en TCA-TLP de los participantes (N=90)	51
Tabla 17. Correlaciones observadas entre puntajes totales CPPS, EIC y puntajes afirmaciones sobre formulación del caso (n=90)	53
Tabla 18. Correlaciones observadas entre puntajes ítems CPPS y puntajes preguntas formulación del caso (n=90)	54
Tabla 19. Correlaciones observadas entre puntajes ítems EIC y puntajes afirmaciones formulación del caso (n=90)	55
Figura 1. Variables del terapeuta objeto de investigación empírica (Beutler et al., 1994)	25

Resumen

Introducción: los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe de personalidad son configuraciones muy prevalentes, con altos niveles de riesgo y alteraciones clínicas. Diversas revisiones han enfatizado el vínculo teórico, clínico y epidemiológico entre ambas patologías. La perspectiva de los terapeutas puede contribuir a profundizar nuestro conocimiento sobre dicha interacción. **Objetivos y métodos:** el presente trabajo analizó la perspectiva de 90 clínicos, con formación y práctica psicoanalíticas, respecto de su formulación y abordaje de pacientes con trastornos alimentarios y un funcionamiento limítrofe de personalidad. Se analizaron datos sobre: a) el perfil profesional, b) la formulación del caso y c) el estilo de intervención de cada uno de los participantes. Se utilizó un formulario on line, incluyendo preguntas específicas, la Escala Comparativa del Proceso Terapéutico (CPPS) y la Escala de Intervenciones Comunes (EIC). **Resultados y discusión:** Se observaron varias líneas de interacción entre los ejes priorizados para formular este tipo de casos y el estilo de intervención descrito por el participante. Por su parte, el rol de los años de experiencia o la especialización del terapeuta no se mostró determinante a la hora de seleccionar ejes de formulación del caso o describir el estilo de intervención. Se discuten las implicancias para la investigación y la práctica clínica psicoanalíticas, en lo que refiere a la interfase entre trastornos alimentarios y organización límite de personalidad. Asimismo, se apunta a analizar la importancia de la formulación psicodinámica del caso para la formación y el entrenamiento de los terapeutas.

Palabras clave: trastornos alimentarios - funcionamiento limítrofe de personalidad - formulación del caso - intervenciones - perspectiva del terapeuta

Abstract

Introduction: eating disorders and borderline personality functioning are very prevalent configurations, with high levels of risk and clinical alterations. Several reviews have emphasized the theoretical, clinical and epidemiological link between both pathologies. The therapists' perspective can contribute to deepen our knowledge about this interaction. **Aims & Methods:** the present work analyzed the perspective of 90 clinicians, with psychoanalytic training and practice, regarding their formulation and approach to patients with eating disorders and borderline personality functioning. Each participant's (a) professional profile, (b) case formulation criteria and (c) intervention style was analyzed. An online form was used, including specific questions, the Comparative Psychotherapeutic Process Scale (CPPS) and the Common Interventions Scale (EIC). **Results & Discussion:** Several lines of interaction were observed between the axes prioritized to formulate this type of cases and the style of intervention described by the participant. On the other hand, the role of therapist's years of experience or specialization was not determinant when selecting axes for case formulation or describing the style of intervention. The importance of the psychodynamic case formulation for therapist's training is also analyzed.

Key words: eating disorders - borderline personality functioning - case formulation - interventions - therapist's perspective.

Introducción

A nivel internacional, los trastornos de la conducta alimentaria conforman un grupo de desórdenes de alta prevalencia y que implican, en porcentajes considerables, riesgo de vida para los pacientes. De hecho, trastornos como la anorexia y la bulimia presentan una tasa de mortalidad cercana al 20%, en un lapso de veinte años de evolución (Gratch, 2016; Kächele et al., 2001; Tasca & Machado, 2013).

Según la última versión del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013), este grupo de trastornos se caracteriza por alteraciones graves de la conducta alimentaria, acompañadas o causadas por una distorsión de la percepción de la propia imagen corporal.

Los cuadros más estudiados y prevalentes a nivel internacional son los ya mencionados de anorexia y bulimia. En términos generales, el DSM-5 (APA, 2013) caracteriza la anorexia nerviosa por una restricción persistente de la ingesta alimenticia que lleva a una significativa pérdida de peso. Esto se acompaña, a su vez, de intenso temor a ganar peso o convertirse en obeso, o bien una conducta persistente que interfiere con la ganancia de peso, incluso estando con un peso significativamente bajo. Finalmente, la anorexia nerviosa implica una alteración en el modo en que se experimenta el peso o la forma corporal, con una persistente falta de reconocimiento de la severidad del actual bajo peso.

Por su parte, la bulimia nerviosa es caracterizada por el sistema DSM-5 (APA, 2013) como un cuadro con episodios recurrentes de atracones. Los atracones son definidos como la ingestión de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas. Esto se acompaña con la sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio. También forman parte de la bulimia comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Al igual que con la anorexia, el paciente presenta una autoevaluación disfuncionalmente influida por la constitución y el peso.

Estos trastornos de la conducta alimentaria se encuentran en el tercer lugar de la lista de las enfermedades crónicas más frecuentes que afectan a adolescentes mujeres, y tienen una alta tasa de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (APA, 2013). En este punto, la sensación subjetiva de descontrol es una manifestación prototípica en los trastornos de la conducta alimentaria y se encuentra ligada a severas

perturbaciones en la constitución de la identidad. Lo mismo aplica para las fallas en el control de los impulsos y las alteraciones de la autoestima e imagen corporal (Lingiardi & McWilliams, 2017). En línea con los objetivos del presente estudio (ver objetivos), esta configuración conecta estrechamente los trastornos alimentarios con la organización limítrofe de personalidad, en el sentido en que Kernberg (1984/1999) describió, por ejemplo, la difusión de identidad propia del funcionamiento fronterizo.

En relación con lo anterior, el trastorno límite representa el desorden de personalidad más común en la práctica clínica, incluyendo, al igual que los trastornos alimentarios, un alto porcentaje de riesgo de vida para el paciente, en este caso en términos de ideación e intentos suicidas (Fisher, et al., 1995; Grant, et al., 2008; Montero Hernández, et al., 2018; Ramos Cruz, 2017).

Diversas revisiones sobre el tema (Escriche Martínez, 2012; Gratch, 2016; Persano, 2005; Vaz, et al., 2001) han enfatizado el vínculo teórico, clínico y epidemiológico que existe entre los trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno límite de personalidad. De este modo, los síntomas principales del trastorno límite, en el cual predomina el temor al abandono, la inestabilidad en la autoimagen, en el estado de ánimo, en las relaciones interpersonales y en cambiantes conductas guiadas por la impulsividad; son compatibles también con los cuadros de desórdenes alimentarios. Como se mencionó más arriba, las perturbaciones de la identidad propias de la organización límite, según Kernberg (1984/1999), pueden ser una base para la comprensión dinámica del trastorno alimentario. A lo anterior se suma que la sintomatología propia de los trastornos alimentarios proviene, usualmente, de una historia de carencias vividas en un ambiente invalidante, que han ido transformando los rasgos del sujeto hasta configurar una personalidad disfuncional o problemática (De Las Casas, 2006). También desde estrategias disponibles para la formulación sistemática de los casos en términos psicodinámicos, se ha visualizado el vínculo entre desorden alimentario y funcionamiento limítrofe. Así, en el Manual Diagnóstico Psicodinámico 2 (PDM-2, Lingardi & McWilliams, 2017) la formulación de casos compatibles con trastornos alimentarios es conectada directamente con una organización limítrofe de personalidad (ver también: Calvo Serrano, 2020).

Si bien el contexto reseñado hasta aquí muestra evidencia sobre la relación entre los problemas alimentarios y el espectro limítrofe de patología, no son demasiados los estudios que indaguen este fenómeno desde la perspectiva de los clínicos tratantes al interior de su práctica habitual (Stiles, 2015). Desde hace décadas, diferentes investigaciones (Beutler et al., 1994; Fernández-Álvarez et al., 2003; Lambert, 2013;

Leibovich de Duarte, 2000) sugieren que el aporte del terapeuta a la situación clínica está conectado con los resultados de los tratamientos. Por lo tanto, indagar la perspectiva del clínico puede ofrecer evidencia de base relevante para estudios sobre la efectividad de la psicoterapia en general (Olivera et al., 2016; Wampold, 2019). De modo más específico, analizar las formas en que los clínicos comprenden la situación de sus pacientes nos conecta con cómo fundamentan sus intervenciones (Etchebarne, 2014), cómo suelen trabajar en su práctica clínica (Juan et al., 2017-2018), y cómo opera su marco teórico en todo el proceso (Juan et al., 2009; Roussos et al., 2007).

Dentro de este contexto, el presente trabajo tuvo por objetivo analizar la perspectiva de clínicos (con formación y práctica psicoanalíticas) respecto de su formulación y su abordaje de pacientes con trastornos alimentarios y un funcionamiento limítrofe de personalidad. Asimismo, se apuntó a analizar la perspectiva del participante según sus años de experiencia, su grado de especialización clínica y su estilo de intervención con este tipo de pacientes. De este modo, se buscó generar evidencia sobre cómo entienden los profesionales el vínculo entre ambas patologías, cómo formulan o conceptualizan este tipo de casos, y cómo suele intervenir en su interacción concreta con este tipo de pacientes.

Los resultados permiten apreciar varias líneas de interacción entre los ejes priorizados para formular este tipo de casos y el estilo de intervención descrito por el participante. Por su parte, el rol de los años de experiencia o la especialización del terapeuta no se mostró determinante a la hora de seleccionar ejes de formulación del caso o describir el estilo de intervención.

Se discuten las implicancias de los datos obtenidos para la práctica clínica y la investigación en terapia psicodinámica, enfatizando la utilidad de analizar la interfase entre funcionamiento limítrofe y trastornos alimentarios desde la perspectiva del terapeuta.

Marco teórico y estado del arte

Esta sección profundizará en cada una de las variables que organizan y sostienen la investigación, reseñando también el estado del arte al respecto. El marco teórico se ha estructurado con una primera parte que enmarca el concepto de trastornos alimentarios, trastorno límite y organización límite de personalidad, analizando la interfase entre ambas patologías. Una segunda parte de la sección se destina a reseñar la variable terapeuta como centro de interés en la investigación empírica, y los nexos de esta línea de estudios con la temática de formulación de casos e intervenciones clínicas. Asimismo, a lo largo de cada una de estas secciones se incluyen investigaciones sistemáticas previas que sirven de antecedentes y contexto general del estudio realizado, e ilustran el estado del arte vinculado con la presente tesis.

Los trastornos alimentarios en el campo de la salud mental

A nivel internacional, los trastornos de la conducta alimentaria conforman un grupo de desórdenes de alta prevalencia y que implican, en porcentajes considerables, riesgo de vida para los pacientes. De hecho, trastornos como la anorexia y la bulimia presentan una tasa de mortalidad cercana al 20%, en un lapso de veinte años de evolución (Gratch, 2016; Kächele et al., 2001; Tasca & Machado, 2013).

Según la última versión del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013), este grupo de trastornos se caracteriza por alteraciones graves de la conducta alimentaria, acompañadas o causadas por una distorsión de la percepción de la propia imagen corporal. Los cuadros más estudiados y prevalentes a nivel internacional son los ya mencionados de anorexia y bulimia.

La anorexia nerviosa. El origen de la palabra anorexia deriva del griego y significa falta de apetito. En 1873 Lasègue, en Francia, fue uno de los primeros médicos en describir la anorexia nerviosa, la cual la acuñó como “anorexia histérica” y luego pasó a ser “anorexia mental”. En 1874 Gull, en Inglaterra, fue el pionero en nombrar a la enfermedad como “anorexia nerviosa”, otorgándole un componente psíquico y la presencia de una negación perversa a comer. En 1965, Bruch agrega que se trata de una experiencia distorsionada del cuerpo, y en 1967 Crisp la determina como una fobia al peso. Por último Russell, en 1970, describe la anorexia como un miedo patológico a subir de peso (para una revisión, ver Gratch, 2016).

En términos generales, el DSM-5 (APA, 2013) caracteriza la anorexia nerviosa por una restricción persistente de la ingesta alimenticia que lleva a una significativa pérdida de peso. Esto se acompaña, a su vez, de intenso temor a ganar peso o convertirse en obeso, o bien una conducta persistente que interfiere con la ganancia de peso, incluso estando con un peso significativamente bajo. Finalmente, la anorexia nerviosa implica una alteración en el modo en que se experimenta el peso o la forma corporal, con una persistente falta de reconocimiento de la severidad del actual bajo peso. La Tabla 1 resume los criterios DSM-5 para el diagnóstico descriptivo de anorexia nerviosa.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la anorexia según DSM-5 (APA, 2013).

-
- A. Una restricción persistente de la ingesta energética con relación a los requerimientos que lleva a una significativa pérdida de peso teniendo en cuenta la edad, sexo, etapa de desarrollo y salud física.
- B. Un intenso temor a ganar peso o convertirse en obeso, o bien una conducta persistente que interfiere con la ganancia de peso, incluso estando con un peso significativamente bajo.
- C. Una alteración en el modo en que uno experimenta su peso o forma corporal, inadecuada influencia de dicho peso o forma en la auto-evaluación, o persistente falta de reconocimiento de la severidad del actual bajo peso.

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

La bulimia nerviosa. El origen de la palabra bulimia deriva del griego “boulimos”, fusión entre bous (buey) y limos (hambre), que significa “tener el apetito de un buey”. En el pasado, los romanos se auto-inducían el vómito luego de extensos banquetes, y a su vez, esta metodología era utilizada como método de castigo y penitencia por religiosas en la época feudal. Recién a comienzos del siglo XIX se empezó a describir a la bulimia como la presencia de apetito voraz seguido de vómito, y la misma fue aceptada como una enfermedad relacionada a un desorden neurótico (Gratch, 2016).

Estos son cuadros observados en la clínica de la adolescencia y de la juventud temprana, y reflejan un padecimiento casi específico del género femenino, presentándose en ocho mujeres por cada un varón. Aunque suele evidenciarse en la

adolescencia, su origen se encuentra durante el proceso de metamorfosis del cuerpo acaecido en la pubertad (Rovira, et al., 2011).

La bulimia nerviosa es caracterizada por el sistema DSM-5 (APA, 2013) como un cuadro con episodios recurrentes de atracones. Los atracones son definidos como la ingestión de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas. Esto se acompaña con la sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio. También forman parte de la bulimia comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Al igual que con la anorexia, el paciente presenta una autoevaluación disfuncionalmente influida por la constitución y el peso. Estos criterios del sistema DSM se resumen en la Tabla 2

Tabla 2. Criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa según DSM-5 (APA, 2013).

-
- A. Episodios recurrentes de atracones, caracterizados por los dos hechos siguientes:
1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.
-

Los trastornos alimentarios y su comprensión psicodinámica. En términos amplios, los trastornos de la conducta alimentaria han sido usualmente conceptualizados como desórdenes del self (Kohut y Wolf, 1978; Winnicott, 1971). Dentro de esta visión, tendrían sus orígenes en el vínculo diádico entre el infante y su cuidador, en el cual hubo una carencia de sostén y de contención, que llevó al fracaso de la elaboración y la incapacidad de procesar el abandono. El mecanismo de defensa primordial en este tipo de pacientes sería la escisión. Esto conlleva a que se desarrolle un self con déficits en la integración, estabilidad y autorregulación. Consecuentemente, esto daría por resultado un sistema restitutivo en donde los patrones del trastorno de la conducta alimentaria son utilizados como objetos del self (para una revisión ver: Sands, 1991).

Expertos en el tema de nuestro contexto (Persano, 2005; Rovira et al., 2011) analizan cómo la multideterminación del trastorno de la conducta alimentaria tiene sus bases en la sociedad, la familia, la biología y la personalidad. En cuanto al factor social, la publicidad, el éxito “condicionado” hacia lo estético y la sexualización de la mujer, son elementos clave. Con respecto a la familia, suele haber una falla en lo vincular, y el patrón repetitivo es la presencia de madres ansiosas, rígidas, con características obsesivas, exigentes en el rendimiento intelectual y estético. A su vez, es frecuente una historia con padres poco presentes. Por último, los rasgos predominantes de la personalidad tienen que ver con la sensación de soledad, el temor al abandono, la sensación de vacío, la auto desvalorización y la falla en el control de los impulsos (ver también: Gratch, 2016).

En el cuadro bulímico aparecen anomalías en el comer, caracterizadas por el atracón. Este es un acto impulsivo y descontrolado, que está antecedido por una ansiedad creciente, una marcada inquietud y un progresivo descenso del nivel de autoconciencia. Su intencionalidad es sofocar el hambre en la búsqueda de evitar el descontrol, y está acompañado por angustia y rabia. Como consecuencia, se sufre una pérdida de la autocrítica, del control de los actos y de la memoria de fijación, lo cual deriva en conductas compensatorias cuya finalidad es evitar el incremento de peso, a través de vómitos, ejercicios físicos excesivos, fármacos y/o ayunos (Rovira, et al., 2011).

Según desarrollos como los de Persano (2005), en la superficie psíquica de aquellos que sufren este cuadro confluyen conflictos entre los deseos frente a los ideales estéticos, que dependen en gran medida de los patrones transmitidos por el marco cultural contextual, con la insatisfacción de la imagen del propio cuerpo, que es percibida

como muy alejada de aquella tan deseada. Esta tensión psíquica implica un conflicto entre instancias: el ideal del yo, sede de los ideales estéticos y éticos del sujeto que se transmiten entre generaciones por vía identificatoria; y el yo, instancia de la organización psíquica que le permite al sujeto maniobrar con los deseos, las posibilidades de la realidad y su propia historia. Por consiguiente, la tensión entre los ideales constituye uno de los conflictos centrales en esta patología y la ubica en torno a las problemáticas típicas de las estructuras narcisistas.

En la misma línea, Persano (2005) plantea la hipótesis de que los pacientes con desórdenes alimentarios, en su infancia, no fueron objeto de amor de su madre. Considera la falta de un espejo que refleje una imagen positiva de sí mismo y que, por lo tanto, favorezca el desarrollo de un narcisismo trófico y una adecuada regulación de la autoestima. En un plano internacional, Paulina Kernberg (1994) también considera que el espejo representa la imagen de la madre, y que el niño se relaciona con él, tal como se relaciona con ella. Esta perspectiva se puede vincular con una de las características principales de los trastornos de la conducta alimentaria, relacionada al lugar predominante que ocupa el espejo en su vida: la mirada ajena, la búsqueda de constante aprobación y validación por parte del otro, como si ese otro fuese un objeto primario de amor (clásicamente la madre).

Otros autores como De las Casas (2006) proponen que el conflicto central en la bulimia nerviosa está dado por el fracaso de la interiorización primaria, debido a una madre que, por exceso o ausencia, no logró establecer los cimientos para un basamento narcisista estable. Así, se funda una búsqueda incesante de un objeto que no puede ser interiorizado. De este modo, el sujeto se vincula con el alimento, a través de una sensación de vacío, que lleva a una fase de incorporación caracterizada por el exceso y el descontrol, con la finalidad de apaciguar el mundo interno. Sin embargo, a eso le continúa un nuevo periodo de sensación de vacío, culpa y rechazo.

Esfuerzos recientes en el campo psicodinámico internacional, como la segunda versión del Manual Diagnóstico Psicodinámico (PDM-2, Lingjardi & McWilliams, 2017), proponen que este inicio de los trastornos alimentarios que se da en la adolescencia está dado por una serie de cambios fisiológicos, hormonales, corporales y psicológicos, en las dimensiones de la autonomía, la individuación y el desarrollo de la sexualidad. Los pacientes suelen mostrar emociones intensas, rápidamente cambiantes y dolorosas, con ciertas características de depresión, fragilidad de su identidad, auto-desvalorización y dificultades en la regulación de la autoestima. Se destaca como principal problema la lucha por la autonomía y la autodefinición, como manifestación de

una separación-individuación incompleta durante la infancia (Calvo Serrano, 2020). Asimismo, la cuestión del apego como eje psicodinámico en la comprensión de los trastornos alimentarios también es un criterio actual en la formulación de este tipo de pacientes (Tasca & Balfour, 2015).

Trastorno y organización límite de personalidad: diferencias y complementariedades

El origen de la palabra “personalidad” deriva del griego, y se define como el conjunto de actitudes, rasgos y características que persisten a lo largo de la existencia del individuo. A la hora de considerar la problemática límite, surgen dos perspectivas complementarias: la posibilidad de considerar lo límite como un trastorno de personalidad a partir de criterios descriptivos, y la posibilidad de considerar lo límite como un modo de organización y funcionamiento de la personalidad en términos psicodinámicos. Justamente, el objetivo del presente estudio radica en analizar y enfatizar la relación entre ambos tipos de lógicas.

El trastorno límite como diagnóstico descriptivo. Según el DSM-5 (APA, 2013), los criterios para el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad se determinan por la presencia de un patrón dominante de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, acompañada por una impulsividad intensa. Estas características comienzan en las primeras etapas de la edad adulta y están presentes en diversos contextos.

De manera más específica, el DSM-5 propone que las alteraciones de personalidad límite se manifiestan por cinco (o más) de una lista de criterios entre los que se incluyen: 1) esfuerzos desesperados por evitar el desamparo real o imaginado, 2) un patrón de relaciones interpersonales inestables, 3) alteración de la identidad, 4) comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas de automutilación; 5) inestabilidad afectiva, 6) sensación crónica de vacío, 7) enfado inapropiado e intenso, 8) ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves (APA, 2013). La Tabla 3 resume los criterios para el diagnóstico según DSM-5.

Tabla 3. Criterios diagnósticos del trastorno límite según DSM-5 (APA, 2013).

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos.

Se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
 2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
 3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
 4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
 5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
 6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
 7. Sensación crónica de vacío.
 8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
 9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves
-

Lo límite como una organización de personalidad. Siendo uno de los primeros en sistematizar la temática para el campo psicodinámico, Kernberg (1984/1999) plantea una comprensión de criterios del diagnóstico descriptivo del

trastorno límite en conjunto con las características estructurales intrapsíquicas, en lo que el autor denominó “organización límite de la personalidad”, a fin de una mayor precisión del diagnóstico y la conceptualización del caso (Kernberg, 1984/1999).

Se denomina “límite” ya que se encuentra entre la neurosis y la psicosis. Según Kernberg (1984/1999) la diferenciación entre ambas estructuras se refleja en base a las características predominantes del paciente: en primer lugar, por el grado de integración de la identidad, en segundo lugar, por los tipos de operaciones defensivas que habitualmente emplea, y por último, por su capacidad para la prueba de realidad. Esta última, se conserva en la organización neurótica o límite, pero está gravemente deteriorada en la psicótica. En este esquema referencial, la estructura de la personalidad neurótica implica una identidad integrada, y presenta una organización defensiva que se centra en la represión y otras operaciones avanzadas o de alto nivel. De forma opuesta, las estructuras límites y psicóticas se encuentran en pacientes que muestran una predominancia de operaciones defensivas primitivas que se centran en el mecanismo de escisión.

Siguiendo con Kernberg (1984/1999), a la hora de realizar un diagnóstico diferencial entre la neurosis y la organización límite, predomina la presencia o ausencia de manifestaciones no específicas de debilidad del yo, particularmente la tolerancia a la ansiedad, el control de impulsos, y la capacidad de sublimación. Asimismo, para realizar una diferenciación con la esquizofrenia, se tiene en cuenta la presencia o ausencia del proceso de pensamiento primario en la situación clínica y la conservación (o no) de la prueba de realidad.

En los pacientes límite prevalece un sentimiento crónico de vacío, son hipersensibles al desamparo, y se encuentran en una búsqueda constante de aceptación y reconocimiento por parte del otro. Esto genera relaciones caóticas o huecas, ya que no logran una empatía real. Las relaciones íntimas están por lo general contaminadas por una típica condensación de los conflictos genitales y pregenitales. Se caracterizan por una percepción crecientemente distorsionada, determinada por una idealización extrema y una abrupta descalificación. Se genera una dinámica entre exclusión e intrusión de objeto, y se sienten invadidos y/o excluidos en el vínculo con el otro. Su modo dependiente en las relaciones interpersonales confiere un carácter dramático a las situaciones de pérdida, las cuales son vividas como un desamparo y abandono que atenta contra el inestable sentido del self (Kohut & Wolf, 1978). Este self débil necesita de objetos en lugar de una estructura del self, caracterizados por una fluidez en los límites. Esta necesidad de fusión genera una dificultad en la discriminación

acerca de cuáles deseos, pensamientos e intenciones son propios o ajenos (Ortiz Frágola, 2014).

Respecto del concepto de “organización límite de personalidad”. Kernberg (1984/1999) propone algunos ejes para su caracterización (ver Tabla 4), entre los que se incluyen: 1) la presencia de ansiedad crónica, difusa, libre y flotante, 2) la neurosis polisintomática, cuando se presentan dos o más de los siguiente síntomas neuróticos: fobias múltiples, síntomas obsesivo-compulsivos, síntomas múltiples de conversión, reacciones disociativas, hipocondriasis, y tendencias paranoides e hipocondriacas con cualquier otra neurosis sintomática, 3) tendencias sexuales perversas polimorfas, que cuanto más caóticas y múltiples sean, y cuanto más inestables sean las relaciones objetales conectadas con estas interacciones, tanto más debiera considerarse la presencia de esta patología, 4) estructuras de personalidad prepsicótica "clásicas" que incluyen: personalidad paranoide, personalidad esquizoide, personalidad hipomaniaca y personalidad ciclotímica con fuertes tendencias hipomaniacas, 5) neurosis y adicciones por impulso como el alcoholismo, la drogadicción, ciertas formas de obesidad psicogénica y la cleptomanía, 6) trastornos del carácter de "menor nivel", como el caótico e impulsivo, personalidades infantiles y narcisistas, y las estructuras de personalidad antisocial.

Tabla 4. Comprensión teórico-clínica de la organización límite (Kernberg, 1984/1999)

Manifestaciones sintomáticas características	Aspectos psicodinámicos centrales
Ansiedad crónica, difusa, libre y flotante.	Difusión de la identidad
Neurosis polisintomática	Mecanismos defensivos primitivos (escisión, identificación proyectiva)
Tendencias sexuales perversas polimorfas	Distorsiones en el manejo con la realidad
Estructuras de personalidad prepsicótica	
Neurosis y adicciones por impulso	
Trastornos del carácter de "menor nivel"	

Tal cual ilustra la Tabla 4, en términos psicodinámicos, una de las principales características en el diagnóstico de organización límite de la personalidad es la difusión de identidad, con ciertos aspectos contradictorios de sí mismo y de los demás pobremente integrados. Los principales mecanismos de defensa son la escisión y aquellos de idealización primitiva, particularmente identificación proyectiva, negación, omnipotencia y devaluación. Las mismas ocupan un rol central ya que tienen como función proteger al vulnerable self de la fragmentación. Por último, ocurren alteraciones en cuanto al vínculo con la realidad lo que manifiesta cierta distorsión de la misma y un pobre manejo emocional (Kernberg, 1994; Kohut & Wolf, 1978).

Kohut y Wolf (1978) plantean que, en este tipo de pacientes, se observa un self fragmentado como consecuencia de la falta de respuestas integradoras al self inicial en su totalidad por parte de los objetos en la infancia. Este self se encuentra constituido por diversos fragmentos que alternativamente asumen el control de la persona y de la conducta, dándole a ésta ese tono de caos e imprevisibilidad que la caracteriza. El origen de dicha estructura tiene que ver con la introyección masiva del medio ambiente patológico, por medio de desamparo y abandono, ligado con el peligro de la pérdida de amor del objeto materno y la repetición del trauma.

Dentro de este marco, se podría inferir que la madre presentó fallas graves y repetitivas, lo que generó una ruptura precoz en el vínculo con su hijo, el cual consecuentemente desarrolló un falso self como defensa extrema ante la angustia inimaginable ocasionada por este derrumbe. Estos tempranos vínculos objetales patógenos suelen persistir e incluso perpetuarse a lo largo de la vida. Esto viene acompañado con el déficit identificatorio resultante de tal perturbación en las relaciones objetales tempranas (Ortiz Fragóla, 2014; Panceira, 1997).

Siguiendo con la misma línea, Ortiz Fragóla (2014) expresa que los sujetos con una organización límite de la personalidad buscan a través de los estados de agitación, tensión o incluso dolor, es decir por medio de la patología del acto, el límite y consolidar su self. Estos actos demuestran la incapacidad de elaborar su angustia mediante la palabra, preservando así al sujeto del vacío, del temor al derrumbe y otorgándole existencia.

El ya citado Manual Diagnóstico Psicodinámico 2 (PDM-2) propone ciertos parámetros para la comprensión de una organización límite de personalidad (ver Tabla 5).

Tabla 5. Organización límite según el PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017).

Patrón temprano de apego desorganizado

Problemas en la regulación afectiva e impulsiva

Incapacidad para la intimidad

Estados emocionales que se descontrolan y cambian rápidamente de forma impredecible

Tendentes a sentimientos de vacío

Dificultades en las relaciones interpersonales; relaciones inestables y caóticas

Inestabilidad en el sentido de sí mismo

Tendencia a la actuación de conductas auto-agresivas.

Defensas primitivas que implican mayor distorsión de realidad

Vínculo terapéutico está expuesto a intensidades transferenciales y/o contra-transferenciales

Pueden presentarse descompensaciones y/o síntomas psicóticos breves

Siguiendo la Tabla 5, el PDM-2 propone que los pacientes con una organización límite de la personalidad tienen un patrón temprano de apego desorganizado, por lo que son proclives a sentimientos de vacío y suelen experimentar estados emocionales descontrolados y cambiantes de forma impredecible. Tienen dificultades en las relaciones interpersonales, debido a la imposibilidad para integrar en el mismo sujeto cualidades positivas y negativas, generando relaciones inestables y caóticas. Se caracterizan por dificultades en su identidad y frente a sentimientos de mucha angustia, su sentido de realidad puede verse dañado. La fragmentación, la identificación proyectiva y el acting out son sus defensas centrales. La percepción del paciente sobre el clínico suele estar distorsionada, alternándose desde la idealización a la devaluación (Calvo Serrano, 2020; Lingiard & McWilliams, 2017).

Vínculos entre trastornos alimentarios y un funcionamiento limítrofe

Diversas revisiones sobre el tema (Escriche Martínez, 2012; Gratch, 2016; Persano, 2005; Vaz, et al., 2001) han enfatizado el vínculo teórico, clínico y epidemiológico que existe entre los trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno límite de personalidad.

Desde el punto de vista de la sintomatología descriptiva, Escriche Martínez (2012) revisó la literatura entre 2000 y 2012 analizando aquellos factores precipitantes comunes entre la bulimia nerviosa y el trastorno límite de la personalidad. Tal cual ilustra la Tabla 6, constató cuatro síntomas compartidos por ambas condiciones clínicas, a saber: ansiedad, inestabilidad emocional, humor y afecto negativos.

Tabla 6. Factores precipitantes comunes encontrados en la literatura entre bulimia nerviosa y trastorno límite de personalidad (Escriche Martínez, 2012):

Factores precipitantes

Ansiedad

Inestabilidad emocional

Humor negativo

Afecto negativo

Estudios más recientes (Molina-Ruiza et al., 2019), siguen ofreciendo evidencia sobre la elevada prevalencia de rasgos disfuncionales de la personalidad entre pacientes con problemas alimentarios, condición que en la práctica clínica complica su pronóstico y tratamiento. Molina-Ruiza y equipo (2019) analizaron una muestra de 88 pacientes mujeres, distribuidos en tres grupos dependiendo de si: la paciente presentaba únicamente trastornos alimentarios (TCA), únicamente trastorno limítrofe (TLP) o una comorbilidad entre ambos cuadros (TCA-TLP). Todas las participantes completaron escalas de auto-reporte que medían severidad clínica, impulsividad y síntomas de bulimia nerviosa. Los autores concluyen que las pacientes con TCA-TLP ocuparían una posición intermedia de gravedad clínica, entre las pacientes más severas con TLP y las pacientes menos severas con TCA no comórbido. A su vez el grupo de pacientes con comorbilidad destacó por su mayor similitud con el grupo TLP que con el

de TCA, lo que respalda la importancia de considerar los rasgos de personalidad de cara al diagnóstico e intervención terapéutica.

En una línea de investigación similar, Khosravi (2020) analizó la comorbilidad de trastornos alimentarios en pacientes con funcionamiento limítrofe, observando, sobre una muestra aleatoria de 220 casos, una prevalencia del 65,4%. Asimismo, constató que dicha comorbilidad aumentaba la severidad en los pacientes respecto de sus niveles de ansiedad, depresión y alexitimia.

Otro de los ejes para vincular ambas patologías radica en que los síntomas principales del trastorno límite, en donde predomina el temor al abandono, la inestabilidad en la autoimagen, en el estado de ánimo, en las relaciones interpersonales, y en cambiantes conductas guiadas por la impulsividad; son compatibles también con los cuadros de desórdenes alimentarios. Como se mencionó más arriba, las perturbaciones de la identidad propias de la organización límite, según Kernberg (1984/1999), pueden ser una base para la comprensión dinámica del trastorno alimentario. A lo anterior se suma que la sintomatología propia de los trastornos alimentarios proviene, usualmente, de una historia de carencias vividas en un ambiente invalidante, que han ido transformando los rasgos del sujeto hasta configurar una personalidad disfuncional o problemática (De Las Casas, 2006). Desde el campo psicodinámico surgen hipótesis, por ejemplo, respecto de que los síntomas bulímicos buscarían llenar o apaciguar un vacío con los atracones, estrategia que finalmente no llena ni calma, sino que deviene en una nueva sensación de vacío que completa un círculo vicioso (De las Casas, 2006; Gratch, 2016).

Un ejemplo de formulación psicodinámica para un caso de bulimia nerviosa con funcionamiento limítrofe. También desde estrategias disponibles para la formulación sistemática de los casos en términos psicodinámicos, se ha visualizado el vínculo entre desorden alimentario y funcionamiento limítrofe. El PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017) ofrece una formulación de casos compatibles con trastornos alimentarios que es conectada directamente con una organización limítrofe de personalidad (ver también: Calvo Serrano, 2020).

El PDM-2 busca evaluar los trastornos y patrones de personalidad (eje P), el perfil del funcionamiento mental (eje M), y la experiencia subjetiva de los patrones sintomáticos (eje S). Los diagnósticos no se basan en una compilación de síntomas, sino en la descripción de rasgos de un modelo o patrón que ejemplifica el paciente. Resalta la experiencia interna de los sujetos y permite a los clínicos describir y categorizar los patrones de personalidad y las capacidades sociales-emocionales

relacionadas, posibilitando una interfase entre lo psicodinámico y lo descriptivo (para una síntesis en castellano, ver: Ferrari et al., 2008).

Este tipo de herramientas apuntan a una concepción dinámica que incluye tanto al paciente como al analista, basándose en diferentes modelos de producción de subjetividad provenientes de varias disciplinas. Lancelle (2008) distingue que la intención del PDM es la de ir más allá de la simple clasificación sintomática para así contribuir a una comprensión de la complejidad psicológica del sujeto humano. Esto puede aportar significativamente a aumentar la efectividad de la psicoterapia al realizar la formulación psicodinámica del caso de acuerdo con la singularidad y totalidad del paciente.

En este contexto, la Tabla 7 resume una formulación de un caso (caso Michelle) ofrecida por el PDM-2 que integra en una comprensión psicodinámica la bulimia nerviosa y el espectro limítrofe de funcionamiento de personalidad.

Tabla 7. Caso Michelle: interfase entre trastornos alimentarios y funcionamiento limítrofe según criterios PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017).

Eje diagnóstico PDM-2	Descripción
Eje M: perfil funcionamiento mental	Deficiencia moderada en el funcionamiento mental Baja capacidad para la regulación de la autoestima y la calidad de la experiencia interna. Problemas en la regulación-control de los impulsos.
Eje P: patrones de personalidad	Nivel de organización de la personalidad límite Puntuación 5 Escala de 0 (psicótico) a 10 (saludable). Estilo de personalidad emergente: depresivo.
Eje S: experiencia subjetiva de los síntomas	Patrón de síntomas emergentes Trastornos de la alimentación y comida.

Siguiendo la Tabla 7, el PDM-2 ofrece una formulación del caso de Michelle en términos de deficiencias moderadas en el funcionamiento mental (eje M), una organización limítrofe de personalidad (eje P) y un trastorno alimentario como manifestación sintomática (eje S).

Según el eje M de dicho manual, Michelle muestra una pobre capacidad para la regulación de la autoestima y la calidad de la experiencia interna, así como también para la regulación y el control de los impulsos. Por su parte, en la escala que el eje P establece entre funcionamiento psicótico (puntaje 0) y saludable (puntaje 10) de la personalidad, la paciente es codificada con un puntaje 5, lo que la ubica en un claro rango limítrofe con un estilo de personalidad emergente de tipo depresivo.

El PDM-2 propone que este tipo de pacientes con una organización límite de la personalidad tienen un patrón temprano de apego desorganizado, por lo que son proclives a sentimientos de vacío y suelen experimentar estados emocionales descontrolados y cambiantes de forma impredecible. Tienen dificultades en las relaciones interpersonales, debido a la imposibilidad para integrar en el mismo sujeto cualidades positivas y negativas, generando relaciones inestables y caóticas. Se caracterizan por dificultades en su identidad y frente a sentimientos de mucha angustia, su sentido de realidad puede verse dañado. La fragmentación, la identificación proyectiva y el acting out son sus defensas centrales. La percepción del paciente sobre el clínico suele estar distorsionada, alternándose desde la idealización a la devaluación (Calvo Serrano, 2020; Lingardi & McWilliams, 2017).

Finalmente, el trastorno alimentario es considerado en el eje S, a modo de los caminos que el funcionamiento mental y la personalidad de Michelle encuentran para la formación de síntomas.

La figura del terapeuta como centro de estudio

Tal como se desprende de los apartados anteriores, contamos hoy con evidencia sobre la relación entre los problemas alimentarios y el espectro limítrofe de patología. Sin embargo, no son demasiados los estudios que indaguen este fenómeno desde la perspectiva de los clínicos tratantes al interior de su práctica habitual (Stiles, 2015). Desde hace décadas, diferentes investigaciones (Beutler et al., 1994; Fernández-Álvarez et al., 2003; Lambert, 2013; Leibovich de Duarte, 2000) sugieren que el aporte del terapeuta a la situación clínica está conectado con los resultados de los tratamientos. Por lo tanto, indagar la perspectiva del clínico puede ofrecer evidencia de base relevante para estudios sobre la efectividad de la psicoterapia en general (Olivera et al., 2016;

Wampold, 2019). De modo más específico, analizar las formas en que los clínicos comprenden la situación de sus pacientes nos conecta con cómo fundamentan sus intervenciones (Etchebarne, 2014), cómo suelen trabajar en su práctica clínica (Juan et al., 2017-2018), y cómo opera su marco teórico en todo el proceso (Juan et al., 2009; Roussos et al., 2007). Tal como fue adelantado en la introducción (ver objetivos) la presente tesis apunta a un estudio en dicha dirección, aplicado al campo de los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe.

Variables del terapeuta involucradas en la investigación empírica. En un trabajo ya clásico de Beutler y colaboradores (1994) es posible clasificar distintos aspectos del clínico tratante que participan en los procesos y los resultados de los tratamientos. La Figura 1 resume las coordenadas propuestas en su momento por Beutler y equipo (1994) para entender el rol del terapeuta a la luz de la investigación sistemática.

Como puede apreciarse en la Figura 1, es factible organizar dos ejes que delimitan cuatro cuadrantes que describen aspectos del clínico a considerar. Por una parte, un eje que distingue entre rasgos externos a la situación terapéutica y rasgos específicos a ésta. Por otra parte, características objetivas y características subjetivas de los terapeutas. Siguiendo la Figura 1, la presente tesis se focaliza en rasgos más objetivos del terapeuta que se involucran específicamente en la situación clínica, a saber: background profesional, estilo terapéutico y estilo de intervención.

Figura 1. Variables del terapeuta objeto de investigación empírica (Beutler et al., 1994)

Rasgos extra- terapéuticos	Características objetivas del terapeuta		Estados específicamente terapéuticos
	Edad Género Etnia	Background profesional Estilos terapéuticos Intervenciones clínicas	
	Personalidad Bienestar emocional Valores, actitudes y creencias culturales	Influencia social Expectativas Orientación teórica y filosófica	
Características subjetivas del terapeuta			

Beutler y colaboradores (1994) consideran que el estilo del terapeuta constituye un estado observable específico dentro de la terapia. Aunque todavía no hay suficientes

datos empíricos sobre su *modus operandi*, es un factor muy estable a lo largo del tiempo, y modula la forma específica en que se aplica un procedimiento o una técnica terapéutica. Así, el estilo personal del terapeuta se refiere a rasgos establecidos de la personalidad del terapeuta que repercuten en la relación con el paciente, tienen un impacto en el proceso terapéutico, e influyen en el resultado de los tratamientos.

La cuestión del estilo personal del terapeuta (EPT) ha sido indagada de manera sistemática por Fernández-Álvarez y su equipo (2003), desde la Fundación Aiglé en Argentina. Este programa de investigación considera el ETP como uno de los componentes de todo procedimiento psicoterapéutico y lo define como "el conjunto de características que cada terapeuta aplica en cada situación psicoterapéutica, conformando sus atributos básicos". Se compone de las condiciones peculiares que llevan al terapeuta a comportarse de una manera particular en el curso del trabajo profesional. Influye en el desarrollo de todo proceso terapéutico y tiene un impacto en los resultados de la acción terapéutica, aunque en grados diferentes según el tipo de paciente, la patología y el contexto específico en el que se aplica (Fernández-Álvarez et al., 2003).

El nivel de experiencia ha sido una de las variables del terapeuta más investigadas. La literatura señala importantes diferencias en cuanto al enfoque conceptual-empírico y la consistencia y el tipo de impacto que tiene esta variable en el resultado del tratamiento. Según revisiones de nuestro contexto como las de Castañeiras y equipo (2006), los estudios muestran que esta variable permite al menos tres definiciones de igual importancia: 1) intensidad y especialización de la formación profesional del terapeuta; 2) la experiencia acumulada en el número y tipo de pacientes tratados y el método del terapeuta; y 3) el número de años de ejercicio profesional, independientemente de la calidad y cantidad de la experiencia. En el marco del programa sobre estilo personal del terapeuta antes citado, Castañeiras y equipo (2006) reseñan investigación previa que ha constatado el rol de la experiencia clínica en el estilo del terapeuta. Así, por ejemplo, terapeutas integrativos principiantes se han descrito a sí mismos como más centrados y planificados en su trabajo que sus compañeros más experimentados, aunque menos comprometidos que éstos. Por su parte, los terapeutas psicoanalíticos con más años de experiencia se consideraban a sí mismos con un enfoque más amplio que sus colegas menos experimentados (Castañeiras et al., 2006). Este tipo de evidencia se vincula con los objetivos de la presente tesis, en tanto apoya la hipótesis de que el grado de experiencia podría

asociarse con la forma en que los clínicos comprenden y abordan situaciones de trastornos alimentarios y funcionamiento limítrofe de personalidad.

También en nuestro medio, los esfuerzos pioneros de Leibovich de Duarte y equipo (1996, 2001) sentaron las bases para el estudio sistemático del aporte que hace el clínico a la situación terapéutica, con eje en el concepto de inferencia clínica (para una revisión, ver: Juan et al., 2009). Como parte de dicho programa, Rutzstein y Leibovich de Duarte (2005) focalizaron estudios en el diagnóstico de trastornos alimentarios. De este modo, analizaron la manera en que psicoanalistas y psicoterapeutas cognitivos, especializados y no especializados en trastornos de la alimentación, se situaban para elaborar un diagnóstico ante un mismo material clínico, en el que se encontraba presente una problemática alimentaria. La muestra incluyó 32 psicoterapeutas agrupados según marco teórico y nivel de experiencia en el área de trastornos de la alimentación. Todos los psicoterapeutas escucharon la misma entrevista inicial grabada de una paciente, enunciaron los elementos de información que fueron necesarios y/o suficientes para construir las inferencias clínicas y la hipótesis diagnóstica. También respondieron a un cuestionario semiestructurado. Entre muchos resultados, Rutzstein y Leibovich de Duarte (2005) constataron que, en cuanto a las categorías que utilizaban los psicoterapeutas para formular el diagnóstico, se observó un mayor grado de consenso entre los psicoterapeutas especializados en trastornos de la alimentación que entre aquellos que compartían un mismo marco teórico. Este tipo de hallazgos funcionan como antecedentes directos de las hipótesis de la presente tesis, que incluyen el grado de especialización del terapeuta como factor en juego para su formulación y estilo de abordaje en paciente con trastornos alimentarios y funcionamiento limítrofe de personalidad.

El aporte del terapeuta a través de su formulación del caso. Para comenzar este apartado Kernberg (1984/1999) expresa que resulta más fácil y al parecer más "objetivo" clasificar la conducta humana en casilleros de manifestaciones conductuales, que estudiar al individuo en su totalidad. Empero, el autor afirma que, desde el punto de vista de la metodología de la investigación, analizar la totalidad del individuo puede brindar a largo plazo sustento más firme para la investigación sobre la organización de la personalidad y los cambios en ella. La formulación del caso es un proceso que coloca el aporte del clínico en primer lugar. Siguiendo el trabajo de Bernardi y equipo (2016), la formulación sistemática de caso, en el campo de la psicología clínica, resulta relevante para poder plantear con más claridad las hipótesis acerca de qué le pasa al paciente, a qué se debe, cómo tratarlo y cómo evolucionó. Esto nos permite consignar

dichas hipótesis de manera rigurosa y fundamentada en su historia clínica. La intención de este proceso es recoger con mayor precisión lo que ocurre en la realidad: la percepción que el terapeuta tiene de su paciente, la forma en la que pudieron trabajar juntos, y lo que el paciente logró obtener de ese trabajo desde la perspectiva del terapeuta y desde su propia perspectiva (Bernardi et al., 2016).

Investigaciones previas en terapia psicodinámica (ver la revisión de Silberschatz, 2017) han mostrado que aquellos terapeutas que son capaces de formular sus casos de manera sistemática suelen tener mejores resultados clínicos, en comparación con aquellos terapeutas que no formulan sus casos siguiendo una estrategia estructurada (ver también: Diener et al., 2007; Juan et al., 2021).

Tal como desarrolla Bernardi y equipo (2006) la formulación psicodinámica del caso (FPC) implica poder conceptualizar y presentar los casos clínicos, explicitando de una forma clara y precisa cómo un determinado clínico o equipo está afrontando el diagnóstico y el tratamiento de un paciente; con la finalidad de aumentar la probabilidad de que una intervención terapéutica resulte útil para el paciente, eligiendo la forma más adecuada para ese caso. Además, la formulación de casos permite la comunicación entre la comunidad científica y profesional sobre los criterios a partir de los cuales entendemos qué le pasa a un paciente, por qué, y cómo deberíamos tratarlo. De este modo, la FPC resulta un instrumento de utilidad para fortalecer la evaluación de los tratamientos y la seguridad del paciente (Bernardi et al., 2006; McWilliams, 1999, McWilliams et al., 2006).

Yendo a estudios previos sobre formulación de casos vinculados con la presente tesis, Rosenberg y equipo (1994) presentaron un ejemplo de cómo un grupo de clínicos podía consensuar una formulación del caso, a partir del análisis sistemático de una sesión. Trabajaron con un caso de una paciente joven con un funcionamiento de personalidad presuntivamente de nivel limítrofe. La formulación consensuada por el grupo incluyó la hipótesis de que, como resultado de sus experiencias en casa y en la escuela, la paciente tenía un sentido del yo muy poco integrado, y una identidad difusa de sí misma. Esta difusión de identidad explicaría su falta de claridad a la hora de describir sus sentimientos, necesidades, creencias y deseos. También explicaría por qué parecía estar tan dispuesta a aceptar fácilmente lo que otras personas le decían sobre sí misma y sus traumas. Sus defensas incluían intelectualización y aislamiento del afecto, y su falta de afecto se asemejaba al adormecimiento que se observa en un trastorno de estrés postraumático. Tal cual explican Rosenberg y equipo (1994), el objetivo de su estudio fue producir un conjunto fiable de hipótesis sobre la etiología de

los problemas de la paciente, en el sentido de una formulación sistemática del caso, siguiendo criterios estandarizados que incluyeron la evaluación del material por parte de un grupo de clínicos experimentados en psicoterapia psicodinámica y jueces externos. Como aporte fundamental del método empleado, los conflictos, las defensas y las cuestiones caracterológicas que se identificaron de este modo podrían ser el foco de una psicoterapia psicodinámica (Rosenberg et al., 1994).

En otros trabajos más recientes, Descôteaux y colaboradores (2001) emplearon el método del conflicto nuclear relacional (CCRT por su sigla en inglés) para formular casos compatibles con funcionamientos de personalidad de nivel psicótico, de nivel limítrofe y de nivel neurótico. Elaborado por Luborsky (1977), el método CCRT es una estrategia sistemática de formulación de casos que contempla tres elementos: 1) con qué deseos el paciente se acerca a sus otros significativos (deseo del self), 2) qué respuesta de los otros percibe a partir de dichos deseos (respuesta del objeto), y 3) cómo responde el paciente a dicha respuesta del objeto (respuesta del self).

Descôteaux y colaboradores (2001) emplearon el modelo de personalidad ya descrito de Kernberg (1984/1999), que plantea tres organizaciones de personalidad (psicótica, limítrofe y neurótica) con características específicas en términos de esquemas de relación, mecanismos de defensa, difusión de identidad y prueba de realidad. Sobre la base de este modelo, Descôteaux y equipo (2001) se propusieron evaluar la utilidad del CCRT para determinar las diferencias entre dichas organizaciones. A estos fines se analizaron 81 casos. Además de constatar la confiabilidad y validez del método CCRT, observaron que los tres grupos presentaban los mismos deseos del self más frecuentes, a saber: a) mantenerse distantes y evitar el conflicto, y b) ayudar a otros. A su vez, detectaron una misma respuesta del objeto más frecuente en los tres grupos: rechazo y oposición; si bien esta tendencia fue más marcada para los participantes con organizaciones limítrofe y neurótica. Las respuestas del self más frecuentes tuvieron que ver, nuevamente para los tres grupos, con sentirse decepcionados, deprimidos o respetados, aunque, una vez más, esta tendencia se observó con mayor fuerza para las organizaciones limítrofe y neurótica. Los autores pudieron registrar, asimismo, que los casos con organización limítrofe tenían mayor presencia de respuesta del self de ansiedad, en comparación con sus pares de organización neurótica que puntuaron más alto en respuestas de self vinculadas con sentirse útiles.

Dentro de este contexto, la formulación psicodinámica del caso está centrada en la totalidad del sujeto, va más allá de su trastorno y/o patología, aspira a identificar tanto

sus vulnerabilidades, como sus fortalezas y potencialidades. La misma incorpora la perspectiva teórica y técnica del terapeuta, investiga acerca de los factores precipitantes que pueden influir en el tratamiento, orienta sobre la mejor forma de realizarlo y, por último, permite repensar acerca de las metas terapéuticas iniciales en función de los resultados obtenidos. Asimismo, la formulación de los tratamientos adapta las consideraciones teóricas a la singularidad de cada paciente, buscando establecer lo que es específico de ese paciente en esa relación terapéutica, pudiendo contribuir significativamente a aumentar la efectividad de la psicoterapia (Bernardi et al., 2006; Eells et al., 2011; Mace & Binyon, 2005).

En este punto, manuales diagnósticos psicodinámicos, como el ya mencionado PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017) o el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2, Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008) son herramientas específicamente orientadas a la formulación psicodinámica de los casos. Aportan una visión integral del sujeto para poder pensar en su diagnóstico, partiendo de la base del funcionamiento del rango del sujeto, los patrones interpersonales, cognitivos y emocionales, en el esfuerzo de integrar la comprensión nomotética con la idiográfica. Cabe remarcar aquí que los criterios ofrecidos por el PDM-2 y el OPD-2 han sido utilizados como base para muchas de las preguntas del formulario empleado en el trabajo de campo de la presente tesis (ver marco metodológico).

El estilo de intervención del clínico. Las intervenciones psicoterapéuticas pueden definirse como todas aquellas acciones verbales, dirigidas por el terapeuta intencionalmente hacia el paciente, que tienen lugar en una situación clínica (Roussos, Etchebarne, & Waizmann, 2006; Waizmann, Etchebarne, & Roussos, 2004). En este sentido, parte del estilo del terapeuta atañe a su estilo de intervención con sus pacientes. Tanto a nivel local como internacional, la temática de las intervenciones conforma un amplio y heterogéneo campo para la psicología clínica y su investigación empírica (ver, por ejemplo Juan et al., 2009, 2017-2018).

Si bien recorrer todos los desarrollos efectuados sobre esta temática a lo largo de las últimas décadas excedería los límites del presente trabajo, sí cabe mencionar revisiones sistemáticas del estudio empírico de las intervenciones, que han servido como base metodológica para la presente tesis.

Fruto de una extensa revisión bibliográfica sobre los instrumentos empíricos de evaluación comparativa de intervenciones, Blagys y Hilsenroth (2000) identificaron 7 acciones que distinguían un abordaje psicodinámico-interpersonal de un abordaje cognitivo-conductual, a saber: 1) el foco en los afectos y la expresión emocional, 2) la

exploración de los intentos del paciente por evitar temas o involucrarse en tareas que dificultan el proceso terapéutico, 3) el foco en los patrones de acción, pensamiento, emoción y relación del paciente, 4) la exploración de experiencias pasadas, 5) el foco en experiencias interpersonales, 6) la discusión de la relación terapéutica y 7) la exploración de deseos, sueños y/o fantasías del paciente.

En una segunda revisión, Blagys and Hilsenroth (2002) encontraron 6 tipos de accionar clínico que distinguían un abordaje cognitivo-conductual de un abordaje psicodinámico-interpersonal, a saber: 1) la asignación de tareas inter-sesión, 2) la dirección activa de las sesiones, 3) la enseñanza de habilidades específicas de afrontamiento, 4) el foco en experiencias futuras del paciente, 5) la provisión de información sobre el tratamiento, el trastorno y los síntomas del paciente y 6) el foco en las experiencias cognitivas.

Tomando como base las categorías construidas en las revisiones antes citadas, Hilsenroth y equipo (2005) elaboraron la Escala Comparativa de Proceso Psicoterapéutico (Comparative Psychotherapy Process Scale, CPPS), cuya adaptación al contexto argentino fue utilizada en la presente tesis (ver marco metodológico). La CPPS es una lista de 20 ítems que reflejan 20 intervenciones sesionales distintivas de los enfoques psicodinámico-interpersonal (por ejemplo, el ítem “el terapeuta conecta sentimientos o percepciones actuales de paciente con experiencias pasadas”) y cognitivo-conductual (por ejemplo, el ítem: “el terapeuta indica actividades específicas para el paciente a realizar por fuera de la sesión”). Para la clasificación de la CPPS, un evaluador (ya sea el paciente, el terapeuta o un juez externo) determina qué tan característico de la sesión estudiada es cada uno de los ítems, utilizando una escala likert de 7 puntos, desde 0, “para nada característico”, a 7, “extremadamente característico”. Hilsenroth y equipo (2005) constataron buenos niveles de acuerdo interjueces, confiabilidad y validez de constructo para la CPPS. A su vez, los perfiles CPPS prototípicos elaborados por expertos de ambos marcos teóricos fueron consistentes con lo evaluado en sesiones de cada tradición teórica. Tal cual será detallada en la sección de métodos, en el presente estudio se utilizaron sólo los 10 ítems de la CPPS correspondientes a intervenciones psicodinámico-interpersonales. De este modo, la CPPS resulta un instrumento válido y confiable para operacionalizar, por ejemplo, el estilo de intervención que los clínicos perciben en su interacción con pacientes con desórdenes alimentarios y funcionamiento limítrofe.

Algunos antecedentes recientes sobre la temática abordada en la presente tesis se observan, por ejemplo, en el trabajo de Patmore (2020), quien desarrolló un estudio

cualitativo en donde explora la efectividad del auto-revelamiento del terapeuta en el tratamiento de trastornos alimentarios. Asimismo, existen investigaciones previas que han indagado vicisitudes relativas al tratamiento de pacientes con funcionamiento limítrofe, desde la perspectiva de los terapeutas. Así, Rizq (2012) encontró que los terapeutas en atención primaria tenían una sensación permanente de fracaso cuando trataban con pacientes limítrofes. También el trabajo de Bourke y Grenyer (2013) indicó que los terapeutas que trabajaban con pacientes de este tipo tendían a expresar más angustia emocional y necesidad de supervisión en su trabajo clínico en comparación con otros terapeutas. Otro estudio realizado por Araminta (2000) exploró las experiencias tanto de los terapeutas como de los pacientes, encontrando que ambos consideraban que los aspectos relacionales de la terapia eran particularmente relevantes para el éxito del tratamiento.

Desde Chile, Besser y Moncada (2013) indagaron la evaluación subjetiva de la terapia y el proceso de cambio terapéutico desde la perspectiva de ocho terapeutas mujeres que trabajaban con pacientes mujeres con anorexia nerviosa. A partir del análisis cualitativo de entrevistas, las autoras plantearon la existencia de tres etapas denominadas: psicoeducación, interpretativa y mantención, que contribuirían a la evolución del proceso psicoterapéutico según la perspectiva de las clínicas tratantes. Asimismo, las terapeutas refirieron factores facilitadores, como una buena alianza terapéutica, mientras que las características propias de la anorexia, tales como la resistencia al cambio, se presentaban como el mayor obstaculizador.

Sobre un antecedente directo de la presente tesis

Antes de finalizar el marco teórico y el estado del arte del presente estudio, cabe describir con cierto detalle algunos procedimientos y resultados que formaron parte del trabajo integrador final (TIF) de la autora de esta tesis (Rybak, 2021). A los fines de una integración entre un material clínico y conceptos teóricos abordados durante la cursada de la carrera, dicho TIF analizó cómo se integraba un diagnóstico descriptivo de bulimia nerviosa con el concepto psicodinámico de “organización límite de personalidad”. El análisis y la integración se efectuaron a partir de la viñeta clínica estructurada del caso Michelle ya mencionada (ver Tabla 7), extraída del Manual Diagnóstico Psicodinámico PDM-2, y un cuestionario breve administrado a la terapeuta tratante del caso. En este punto, dicho trabajo integrador final (Rybak, 2021) es un antecedente directo de la presente investigación, no sólo por abordar la interfase entre los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe, sino además por ofrecer resultados sobre ejes para la

formulación de este tipo de casos, y aportar al diseño metodológico de esta investigación (ver más adelante).

En este sentido, se entrevistó a la terapeuta tratante del caso Michelle y se le efectuaron cinco preguntas, orientadas a recabar información sobre la paciente y la interfase entre organización limítrofe y bulimia nerviosa, según la perspectiva y el juicio clínico de la profesional. Las cinco preguntas fueron: (1) ¿cuáles son, desde su perspectiva y experiencia, las claves de las características psicodinámicas que suelen estar vinculadas a un diagnóstico descriptivo de Bulimia Nerviosa?; (2) ¿cuáles son, desde su perspectiva y experiencia, las características claves para comprender la "organización límite de la personalidad"?; (3) ¿cómo entiende el vínculo entre un diagnóstico descriptivo de bulimia nerviosa y el concepto psicodinámico de "organización límite de la personalidad"?; (4) ¿cómo entiende el vínculo entre bulimia nerviosa y organización límite de la personalidad en el caso de Michelle?; y (5) considerando la viñeta del PDM-2 de Michelle, ¿de qué manera nos ayudan los criterios de formulación del caso proporcionados por el PDM-2 a analizar el vínculo entre la bulimia y la organización límite? A continuación, se reportan las respuestas obtenidas por parte de la clínica tratante del caso Michelle.

La visión de la terapeuta sobre la bulimia nerviosa. La respuesta de la terapeuta tratante del caso Michelle a la pregunta del cuestionario que indagó las claves de las características psicodinámicas que suelen estar vinculadas a un diagnóstico descriptivo de Bulimia Nerviosa fue: *“desde mi perspectiva y mi experiencia, creo que podría enumerar, no en orden de importancia, incluso estando vinculados, un fuerte sentido de severidad sobre sí y los demás, y un gran sentido de inseguridad sobre el amor propio y su propio valor. La persona no sabe nada sobre sí, sobre su identidad. Está presente una fuerte, profunda y dolorosa sensación de vacío. También están presentes fuertes sentimientos de fracaso, debilidad y vergüenza que pueden estar unidos a sentimientos de hambre de cuidado y afecto, y anhelo de ser protegido y apreciado. Desde mi experiencia, también es muy fuerte el miedo a ser abandonado por otros o que le retiren su amor. Una persona bulímica suele sentirse indigna e ineficaz y nunca aceptada por el otro, por lo que una creencia patógena se estructura como "yo soy como tú me quieres". Por eso, la ira y la agresividad suelen ser negadas, silenciadas u odiadas: son aterradoras, peligrosas e intolerables. Generalmente, los sentimientos están bajo control como resultado de la escisión, disociación y la negación: algunos aspectos de sí mismos se mantienen ocultos.”*

La mirada sobre la organización límite de personalidad. Se incluye aquí la respuesta de la terapeuta tratante del caso Michelle a la pregunta indagó las características claves para comprender la organización límite de la personalidad: *“las principales características para entender una “organización límite de la personalidad” están ligadas a la regulación del afecto, o sea la tendencia a alcanzar extremos de intensidad afectiva. Estos vaivenes repentinos necesitan la presencia de otra persona que pueda ayudar a regular su afecto y ser aliviados, y podría servir como un Yo auxiliar. La regulación de los impulsos se ve afectada. El uso masivo de mecanismos de defensa como escisión, disociación e identificación proyectiva no permite que los sujetos sientan una sensación de continuidad en su identidad, en sus relaciones y en su propia experiencia. Pueden pasar de un afecto a otro, de una autorrepresentación a otra, y de un estado del yo a otro, sin notar las inconsistencias entre estos diferentes afectos, representaciones y estados. Como consecuencia, pueden sentirse desorientados por su propio comportamiento y pueden desorientar a las personas que interactúan con ellos”.*

La visión de la terapeuta sobre el vínculo entre trastornos alimentarios y funcionamiento límite de personalidad. Finalmente, aquí se incluyen tres preguntas y respuestas del cuestionario administrado a la terapeuta sobre la interfase entre problemas alimentarios y funcionamiento limítrofe. La primera pregunta apuntó a cómo entendía la profesional el vínculo entre un diagnóstico descriptivo de bulimia nerviosa y el concepto psicodinámico de "organización límite de la personalidad": *“el vínculo entre un diagnóstico de bulimia nerviosa y el concepto de “organización límite de la personalidad” puede entenderse mediante el uso del cuerpo como campo primario de comunicación (justo ahí donde se han producido experiencias traumáticas primitivas). La alimentación y la sexualidad suelen ser las áreas que la persona puede utilizar para regular sus emociones dentro de sí misma (en presencia de sentimientos subjetivos de vacío y hambre emocional) o dentro de las relaciones (en la regulación de la intimidad y la distancia)”.*

Por su parte, la segunda pregunta aludió a cómo entendía la terapeuta el vínculo entre bulimia nerviosa y organización límite de la personalidad en el caso de Michelle: *“los vínculos entre el límite y la bulimia surgieron por su capacidad de autocontención y regulación: la niña comía en exceso después de episodios de estrés intenso y usaba el cuerpo y la dieta para regular sus afectos e impulsos. Podrían deducirse del uso masivo de mecanismos de defensa que minaron la experiencia de sí misma y sus relaciones. El uso de la identificación escisiva y proyectiva, por ejemplo, evocaban en la niña la imposibilidad de reconocerse a sí misma en algunos de sus actos, la sensación de ser*

una farsa y de llevar una vida con una doble cara que nadie conocía (era una niña que mantenía bajo control muchos sentimientos y tenía la creencia patogénica de que, si alguien podía ver esos sentimientos, sería rechazada)”.

Por último, se le preguntó a la terapeuta tratante de qué manera nos ayudaban los criterios de formulación del caso proporcionados por el PDM-2 a analizar el vínculo entre la bulimia y la organización límite: *“ayudan a centrarse en algunas dinámicas específicas y a presentar pacientes que pueden recordarse cuando se trata a un paciente similar. Pueden servir como prototipos de comparación y ayudar al clínico a considerar la complejidad de la persona en su funcionamiento: cognitivo, sintomático, afectivo y de personalidad”*

Como será detallado en la sección siguiente, las afirmaciones sobre formulación del caso incluidas en los materiales y procedimientos de la presente tesis (ver marco metodológico) se construyeron a partir de la entrevista efectuada en el trabajo integrador final recién descrito (Rybak, 2021).

Marco metodológico

Preguntas científicas del estudio

¿Cómo es comprendido, por parte de clínicos psicoanalíticos, el vínculo entre los desórdenes alimentarios y el funcionamiento limítrofe de personalidad? ¿Cómo suelen conceptualizar o formular este tipo de casos? ¿Cómo perciben los clínicos su estilo de intervención habitual con este tipo de pacientes? ¿Qué vínculos pueden establecerse entre dichos aspectos? ¿Qué rol juegan los años de experiencia y el grado de especialización en la perspectiva del clínico respecto de estos temas? ¿Qué implicancias pueden plantearse para la efectividad de los tratamientos?

Objetivos e hipótesis de la investigación

Objetivo general. Analizar la perspectiva de clínicos con orientación psicoanalítica respecto de: 1) cómo formulan casos de pacientes con trastornos alimentarios y un funcionamiento limítrofe de personalidad, y 2) cómo suelen intervenir sobre los mismos.

Objetivo específico #1. Analizar la perspectiva del clínico según sus años de experiencia.

Objetivo específico #2. Analizar la perspectiva del clínico según su especialización en trastornos de conducta alimentaria y/o funcionamiento limítrofe de personalidad.

Objetivo específico #3. Analizar la formulación del caso propuesta según el estilo de intervención reportado.

Hipótesis #1. La formulación y el estilo de intervención estarán vinculados con los años de experiencia y el grado de especialización del profesional.

Hipótesis #2. La formulación del caso de pacientes con trastornos alimentarios y funcionamiento limítrofe de personalidad estará vinculada con el estilo de intervención del clínico.

Sobre el diseño metodológico

El presente estudio empleó un diseño observacional, con un alcance exploratorio-descriptivo. Por una parte, se apuntó a estudiar el fenómeno en su ámbito natural de ocurrencia, sin manipular ninguna variable. Por otra parte, se apuntó a efectuar una primera exploración y descripción sistemática de una muestra que permitiera generar hipótesis sobre las variables de interés, a confirmarse en futuros

estudios. Asimismo, se apeló a una estrategia de análisis cuantitativa, donde se involucraron análisis estadísticos con un fin descriptivo no confirmatorio.

Muestra

Consistió en 90 clínicos de orientación psicoanalítica, residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). La muestra fue conformada mediante listas de difusión disponibles para la tesista al momento del estudio, respetando el criterio de inclusión utilizado (ver criterios de inclusión-exclusión). Asimismo, cada contactado fue invitado a reenviar el formulario a potenciales nuevos interesados, bajo la forma del método “bola de nieve”. En este sentido, se trató de una muestra intencional, no probabilística, si bien se intentó abarcar diferentes perfiles y extracciones profesionales, con vistas a lograr algún nivel de representatividad de la población de clínicos de orientación psicoanalítica del AMBA.

Criterios de inclusión-exclusión. El criterio de inclusión fundamental fue la auto rotulación del participante como clínico de orientación psicoanalítica, aspecto señalado desde la convocatoria. Para controlar este criterio, como parte del formulario, cada participante declaró el rótulo con el que mejor se sentía identificado, dentro de un contexto psicoanalítico. Del mismo modo, se recabó la formación de posgrado específica realizada por cada sujeto en un marco psicoanalítico. Se excluyeron del estudio aquellos participantes que no prestaron su consentimiento informado y aquellos que no declararon práctica asistencial (previa ni actual) con pacientes con trastornos alimentarios y un funcionamiento limítrofe de personalidad.

Materiales

Formulario on line generado ad hoc para el presente estudio. Incluyó la presentación del estudio, el pedido de consentimiento informado, datos demográficos, de perfil profesional, de formulación del caso, la Escala Comparativa del Proceso Psicoterapéutico (CPPS) y la Escala de Intervenciones Comunes (EIC).

Como datos centrales a fin de analizar los objetivos del estudio, se registraron los años de experiencia clínica y se indagó en cada participante si estaba especializado en el abordaje de pacientes con trastornos alimentarios y/o funcionamiento limítrofe de personalidad. Asimismo, se recabó la auto rotulación del profesional. Posteriormente, cada clínico utilizó una escala de 1 a 5 (siendo 1=nada habitual y 5=muy habitual) para responder la pregunta “¿qué tan habitual es su trabajo con este tipo de pacientes?”.

Para indagar ejes de formulación del caso, primeramente, cada participante seleccionó cuál consideraba la condición clínica principal a trabajar en este tipo de pacientes, considerando las opciones: (1) no es posible priorizar una condición clínica, (2) el funcionamiento limítrofe y (3) el trastorno alimentario.

Luego, en cada participante, se evaluó el grado de acuerdo respecto de cuatro afirmaciones, a saber: (1) “el vínculo entre los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe de personalidad puede entenderse por el uso del cuerpo como campo primario de comunicación, donde se han producido las experiencias traumáticas primitivas”; (2) “un nexo posible entre los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe de personalidad está dado porque la alimentación y la sexualidad suelen ser áreas para regular las emociones, y la intimidad y la distancia emocional en los vínculos”; (3) “considero que, desde un punto de vista psicoanalítico, los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe comparten un sustrato clínico-psicopatológico”; y (4) “para conceptualizar este tipo de pacientes resulta útil centrarse en algunas dinámicas específicas, y apelar a prototipos de comparación, que ilustren el funcionamiento cognitivo, sintomático, afectivo y de personalidad”. Cada participante utilizó la escala: 1=totalmente en desacuerdo y 5=totalmente de acuerdo. Tal cual se detalló al recorrer el estado del arte, estas afirmaciones fueron el resultado de un estudio previo (Rybak, 2021) donde se entrevistó a la terapeuta tratante del caso Michelle, cuya viñeta se incluye en el PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017), y constituye un prototipo de caso que vincula trastornos alimentarios y funcionamiento limítrofe (ver también procedimientos).

Las escalas CPPS y EIC se describen por separado. El formulario completo se incluye en el anexo.

Escala Comparativa del Proceso Psicoterapéutico (CPPS), desarrollada por Hilsenroth y equipo (2005), y adaptada al contexto argentino por Gómez Penedo y colaboradores (2016). La escala CPPS tiene como objetivo analizar la actividad del terapeuta durante las sesiones. Tiene 20 ítems valorados en una escala Likert de 7 puntos (0 = nada característico; 6 = extremadamente característico). Diez ítems describen intervenciones características de abordajes cognitivo-conductuales. Los restantes diez ítems describen intervenciones características de abordajes psicodinámicos-interpersonales (por ejemplo: “el terapeuta sugiere formas alternativas de comprensión de experiencias o acontecimientos no reconocidos previamente por el paciente”). En esta investigación, sólo se utilizaron los diez ítems de la subescala psicodinámico-interpersonal para el análisis de las intervenciones de los participantes.

El puntaje máximo posible de dicha subescala es de 60 puntos. Mayores puntajes indican un estilo de intervención más característico de abordaje psicodinámico-interpersonales. En Argentina, la CPPS ha mostrado una adecuada consistencia interna y evidencia de validez de constructo (Gómez Penedo et al., 2016).

Escala de Intervenciones Comunes (EIC), desarrollada y adaptada al contexto argentino por Manubens y equipo (2019). Al igual que la CPPS, la escala EIC tiene como objetivo analizar la actividad del terapeuta durante las sesiones. Tiene 11 ítems valorados en una escala Likert de 7 puntos (0 = nada característico; 6 = extremadamente característico). A diferencia de la escala CPPS, en este caso la EIC incluye ítems que describen intervenciones comunes a diferentes abordajes psicoterapéuticos, es decir, intervenciones no desarrolladas específicamente por un marco teórico (por ejemplo: “el terapeuta pide más información o elaboración al paciente de temas recientemente mencionados”). Según el estudio de Manubens y equipo (2019), en Argentina, la EIC ha mostrado buenas propiedades psicométricas. El puntaje máximo ofrecido por la EIC es de 66 puntos, donde mayores puntajes implican un estilo de abordaje que incluye intervenciones comunes a diversas orientaciones psicoterapéuticas.

Procedimientos

Cada participante fue invitado a colaborar en el estudio, siguiendo los criterios de inclusión-exclusión antes descritos (ver muestra). Se apuntó a obtener un número de participantes cercano a 100, con el objetivo de lograr variabilidad de respuestas y poder acercarnos, en alguna medida, a cierta representatividad de la población de clínicos de orientación psicoanalítica del AMBA, si bien futuros estudios deberán replicar estos procedimientos con diferentes estrategias de muestreo (ver limitaciones).

Cada participante completó el formulario on line generado ad-hoc para el presente estudio (ver materiales). Con este formulario se intentó una exploración y descripción sistemática de cómo clínicos de orientación psicoanalítica formulan e intervienen sobre casos de pacientes con desórdenes alimentarios y un funcionamiento limítrofe de personalidad. Como ya fue mencionado, el formulario incluyó: a) datos demográficos, b) datos del perfil profesional, c) datos sobre las estrategias habituales de formulación de los casos, y d) las escalas CPPS y EIC (ver materiales).

Para indagar el punto c), se consideraron datos obtenidos en una entrevista con una clínica psicodinámica experta en la temática, responsable de la viñeta del caso “Michelle”, publicada en el Manual PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017), ya

mencionada en la sección de marco teórico y estado del arte. Dicha viñeta presenta una paciente con bulimia nerviosa y funcionamiento limítrofe de personalidad. En la entrevista se indagó cómo concebía la terapeuta el vínculo entre desórdenes alimentarios y funcionamiento limítrofe, y cómo podía contribuir al esclarecimiento de este vínculo la formulación sistemática de los casos. Dicha entrevista formó parte del trabajo integrado final de la autora de esta tesis, que funciona como un antecedente directo de la presente investigación (ver: Rybak, 2021). Las respuestas de la terapeuta fueron la base para las afirmaciones en las cuales se evaluó grados de acuerdo, y que se incluyeron en el formulario que completó cada participante (ver materiales).

Respecto del punto d), se apuntó a que la información volcada por cada participante al completar las escalas CPPS y EIC brindaran una descripción de su estilo de intervención habitual con pacientes que presentan desórdenes alimentarios y un funcionamiento limítrofe de personalidad. Aquí cabe reiterar que todo el proceso de recolección de datos tuvo su eje en la perspectiva del clínico participante y no en una evaluación externa.

Análisis estadísticos de los datos

Se apuntó a una estrategia de análisis cuantitativa, apelando a pruebas estadísticas de distribución (Chi-cuadrado) y comparación de medias (prueba T para muestras independientes), así como también a análisis de correlaciones (coeficiente de correlación de Pearson), en la medida que los datos lo permitieron. Todos estos recursos estadísticos descriptivos estuvieron en función de analizar cada uno de los objetivos específicos del estudio (ver objetivos). Para los análisis, se utilizó un nivel de significación de $p < 0,05$. Asimismo, se consideró un coeficiente de correlación entre 0,10 y 0,30 como de efecto pequeño, entre 0,30 y 0,50 de efecto medio, y mayor que 0,50 como de efecto grande (Botella et al., 1993).

Una vez más, cabe remarcar que el diseño de la presente tesis tuvo un alcance exploratorio-descriptivo, con lo cual los análisis efectuados no tuvieron una función confirmatoria, a la espera de nuevas investigaciones que puedan replicar y ampliar los resultados obtenidos.

Aspectos éticos

En el presente estudio se siguieron las normativas referentes a aspectos éticos en la investigación, planteadas por: a) el código de ética de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (APBA, 2013), b) las normativas éticas formuladas por la American

Psychological Association (APA, 2010) y c) la legislación nacional existente (Ley Nacional, 1995). De manera más específica, los trabajos acerca de la formulación metodológica de investigaciones en el área de la salud mental de Leibovich de Duarte (2000) y de Roussos, Braun, y Olivera (2012), funcionaron como parte del planteo ético de este estudio.

Análisis de datos y resultados

A lo largo de la presente sección se describe el análisis de datos y los resultados obtenidos. Primeramente, se ofrece una descripción de datos demográficos e información relevante de la muestra utilizada en el estudio. Luego, se organiza el análisis de datos según cada objetivo específico de la investigación (ver objetivos).

Datos demográficos de los participantes (n=90)

Tal cual puede apreciarse en la Tabla 8, el promedio de edad de los participantes fue de 44 años, con un desvío estándar de 13 años. La mayoría de la muestra (65 de 90) fueron de género femenino. Asimismo, predominaron participantes con menos de 10 años de experiencia clínica (41 de 90), seguidos de aquellos clínicos con más de 20 años de experiencia (29 de 90) y aquellos con entre 10 y 20 años de experiencia (20 de 90). Finalmente, 57 de los 90 participantes declararon no estar especializados en el tratamiento de pacientes con trastornos alimentarios y/o un funcionamiento limítrofe. De los 33 sujetos restantes, 32 clínicos declararon estar especializados y un participante respondió “no sabe / no contesta”.

Tabla 8. Edad, género, experiencia clínica y especialización de los participantes (N=90)

Edad (M. / D.E.)	Género (Fem. / Masc.)	Años experiencia clínica (<10 / 10 a 20 / > 20)	¿Especialización TCA-TLP? (Sí / No / Ns-Nc)
44 / 13	65 / 25	41 / 20 / 29	32 / 57 / 1

M=media, D.E.=desvío estándar, Fem.=femenino, Masc.=masculino, Ns-Nc= no sabe o no contesta, TCA-TLP=trastornos alimentarios y funcionamiento limítrofe

Continuando con la descripción de la muestra analizada, la Tabla 9 resume la auto rotulación brindada por los participantes. Siguiendo dicha tabla, puede observarse un predominio de las auto rotulaciones “psicoanalista” y “psicoterapeuta psicoanalítico”, con frecuencias porcentuales de 36,7% y 35,6%, respectivamente. “Psicoterapeuta psicodinámicos” ocupó el tercer lugar en orden de frecuencias, con diez de los 90 participantes (11,1% de la muestra). Visto en conjunto, el 83,4% de la muestra (75 de los 90 sujetos) se ubicó en estas tres auto rotulaciones profesionales. Más minoritariamente, se observó la auto rotulación “analista”, con ocho de los 90

participantes (8,9%), la categoría “otros” seleccionada por cuatro participantes (4,4%) y, finalmente, la rotulación “psiquiatra” en tres sujetos (3,3%).

Tabla 9. Auto rotulación de los clínicos participantes (N=90)

Auto rotulación	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Psicoanalista	33	36,7%
Psicoterapeuta psicoanalítico	32	35,6%
Psicoterapeuta psicodinámico	10	11,1%
Analista	8	8,9%
Otros	4	4,4%
Psiquiatra	3	3,3%
Totales	90	100%

Datos generales sobre formulación del caso y estilo de intervención

Condición clínica principal a trabajar

Como parte del formulario on line empleado (ver materiales y apéndice) se preguntó a los participantes cuál consideraban la condición principal a trabajar en los pacientes con trastornos alimentarios y un funcionamiento limítrofe de personalidad. Cada participante podía optar entre considerar al funcionamiento limítrofe, el trastorno alimentario o afirmar que no era posible priorizar una condición clínica por sobre la otra. La Tabla 10 ilustra las frecuencias absolutas y porcentuales de cada opción de respuesta.

Tabla 10. Condición principal a trabajar según la perspectiva de los participantes (N=90)

Condición clínica principal a trabajar	Frecuencia Absoluta	Frecuencia porcentual
No es posible priorizar una condición clínica	71	78,9%
Funcionamiento limítrofe	17	18,9%
Trastorno alimentario	2	2,2%
Totales	90	100%

De acuerdo con la información resumida en la Tabla 10, puede constatar que la gran mayoría de participantes (71 de los 90, 78,9%) afirmó que no era posible priorizar una condición clínica por sobre la otra. Por su parte, 17 sujetos (18,9%) afirmaron que el funcionamiento limítrofe era la condición clínica principal a trabajar y sólo 2

participantes (2,2%) optaron por considerar al trastorno alimentario como la condición principal.

Ejes priorizados para la formulación del caso de este tipo de pacientes

Al interior del formulario on line administrado (ver materiales), cada participante puntuó su grado de acuerdo con cuatro afirmaciones sobre maneras posibles de formular o conceptualizar casos de pacientes con trastornos alimentarios y un funcionamiento limítrofe. Cada participante utilizó la escala desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). La Tabla 11 ofrece la mediana observada para cada afirmación, es decir, el grado de acuerdo hasta el cual se concentraron el 50% de las respuestas de los participantes.

Tabla 11. Mediana de las respuestas ofrecidas por los participantes (N=90) frente a las afirmaciones sobre formulación del caso para TCA-TLP

Afirmación	Mediana
El vínculo entre los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe de personalidad puede entenderse por el uso del cuerpo como campo primario de comunicación, donde se han producido las experiencias traumáticas primitivas	4
Un nexo posible entre los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe de personalidad está dado porque la alimentación y la sexualidad suelen ser áreas para regular las emociones, y la intimidad y la distancia emocional en los vínculos	4
Considero que, desde un punto de vista psicoanalítico, los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe comparten un sustrato clínico-psicopatológico	4
Para conceptualizar este tipo de pacientes resulta útil centrarse en algunas dinámicas específicas, y apelar a prototipos de comparación, que ilustren el funcionamiento cognitivo, sintomático, afectivo y de personalidad	3

Cada participante utilizó la escala: 1=totalmente en desacuerdo y 5=totalmente de acuerdo

De acuerdo con la Tabla 11, puede observarse que el grado de acuerdo 4 (considerando la escala 1=totalmente en desacuerdo y 5=totalmente de acuerdo) se correspondió con la mediana para las primeras tres afirmaciones. Por su parte, el grado de acuerdo 3 se correspondió con la mediana en la afirmación restante. En otras palabras, el 50% de los participantes presentó un grado de acuerdo hasta el nivel 4 en las primeras tres afirmaciones, y hasta el nivel 3 en la última afirmación. Así, predominó en los participantes un nivel más alto de acuerdo con la idea del uso del cuerpo como campo primario de comunicación (afirmación #1), la idea sobre la alimentación y la sexualidad como áreas para regular las emociones (afirmación #2), y el planteo de un

sustrato común entre ambos cuadros clínicos (afirmación #3), en comparación con su grado de acuerdo frente a la utilidad de emplear prototipos de comparación y centrarse en dinámicas específicas (afirmación #4). Todo esto a la hora de formular casos de trastornos alimentarios y funcionamiento limítrofe de personalidad.

Estilo de intervención reportado por los participantes al abordar este tipo de pacientes

Respecto del estilo de intervención reportado por los clínicos participantes, la Tabla 12 ofrece el promedio y el desvío estándar de los puntajes de las escalas CPPS y EIC. Tal cual fue descrito en el marco metodológico, los puntajes máximos posibles son 60 y 66, respectivamente. Asimismo, mayores puntajes en la escala CPPS implican un estilo más psicodinámico, mientras que mayores puntajes en la escala EIC implican más uso de intervenciones comunes a diversas orientaciones psicoterapéuticas.

Tabla 12. Puntajes CPPS y EIC reportados por los participantes (N=90)

Puntaje total CPPS (M. / D.E.)	Puntaje total EIC (M. / D.E.)	¿Predomina estilo psicodinámico? (Sí / No)
43,7 / 9,4	36,3 / 10,5	81 / 9

M=media, D.E.=desvío estándar, CPPS=Escala Comparativa del Proceso Psicoterapéutico, subescala psicodinámica, EIC=Escala de Intervenciones Comunes.

Seguendo la Tabla 12, puede apreciarse que, en promedio, los participantes obtuvieron un puntaje más alto en la escala CPPS, en comparación con el puntaje promedio de la escala EIC. Considerando que los desvíos estándar son similares en cada caso, estos datos permiten colegir que, en promedio, los participantes reportaron un estilo más predominantemente psicodinámico de intervención. La misma información expresada de forma diferente se incluye en la tercera columna de la Tabla 12, donde 81 de los 90 participantes reportaron un estilo psicodinámico de intervención como el predominante, a la hora de trabajar con pacientes con trastornos alimentarios y un funcionamiento limítrofe de personalidad.

Para calcular si el estilo psicodinámico era el predominante, se analizó el puntaje promedio de cada participante en las escalas CPPS y EIC, respectivamente. Se

consideró que el estilo psicodinámico era predominante para aquellos participantes en donde el promedio CPPS superaba al promedio EIC.

Cabe aclarar aquí que, al responder la pregunta “*¿qué tan habitual es su trabajo con este tipo de pacientes?*”, la mediana se ubicó en un lugar intermedio (valor 3 de la escala), entre los polos de 1=nada habitual y 5=muy habitual. Esto implica que la mitad de los participantes (45 sujetos) se ubicaron hasta dicho grado 3 a la hora de evaluar lo habitual de su trabajo clínico con este tipo de pacientes. Del mismo modo, entonces, podemos colegir que los 45 participantes restantes se ubicaron en grados más altos de la escala.

Perspectiva de los clínicos y años de experiencia (objetivo específico #1)

Formulación del caso y años de experiencia

Como una estrategia para analizar el grado de acuerdo con los ejes de formulación del caso según los años de experiencia clínica, la Tabla 6 ilustra la mediana de cada grado de acuerdo, de cada afirmación, según los tres grupos de experiencia clínica en los que se dividió la muestra: menos de 10 años (41 participantes), entre 10 y 20 años (20 participantes), y más de 20 años (29 participantes).

Tal cual puede apreciarse en la Tabla 13, predominó en los participantes un grado de acuerdo similar frente a cada afirmación, independientemente de los años de experiencia clínica del participante. Cabe recordar aquí que cada participante utilizó la escala: 1=totalmente en desacuerdo a 5=totalmente de acuerdo. En este sentido, las medianas indican el grado de acuerdo de la escala hasta el cual se concentraron el 50% de participantes en cada caso.

Al analizar la Tabla 13, puede observarse que casi no hubo diferencias para cada uno de los tres grupos, al analizar las medianas de cada afirmación. En otras palabras, para las cuatro afirmaciones, siempre coincidieron los puntajes de los tres grupos de participantes, según su experiencia clínica, con la excepción de la afirmación: “*considero que, desde un punto de vista psicoanalítico, los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe comparten un sustrato clínico-psicopatológico*”. En este único caso, se observó que el grupo de 20 participantes con una experiencia clínica intermedia presentó una mediana menor (grado 3), en comparación con las medianas de sus pares de menor y mayor experiencia, donde se observó una mediana de grado 4. En otras palabras, globalmente considerado, los participantes con experiencia intermedia

reportaron menor acuerdo con esta afirmación que sus pares con más y menos años de experiencia clínica.

Tabla 13. Mediana de las respuestas ofrecidas por los participantes (N=90) frente a las afirmaciones sobre formulación del caso, según nivel de experiencia

Afirmación	Mediana según años experiencia (< 10 / 10 a 20 / > 20)
El vínculo entre los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe de personalidad puede entenderse por el uso del cuerpo como campo primario de comunicación, donde se han producido las experiencias traumáticas primitivas	4 / 4 / 4
Un nexo posible entre los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe de personalidad está dado porque la alimentación y la sexualidad suelen ser áreas para regular las emociones, y la intimidad y la distancia emocional en los vínculos	4 / 4 / 4
Considero que, desde un punto de vista psicoanalítico, los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe comparten un sustrato clínico-psicopatológico	4 / 3 / 4
Para conceptualizar este tipo de pacientes resulta útil centrarse en algunas dinámicas específicas, y apelar a prototipos de comparación, que ilustren el funcionamiento cognitivo, sintomático, afectivo y de personalidad	3 / 3 / 3

Cada participante utilizó la escala: 1=totalmente en desacuerdo y 5=totalmente de acuerdo. <10=menos de 10 años de experiencia, 10 a 20=entre 10 y 20 años de experiencia, >20=más de 20 años de experiencia.

Estilo de intervención y años de experiencia

Continuando con el análisis del objetivo específico #1, la Tabla 14 resume la distribución de los participantes según su nivel de experiencia y el predominio de intervenciones psicodinámicas. Esta estrategia estuvo al servicio de indagar cómo se vinculaba la experiencia clínica con el estilo de intervención de los participantes.

Tal cual puede observarse en la Tabla 14, los años de experiencia clínica no modificaron la distribución de los participantes, en términos del predominio de intervenciones psicodinámicas. En otras palabras, siempre predominaron participantes con un estilo psicodinámico, independientemente de su nivel de experiencia clínica. Esta descripción de los datos se confirmó, a su vez, al efectuar una prueba Chi-cuadrado donde se obtuvo un valor de $p > 0,05$. Complementariamente, también se efectuaron pruebas T de comparación de medias, considerando los puntajes promedio arrojados por la escala CPPS en cada grupo de experiencia clínica. En convergencia con lo

ilustrado en la Tabla 14, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes promedio de la escala CPPS del grupo con menos de 10 años de experiencia, el grupo con entre 10 y 20 años de experiencia, y el grupo con más de 20 años de experiencia.

Tabla 14. Predominio de intervenciones psicodinámicas según años de experiencia clínica de los participantes (N=90)

		Predominio int psicodinámicas		Totales
		No	Sí	
Años experiencia clínica	Menos de 10	3	38	41
	Entre 10 y 20	4	16	20
	Más de 20	2	27	29
Totales		9	81	90

Adicionalmente, también se correlacionaron los puntajes de los ítems de las escalas CPPS y EIC con la edad del participante, asumiendo que, usualmente, una mayor edad se corresponde con mayor experiencia clínica y viceversa. En este marco, el puntaje del ítem #10 de la escala CPPS *“el terapeuta alienta la exploración de los deseos del paciente, fantasías, sueños o recuerdos tempranos de la infancia (positivos o negativos)”* correlación de manera directa con la edad del participante ($CC=.213$ $p<0,05$). La correlación observada implica que, a mayor edad del participante, mayor puntaje en dicho ítem y viceversa.

Yendo a los ítems de la escala EIC, el puntaje del ítem #5 *“el terapeuta explicita al paciente estados afectivos, cognitivos y/o comportamentales que pudo inferir en él.”* correlacionó de manera inversa con la edad del participante ($CC=-.302$, $p<0,05$). En este caso, la correlación observada implica que, a mayor edad del participante, menor puntaje en dicho ítem y viceversa. La misma tendencia se observó con el puntaje del ítem #8 de la escala EIC *“el terapeuta le comunica al paciente información de su vida personal.”*, el cual también correlacionó de manera inversa con la edad del participante ($CC= -.277$, $p<0,05$). Una vez más, la correlación observada implica que, a mayor edad del participante, menor puntaje en dicho ítem y viceversa.

Perspectiva de los clínicos y especialización en trastornos de conducta alimentaria y/o funcionamiento limítrofe de personalidad (objetivo específico #2)

Formulación del caso y especialización en TCA-TLP

En el marco del análisis del segundo objetivo específico del estudio, la Tabla 15 resume la mediana para los grados de acuerdo frente a cada afirmación sobre formulación del caso, según los dos grupos en los que se dividió la muestra: especializados (32 participantes), y no especializados (57 participantes) en el abordaje de pacientes con trastornos alimentarios y un funcionamiento limítrofe.

Tal cual puede apreciarse en la Tabla 15, la mediana no siempre fue la misma, dependiendo de la especialización del participante. Al igual que en el caso de la Tabla 13, cabe recordar aquí que cada participante utilizó la escala: 1=totalmente en desacuerdo a 5=totalmente de acuerdo. En este sentido, las medianas indican el valor de la escala hasta el cual se concentró el 50% de participantes, al interior del grupo de especializados y del grupo de no especializados, respectivamente.

Al recorrer la Tabla 15, puede observarse que frente a la afirmación *“Un nexo posible entre los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe de personalidad está dado porque la alimentación y la sexualidad suelen ser áreas para regular las emociones, y la intimidad y la distancia emocional en los vínculos”*, se constató una mediana de 3 para el grupo de especializados y una mediana de 4 para el grupo de no especializados. Esto implicó, en términos generales, que predominó un mayor acuerdo con esta afirmación en el grupo de no especializados versus el grupo de participantes con especialización en el tratamiento de trastornos alimentarios y/o funcionamiento limítrofe.

Un resultado inverso al anterior se observó para la afirmación *“Considero que, desde un punto de vista psicoanalítico, los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe comparten un sustrato clínico-psicopatológico”* se constató una mediana de 4 para el grupo de especializados y una mediana de 3 para el grupo de no especializados. Esto implicó, en términos generales, que predominó un mayor acuerdo con esta afirmación en el grupo de especializados versus el grupo de participantes sin especialización en el tratamiento de trastornos alimentarios y/o funcionamiento limítrofe.

Asimismo, para las afirmaciones: *“el vínculo entre los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe de personalidad puede entenderse por el uso del cuerpo como campo primario de comunicación, donde se han producido las experiencias traumáticas primitivas”* y *“para conceptualizar este tipo de pacientes resulta útil centrarse*

en algunas dinámicas específicas, y apelar a prototipos de comparación, que ilustren el funcionamiento cognitivo, sintomático, afectivo y de personalidad”, no se observaron diferencias entre las medianas de cada grupo, lo que indica que el grado de acuerdo con estas afirmaciones no interactuó con la especialización del participante.

Tabla 15. Mediana de las respuestas ofrecidas por los participantes (N=90) a las afirmaciones sobre formulación del caso, según especialización en TCA-TLP

Afirmación	Mediana según especialización (Sí esp. / No esp.)
El vínculo entre los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe de personalidad puede entenderse por el uso del cuerpo como campo primario de comunicación, donde se han producido las experiencias traumáticas primitivas	4 / 4
Un nexo posible entre los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe de personalidad está dado porque la alimentación y la sexualidad suelen ser áreas para regular las emociones, y la intimidad y la distancia emocional en los vínculos	3 / 4
Considero que, desde un punto de vista psicoanalítico, los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe comparten un sustrato clínico-psicopatológico	4 / 3
Para conceptualizar este tipo de pacientes resulta útil centrarse en algunas dinámicas específicas, y apelar a prototipos de comparación, que ilustren el funcionamiento cognitivo, sintomático, afectivo y de personalidad	3 / 3

Cada participante utilizó la escala: 1=totalmente en desacuerdo y 5=totalmente de acuerdo.
Sí esp.= especializados en TCA-TLP, No esp.=no especializados en TCA-TLP.

Estilo de intervención y especialización en TCA-TPL

Continuando con el análisis del objetivo específico #2, la Tabla 16 muestra la distribución de los participantes según predominio de intervenciones psicodinámicas y especialización en el abordaje de trastornos alimentarios y/o funcionamiento limítrofe de personalidad. Esta estrategia estuvo al servicio de indagar cómo se vinculaba el hecho de estar o no especializados con el estilo de intervención reportado por los clínicos.

Tal cual puede observarse en la Tabla 16, el hecho de estar especializados en el abordaje de este tipo de pacientes no modificó la distribución de los participantes, en términos del predominio de intervenciones psicodinámicas. En otras palabras, siempre predominaron participantes con un estilo psicodinámico, independientemente de su especialización para abordar trastornos alimentarios y/o un funcionamiento limítrofe.

Esta descripción de los datos se confirmó, a su vez, al efectuar una prueba Chi-cuadrado donde se obtuvo un valor de $p > 0,05$. De todas maneras, cabe resaltar que en el grupo de especializados la proporción de participantes con predominio de intervenciones psicodinámicas fue más baja (0.84, con 27 de 32 sujetos) que la observada en el grupo de participantes no especializados (0.93, con 53 de 57 de sujeto).

Tabla 16. Predominio de intervenciones psicodinámicas según especialización en TCA-TLP de los participantes (N=90)

		Predominio int psicodinámicas		Totales
		No	Sí	
Especialización TCA-TLP	No	4	53	57
	Sí	5	27	32
	No sabe / no contesta	0	1	1
Totales		9	81	90

Complementariamente, también se efectuaron pruebas T de comparación de medias, considerando los puntajes promedio arrojados por la escala CPPS en cada grupo (especializados y no especializados). En convergencia con lo ilustrado en la Tabla 16, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes promedio de la escala CPPS del grupo especializado y el grupo no especializado.

Formulación del caso y estilo de intervención reportados para este tipo de pacientes (objetivo específico #3).

Yendo al último objetivo específico del estudio, se optó por efectuar correlaciones entre los puntajes de las escalas CPPS y EIC y los puntajes de cada afirmación sobre formulación del caso. Estas correlaciones se calcularon tanto para los puntajes totales como para los puntajes de cada ítem de cada escala. Los resultados se resumen en las Tablas 17 a 19. Tal cual fue mencionado en el marco metodológico, se consideró un coeficiente de correlación entre .10 y .30 como de efecto pequeño, entre .30 y .50 de efecto medio, y mayor que .50 como de efecto grande (Botella et al., 1993).

Correlaciones entre puntajes totales CPPS y EIC, y grados de acuerdo con afirmaciones sobre formulación del caso

La Tabla 17 sintetiza las correlaciones observadas entre puntajes totales de las escalas CPPS y EIC, y los puntajes de las afirmaciones sobre formulación del caso.

El grado de acuerdo con la afirmación *“el vínculo entre los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe de personalidad puede entenderse por el uso del cuerpo como campo primario de comunicación, donde se han producido las experiencias traumáticas primitivas”* correlacionó de manera directa con el puntaje total de la escala CPPS ($CC=.368$, $p<0,05$). Esto implica que, en promedio, cuánto más acordó el participante con dicha afirmación, más característicamente psicodinámico reportó su estilo de intervención y viceversa.

Lo mismo se observó para la afirmación *“un nexo posible entre los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe de personalidad está dado porque la alimentación y la sexualidad suelen ser áreas para regular las emociones, y la intimidad y la distancia emocional en los vínculos”* ($CC=.440$, $p<0,05$). En este caso, también se constató una correlación directa con el puntaje total de la escala EIC ($CC=.299$, $p<0,05$). Este resultado implica que, en promedio, cuánto más acordó el participante con dicha afirmación, más característicamente psicodinámico reportó su estilo de intervención, y viceversa. Al mismo tiempo, un mayor grado de acuerdo con la afirmación implicó, en promedio, un mayor uso de intervenciones comunes a diversas orientaciones, y viceversa.

Yendo a la tercera afirmación: *“considero que, desde un punto de vista psicoanalítico, los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe comparten un sustrato clínico-psicopatológico”*, se constató una correlación directa con el puntaje total de la escala CPPS ($CC=.248$, $p<0,05$). Una vez más aquí, esto implica que, en promedio, un mayor grado de acuerdo con esta idea se asoció con un estilo más psicodinámico de intervención y viceversa.

Completando la descripción de la Tabla 17, el acuerdo con la afirmación restante *“para conceptualizar este tipo de pacientes resulta útil centrarse en algunas dinámicas específicas, y apelar a prototipos de comparación, que ilustren el funcionamiento cognitivo, sintomático, afectivo y de personalidad”* correlacionó de manera directa con el puntaje total de la escala EIC ($CC=.246$, $p<0,05$). Esto implica que, en promedio, cuánto mayor fue el acuerdo del participante con dicha afirmación, mayor el uso reportado de intervenciones comunes y viceversa.

Tabla 17. Correlaciones observadas entre puntajes totales CPPS, EIC y puntajes afirmaciones sobre formulación del caso (n=90).

Afirmaciones formulación de caso		Puntaje total CPPS	Puntaje total EIC
El vínculo entre los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe de personalidad puede entenderse por el uso del cuerpo como campo primario de comunicación, donde se han producido las experiencias traumáticas primitivas	CC Pearson	.368**	.110
Un nexo posible entre los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe de personalidad está dado porque la alimentación y la sexualidad suelen ser áreas para regular las emociones, y la intimidad y la distancia emocional en los vínculos	CC Pearson	.440**	.299**
Considero que, desde un punto de vista psicoanalítico, los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe comparten un sustrato clínico-psicopatológico	CC Pearson	.248**	.043
Para conceptualizar este tipo de pacientes resulta útil centrarse en algunas dinámicas específicas, y apelar a prototipos de comparación, que ilustren el funcionamiento cognitivo, sintomático, afectivo y de personalidad	CC Pearson	.167	.246**
¿Qué tan habitual es su trabajo con este tipo de pacientes?	CC Pearson	.088	.282**

CC=coeficiente correlación, **= $p < 0,05$

Finalmente, el puntaje de la pregunta sobre la habitualidad del trabajo clínico con este tipo de pacientes correlacionó de manera directa con el puntaje total de la escala EIC (CC=.282, $p < 0,05$). Así, en promedio, cuánto más habitual era el trabajo clínico con este tipo de pacientes, mayor el uso reportado de intervenciones comunes, y viceversa.

Correlaciones entre puntajes ítems CPPS y EIC, y grados de acuerdo con afirmaciones sobre formulación del caso

Al considerar los puntajes de los ítems de cada escala (CPPS y EIC), el puntaje del ítem #5 de la escala CPPS “*el terapeuta anima al paciente a experimentar y expresar sentimientos en la sesión.*” correlacionó de manera directa con el puntaje de la afirmación sobre formulación del caso, referida a un sustrato clínico común entre los trastornos alimentarios y un funcionamiento limítrofe (CC=.243 $p < 0,05$). Esto implicó, entonces, que, en promedio, un mayor uso reportado por el participante de esta

intervención se asoció con un mayor acuerdo frente a este aspecto de la formulación del caso, y viceversa. Este resultado se visualiza en la Tabla 18.

Tabla 18. Correlaciones observadas entre puntajes ítems CPPS y puntajes preguntas formulación del caso (n=90).

Afirmaciones formulación de caso	Ítem 5 CPPS
Considero que, desde un punto de vista psicoanalítico, los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe comparten un sustrato clínico-psicopatológico	CC Pearson .243**
CC=coeficiente correlación, **= $p < 0,05$	

Yendo a los puntajes de la escala de intervenciones comunes, la Tabla 19 muestra cómo el puntaje del ítem #4 de la escala EIC *“el terapeuta habla con el paciente acerca los objetivos de la terapia.”* correlacionó de manera inversa con la utilidad percibida por el participante de centrarse en dinámicas específicas y utilizar prototipos de comparación, a la hora de conceptualizar este tipo de pacientes (CC= $-.226$, $p < 0,05$). De esta manera, en promedio, cuánto mayor el acuerdo del participante con dicha afirmación, menor el uso de dicha intervención y viceversa.

Asimismo, la Tabla 19 también ilustra que el puntaje del ítem #8 de la escala EIC *“el terapeuta le comunica al paciente información de su vida personal.”* correlacionó de manera directa con la utilidad percibida por el participante de centrarse en dinámicas específicas y utilizar prototipos de comparación, a la hora de conceptualizar este tipo de pacientes (CC= $.233$, $p < 0,05$). Nuevamente aquí, cuanto mayor fue el acuerdo con este eje de formulación del caso, en promedio, mayor el uso reportado de esta intervención, y viceversa.

Por su parte, el puntaje del ítem #9 *“el terapeuta habla con el paciente acerca de las tareas a realizar dentro de la terapia, necesarias para poder alcanzar los objetivos de la misma”* correlacionó de manera directa con el grado en que el participante consideró que el nexo entre los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe estaba dado porque la alimentación y la sexualidad suelen ser áreas para regular las emociones, y la intimidad y la distancia emocional en los vínculos (CC= $.247$, $p < 0,05$). Esto significa que dicha intervención fue reportada como más característica del estilo del clínico, cuánto más acordaba con dicho eje de formulación del caso, y viceversa.

Tabla 19. Correlaciones observadas entre puntajes ítems EIC y puntajes afirmaciones formulación del caso (n=90).

Afirmaciones formulación de caso		Ítems EIC			
		#4	#5	#8	#9
Un nexo posible entre los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe de personalidad está dado porque la alimentación y la sexualidad suelen ser áreas para regular las emociones, y la intimidad y la distancia emocional en los vínculos	CC Pearson	.021	-.014	.044	.247**
Para conceptualizar este tipo de pacientes resulta útil centrarse en algunas dinámicas específicas, y apelar a prototipos de comparación, que ilustren el funcionamiento cognitivo, sintomático, afectivo y de personalidad	CC Pearson	-.226**	-.131	.233**	-.002
¿Qué tan habitual es su trabajo con este tipo de pacientes?	CC Pearson	-.214**	-.233**	.138	-.222**

CC=coeficiente correlación, **= $p < 0,05$

Finalmente, la Tabla 19 permite colegir que el puntaje del ítem #4 de la escala EIC también correlacionó de manera inversa con la frecuencia del trabajo clínico con este tipo de pacientes (CC= -.214, $p < 0,05$). Lo mismo se observó para el puntaje del ítem #5 “*el terapeuta explicita al paciente estados afectivos, cognitivos y/o comportamentales que pudo inferir en él*” (CC= -.233, $p < 0,05$), y para el puntaje del ya mencionado ítem #9 “*el terapeuta habla con el paciente acerca de las tareas a realizar dentro de la terapia, necesarias para poder alcanzar los objetivos de la misma*” (CC= -.222, $p < 0,05$). Estos resultados implican que, en promedio, cuanto más habitual era el trabajo clínico con este tipo de pacientes, menor era el uso reportado de estas intervenciones, y viceversa.

Discusión

El presente trabajo analizó la perspectiva de 90 clínicos, con formación y práctica psicoanalíticas, respecto de su formulación y abordaje de pacientes con trastornos alimentarios y un funcionamiento limítrofe de personalidad. Se analizaron datos sobre: a) el perfil profesional, b) la formulación del caso y c) el estilo de intervención de cada uno de los participantes.

A lo largo de la presente sección se discuten los resultados obtenidos. Siguiendo la misma estrategia utilizada para presentar el análisis de datos y los resultados, la discusión y las conclusiones se han organizado según cada objetivo específico, luego de analizar los resultados generales observados sobre formulación del caso y estilo de intervención. Posteriormente se ofrecen las limitaciones del estudio. Por último, se incluyen conclusiones y líneas futuras de investigación.

Tendencias observadas para la formulación del caso y el estilo de intervención

En términos generales, se constató que la mayoría de los clínicos consideraba que no era posible priorizar una condición clínica por sobre la otra, al momento de formular casos de pacientes con trastornos alimentarios y un funcionamiento limítrofe. Asimismo, la mayoría de los participantes acordó que el vínculo entre desórdenes alimentarios y una organización limítrofe podía entenderse a partir de: (1) el uso del cuerpo como campo primario de comunicación, (2) la idea sobre la alimentación y la sexualidad como áreas para regular las emociones y (3) el planteo de un sustrato común entre ambos cuadros clínicos. El grado de acuerdo fue menor al considerar la utilidad de emplear prototipos de comparación y centrarse en dinámicas específicas, como estrategia para entender el vínculo entre ambas patologías.

Al analizar el estilo de intervención que, a juicio de cada participante, era característico de su abordaje con este tipo de pacientes, pudo constatar que la amplia mayoría presentó un estilo psicodinámico, junto con un amplio uso de intervenciones comunes a diversas orientaciones psicoterapéuticas. A su vez, aproximadamente la mitad de los participantes reportó un trabajo muy habitual con este tipo de casos.

Una línea posible de discusión para estos resultados radica en considerar que, desde una perspectiva psicoanalítico-psicodinámica, los participantes tendieron a conceptualizar este tipo de casos como situaciones clínicas en donde existe una combinación de fenómenos psicopatológicos que podrían entenderse de una manera integrada, sin delimitar si lo predominante es el trastorno alimentario o el funcionamiento

limítrofe. Futuras investigaciones podrán profundizar en qué tipo de objetivos se proponen los clínicos en el trabajo con estos pacientes, donde existe una comorbilidad entre dos patologías y no se considera, a priori, una entidad que predomine en importancia por sobre la otra.

La utilidad de emplear prototipos de comparación y de centrarse en dinámicas específicas, como estrategia para entender el vínculo entre ambas patologías fue el eje menos priorizado por los participantes a la hora de formular este tipo de casos. Quizás una manera posible de entender este resultado radique en que el uso de herramientas específicas de formulación de caso no está aún del todo instituido como parte de la formación clínica psicoanalítica. Dado que existe evidencia creciente de cómo el empleo de estas herramientas favorece el cambio clínico en los pacientes (Silberschatz, 2017), los resultados aquí observados podrían contribuir a la reflexión respecto de una mayor presencia de estos criterios durante la formación del clínico. Incluso, la formulación sistemática de los casos puede conformar un área de intercambio entre la clínica y la investigación (Bernardi et al., 2016; Juan et al., 2021).

Por su parte, el hecho de que los puntajes promedio de la escala de intervenciones psicodinámicas y la escala de intervenciones comunes hayan sido ambos elevados, apoya la visión de un trabajo clínico en donde se combinan aspectos comunes y específicos del marco teórico del terapeuta. Esto suscribe una línea de investigación vigente en el campo de la psicología clínica (Juan et al. 2017-2018; Wampold, 2015, 2019) analizada en el marco teórico del presente escrito. Una implicancia clínica básica de este tipo de evidencia remite a la importancia de considerar, tanto en la práctica como en la formación de terapeutas, la participación de intervenciones que no han sido específicamente teorizadas por el marco referencial teórico que el profesional sustenta. Aquí también cabe señalar que las auto rotulaciones “psicoterapeuta psicoanalítico” y “psicoterapeuta psicodinámico” fueron dos de las tres más frecuentes referidas por los clínicos de la muestra. Este tipo de auto denominaciones podría estar denotando una identidad profesional más permeable al uso de otras intervenciones no estrictamente psicoanalíticas, al menos en su versión más clásica y ortodoxa. De hecho, el campo de la terapia psicodinámica involucra hoy un conjunto de recursos que excede la técnica psicoanalítica clásica (ver, por ejemplo, Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008; McWilliams, 1999). Esta línea de discusión vuelve sobre la importancia de cotejar el ideal teórico de abordaje con lo que efectivamente sucede en los consultorios, en el intercambio con el paciente, y cómo la investigación sistemática puede ser una vía regia para una integración superadora (Lancelle, 1997).A

partir de estos datos, surgen preguntas a investigar en futuros estudios, vinculadas con cuán efectiva es en este tipo de pacientes una terapia con intervenciones exclusivamente psicodinámicas, o si es necesario incluir intervenciones más bien comunes a diversas orientaciones psicoterapéuticas.

El rol de los años de experiencia clínica (objetivo específico #1)

En términos generales, no se observaron diferencias, según los años de experiencia clínica, en la manera de formular casos de pacientes con trastornos alimentario y funcionamiento limítrofe. El único caso donde sí se constataron diferencias fue en el grado de acuerdo con la afirmación: *“considero que, desde un punto de vista psicoanalítico, los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe comparten un sustrato clínico-psicopatológico”*. En este único caso, se observó que el grupo de 20 participantes con una experiencia clínica intermedia presentó una mediana menor (grado 3), en comparación con las medianas de sus pares de menor y mayor experiencia, donde se observó una mediana de grado 4. En otras palabras, globalmente considerado, los participantes con experiencia intermedia reportaron menor acuerdo con esta afirmación que sus pares con más y menos años de experiencia clínica. Estos resultados podrían estar indicando que los terapeutas más novatos están mucho más cerca del punto de vista clásico psicoanalítico y, por ende, se asemejan en su criterio a los terapeutas más expertos, en términos de considerar la existencia de un sustrato común. Por su parte, los participantes con 10 a 20 años de experiencia podrían contar con una identidad profesional más heterogénea, donde quizás las entidades de “trastorno alimentario” y “trastorno límite” pueden ser consideradas como cuadros en sí mismos y no necesariamente como conformando un sustrato psicopatológico común.

De todas maneras, la tendencia más fuertemente observada apoya la idea de que la experiencia clínica no intervino, en los participantes de la muestra, a la hora de priorizar ejes de formulación del caso para el vínculo entre trastornos alimentarios y un funcionamiento limítrofe. En este sentido, no fue posible encontrar apoyo para la primera hipótesis del estudio, referida a que el grado de experiencia del participante interactúa en la forma en cómo conceptualizan el vínculo entre trastorno alimentario y funcionamiento limítrofe.

Yendo al estilo auto percibido de intervención, siempre predominaron participantes con un estilo psicodinámico, independientemente de su nivel de experiencia clínica. Este resultado converge en parte con el anterior, denotando que,

para los sujetos de la muestra analizada, los años de experiencia no parecen haber influido en su estilo de intervención con este tipo de pacientes.

Esta relativa ausencia de interacción con el nivel de experiencia converge con estudios previos sobre la temática (Eells et al., 2011) que sugieren la necesidad de diferenciar entre experiencia y experticia clínicas. En este marco, la formulación del caso y el estilo de intervención pueden depender de la experticia del profesional, definida como aquella condición en donde el profesional es un claro referente en su área, coordina espacios de formación y publicación, e incluso ha desarrollado modelos específicos de tratamiento dentro de su marco teórico. Así, 20 años de experiencia clínica puede (o no) coincidir con criterios de experticia. Futuros estudios podrán tomar en cuenta esta distinción a la hora de comparar ejes de formulación del caso.

Un dato que sí mostró diferencias (al menos a nivel descriptivo) fue la proporción de participantes con predominio de intervenciones psicodinámicas. Así, tanto en el grupo de los más novatos como en el de los más experimentados, se observó la proporción más alta (cerca a 0.90) de participantes con predominio de intervenciones psicodinámicas. En contraste, en el grupo de terapeutas con un recorrido intermedio la proporción la proporción de sujetos fue más baja (0.75). En otras palabras, proporcionalmente, hubo menos sujetos con predominio de intervenciones psicodinámicas en el grupo de participantes de experiencia intermedia, en comparación con los grupos de menor y mayor experiencia clínica.

Este resultado vuelve a apoyar la idea de que los terapeutas con un recorrido intermedio en la clínica tienden a una identidad profesional más heterogénea, y usan una mayor cantidad de intervenciones comunes, no específicamente psicoanalíticas, en el intercambio con sus pacientes.

Estos datos son algo convergentes, asimismo, con lo observado al correlacionar la edad del participante con el uso de una intervención puntual, tanto de la escala CPPS como de la escala EIC. En efecto, se constató que, a mayor edad del participante: (1) mayor exploración de sueños, deseos y fantasías (intervención psicoanalítica incluida en la CPPS), (2) menor explicitación de estados cognitivos (intervención común incluida en la EIC) y (3) menor apertura a incluir en alguna intervención información sobre la vida personal del terapeuta (intervención común incluida en la EIC). Asumiendo que una mayor edad se asocia, frecuentemente, con mayor experiencia clínica, estos resultados también sugieren que los terapeutas con menos experiencia clínica son más permeables al uso de intervenciones no psicoanalíticas, mientras que los clínicos de mayor experiencia priorizan intervenciones clásicas del psicoanálisis.

Este segundo grupo de resultados podría estar indicando que la experiencia clínica del participante interactuó más fuertemente con el estilo de intervención que con los ejes de formulación del caso, en la muestra analizada.

Perspectiva de los participantes según su especialización en trastornos alimentarios y/o funcionamiento limítrofe (objetivo específico #2)

Los participantes especializados acordaron menos que sus pares no especializados con la idea de que el vínculo entre ambas patologías puede comprenderse porque la alimentación y la sexualidad suelen ser áreas para regular las emociones, y la intimidad y la distancia emocional en los vínculos. Lo opuesto se observó respecto de la afirmación que planteaba un sustrato común entre los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe. En este caso, para el grupo de terapeutas especializados predominó un mayor grado de acuerdo.

A la luz de estos resultados, podríamos pensar que el grupo que se formó en este tipo de patologías tiende más a considerar una base en común, seguramente porque están mucho más familiarizados con la comorbilidad propia de ambas entidades, a diferencia del grupo que no se especializó en estos abordajes.

Yendo a los vínculos entre especialización y estilo de intervenciones, siempre predominaron participantes con un estilo psicodinámico, independientemente de su especialización para abordar trastornos alimentarios y/o un funcionamiento limítrofe. De todas maneras, cabe resaltar que en el grupo de especializados la proporción de participantes con predominio de intervenciones psicodinámicas fue más baja que la observada en el grupo de participantes no especializados. Estos datos implican que el estilo de intervención fue similar entre aquellos con y sin formación específica para el tratamiento de este tipo de pacientes. Al mismo tiempo, también denotan una tendencia en el grupo de clínicos especializados hacia más participantes con predominios de intervenciones comunes. Esto podría significar que los terapeutas especializados son más abiertos a intervenir desde varios enfoques, a diferencia de los no especializados. Surge como pregunta para futuros estudios si, entonces, la especialización en patologías específicas obliga al clínico a una visión más integrativa, y cómo esto puede vincularse (o no) con los resultados de los tratamientos.

Al igual que lo observado respecto del nivel de experiencia clínica, más allá de estas diferencias descriptivas, los resultados obtenidos no parecen apoyar sustancialmente la segunda hipótesis de este estudio, referida a que la formulación del caso interactúa con la especialización del participante.

Vínculos observados entre formulación del caso y estilo de intervención (objetivo específico #3)

La segunda hipótesis del estudio planteó un vínculo entre las maneras de formular este tipo de casos y el estilo de intervención del terapeuta. En este marco, al analizar el tercer y último objetivo específico, se observaron asociaciones entre el estilo de intervención reportado por el clínico y su grado de acuerdo frente a las afirmaciones sobre formulación de caso, focalizadas en el vínculo posible entre trastornos alimentarios y un funcionamiento limítrofe de personalidad. Este hallazgo apoya, al menos de manera global, la segunda hipótesis de la investigación mencionada previamente. Suscribe, asimismo, resultados previos que indican un vínculo entre la formulación del caso y aspectos del proceso terapéutico (Bernardi et al., 2016; Juan et al., 2009; 2017-2018; Silberschatz, 2017), sugiriendo la importancia de que la formación y entrenamiento clínicos consideren el desarrollo de competencias de formulación del caso desde una perspectiva psicoanalítica.

Yendo al análisis de los resultados más específicos, se pudieron observar asociaciones entre los puntajes de ambas escalas (CPPS y EIC) y las afirmaciones sobre formulación de caso. Asimismo, el grado de acuerdo con dichas afirmaciones correlacionó con diferentes ítems de cada una de las escalas.

El grado de acuerdo con la posible existencia de un nexo entre ambas patologías dado por la alimentación y la sexualidad como áreas para regular emociones, intimidad y distancia emocional en los vínculos; correlacionó de manera directa con los puntajes totales, tanto de la escala de intervenciones psicodinámicas como de la escala de intervenciones comunes. Esto podría estar indicando que aquellos participantes que acuerdan con la regulación emocional como un eje de formulación del caso proponen una mirada holística acerca de la psicopatología del funcionamiento limítrofe y del trastorno alimentario. Dicha mirada, a su vez, se asociaría con un uso más variado de intervenciones a la hora de trabajar clínicamente con estos pacientes. Como ya fue discutido a lo largo de la presente sección, estos resultados apoyan la idea de que los terapeutas involucran en el trabajo con sus pacientes intervenciones no específicamente propuestas o teorizadas por su marco de referencia y/o la auto rotulación que sustentan.

En cuanto a las intervenciones psicodinámicas, se pudo observar que el acuerdo con las afirmaciones acerca del uso del cuerpo como campo primario de la comunicación, donde se han producido las experiencias traumáticas primitivas; y aquella que propone un sustrato común entre ambas patologías, correlacionaron de manera directa con el puntaje CPPS. Deteniéndonos en estas correlaciones directas,

un punto crucial es cómo piensa el psicoanálisis las experiencias traumáticas y las huellas que éstas dejan a nivel somático y psíquico. Se podría pensar como representaciones inconciliables en la historia del sujeto, siendo así la apertura a través de la comunicación una posibilidad de reelaboración de las mismas.

Podemos suponer que ambas afirmaciones sobre formulación del caso son altamente consistentes con una mirada psicoanalítica, lo que podría estar siendo reflejado en una asociación con un estilo de intervención más psicodinámico del participante. Del mismo modo, cabe señalar que el acuerdo con estas frases no correlacionó con el puntaje total de la escala de intervenciones comunes. Esto también sugiere que existen aspectos de una formulación del caso más y menos asociados con un marco teórico específico.

En línea con lo anterior, el grado de acuerdo con la utilidad de centrarse en dinámicas específicas y apelar a prototipos de comparación, que ilustren un funcionamiento cognitivo, sintomático, afectivo y de personalidad, sólo correlacionó con el puntaje total de la escala EIC. Lo mismo se observó respecto de la habitualidad del trabajo clínico con este tipo de pacientes. Aquí surgieron, entonces, aspectos vinculados con el uso de intervenciones comunes, pero no vinculados con el uso de intervenciones específicamente psicodinámicas. Una vez más, y en convergencia con otros resultados ya discutidos en esta sección, podemos plantear que aquellos participantes más abiertos y habituados a emplear maneras sistemáticas de conceptualizar los casos, también son terapeutas tendientes a emplear intervenciones ajenas a su marco teórico de referencia. Al mismo tiempo, podría plantearse que un trabajo más habitual con pacientes que presentan trastornos alimentarios y funcionamiento limítrofe hace necesario para el clínico el uso de otras intervenciones comunes a diversos enfoques, muy probablemente por lo complejo de este tipo de pacientes, cuyas situaciones psicopatológicas exceden, muchas veces, los ideales de abordaje teorizados por los marcos de referencia. Por otro lado, pareciera que cuanto más habitual es el trabajo clínico con este tipo de pacientes comórbidos, mayor es el uso reportado de intervenciones comunes.

Yendo a los ítems específicos, pudo constatar que sólo un ítem de la escala CPPS correlacionó con el grado de acuerdo frente a una sola afirmación sobre formulación del caso. En contraste, fueron cuatro los ítems de la escala EIC en donde se constaron correlaciones con dos aspectos de la formulación del caso y la habitualidad del trabajo clínico con estos pacientes. Antes de analizar las intervenciones puntuales en cada caso (escala CPPS y escala EIC), este resultado general sugiere que la

interfase trastornos alimentarios-funcionamiento limítrofe facilita (¿o hace necesario?) el uso de intervenciones comunes a diversas orientaciones además de las psicodinámicas, en función también de la habitualidad del trabajo clínico con esta clase de pacientes.

Yendo a cada intervención puntual, que el terapeuta motive al paciente a experimentar y expresar sentimientos en la sesión (ítem #5 escala CPPS) correlacionó de forma directa con la afirmación de que el trastorno alimentario y el funcionamiento limítrofe comparten un sustrato clínico-psicopatológico en común. Una posible discusión sobre estos datos remite a que la apertura de expresión del paciente en sesión es un aspecto en común a desarrollar en ambas patologías. De esta forma, aquellos participantes que tendieron a formularse este tipo de casos con un sustrato común pueden haber priorizado más en su estilo de abordaje esta clase de intervención psicodinámica descrita por la escala CPPS. Por otra parte, la correlación sólo se observó con una intervención psicodinámica y no con alguna otra intervención de la escala EIC de intervenciones comunes. Además, el puntaje total de la escala CPPS, pero no así el puntaje total de la escala EIC, correlacionó con un mayor acuerdo respecto del sustrato común entre ambas patologías. De esta manera, dicho eje de formulación de caso se mostró claramente asociado con un estilo de intervención psicodinámico, en comparación con un estilo que priorice intervenciones comunes a diversos marcos teóricos. Al mismo tiempo, sólo este eje se mostró asociado con alguna intervención puntual de la escala CPPS.

Yendo a intervenciones puntuales de la escala EIC, la tendencia a hablar con el paciente sobre las tareas a realizar dentro de la terapia, necesarias para poder alcanzar los objetivos de la misma, correlacionó con el acuerdo en entender el nexo entre trastornos alimentarios y funcionamiento límite en términos de la alimentación y la sexualidad como áreas para regular las emociones, la intimidad y la distancia emocional en los vínculos. Una posible interpretación de estos resultados podría radicar en la idea de explicitar las tareas y los objetivos como una posible herramienta que colabore en la regulación emocional de los pacientes, sobre todo para aquellos participantes que más acordaron con que este aspecto era característico en pacientes con trastornos alimentarios y un funcionamiento limítrofe.

Otro resultado que emergió del análisis refirió a tres intervenciones de la escala EIC cuyos puntajes correlacionaron inversamente con lo habitual del trabajo clínico con este tipo de pacientes. Así, para los participantes de la muestra, cuanto más habitual es el trabajo clínico con este tipo de pacientes, menos el terapeuta tiende a: hablar acerca

de las tareas y los objetivos de la terapia (ítem #4 escala EIC); explicitar al paciente estados afectivos, cognitivos y/o comportamentales que pudo inferir en él (ítem #5 escala EIC); o hablar con el paciente acerca de las tareas a realizar dentro de la terapia, necesarias para poder alcanzar los objetivos (ítem #9 escala EIC). Queda como interrogante para futuros estudios indagar si el uso de estas intervenciones disminuye por las características de este tipo de pacientes o si se debe al marco referencial psicoanalítico de los participantes analizados.

Conclusiones y reflexiones finales

Los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe de personalidad son configuraciones muy prevalentes, con altos niveles de riesgo y alteraciones clínicas. Diversas revisiones han enfatizado el vínculo teórico, clínico y epidemiológico entre ambas patologías. Si bien hay muchos desarrollos sobre la relación entre ambos cuadros, no son demasiados los trabajos desde el ojo del terapeuta, poniéndolo como centro de la escena, desde cómo piensan, trabajan y se involucran con este tipo de pacientes.

En este sentido, la esencia de mi escrito y de mi investigación radicó en cómo la perspectiva de los terapeutas puede contribuir a profundizar nuestro conocimiento sobre dicha interacción. Así, esta tesis buscó indagar la visión de los clínicos sobre esta población de pacientes, analizando cómo piensan su psicopatología y cómo suelen intervenir en el trabajo psicoterapéutico. El foco estuvo en analizar qué relación hay entre lo que los terapeutas piensan y cómo trabajan con este tipo de casos.

Considerando las dos hipótesis del estudio, los resultados apoyaron mucho más la interacción entre formulación del caso y estilo de intervención (hipótesis #2) que el rol de la experiencia clínica o la especialización del participante a la hora de formular este tipo de casos y proponer intervenciones (hipótesis #1). En sentido amplio, entonces, los datos recabados sugieren que las maneras de comprender una situación clínica (en este caso, pacientes con trastornos alimentarios y un funcionamiento limítrofe) se vinculan directamente con las formas de intervenir sobre estos pacientes. De hecho, los criterios priorizados para entender el vínculo entre ambas patologías fueron planteados por los participantes con bastante independencia de sus años de experiencia clínica o el hecho de estar especializados en este tipo de casos.

De manera más indirecta, este estudio también mostró que las estrategias sistemáticas de formulación de casos no son un elemento muy habitual para el trabajo de los psicoterapeutas, así como tampoco un eje priorizado para comprender el vínculo

entre trastornos alimentarios y funcionamiento limítrofe. Creo que visibilizar esta zona aún en desarrollo para la formación y el entrenamiento de clínicos de nuestro contexto es también un aporte de la investigación realizada. A lo largo del escrito fue desarrollado cómo la investigación sistemática sugiere que las competencias de los terapeutas para formular sus casos de manera sistemática contribuyen sensiblemente a la efectividad de sus tratamientos.

Otro aspecto nodal de mi trabajo estuvo vinculado con la presencia conjunta de intervenciones psicodinámicas e intervenciones comunes a diversas orientaciones, en el estilo de abordaje reportado por los participantes. Estos datos pueden ser útiles para ofrecer una visión fidedigna de lo que sucede en los consultorios y en la interacción real con el paciente, donde los clínicos apelan a diversas herramientas. Tal vez esto también pueda contribuir hacia una apertura de las diferentes miradas teóricas, donde sea posible una mirada más holística del paciente, y un diálogo abierto con otras disciplinas y orientaciones.

Desde mi humilde opinión, leer este trabajo puede contribuir a sacar el ojo del paciente para ponerlo en el clínico y empezar a repensarnos como profesionales de la salud mental. El trabajar con este tipo de pacientes nos convoca mucha demanda y necesidad de sostén, propongo empezar a replantearnos el cómo nos preparamos, cómo trabajamos, cómo pensamos la psicopatología, cómo nos involucramos con este tipo de pacientes difíciles, cómo intervenimos y de qué manera formulamos nuestros casos y trabajamos con otros profesionales de la salud.

Limitaciones y líneas futuras de investigación

Este estudio empleó un diseño exploratorio-descriptivo con una muestra intencional no probabilística. Esto implica que desconocemos el grado de generalización de los resultados obtenidos hacia la población de terapeutas psicoanalíticos del AMBA. Futuros estudios podrán trabajar con un marco muestral que persiga la representatividad de la muestra. Asimismo, el foco en la perspectiva del clínico involucra la posible participación de sesgos en los participantes a la hora de responder el formulario administrado. Nuevas investigaciones podrán complementar los hallazgos de esta tesis con datos que surjan de la perspectiva de los pacientes y/o de jueces externos. Del mismo modo, el estilo de intervención fue indagado en esta tesis como la autopercepción del terapeuta. Futuros esfuerzos podrán analizar el estilo de intervención a partir del registro de sesiones y tratamientos. En cuanto a la variable experiencia clínica, como ya fue descrito más arriba, es necesario considerar las

diferencias posibles entre experiencia y experticia, y la evidencia que sugiere que ésta última es la que más participa en el proceso psicoterapéutico. Otros estudios podrán replicar los procedimientos de esta tesis, pero apelando a criterios de experticia. Finalmente, mucho de los aspectos recabados descansan en la auto rotulación del terapeuta, incluso su declaración sobre estar especializados en el abordaje de esta población de pacientes. Nuevas investigaciones podrán constatar con criterios externos estas variables analizadas.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- American Psychological Association (2010). *Ethical Principles of Psychologist and Code of Conduct*. En: <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>
- Araminta, T. (2000). Dialectical behavior therapy: a qualitative study of therapist and client experience. *California School of Professional Psychology-San Diego*.
- Asociación de Psicólogos de Buenos Aires. (2013). *Código de ética de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires. Punto 6.03*. Disponible en: <http://www.psicologos.org.ar/web2/images/download/marcolegal/Etica.pdf>
- Bernardi, R. Varela, B. Miller, D. Zytner, R. De Souza, L. Oyenard, R. (2016). *La formulación psicodinámica de caso. Su valor para la práctica clínica*. Montevideo, Grupo Magro Editores.
- Besser, M. C., & Moncada, L. (2013). Proceso psicoterapéutico desde la perspectiva de Terapeutas que tratan trastornos alimentarios: un estudio cualitativo. *Psykhé (Santiago)*, 22(1), 69-82.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. P., & Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 229–269). John Wiley & Sons.
- Blagys, M. D., y Hilsenroth, M. J. (2000). Distinctive features of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 167–188.
- Blagys, M. D., y Hilsenroth, M. J. (2002). Distinctive features of short-term cognitive-behavioral psychotherapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology Review*, 22, 671–706
- Botella, J.; León, O. & San Martín, R. (1993). *Análisis de Datos en Psicología I*. Madrid. Ediciones Pirámide.
- Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. (2013). Therapists' accounts of psychotherapy process associated with treating patients with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 27(6), 735-745.
- Calvo Serrano, E. (2020). *Adolescencia [(Manual de diagnóstico psicoanalítico 2 Lingiardi & McWilliams, 2017)]*. Aperturas Psicoanalíticas 65. Disponible en: <http://www.aperturas.org/imagenes/archivos/ap2020%7Dn065a9.pdf>

- Castañeiras, C., García, F., Lo Bianco, J., & Fernández-Alvarez, H. (2006). Modulating effect of experience and theoretical-technical orientation on the personal style of the therapist. *Psychotherapy Research*, 16(5), 595-603.
- De las Casas, P. (2006). La otra cara de la moneda: El ordenamiento perverso como contraparte del síntoma bulímico. *Trabajo presentado en Fepal – XXVI Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis*. Lima, Perú.
- Descôteaux, J., Diguier, L., Lefebvre, R., Drapeau, M., Luborsky, L., Rousseau, J. P., Hébert, É., ... & (2001). The core conflictual relationship theme of psychotic, borderline, and neurotic personality organizations. *Psychotherapy research*, 11(2), 169-186.
- Díaz Benjumea, L. J. (2020). Introducción. Manual de diagnóstico psicoanalítico 2 [Lingiardi y McWilliams, 2017]. *Aperturas Psicoanalíticas* (65). <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=000113>
- Diener, M., Hilsenroth, M., & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 936-941.
- Eells, T. D., Lombart, K. G., Salsman, N., Kendjelic, E. M., Schneidman, C. T., & Lucas, C. P. (2011). Expert reasoning in psychotherapy case formulation. *Psychotherapy Research*, 21(4).
- Escrive Martínez, S., (2012). Factores precipitantes comunes entre trastorno límite de la personalidad, craving y bulimia. *Tesis de grado, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Zaragoza*. <https://zaguan.unizar.es/record/8196/files/TAZ-TFG-2012-531.pdf>
- Etchebarne, I. (2014). Estrategias psicoterapéuticas iniciales para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Tesis doctoral defendida y aprobada, Universidad de Buenos Aires*. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/308410318_Estrategias_psicoterapeuticas_iniciales_para_el_tratamiento_del_Trastorno_de_Ansiedad_Generalizada | initial Psychotherapeutic Strategies in the Treatment for Generalized Anxiety Disorder
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J., & Corbella Santomá, S. (2003). Assessment questionnaire on the personal style of the therapist PST-Q. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 10(2), 116-125.

- Ferrari, H.; Lancelle, G.; Pereira, A.; Roussos, A. & Weinstein, L. (2008). *El Manual Diagnóstico Psicoanalítico. Discusiones sobre su estructura, su utilidad y viabilidad*. Reporte de Investigación N.1, Universidad de Belgrano: Disponible en la red [http:// www.ub.edu.ar/investigaciones/ri_nuevos/1_roussos.pdf](http://www.ub.edu.ar/investigaciones/ri_nuevos/1_roussos.pdf)
- Fisher, M., Golden, N. H., Katzman, D. K., Kreipe, R. E., Rees, J., Schebendach, J., & Hoberman, H. M. (1995). Eating disorders in adolescents: a background paper. The Journal of Adolescent Health. *Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 16(6), 420–437. [http://doi.org/10.1016/1054-139X\(95\)00069-5](http://doi.org/10.1016/1054-139X(95)00069-5)
- Gómez-Penedo, J. M., Barrientos, J. C., Martínez, A., & Roussos, A. (2016). Comparative Psychotherapy Process Scale (CPPS): analysis of the validity and reliability of the Spanish adaptation/Escala Comparativa del Proceso Psicoterapéutico (CPPS): análisis de la validez y confiabilidad de su adaptación al castellano. *Estudios de Psicología*, 37(2-3), 656-677.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 533.
- Gratch, J. (2016). *El estilo defensivo en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: una revisión bibliográfica*. Tesis de maestría en psicoanálisis. Universidad Nacional de La Matanza. Escuela de Posgrado.
- Grupo de trabajo OPD (2006/2008). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona, Herder.
- Hilsenroth, M. J., Blagys, M. D., Ackerman, S. J., Bonge, D. R., & Blais, M. A. (2005). Measuring Psychodynamic-Interpersonal and Cognitive-Behavioral Techniques: Development of the Comparative Psychotherapy Process Scale. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 340.
- Juan, S., Etchebarne I., y Roussos, A. (2017-2018). Vínculos entre pronóstico e intervenciones en terapia psicoanalítica y cognitiva: análisis teórico y aportes de la investigación empírica. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, N.21/22, 143-174.
- Juan, S.; Etchebarne, I.; Waizmann, V.; Leibovich de Duarte, A. y Roussos, A. (2009). El proceso inferencial clínico, el pronóstico y las intervenciones del psicoterapeuta.

- Anuario de Investigaciones*, 16, Tomo I, 43-51. ISSN 0329-5885, Ediciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Juan, S., Manubens, R., Romero Pimienta, A., & Gómez Penedo, J.M. (2021). La formulación del caso para la práctica clínica y la investigación: aportes del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD-2. *Mentalización, Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, 15. Disponible en: https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/formulacion_del_caso.pdf
- Kachele, H., Kordy, H., Richard, M., & Tr-Eat, R. G. (2001). Therapy Amount and Outcome of Inpatient Psychodynamic Treatment of Eating Disorders in Germany: Data From a Multicenter Study. *Psychotherapy Research*. <http://doi.org/10.1080/713663982>
- Kernberg, O. (1984/1999). *Trastornos graves de la personalidad*. Buenos Aires, Manual Moderno
- Kernberg, P. F. (1994). *Mechanisms of defense: Development and research perspectives*. Bulletin of the Menninger Clinic.
- Khosravi, M. (2020). Eating disorders among patients with borderline personality disorder: understanding the prevalence and psychopathology. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 1-9.
- Kohut, H.; Wolf, E. (1978). *Los trastornos del self y su tratamiento*. Psicoanálisis 1 (2) 331-359.
- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. John Wiley & Sons.
- Lancelle, G. (1997). El psicoanálisis y la investigación en escorzo: desde una perspectiva clínica. *Psicoanálisis*, Buenos Aires, 119-56.
- Lancele, G. (1999). *El self en la teoría y en la práctica*. Buenos Aires, Paidós
- Lancelle, G. (2008). Aporte del psicoanálisis a la clasificación diagnóstica. En: Ferrari, H.; Lancelle, G.; Pereira, A.; Roussos, A. y Weinstein, L. (2008). *El Manual Diagnóstico Psicoanalítico. Discusiones sobre su estructura, su utilidad y viabilidad*. Reporte de Investigación N.1, Universidad de Belgrano: Disponible en la red [http:// www.ub.edu.ar/investigaciones/ri_nuevos/1_roussos.pdf](http://www.ub.edu.ar/investigaciones/ri_nuevos/1_roussos.pdf)
- Leibovich de Duarte, A. (1996). "Variaciones entre Psicoanalistas en el Proceso Inferencial Clínico". *Investigaciones en Psicología Revista del Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA*. 1 (1) 27-38.

- Leibovich de Duarte, A. (2000). La dimensión ética en la investigación psicológica. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA*. Año 5, N.1, 41-61.
- Leibovich de Duarte, A. (2000). Más allá de la información dada: Cómo construimos nuestras hipótesis clínicas. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, 97-114.
- Leibovich de Duarte, A., Duhalde, C., Huerin, V., Rutzstein, G., y Torricelli, F. (2001). Acerca del proceso inferencial clínico en psicoanálisis. *Vertex, Revista de Psiquiatría*, 7(45), 194-203.
- Ley Nacional 23.277 de Ejercicio Profesional de la Psicología (1995) 23.277/85: Reglamentación. *Boletín Oficial N° 25.806. 1^{ra} Sección. (19/12/95)* En: <http://www.psicologos.org.ar/web2/images/download/marcolegal/23277.pdf>
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*. Guilford Publications.
- Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The core conflictual relationship theme. In N. Freedman y S. Grand (Eds.), *Communicative structures and psychic structures* (pp. 367–395). New York: Plenum Press.
- Mace, C., & Binyon, S. (2005). Teaching psychodynamic formulation to psychiatric trainees. Part 1: Basics of formulation. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 416–423.
- Manubens, R. T., Gómez Penedo, J. M. , & Juan, S. (2019). Propiedades psicométricas preliminares de la Escala de Intervenciones Comunes: un instrumento para estudiar las acciones de los terapeutas de distintos marcos teóricos. *Pensando Psicología*, 15(25), 1-24. <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2019.01.02>
- McWilliams, N. (1999). *Psychoanalytic Case Formulation*. New York: The Guildford Press.
- McWilliams, N., Caligor, E., Herzig, A. Kernberg, O., Shedler, J. y Westen, D. (2006). *Personality Patterns and Disorders P Axis. In: PDM Task Force (Eds.), Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Molina-Ruiza, R. M., Alberdi-Páramo, Í., de Castro Ollera, M., Fernández, N. G., Perera, J. L. C., & Díaz-Marsá, M. (2019). Personality in patients with eating disorders depending on the presence/absence of comorbidity with borderline personality disorder. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(1), 109-120.

- Montero Hernández, G., Niell Galmés, L., Baena Mures, R., Rodríguez Quijano, J., & Alberdi Páramo, I. (2018). El suicidio en la población TLP en datos. *Hospital clínico San Carlos, Madrid, España*. Conferencia. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/el-suicidio-en-la-poblacion-tlp-en-datos/#:~:text=La%20prevalencia%20de%20los%20trastornos,los%20veinte%20y%20treinta%20a%C3%B1os>
- Olivera, J., Juan, S., & Roussos, A. J. (2016). Las intervenciones terapéuticas desde la perspectiva del paciente: Una aproximación cualitativa. *Anuario de investigaciones*, 23(1), 43-51.
- Ortiz Frágola, A. (2014). El self en el borderline. En: *Psicopatología de nuestro tiempo* (pp. 67-83) Buenos Aires: Psicolibro Ediciones.
- Painceira, A. (1997). Análisis estructural de la patología fronteriza. En: *Clínica psicoanalítica a partir de la obra de Winnicott*. Buenos Aires: Lumen Argentina.
- Patmore, J. (2020). Therapist self-disclosure in the treatment of eating disorders: A personal perspective. *Journal of Clinical Psychology*, 76(2), 266-276.
- Persano, H.L. (2005). Abordaje Psicodinámico de pacientes con trastorno alimentarios. En: C. Eizirik, R. Aguiar, S. Schestatsky & colab., *Psicoterapia de orientação analítica. Fundamentos teóricos e clínicos*. p. 674-688.
- Ramos Cruz, A. (2017). Trastorno límite de la personalidad: definición, prevalencia y tratamiento. *Psyciencia*. Disponible en: <https://www.psyciencia.com/trastorno-limite-de-la-personalidad-definicion-prevalencia-y-tratamiento/#:~:text=Se%20estima%20que%20la%20prevalencia,et%20al.%2C%202008>
- Rizq, R. (2012). 'There's always this sense of failure': an interpretative phenomenological analysis of primary care counsellors' experiences of working with the borderline client. *Journal of Social Work Practice*, 26(1), 31-54.
- Rosenberg, S. E., Horowitz, L. M., Hanks, S., Hartley, D., Levenson, H., Schulman, T. G., & Skuja, A. (1994). The Consensual Response Psychodynamic Formulation: Part 2. Application to Case of Ms. smithfield. *Psychotherapy Research*, 4(3-4), 234-238.
- Roussos, A. J., Boffi Lissin, L., y Leibovich de Duarte, A. S. (2007). The Importance of the Theoretical Framework in the Formulation of Clinical Inferences in Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17(5), 535–543. doi:10.1080/10503300701216272

- Roussos, A. J., Braun, M. y Olivera, J. (2012). *Conductas responsables para la investigación en psicología: guía de trabajo*. Serie: Investigación en psicología. Buenos Aires: FUNICS.
- Roussos, A. Etchebarne, I. y Waizmann, V. (2006). Un esquema clasificatorio para las intervenciones en psicoterapia cognitiva y psicoanalítica. *Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA, Secretaría de Investigaciones*. Vol. XIII, 51-61.
- Rovira, B. Chandler, E. Alvarez, M. Remo, M. Labanca, R., & Pereyra Pacheco, B. (2011). *Anorexia Nerviosa*. Curioso no comer para vivir. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro AB.
- Rutzstein, G., & Leibovich de Duarte, A. (2005). Psicoanalistas y psicoterapeutas cognitivos: un estudio comparativo sobre inferencias diagnósticas ante un mismo material clínico centrado en trastornos de la alimentación. *Memorias XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires*.
- Rybak, C. (2021). Bulimia nerviosa y organización límite de la personalidad: análisis de una viñeta clínica estructurada incluyendo la visión de la analista tratante. *Trabajo Final Integrador defendido y aprobado, Especialización en Psicopatología y Salud Mental, IUSAM, APdeBA*.
- Sands, S. (1991). Bulimia, dissociation, and empathy: A self-psychological view. In C. L. Johnson (Ed.), *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia* (p. 34–50). The Guilford Press.
- Silberschatz, G. (2017). Improving the yield of psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 27(1), 1-13.
- Stiles, W. B. (2015). Theory-building, enriching, and fact-gathering: Alternative purposes of psychotherapy research. In O. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research: General issues, process, and outcome* (pp. 159–179). New York: Springer-Verlag.
- Tasca, G. A., & Machado, P. P. (2013). Eating disorder psychotherapy research—beyond the brand: Introduction to a special section. *Psychotherapy Research*, 23(3), 247-251.
- Tasca, G. A., & Balfour, L. (2015). Eating disorders and attachment: A contemporary psychodynamic perspective. *Maltrattamento e abuso all'infanzia* 1, 55-72.

- Vaz, F. J., Peñas, E. M., & Guisado, J. A. (2001). Bulimia multiimpulsiva y bulimia nerviosa asociada a patología límite: algunas pruebas acerca de su identidad clínica. *Psiquiatría biológica*, 8(6), 212-218.
- Waizmann, V., Etchebarne, I., y Roussos, A. (2004). La interacción entre las intervenciones psicoterapéuticas de distintos marcos teóricos y los factores comunes a las psicoterapias. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XII(3), 233-244
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277.
- Wampold, B. E. (2019). *The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice*. American Psychological Association.
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona, Ed. Gedisa.

Apéndice – Formulario para terapeutas participantes

Trastornos alimentarios y funcionamiento limítrofe de personalidad: un estudio exploratorio desde la perspectiva de los clínicos

Presentación

La presente investigación apunta a conocer la perspectiva de clínicos con orientación psicoanalítica respecto de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y un funcionamiento limítrofe de personalidad. A continuación, se le pedirá que complete un breve cuestionario en línea. Completarlo no le llevará más de 10 minutos de su tiempo. Con este estudio se espera contribuir a un mejor conocimiento sobre cómo conceptualizar y abordar clínicamente a este tipo de pacientes, con el fin último de mejorar su calidad de vida. Usted puede elegir si desea participar o no. Si usted decide participar, pero luego cambia de opinión, podrá detenerse en cualquier momento. Su participación en el estudio será anónima. No se le pedirá ningún dato sensible que permita identificarla/o. La información del presente estudio sólo será utilizada con fines de investigación científica y/o docencia. Ante cualquier pregunta que tenga, puede comunicarse con la investigadora responsable del proyecto.

Desde ya, muchas gracias

Investigadora responsable: Lic. Cindy Rybak Contacto: cindyrybak@gmail.com

Consentimiento informado *

Marca solo un óvalo.

Acepto participar voluntariamente del estudio

No acepto participar

Datos demográficos y de perfil profesional

2. Género *

Femenino

Masculino

Otro

3. Edad *

4. Años de experiencia clínica *

Menos de 10 años

Entre 10 y 20 años

Más de 20 años

5. Señale por favor con qué denominación se siente mejor identificada/o como clínica/o *

Psicoanalista

Analista

Psicoterapeuta psicoanalítica/o

Psicoterapeuta psicodinámica/o

Otros

6. Indique por favor el tipo de formación de posgrado realizada dentro de un marco referencial psicoanalítico (marque todas las que correspondan) *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

Formación según criterios API (Asociación Psicoanalítica Internacional)

Especialización y/o Maestría con orientación psicoanalítica (por ej: IUSAM, UBA, USAL)

Posgrado en institución de formación psicoanalítica (por ej: AEAPG, EFBA, Centro DOS)

Posgrado en Psicoterapia Psicoanalítica (por ej: Centro de Estudios en Psicoterapias)

Formación hospitalaria con orientación psicoanalítica (por ej: residencias/concurrencias)

Otros: 0

7. Mencione hasta tres autores que considere de gran influencia para su práctica clínica

8. ¿Ha realizado formación de posgrado específica en el abordaje de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y/o pacientes con un funcionamiento limítrofe **de personalidad?** *

O si

O No

No sabe / no **contesta**

9. ¿Trabaja o ha trabajado clínicamente con pacientes que padezcan trastornos de la conducta alimentaria y/o un funcionamiento limítrofe de personalidad? *

Sí

No

Perspectiva del clínico - Conceptualización

Las siguientes afirmaciones refieren a posibles formas de conceptualizar pacientes con trastornos alimentarios y un funcionamiento limítrofe de personalidad. Cuando corresponda, por favor señale su grado de acuerdo utilizando la escala.

10. Considero que, desde un punto de vista psicoanalítico, los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe de personalidad comparten un sustrato clínico psicopatológico *

1 = Totalmente en desacuerdo

2

3

4

5 = Totalmente de acuerdo

11. El vínculo entre los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe de personalidad puede entenderse por el uso del cuerpo como campo primario de comunicación, justo allí donde se han producido las experiencias traumáticas primitivas

1 = Totalmente en desacuerdo

2

3

4

5 = Totalmente de acuerdo

12. Un nexos posible entre los trastornos alimentarios y el funcionamiento limítrofe de personalidad está dado porque la alimentación y la sexualidad suelen ser áreas para regular las emociones, y la intimidad y la distancia emocional en los vínculos *

1 = Totalmente en desacuerdo

2

3

4

5 = Totalmente de acuerdo

13. Al conceptualizar un caso de este tipo de pacientes, suelo basarme en (señale las dos opciones, a su criterio, más importantes): *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

La forma en la que el paciente vivencia sus problemas y cómo se acerca al tratamiento

Las formas problemáticas en las que el paciente se vincula con sus otros significativos

Las conflictivas intrapsíquicas con las que puedo vincular sus problemas

El funcionamiento básico de su personalidad (por ejemplo, percepción de sí mismo y los otros, regulación de los impulsos, identidad)

Otros:

14. Para conceptualizar este tipo de pacientes resulta útil centrarse en algunas dinámicas específicas, y apelar a prototipos de comparación, que ilustren el funcionamiento cognitivo, sintomático, afectivo y de personalidad *

1 = Totalmente en desacuerdo

2

3

4

5 = Totalmente de acuerdo

Para conceptualizar este tipo de pacientes apelo a herramientas sistemáticas de formulación del caso *

Sí

No

No sabe / no contesta

16. Si su respuesta anterior fue afirmativa, ¿qué herramientas sistemáticas para formulación de caso utiliza con este tipo de pacientes?

17. Pensando en este tipo de pacientes, considero que: *

El funcionamiento limítrofe suele ser lo principal a trabajar en tratamiento

El trastorno alimentario suele ser lo principal a trabajar en tratamiento

No es posible priorizar una condición clínica por sobre la otra durante el tratamiento

Perspectiva del clínico – Estilo de intervención

Las siguientes afirmaciones refieren a posibles formas de intervenir de un clínico. Por favor utilice la escala considerando la manera en que usualmente trabaja con este tipo de pacientes que presentan trastornos alimentarios y un funcionamiento limítrofe de personalidad

Para cada ítem, señale el casillero correspondiente:

0 = Nada característico

2 = Poco característico

4 = Característico

6 = Muy característico

18.1) El terapeuta alienta la exploración de sentimientos percibidos como incómodos para el paciente (ej: enojo, envidia, excitación, tristeza o alegría). *

19.2) El terapeuta conecta sentimientos o percepciones actuales del paciente con experiencias del pasado del paciente. *

20. 3) El terapeuta centra la atención en similitudes entre las relaciones del paciente que se repiten en el tiempo, situaciones o personas. *

21. 4) El terapeuta centra el diálogo en la relación entre el terapeuta y el paciente. *

22. 5) El terapeuta anima al paciente a experimentar y expresar sentimientos en la sesión. *

23. 6) El terapeuta aborda la evitación del paciente sobre temas importantes y cambios en el estado de ánimo. *

24. 7) El terapeuta sugiere formas alternativas de comprensión de experiencias o acontecimientos no reconocidos previamente por el paciente. *

25. 8) El terapeuta identifica patrones recurrentes en las acciones, sentimientos y/o experiencias del paciente. *

26. 9) El terapeuta permite al paciente que inicie el dialogo a partir de aspectos, eventos o experiencias significativas. *

27.10) El terapeuta alienta la exploración de los deseos del paciente, fantasías, sueños o recuerdos tempranos de la infancia (positivos o negativos). *

28. 11) El terapeuta pide más información o elaboración al paciente de temas recientemente mencionados. *

29.12) El terapeuta cuestiona el punto de vista del paciente. *

30.13) El terapeuta le transmite al paciente una valoración positiva de algunos de sus comentarios, sentimientos y/o conductas. *

31. 14) El terapeuta habla con el paciente acerca los objetivos de la terapia. *

32. 15) El terapeuta explicita al paciente estados afectivos, cognitivos y/o comportamentales que pudo inferir en él. *

33. 16) El terapeuta sintetiza dichos previos del paciente con palabras distintas. *

34.17) El terapeuta realiza comentarios alentadores hacia el paciente para infundirle

esperanza. *

35. 18) El terapeuta le comunica al paciente información de su vida personal. *

36. 19) El terapeuta habla con el paciente acerca de las tareas a realizar dentro de la terapia, necesarias para poder alcanzar los objetivos de la misma. *

37. 20) El terapeuta presenta en sesión especificaciones relativas al encuadre: lugar físico, rol de los participantes, duración y frecuencia de las sesiones, ausencias, modificaciones y retribuciones. *

38. 21) El terapeuta le transmite al paciente que sus sentimientos o conductas son entendibles y/o esperables en su contexto. *

39. Para finalizar, por favor indique qué tan habitual es, en su práctica clínica, el trabajo con este tipo pacientes *

1 = Nada habitual

2

3

4

5 = Muy habitual