

**Universidad de Palermo**

Facultad de Psicología

Trabajo final de integración

Análisis de caso de Trastorno Límite de la Personalidad: S.

Autor: Umberto Ventura.

Tutor: Lic. Valeria Wittner.

## Índice

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>4</b>
<b>2.1. Objetivo general.....</b>	<b>4</b>
<b>2.2. Objetivos específicos.....</b>	<b>4</b>
<b>3. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>5</b>
<b>3.1. Teoría sistémica.....</b>	<b>5</b>
3.1.1. Terapias derivadas de la teoría.....	7
<b>3.2. Modelo de terapia breve estratégica.....</b>	<b>10</b>
<b>3.3. Integración en psicoterapia.....</b>	<b>13</b>
<b>3.4. Trastorno límite de la personalidad.....</b>	<b>14</b>
3.4.1. Etiología.....	18
3.4.2. Tratamiento .....	19
<b>3.5. Terapia dialéctica conductual.....</b>	<b>20</b>
3.5.1 Modulo A: habilidades de regulación emocional.....	22
3.5.2 Modulo B: habilidades interpersonales.....	23
3.5.3 Modulo C: tratamiento de conductas impulsivas .....	26
3.5.4. Modulo D: Alivio de tensión. Mindfulness .....	26
<b>3.6. Cambio .....</b>	<b>28</b>
<b>4. MÉTODO .....</b>	<b>30</b>
<b>4.1. Tipo de estudio.....</b>	<b>30</b>
<b>4.2. Participantes.....</b>	<b>30</b>
<b>4.3. Instrumentos.....</b>	<b>30</b>
<b>4.4. Procedimiento.....</b>	<b>31</b>
<b>5. DESARROLLO.....</b>	<b>32</b>
<b>5.1. Describir el cuadro clínico del paciente.....</b>	<b>33</b>

<b>5.2. Describir el método de intervención terapéutica utilizado .....</b>	<b>36</b>
<b>5.3. Analizar los cambios que se han producido durante el tratamiento.....</b>	<b>42</b>
<b>6. CONCLUSIONES.....</b>	<b>44</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>47</b>
<b>8. ANEXO .....</b>	<b>51</b>

## 1. Introducción

El presente trabajo se trata de un proyecto de integración teórico-práctica a partir de lo observado en la práctica profesional realizada en un instituto con orientación sistémica y provee diversas ofertas a los que ejercen la psicología como ser diferentes cursos, la especialización en terapia sistémica o la misma oferta de procesos terapéuticos pagos para la población dentro de la institución.

Las tareas realizadas en la institución en el marco de la práctica son variadas en cuanto a las maneras de acercamiento hacia la práctica psicológica profesional, siendo las mismas:

- ☒ Observación de entrevistas de admisión en cámara Gessell.
- ☒ Observación de videos de tratamientos ya realizados en la institución.
- ☒ Cursos variados con temáticas como: intervención en crisis, primera entrevista, psicodrama.
- ☒ Observación participante de supervisiones de terapeutas de la institución.
- ☒ Reuniones de equipos de pasantes con el fin de poner en práctica lo aprendido; se utiliza role play para lo mismo.
- ☒ Participación activa en calidad de co-terapeuta con pacientes.
- ☒ Preparación de material didáctico para ser utilizado por la institución con futuros alumnos / pasantes, etc.

El seguimiento y la recolección de información del caso elegido se realizo a partir de historia clínica presente en el establecimiento.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo general**

- Describir el perfil clínico y la modalidad de tratamiento de una paciente con trastorno límite de la personalidad.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Describir el cuadro clínico del paciente
- Describir el método de intervención terapéutica utilizado
- Analizar los cambios que se han producido durante el tratamiento

### 3. Marco teórico

#### 3.1. Teoría sistémica

La teoría sistémica se basa en diferentes construcciones teóricas aplicadas a partir de los aportes originados por Bateson al aplicar los constructos de sistema y cibernética al estudio de las ciencias sociales (Ceberio & Watzlawick, 2002).

El aporte de Bateson deriva en una nueva manera de pensar lo mental, en donde se ve una unidad compuesta por el individuo y el contexto tanto inmediato como general que lo rodea. El pensamiento en esta línea teórica destaca la importancia de las relaciones efectuadas entre el todo y las partes como también las partes entre sí (Wainstein, 2006).

Bateson (1972) propuso inicialmente una nueva manera de concebir las ciencias sociales, aludiendo que la manera de generar conocimiento desde este ámbito era heredado de las ciencias exactas y que no permitía la observación crítica de lo social.

La crítica principal es dirigida hacia el asignar causalidades lineales a los eventos ocurridos en el mundo, dejando de lado la complejidad inherente a los sistemas que integran el mismo (Bateson, 1972).

Este modelo de causa – efecto genera un autorrefuerzo de los mismos datos presentes mediante un método inductivo, por encima del deductivo (Bateson, 1972).

Bateson, entonces, propone descentrar al individuo del foco de estudio y, en su lugar, utilizar la mente como unidad de análisis (Wainstein, 2002).

La mente (Wainstein, 2002) es considerada como un sistema, en donde cualquier serie de eventos que cumpla con una serie de requisitos formales puede ser vista como tal.

De esta manera, se resalta la importancia de la interacción entre los subsistemas que conforman el conjunto, dejando de lado el interés, casi exclusivo por algunos modelos teóricos, por lo intrapsíquico o individual (Wainstein, 2002).

El sistema, de acuerdo a Piercy, Sprenkle y Weschler (1996) tiende a formar un equilibrio dinámico, homeostático, y apunta a preservar el mismo, resistiendo al cambio por más que el estado actual no sea funcional.

El patrón de relaciones observadas en lo real es lo que determina la construcción subjetiva posterior, en conjunto con el agregado de interacciones, de lo que es considerado la realidad para un conjunto social determinado (Wainstein, 2002).

Lo que es captado por el aparato cognitivo para ser representado intelectualmente son las diferencias (Bateson 1972), siendo el concepto de información, considerado como *“una diferencia que genera una diferencia”* (Bateson, 1972), el más adecuado para explicar la construcción de significado por parte de los organismos (Wainstein, 2002).

El trastorno mental, desde esta óptica es considerado como una transformación de la lógica de interacción que se expresa de manera comunicacional, es decir en el lenguaje (Wainstein, 2002). 7

### **3.1.1. Terapias derivadas de la teoría**

Cabe resaltar, de acuerdo con Gabucio (2002), la necesidad de un recorte de la realidad a fin de poder acercarse al objeto de estudio, dando lugar a la creación de modelos de terapia específicos.

Estos modelos de aplicación clínica provenientes de la teoría sistémica consideran como ámbito de observación e intervención terapéutica el de la comunicación, siendo el medio en el cual se desarrollan todas las actividades propias del hombre (Wainstein, 2002).

La idea de comunicación es proveniente de lo presentado por Watzlawick, Bavelas y Jackson (1967) en donde enumeran una serie de axiomas de aspectos de la misma que tienen influencia fundamental en las relaciones interpersonales.

Los axiomas propuestos (Watzlawick, Bavelas & Jackson, 1967) son los considerados clave para poder analizar los diferentes trastornos presentes en ellos y los mismos son los siguientes cinco:

- ☒ Es imposible no comunicar.
- ☒ La comunicación tiene aspectos de contenido y de relación, y este último clasifica al primero.
- ☒ La relación entre los comunicantes depende de la puntuación de eventos que realicen ambos.
- ☒ Los seres humanos se comunican tanto analógica como digitalmente.
- ☒ Los intercambios comunicacionales pueden ser simétricos o complementarios, según formen parte de la igualdad o la diferencia.

En las aplicaciones terapéuticas se considera un sistema consultante al formado por el individuo que acude a la consulta y el terapeuta que lo recibe y las diversas interacciones dadas entre ambos y el marco asistencial del que forman parte (Wainstein, 2006).

De acuerdo a Arango Cammaert y Moreno Franco (2009) esta relación presente en el sistema es una construcción social, ubicada en un contexto histórico determinado y se modifica de acuerdo a las necesidades conjuntas de las partes que lo conforman.

A su vez, existen seis pasos a desarrollar en el proceso terapéutico (Haley, 2008):

- ☒ La etapa social

- ☐ La etapa de planteamiento del problema
- ☐ La etapa de interacción
- ☐ Determinar objetivos
- ☐ Conclusión conjunta
- ☐ Evaluación personal del terapeuta y proceso terapéutico.

Estos no son desarrollados de manera categóricamente diferenciada en la práctica, sirviendo la misma a fines comprensivos de acuerdo a Wainstein (2006).

En la etapa social se establece la relación dentro del sistema consultante (Haley, 2008), se busca que el consultante se encuentre cómodo y encuentre un contexto adecuado para poder expresarse y trabajar en la solución.

Durante el planteo del problema se busca una construcción conjunta entre las partes del sistema terapéutico de la problemática concreta a partir de la queja inicial que acerca el consultante (Haley, 2008).

La etapa de interacción es utilizada en sesiones en donde se convoca a otros integrantes del sistema, dejando que los mismos interactúen entre si a fin de poder observar los patrones de conducta presentes en el mismo (Haley, 2008).

En la determinación de objetivos (Haley, 2008) se busca determinar hacia donde se propondrá llegar la terapia a fin de poder analizar la efectividad de la misma y tener una referencia clara de hacia donde apuntan las intervenciones.

Volviendo a los modelos, pueden diferenciarse dentro de la terapia sistémica diferentes tipos de intervención (Wainstein, 2006), destacando entre ellos el estratégico y el estructural.

El modelo estructural, fue creado por Salvador Minuchin con la intención de realizar intervenciones en grupos familiares, aunque actualmente es aplicado a muchas organizaciones sociales diferentes (Wainstein, 2006).

En este enfoque se considera a la familia nuclear como un *holón*, una parte de un sistema mayor que a su vez constituye un todo en si mismo, como recorte de la realidad, conteniendo partes dentro de si (Minuchin & Fishman, 1983).

Wainstein (2006) menciona a los mismos como subsistemas los cuales participan de organizaciones jerarquizadas que funcionan a través de reglas, siendo uno de los conceptos fundamentales dentro de este modelo.

Es importante destacar que el termino estructura refiere al conjunto de patrones con los cuales se dan las interacciones entre los miembros de la familia (Wainstein, 2006). 10



En cuanto al modelo estratégico cabe mencionar que esta orientado hacia la concreción de objetivos generados en conjunto con el consultante y puede mencionarse al desarrollado por el Mental Research Institute, el modelo de terapia breve estratégica como un ejemplo clásico y ampliamente difundido (Wainstein, 2006).

A continuación se desarrollará el modelo de terapia breve recién mencionado por ser objeto de atención para el análisis del presente trabajo.

### **3.2. Modelo de terapia breve estratégica**

Este modelo fue desarrollado en el instituto de investigaciones mentales de Palo Alto en el año 1966. El mismo tiene influencias teóricas de la terapia interaccional desarrollada en esa institución, de los aportes teóricos de Gregory Bateson y de Milton Erickson (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1992).

Wainstein (2006) menciona que el objetivo principal de la terapia en sí es bloquear la solución intentada fallida al problema, que lleva a perpetuar al mismo dentro del sistema.

Nardone (en Pérez Salmón & Rodríguez Sánchez, 2010) menciona que este modelo es particularmente efectivo para el tratamiento de trastornos de ansiedad, estrés postraumático, sexuales y del estado de ánimo, como así también para problemas de pareja y familiares.

El terapeuta, desde este modelo, busca entonces identificar la solución intentada fallida como también los tipos de relaciones que el sujeto mantiene con el mismo, con los demás y con la realidad en general (Watzlawick & Nardone, 2002).

La orientación de la terapia se centra en la resolución de lo que trae el consultante como inconveniente y no la concepción supuestamente objetiva de cómo debe funcionar un grupo familiar o un individuo, un sistema (Fisch & Weakland, 1992).

Según Nardone (en Pérez Salmón & Rodríguez Sánchez, 2010) considera entonces que el sujeto consultante presenta una construcción de la realidad subjetiva que le es disfuncional en la actualidad y se apunta a modificar la percepción de la misma.

Este modelo centra su atención en el individuo consultante y su interacción con el medio, utilizando a la familia o pareja como un método para lograr mayor campo de acción (Piercy & Wetchler, 1996).

Un método de aproximación utilizado en este modelo para la intervención es el desarrollado por Watzlawick, Weakland y Fisch (1992) en donde exponen cuatro etapas diferenciadas que deben ser realizadas en un proceso terapéutico a fin de poder dirigirse hacia la resolución del mismo:

☐ La primera etapa se trata de una *definición del problema en términos concretos y claros*. Este proceso es determinado en conjunto entre el terapeuta y la persona que asiste a la consulta. Se trata de realizar la transición desde la queja inicial hacia el motivo de consulta.

☒ Una segunda etapa consiste en investigar y *analizar las soluciones intentadas hasta el momento* que, al fallar, generan la consolidación del problema en sí, brindando equilibrio al sistema con estas interacciones problemáticas. Se incluye tanto las del sujeto, como las del conjunto familiar y tratamientos anteriores.

☒ La *definición clara y concreta* del cambio que se busca realizar es la tercera etapa de este modelo en donde, en consonancia con lo expuesto por Haley (2008) se determina cuales serán los objetivos del proceso terapéutico.

☒ La cuarta etapa se trata de la *elección de las intervenciones* que se llevarán a cabo en la terapia, teniendo en cuenta la eficiencia particular que las mismas tienen con respecto a la problemática que presenta el consultante.

Como técnicas específicas de intervención cabe mencionar la *reformulación*, en donde se exhibe al consultante una forma diferente de observar lo planteado con el objetivo de provocar un cambio (Fisch & Weakland, 1992).

Otra técnica es la *intervención paradójal* en donde se le prescribe alguna tarea o argumentación que parece ser ilógica desde el sentido común, siendo las mismas según Piercy, Sprenkle y Weschler (1996):

☒ *Prescribir el síntoma*, en donde se le indica al paciente que puede regresar o mantenerse algo que parecería controlar.

☒ *Contener el cambio*, inducir desde el discurso a que el mismo no ocurra.

☒ *Posicionamiento*, donde el terapeuta hace del paciente y exagera sus dichos y conductas.

También se encuentra la técnica de *ubicación en una escala de valor* subjetiva, en donde se busca que el paciente indique en la misma el nivel de intensidad de una sensación experimentada (Wainstein, 2006).

De acuerdo a Fernández et al (2010) la terapia breve actual no se circunscribe a ningún enfoque particular de manera exclusiva, sino que utiliza técnicas de diferentes psicoterapias a fin de lograr la mayor eficacia posible.

Esto conduce a la elección de diferentes métodos de intervención que pueden no ser específicos de la perspectiva mencionada aunque sí subyace en la práctica una mirada sistémica para el proceso de intervención, para lo cual se analiza a continuación la integración en psicoterapia.

### **3.3. Integración en psicoterapia**

De acuerdo a Goldfried, Pachankis y Bell (2005) uno de los conceptos fundamentales para el inicio a la integración en psicoterapia fue dado por Richard Lazarus en 1969: el de eclecticismo técnico.

El mismo da cuenta de la aplicación de técnicas de distintas procedencias teóricas sin tener que aceptar en si el marco teórico de las mismas (Lazarus, 1993). De esta manera se alejaría la práctica de la psicoterapia de un dogmatismo cercano a la religión.

La integración en psicoterapia ha sido tema de estudios e investigación de manera sistemática recién a partir de la década de los ochenta (Goldfried, Pachankis & Bell, 2005).

En el 1983 se publica el libro de Psicoterapia ecléctica de Beutler, en donde se pone en juego la pregunta de qué tipo de terapia es más efectiva para cada sujeto y con qué tipo de terapeuta (Goldfried, Pachankis & Bell, 2005). Luego de esto se vieron diferentes esfuerzos en busca de la conjunción de diferentes teorías para lograr generar modelos de aproximación eficaces para diferentes sujetos.

De acuerdo a García y Fantín (2012), luego de una revisión de las diferentes aproximaciones, pueden resumirse tres tipos de acercamiento hacia la integración psicoterapéutica.

Un primer tipo de integración es la que se basa en factores comunes, en donde se busca una serie de acuerdos en diferentes factores dentro de cada una de las terapias (García & Fantín, 2012).

Una segunda aproximación a la integración consiste en la integración teórica, en donde puede haber diferentes subtipos de acuerdo a si se busca integrar dos modelos teóricos, complementar más de dos de ellos o buscar una metateoría que logre abarcar a más de dos de ellos (García & Fantín, 2012).

Como tercera, y última, aproximación cabe mencionar la integración técnica o eclecticismo técnico en donde se busca dar importancia a las similitudes de ciertas técnicas con otras líneas de pensamiento teórico aunque a su vez, no se toman en cuenta las diferencias (Feixas & Miró, 1993).

Dentro de este tipo de integración se puede observar, según Feixas y Miró (1993), la integración técnica pragmática siendo un estilo de aproximación terapéutica que utiliza en cada situación las intervenciones que demuestran mayor eficacia empíricamente (García & Fantín, 2012).

Para el abordaje psicoterapéutico del trastorno límite de la personalidad, que se desarrolla a continuación, se utiliza habitualmente la terapia dialéctica conductual que ha demostrado mayor eficiencia para el mismo (Linehan, 2003) y, comparte aspectos fundamentales con la teoría sistémica como la importancia de la interacción, el medio y el estilo de intervención directiva.

### **3.4. Trastorno límite de la personalidad**

El trastorno límite de la personalidad, TLP, es una psicopatología crónica y deteriorante (Says & Whiteside, 2006) que genera fuertes inconvenientes de integración, afectando las esferas emocionales, cognitivas y sociales del individuo (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004).

El diagnóstico del mismo se realiza de acuerdo a los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-IV-TR (APA, 2000) indicados a continuación en la tabla 1. 15

Tabla 1. Criterios diagnósticos DSM-IV-TR Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- 1- Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.
- 2- Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- 3- Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
- 4- Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañinas para si mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.
- 5- Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
- 6- Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
- 7- Sentimiento crónico de vacío.
- 8- Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestra frecuente de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
- 9- Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

De acuerdo a Gunderson y Link (2008) el cuadro clínico del mismo se caracteriza por disfunciones en cuatro grupos diferenciados entre desregulación emocional, hipersensibilidad interpersonal, distorsión del yo e impulsividad. Esto, a su vez, da lugar a poder categorizar a las diferentes expresiones del trastorno (Gunderson, 2011) de acuerdo a donde presente las mayores disfunciones.

La *desregulación de las emociones* es caracterizada por una fuerte sensibilidad a los estímulos emocionales seguido de una respuesta de gran intensidad para finalizar con un retorno a la calma de lenta evolución (Linehan, 2010).

La autora (Linehan, 2010), sostiene que esta característica, a su vez, es perpetuada por el medio que rodea al sujeto, ya que tienden a no tolerar los exabruptos del mismo, llevándolo a que no acepte ni tolere su propia experiencia emocional.

La *impulsividad* en el TLP (Gunderson & Link, 2008) se puede observar en la dificultad para la inhibición de conductas no adaptativas, la presencia de tendencias suicidas y automutilantes como, a su vez, una ausencia de percepción de la propia identidad de manera consistente y duradera (Gunderson & Link, 2008; Sadock & Sadock, 2008).

La falta de noción sobre la propia identidad es atribuida (Linehan, 2003) a la inconsistencia emocional y cognitiva presente en el individuo con TLP de manera que no puede formar y mantener un sentido del yo estable a lo largo del tiempo.

En cuanto a las disfunciones en las *relaciones sociales* se pueden mencionar la presencia de gran intensidad e inestabilidad en las mismas, con presencia marcada de miedo al abandono que da lugar a una dependencia fuerte para con el otro y sensaciones de vacío (Gunderson & Link, 2008).

Sadock y Sadock (2008) mencionan la distorsión presente en los individuos con TLP en cuanto a la valoración de las personas que lo rodean, las cuales son consideradas como buenas o malas en términos absolutos y con tendencia a un variar entre estos polos de manera reiterada y veloz.

A su vez, Nauert (2008) menciona la incapacidad para seguir el comportamiento social esperable adjudicando el mismo hacia una distorsión en la comprensión de las reglas sociales o a la falta total de la presencia de las mismas. A su vez, el autor (Nauert, 2008) menciona que los individuos con TLP tienden a confiar menos en las demás personas que la población normal.

En cuanto a los síntomas relacionados con una *falla en la percepción de la realidad*, los mismos suelen ser breves y estar relacionados con estados de alta tensión por parte del individuo (Gunderson, 2011), pudiendo experimentar disociaciones transitorias o la sensación de estar siendo observados permanentemente como ejemplos. Debido a esta sintomatología es que originalmente fue descrita como esquizofrenia ambulante (Sadock & Sadock, 2008).

Los pacientes con TLP suelen *carecer de motivación* para finalizar el tratamiento, tendiendo a abandonar el mismo previo a su finalización (Linehan, 2003).

El TLP es un trastorno común en poblaciones tanto normales como clínicas (Silk, 2013), a pesar de no haber estudios que permitan determinar de manera definitiva su prevalencia se estima que la misma varía entre el 1- 2% (Sadock & Sadock, 2008) y el 5,9% de la población normal (Grant et al., 2008).

#### **3.4.1. Etiología**

El TLP es considerado emergente de una interacción entre cierta predisposición biológica del individuo y la presencia de eventos adversos durante la niñez (Lieb et al., 2004).

Los factores biológicos involucrados (Paris, 2005) constan de características de personalidad, ya sean innatas o heredadas, en donde la impulsividad y la inestabilidad emocional son parte de las características del individuo de manera estable desde el nacimiento.

Se menciona la presencia de un individuo hipersensitivo emocionalmente en conjunto con una incapacidad para regular las emociones resultantes (Linehan, 2003).

Se observa a su vez una mayor prevalencia de diferentes trastornos relacionados con el TLP en parientes de primer grado, lo cual indicaría cierta herencia de esos síntomas, como el trastorno antisocial de la personalidad (Paris, 2005), el trastorno depresivo mayor y el abuso de sustancias (Sadock & Sadock, 2008).

El rol del contexto también es caracterizado como clave en diversos desarrollos teóricos ya sea con la simple presencia de un medio invalidante (Linehan, 2003) en donde el medio falla al intento de generar un contexto adecuado y sustentador para el niño con características de inestabilidad emocional, o la presencia de fuertes traumas durante la niñez (Perry, Herman, Van der Kolk & Hoke, 1990; Gunderson, 2011).

#### **3.4.2. Tratamiento**

El tratamiento del TLP es un proceso complicado tanto para el paciente como para el terapeuta ya que las características del trastorno en sí son puestas de manifiesto en la terapia, con lo cual el mismo realiza comportamientos impulsivos y gran labilidad en cuanto a las transferencias que realiza sobre el terapeuta (Sadock & Sadock, 2008).

Los tratamientos de mayor eficacia (Sadock & Sadock, 2008) tienden a ser aquellos que apuntan hacia la conducta observable del individuo y no aquellos que buscan analizar los procesos inconscientes del paciente.

Hurdle (2001) propone un trabajo grupal para reducir el efecto de estos comportamientos de los pacientes con TLP en donde se pueden utilizar grupos terapéuticos a fin de generar contexto de cambio a partir de la modelación presentada por el grupo de pares o que haya un grupo de profesionales distinto que puedan ir haciendo frente a los desplantes provenientes del paciente.

Livesley (2004) sugiere un acercamiento ecléctico hacia el trastorno, ya que ninguna terapia clásica puede presentar una explicación y construcción integral de un modelo para un proceso terapéutico exitoso.

El autor (Livesley, 2004) sugiere un acercamiento integrador y coordinado hacia el TLP tomando el proceso terapéutico como una rehabilitación, por la cronicidad del mismo.

La terapia dialéctica conductual (Dimeff & Linehan, 2001) fue diseñada originalmente para individuos suicidas crónicos para evolucionar hacia el campo del tratamiento para cualquier tipo de trastorno o síndrome que involucre una desregulación de las emociones.

Esta terapia puede considerarse como un acercamiento ecléctico y la misma es considerada de manera generalizada como eficiente para el tratamiento de este trastorno, ya que se redujo la tasa de abandonos, las conductas suicidas y los estados de ira de los pacientes (Sadock & Sadock, 2008).

La terapia dialéctica conductual (Linehan, 2003) ha demostrado gran eficacia en el tratamiento para el trastorno límite de la personalidad. Por lo tanto, puede mencionarse como la elección adecuada para el tratamiento del TLP.

### **3.5. Terapia dialéctica conductual.**

La terapia dialéctica conductual, TDC, tiene como supuesto principal la visión dialéctica del mundo con tres características fundamentales: relación de las partes con el todo para comprender la realidad, la presencia de que cada propuesta contiene a su oposición y la importancia del cambio dentro de la naturaleza humana (Linehan, 2003).

La misma, en sí, no es un tipo de terapia estratégica, sino que comparte el marco de aplicación sosteniendo su uso en un contexto de intervención sistémica debido a sus similitudes y el estilo de integración ecléctico descripto arriba.

Esta relación de las partes con el todo, la importancia del contexto en la cotidianidad del individuo, es congruente con la mirada sistémica de la interacción como parte fundamental de la vida (Wainstein, 2002).

Se incita así al individuo a aceptar, y promover, procesos de cambios continuos de manera de lograr llegar a estados de mayor bienestar personal (Linehan, 2003), sosteniendo que la aceptación no implica la ausencia de desarrollo (Gampeler, 2008).

Este punto, la búsqueda de promoción de un cambio significativo, es también considerado fundamental en la terapia sistémica, mencionado como cambio de tipo 2 (Wainstein, 2002) que se analizará en el apartado 3.6. 21

Para la terapia dialéctica conductual es importante el encontrar un significado y tolerar el malestar, no solamente cambiar los sucesos que lo generan (Linehan, 2003).

A su vez, Linehan, Cochran y Kehler (2001) mencionan que la evaluación de la conducta se concibe como un proceso complejo en donde las expresiones psicológicas, motoras y verbales se encuentran fuertemente influenciadas y superpuestas entre ellas siendo las mismas de igual preponderancia en

cuanto al desempeño y bienestar del individuo.

La terapia dialéctico conductual (Linehan, 2003) presenta la evaluación permanente de las conductas del individuo, la recolección de datos sobre las mismas y la relación de colaboración entre terapeuta y cliente como elementos importantes en su práctica.

El tratamiento dialéctico conductual para las personas con TLP (Linehan, 2003) consta de dos componentes diferenciados en cuanto el aspecto que buscan abarcar: el desarrollo de habilidades psicosociales y el motivacional.

Para el desarrollo de la terapia es importante fijar objetivos claros, concretos y jerarquizados a fin de lograr que el cliente note progresos, colabore con el terapeuta y mantenga su concurrencia con el fin de disminuir la cantidad de crisis experimentadas por el mismo (Aramburu Fernández; 1996).

Este estilo de construcción de los objetivos de la terapia es similar al propuesto por Watzlawick, Weakland y Fisch (1992) en donde se busca encontrar en conjunto con el consultante una meta común, dándole importancia a la subjetividad del mismo.

Inicialmente se trabaja en sesiones de terapia individual, variando la periodicidad de encuentros semanales, ya sea uno si el paciente se encuentra estable o dos si se encuentra en etapa aguda (Linehan, Cochran & Kehler; 2001). 22

De acuerdo a Aramburu Fernández (1996) el tratamiento debe consistir tanto en la aceptación de sí mismo como en la búsqueda de un cambio hacia conductas más adaptativas, de manera que el cliente no sienta que su accionar es completamente erróneo y colabore en la búsqueda del cambio en sí.

Los procesos de adquisición de habilidades se dan de manera conjunta con el tratamiento terapéutico a fin de lograr una mejora significativa para el sujeto (García Palacios, 2006).

El tiempo de tratamiento para cada una de las fases depende de la evolución del cliente a lo largo del tiempo (Linehan, 2003) y, mientras que en las habilidades adquiridas puede proyectarse de una manera más planificada ya que la agenda es formada por las habilidades en sí, la terapia individual es producto de los resultados de las anteriores sesiones.

El desarrollo de habilidades psicosociales consiste en cuatro módulos que buscan abarcar las cinco características presentes en el trastorno (Linehan, 2003). Cada uno de ellos apunta de manera diferenciada a los diferentes síntomas y, por lo tanto, tienen diferentes condiciones de efectividad.

### **3.5.1 Modulo A: habilidades de regulación emocional**

El primer módulo (Linehan, 2003) apunta a la enseñanza de habilidades de regulación de las emociones, a partir de la labilidad emocional presente en el TLP.

Esta labilidad emocional, desde las perspectiva de la terapia, tiene un rol clave en los problemas conductuales de los sujetos con TLP (Linehan, 2003), ejemplos de estas conductas son las suicidas.

Según Linehan (2003) para conseguir efectividad en este módulo, el mismo debe estar acompañado



de un contexto de validación emocional para con el sujeto con TLP, proveniente desde la relación terapéutica.

Para esto mismo se lleva a cabo la aplicación de habilidades de conciencia, a fin de observar y describir de manera no sentenciosa las respuestas emocionales propias (Linehan, 2003) como también estrategias provenientes de la terapia conductual, ya que sostiene que la modificación de la conducta lleva a modificación de las emociones experimentadas (Aramburu Fernández, 1996).

El módulo consiste en cuatro pasos consecutivos con el fin de llevar al individuo a experimentar estados de ánimo más funcionales de acuerdo a lo expuesto por García Palacios (2006). Los mismos son: identificar las emociones experimentadas pudiendo diferenciarlas y reconocerlas, analizar los obstáculos presentes para el control emocional, cambiar hábitos que tiendan a promover la labilidad emocional del sujeto y promover el acontecimiento de experiencias emocionales positivas de manera recurrente (García Palacios, 2006).

### **3.5.2 Modulo B: habilidades interpersonales**

Otro módulo está orientado hacia la enseñanza de habilidades interpersonales funcionales para el desarrollo de relaciones salugénicas (Linehan, 2003).

El objetivo de este modulo (Linehan, 2003) es el lograr que el sujeto logre mantener relaciones que le son funcionales y mejorar el respeto hacia el mismo.

Se busca valorar la importancia de las relaciones como también el buscar conseguir los propios objetivos, buscando así el aprendizaje para que pueda realizar la evaluación de lo que es conveniente entre ambas polaridades en cada situación (Aramburu Fernandez, 1996). 24

Estas habilidades en sí son las más difíciles de mejorar por si solas, dependiendo en gran parte de la mejora general de las demás áreas del sujeto (Linehan, 2003).

En general, las habilidades de los sujetos con TLP para la sociabilidad se encuentran presentes (Linehan, 2003), pudiendo racionalmente saber que acción realizar en las situaciones pero falla al tener que accionar de manera eficaz en su propia situación determinada.

Debido a la poca capacidad de soportar las tensiones propias de una relación suelen terminar las relaciones demasiado rápido y de manera súbita (Linehan, 2003).

Linehan (2003) indica la importancia del aprendizaje cognitivo en este módulo que, a su vez también se encuentra dividido en cuatro etapas, como se indica en la tabla 3, y tiene como modalidad el exponer los diferentes temas para luego pasar a discutirlo con el individuo a fin de obtener situaciones prácticas presentes en la vida cotidiana.

Tabla 3 -Etapas en módulo de habilidades interpersonales y desarrollo en práctica.

Objetivo general de etapa	Temas a desarrollar	Ejemplos de explicaciones y debates
1. Habilidades interpersonales básicas a desarrollar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importancia de equilibrio en relaciones</li> <li>- Necesidad de prestar atención, cuidar relaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Estrés que acarrea el relacionarse con los demás</li> <li>☐ Cuidar relaciones</li> </ul>
2. Factores que influyen en habilidades interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importancia de establecer prioridades</li> <li>- Demandas de diferentes actores</li> <li>- Conflicto prioridades y demandas de diferentes personas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Significado de prioridades y demandas, importancia para reestructurar vida</li> <li>☐ Niveles de demanda “sanos” para cada etapa de la vida</li> <li>☐ Revisar estado actual para poder establecer prioridades, no simple comparación con demás</li> </ul>
3. Identificar factores contextuales para solicitar algo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicación de deseos y deberes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ El equilibrio entre deseos y demandas. Su importancia para evitar conductas impulsivas</li> </ul>
4. Diferentes habilidades para motivación personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importancia de disfrutar el lograr algo</li> <li>- Respeto hacia sí mismo, hacer valer lo propio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Sensación de competencia, importancia de los retos</li> <li>☐ Práctica en sesión de habilidades de asertividad</li> </ul>

\*Fuente: Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Marsha Linehan (2003).

### **3.5.3 Modulo C: tratamiento de conductas impulsivas**

Con respecto a las conductas impulsivas observadas en el TLP, este módulo busca la enseñanza de técnicas para tolerar el malestar y la frustración (Linehan, 2003).

La tolerancia al malestar de acuerdo a Linehan (2003) refiere a la habilidad para aceptar el ambiente sobrellevando la crisis, y percibir el estado emocional experimentado en el presente sin buscar cambiarlo.

Se tiene por supuesto que el malestar, la tensión e incluso el sufrimiento son partes constitutivas de la vida y, el negarlos no aprendiendo a aceptarlos acarrea mayor sufrimiento en sí mismo (García Palacios, 2006).

Las tácticas de tolerancia al malestar están divididas en cuatro grupos de técnicas según García Palacios (2006): de distracción, de proporcionarse estímulos positivos, de mejorar la situación y de análisis de los pros y contras.

En cuanto a la aceptación, se pueden señalar tres tipos de habilidades: la aceptación total desde el interior, dirigir el pensamiento hacia la aceptación y la buena disposición frente a los sucesos (Linehan, 2003).

### **3.5.4. Modulo D: Alivio de tensión. Mindfulness**

El último módulo consiste en apuntar a una mayor capacidad de introspección y aliviar los niveles de estrés presentes, debido a la sensación de vacío experimentada y a las posibles alteraciones cognitivas que pueden aparecer en estados de tensión elevados (Linehan, 2003).

Siguiendo a Aramburú Fernández (1996) estas actividades son consideradas fundamentales y de necesaria adquisición previa a los demás módulos de intervención dentro de la terapia dialéctico conductual. 27

En el marco de esta terapia se realiza una distinción entre tres estados mentales diferenciados (Linehan, 2003): *“la mente racional”*, *“la mente emocional”* y *“la mente sabia”*.

El primer estado mental da cuenta del que el individuo enfrenta a situaciones de tipo intelectual, actuando de manera planificada frente a los problemas (Linehan, 2003).

En cuanto al segundo estado mental se trata de un momento de activación corporal que tiende a magnificar y distorsionar los eventos, haciendo difícil la planificación y acción racional (Linehan, 2003).

Por último, la *“mente sabia”* se trata de la integración de ambos estados mentales antes mencionados, siendo el objetivo buscado dentro de este módulo (Aramburu Fernández, 1996).

Para lograr llegar a este objetivo (Aramburu Fernandez, 1996) se distinguen entre las prácticas referidas al que y al cómo.

Tabla 4 Acciones en diferentes ámbitos de conciencia según Aramburu Fernández (1996).

Ámbito del *“Qué”*: Observar, describir, participar.

Ámbito del *“Cómo”*: asumir perspectivas sin juicios de valor, centrarse en un tema por vez, ser eficaz en acción.

### **3.6. Cambio**

Desde el enfoque sistémico se considera que el consultante que asiste será aquel que sienta el estado de equilibrio actual del sistema como intolerable, buscando en la consulta alterar la condición del mismo hacia otro equilibrio más funcional (Watzlawick & Nardone, 2000).

Según Watzlawick, Weakland y Fish (1992) existen dos tipos de cambio para un sistema: el tipo 1 y el tipo 2.

En el cambio tipo 1, de acuerdo a Piercy, Sprenkle y Weschler (1996), se busca una reducción de la intensidad o de la periodicidad de aparición del síntoma, los patrones de

interacción presentes en el sistema se mantienen constantes, se mantiene la homeostasis del mismo, no existe una variación estructural ni perceptiva.

En este tipo de cambio se apunta a cambiar las conductas realizadas, dentro de un mismo modo de comportamiento general (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1992).

El cambio tipo 2, a diferencia de este, apunta a alterar las reglas fundamentales, las interacciones o contexto en donde el problema se hace presente a fin de desalentar la repetición de los patrones de interacción que conducen a realizar conductas que perpetúen al mismo (Piercy, Sprenkle & Weschler, 1996).

Se busca, en este tipo de cambio, la modificación del modo particular de comportamiento, al generarse un cambio en la percepción de la realidad en el individuo o grupo de individuos (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1992).

En la práctica, el cambio tipo 2, es el que suscita mayor resistencia por parte del sistema, ya que se trata de un cambio desde afuera que altera las bases existentes en el mismo (Watzlawick & Nardone, 2000).

De acuerdo a Garmendia Márquez (s/f) el cambio en el modelo de terapia breve se realiza en etapas, bajo la premisa que el cambio en alguna interacción genera modificaciones en las demás.

En cuanto a lo propuesto por la terapia dialéctico conductual, se espera que el TLP pueda aprender a controlar las diferentes áreas afectadas, a fin de mejorar su calidad de vida de manera significativa (Gunderson, 2011).

Sin embargo de acuerdo a García Palacios (2006), al tratarse de un trastorno de personalidad, se observan patrones rigidizados de comportamiento que son muy complicados de modificar, por lo cual la terapia dialéctico conductual apunta a una modificación conductual – cognitiva.

Los objetivos, que pueden mencionarse como el cambio al que se apunta, se encuentran mencionados en el apartado sobre la terapia dialéctico conductual, 3.5, y separados en cuanto a las áreas en las cuales se interviene para lograr los mismos: técnicas para regular la inestabilidad emocional, mejorar las relaciones interpersonales, reducir la cantidad de conductas impulsivas y tolerar mejor la tensión experimentada (Linehan, 2003).

## **4. Método**

### **4.1. Tipo de estudio**

Descriptivo, no experimental.

## **4.2. Participantes**

El presente trabajo consta de el análisis de un caso único de una mujer de 23 años, S, diagnosticada con trastorno límite de la personalidad. La misma comparte vivienda con sus padres biológicos.

La paciente concurre a la institución elegida, con motivo de problemas de pareja y episodio violento por parte del novio del cual ella estaba embarazada en ese momento.

El desarrollo del mismo fue prolongado durante cinco meses, dándose por finalizado por parte de la paciente al dar a luz a su hijo. Durante este tratamiento es que se realiza el diagnóstico del trastorno, no habiendo historia de tratamientos previos de la misma.

## **4.3. Instrumentos**

Se utiliza la historia clínica, la cual cuenta con un formato de descripción sesión a sesión.

En la misma se realiza un resumen general de lo transcurrido, descrito por la terapeuta y algunas transcripciones literales de las conversaciones ocurridas.

Se mencionan intervenciones realizadas y los objetivos de las mismas.

También se realizó una entrevista semi dirigida a la terapeuta, realizando las preguntas que se adjuntan en el anexo bajo el nombre de FP-01.

## **4.4. Procedimiento**

Se realizó un análisis de contenido de la historia clínica y, a su vez se mantendrán entrevistas con la terapeuta a cargo del caso.

## **5. Desarrollo**

Se llevará a cabo el análisis de lo observado a partir de la historia clínica y lo comunicado por la terapeuta que llevo adelante el tratamiento, realizando primero una exposición de los datos para luego poder relacionarlos con el marco teórico finalizando con un análisis integrado de la información relevada.

Inicialmente la paciente, S, se presenta para la consulta por problemas relacionados a su relación de pareja, aunque durante la construcción del problema realizado durante la etapa de planteo del mismo (Haley, 2008) se observan una serie de comportamientos que remiten a una problemática más allá de la coyuntura de la pareja.

Las sesiones utilizadas para analizar y poder construir en conjunto la serie de cuestiones que incomodan a la consultante, llevan a la identificación de una serie de dificultades en

diferentes ámbitos de la vida de S que son consecuentes con los criterios que determinan el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad según el DSM-IV-TR (APA, 2000).

Las mismas serán expuestas y analizadas en el apartado en donde se realiza la descripción del cuadro clínico de la consultante (5.1.).

A su vez, luego de efectuado el diagnóstico, y de acuerdo con el modo de proceder expresado en el marco teórico del modelo de terapia breve estratégica, se lleva a cabo la intervención que mayor eficiencia empírica demuestra para el mismo.

Dadas las investigaciones y la práctica clínica de la terapeuta a cargo de la paciente se efectúa la metodología indicada por la terapia dialéctica conductual, que abarca las diferentes áreas de expresión sintomática del trastorno, indicando las mismas en el apartado 5.2 que corresponde al objetivo específico correspondiente.

### **5.1. Describir el cuadro clínico del paciente**

S muestra un cuadro clínico consistente con los criterios diagnósticos para el trastorno límite de la personalidad según el DSM-IV-TR (APA, 2000), presentando en las transcripciones: Impulsividad, conductas desadaptativas, sentimientos de tristeza, inestabilidad emocional, falta de capacidad para controlar la ira, sensación de vacío y relaciones interpersonales disfuncionales en general.

Se puede identificar en S una persona de gran impulsividad, como refiere en diferentes sesiones: “siempre fui de no tener paciencia, hago lo que quiero, hago que escucho”, “...Soy impulsiva, me gustaría modificarlo, bajar la intensidad”.

También menciona que su pareja la observa como inestable y con poco autocontrol, le dice que esta “desquiciada”, que no puede acercarse a ella con ese tipo de conductas.

Ya en la primera sesión refiere que no puede evitar realizar ciertas conductas a pesar de realmente hacer intentos para ello como no poder evitar llamar a su pareja, enviarle mensajes o similares de manera exagerada.

Esta impulsividad es consecuente con lo mencionado en el DSM-IV-TR (APA, 2000) como se indica en la tabla 1 en el apartado 3.4.

A su vez, menciona en las primeras tres sesiones que la familia permanentemente se refiere a ella como “la loca”, “la loquita de la familia” o frases similares, indicando no sólo la impresión que los demás tienen de ella, el rol que cumple dentro de la familia, como también un nivel de agresividad e impulsividad alto por parte del grupo familiar. Su padre también amenaza, con cierta periodicidad con internarla.

Estas expresiones arriba mencionadas llevan a la terapeuta a citar a la familia a fin de evaluarla y poder intervenir en la interacción, como se detalla en el punto 5.2 que hace referencia a las intervenciones.

El sistema familiar se muestra como un contexto invalidante (Linehan, 2003), que refuerza la sensación de aislamiento y de considerarse extraña a si misma por parte de S, lo cual impide que se acepte como es.

Este conjunto familiar es agresivo y con tendencia a depositar las fallas y errores en S, según expresa la terapeuta en su descripción: "...contexto de dinámica familiar complicada...". Cuestión sobre la que también se habla en el punto 5.2 donde la terapeuta busca descentrar del foco de problema a la paciente.

También cabe mencionar la presencia de conductas desadaptativas, peligrosas para ella como encuentros sexuales casuales con diferentes individuos, falta de cuidado personal, el no tomar los recaudos necesarios para evitar el embarazo, ya que el mismo no era buscado, siendo una sorpresa para ella el resultado y habiendo ya realizado un aborto en similares circunstancias.

Las conductas desadaptativas son también parte de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000).

Lo mismo se observa en la siguiente transcripción de la historia clínica : "indica dificultad para controlar las explosiones violentas que tiene"

S también refiere sentimientos de tristeza, en general generados según sus palabras, por circunstancias que son provenientes de visiones de los demás, como que no le crean, que no la apoyen de la manera que ella cree conveniente o por acciones en general del contexto familiar y personal.

A su vez, en el plano afectivo se la puede identificar dentro de la característica del TLP de inestabilidad, ya que la tristeza puede ser súbita y por una serie de factores externos y mínimos que no le permiten el control de la situación.

Esta inestabilidad emocional combinada con la impulsividad resultan en una serie de explosiones violentas de corta duración pero de gran intensidad: "exploto", "me pongo loca...", "me saco de quicio..." son frases que ella repite a lo largo del tratamiento.

Esto demuestra la falta de capacidad de S de controlar la ira, como en general otras emociones que le brotan durante la vida cotidiana.

Las explosiones también tienen el arrepentimiento casi inmediato luego de ocurrido el episodio, con el siguiente sentimiento de culpa y angustia a la vez; demostrando así también que tiene cierta conciencia de las normas sociales y el como actuar en cuanto a relaciones interpersonales.

Estos síntomas son comunes en los pacientes con TLP según lo mencionado por Gunderson y Link (2008) mencionado en el apartado en donde se describe el trastorno límite de la personalidad.



También menciona en las primeras sesiones, la sensación de vacío emocional que siente, teniendo mucho miedo al rechazo proveniente de los otros que ella considera significativos, no pudiendo tolerar el estar sola como se puede observar en el siguiente comentario: “yo prefiero estar siempre acompañada con alguien”.

La sensación de vacío también es un criterio presente en el DSM-IV-TR (APA, 2000).

Durante la tercera sesión se menciona que esta sensación la lleva a ser absorbente, llegando a agobiar a las personas que la rodean: “...soy muy posesiva y celosa...”, “obvio q (sic) los alejan, me re doy cuenta, y más me enojo conmigo”.

Aquí se observa un patrón rígido de acción con imperiosa necesidad de aceptación por parte de los demás, que lleva a las conductas absorbentes arriba mencionadas y a una sensación de celos permanente como a una impresión subjetiva de ser muy “posesiva”.

Este síntoma suele estar presente en los TLP como menciona Sadock y Sadock (2008), buscando permanentemente agradar a los demás, para que no se alejen.

Otra cuestión a destacar son las relaciones interpersonales, punto importante del trastorno límite de la personalidad. Las mismas están marcadas por la desconfianza, no siendo capaz de poder entregarse o poder participar de una relación de par, o con su familia en general que le sea funcional y saludable.

Cabe mencionar también una falta importante de estima personal, en donde ella se ve como repleta de errores y faltas hacia los demás, llevando esto a una tendencia a culparse permanentemente por casi todos los resultados no satisfactorios.

## **5.2. Describir el método de intervención terapéutica utilizado**

En relación con los módulos propuestos por Linehan (2003) en la terapia dialéctico conductual se pueden observar ejemplos de los cuatro durante el proceso terapéutico:

El entrenamiento para manejar la tensión, la promoción de habilidades interpersonales, la búsqueda de introspección y el manejo de conductas impulsivas.

Las mismas tienen como marco de referencia amplio, de pensamiento, lo expuesto por la teoría sistémica y en referencia a la aplicación práctica se observa en los lineamientos descriptos por Linehan en la terapia dialéctica conductual (2003).

Todo el proceso terapéutico fue, en general, centrado en sesiones individuales con S, a excepción de dos sesiones en la que concurren sus padres y una en donde fue la pareja.

Esto se puede alinear con lo descrito por el modelo de terapia breve estratégica según describen Piercy y Wetchler (1996), en donde los otros miembros son utilizados para elevar la capacidad de maniobra.

En las sesiones en las que estuvieron los padres presentes hubo dos aproximaciones diferentes: en la primera fue en conjunto con S y en la segunda solo ellos.

La citación de la familia a consulta ocurre tras los dichos de S sobre la interacción disfuncional de la misma.

En la primera sesión donde se encontraban presentes los tres integrantes, fue calificada como “caótica” por la profesional de acuerdo a la historia clínica.

La comunicación entre los miembros en la etapa de interacción que menciona Haley (2008) fue muy agresiva, sobre todo frente a S, como se detalla en la historia clínica: “todos elevan el tono de voz, se interrumpen, se agreden constantemente. Intento focalizar, se pasan facturas unos a otros, desfocalizan”.

Aquí se observa una fuerte resistencia al cambio por parte del subsistema parental, siendo coherente con lo expresado por Watzlawick y Nardone, (2000) en donde la persona que acude a la consulta, S, es la que percibe como intolerable la interacción, buscando más activamente el cambio ante una resistencia del sistema.

En la segunda, los padres mostraron una mayor colaboración, a raíz de un cambio positivo que ellos afirman de haber constatado en Sara que, a su vez, menciona una mejora: “...refiere estar más tranquila, dice que los padres le están menos encima y esto la pone de mejor humor”

Una intervención frecuentemente utilizada es la reformulación citando como ejemplos los siguientes según la descripción de la terapeuta:

☒ “la verdad es que luego de la sesión a la que vinieron juntos, que me pareció un caos, no pensé q (sic) esto fuera a funcionar, la verdad es que me sorprendieron todos, gratamente...”. En la segunda entrevista con los padres, a fin de que observen de mejor manera la evolución realizada.

☒ “...para que (sic) él respete un poco tu palabra, primero la tenés que (sic) respetar vos, sino es obvio que (sic) él se va a cagar en lo que (sic) vos pedís.” Con el objetivo de que saque del foco las acciones de los demás para concentrarse en las propias.

☒ “..si cambias esto de ponerte en lugar de justiciera, de sacarle las caretas a los que (sic) las tienen puestas...” Para que considere que esa actitud no es la única manera para actuar en esos casos.

☒ “igual no me queda claro si es que (sic) el cambio es más estratégico o genuino”. Ante una serie de avances importantes que S venia teniendo, para buscar motivarla, desafiarla.

Las mismas se realizan a fin de buscar no solo que la consultante pueda observar las cosas de manera diferente como también la propia aceptación personal de sus conductas, concordante con la idea de la terapia sistémica (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1992) y también con la terapia dialéctica conductual (Aramburu Fernandez, 1996).

Otro método de intervención observado es el de educación psicológica, esto es congruente con lo propuesto en la terapia dialéctica conductual (Linehan, 2003). 39

La educación en este caso tiene diferentes objetos de atención, destacando:

☒ Se trabaja en la introspección, que suele ser dificultosa en los TLP (Aramburu Fernández, 2006), y en la capacidad de análisis de la propia experiencia para poder evitar situaciones que lleven a niveles de tensión elevados que tanto malestar generan en S, como se mencionó en la descripción del cuadro clínico en apartado anterior.

☒ El funcionamiento “caótico” de la familia también es puesto en relieve frente al subsistema parental.

☒ Se le informa a los padres ciertas indicaciones de cómo colaborar con el tratamiento de S. Un ejemplo es cómo actuar ante ciertas prescripciones dadas a la misma como por ejemplo: “...no lo tomen como una falta de respeto de ella, sino como una indicación mía” ante la propuesta de la terapeuta de: “cuando vea q se empieza a enojar y le está por 'saltar la térmica' se salga de la situación en la q está, se corra para no exponerse”

☒ Se trabajó en la aceptación personal, buscando marcar los progresos hechos a lo largo del tratamiento. Un ejemplo es que promediando el mismo, S menciona que tuvo una “explosión”, la primera durante el último mes, viendo la misma como un fracaso a pesar de ser un número muy inferior al inicial.

Otra intervención realizada fue mencionarle que era posible caer en una recaída de los síntomas, como describe la terapeuta: “prescribo recaídas, va a haber situaciones en las que quiera tirar todo por la borda”.

Esto se trata de una intervención paradójica, según lo descrito por Piercy, Sprenkle y Weschler (1996).

En esta prescripción se busca, no sólo bajar la ansiedad del paciente en el caso de que llegue a ocurrir alguna recaída, sino también sirvió para reforzar los logros obtenidos por S, desafiándola a buscar mejorarlos como indica la respuesta de la misma a continuación: “si, lo sé... pero vengo manejándolo muy bien”.

Para evaluar la tolerancia a la tensión de S se la dirige a que pueda ubicar en una escala del 0 al 10 cuál es el punto límite de resistencia antes de estallar. Según historia clínica:

☒ Terapeuta: “...intentemos generar una especie de escala, un termómetro... de 1 a 10 en qué punto te sacas y te desconoces...?”

☒ S: “mmm en un 6 o 7”

☒ Terapeuta: “perfecto, busquemos una especie de alarma, que te suene en el 5 ponele, así en ese momento te retiras de la situación”

Esta técnica de ubicación en una escala mencionada por Wainstein (2006) es utilizada en los procesos terapéuticos de terapia breve estratégica para que el paciente pueda reconocer las sensaciones internas siendo a su vez congruente con la intención de la terapia dialéctica conductual para reforzar la introspección del paciente con TLP (Linehan, 2003)

Durante la sesión, S comenta una situación en donde su madre le grito, ante lo que ella no respondió de manera impulsiva o agresiva, sino que conto hasta cinco y se retiró de la habitación.

Al escuchar esto, la terapeuta le explica lo positivo de esta acción realizada espontáneamente por S: "...connoto positivamente herramienta de contar hasta 5".

La intervención es congruente con el promover el aspecto motivacional y mostrar los logros obtenidos a fin de generar una sensación de competencia en el paciente con TLP (Linehan, 2003). Ante esta intervención, S responde: "hace 2 meses hubiera ido a la casa, le rompía y quemaba todo! no sé qué (sic) paso que (sic) lo manejé bien, no sentí ganas de putearlo (sic)", indicando que la intervención cumplió el efecto deseado.

Para este punto también se le prescribió la realización de actividades de descarga física para lograr reducir la tensión, lo cual es acorde a lo propuesto en el módulo A descrito en marco teórico de Linehan (2003) donde, después de haber identificado la emoción que le provoca malestar se recurre a actividades que promuevan modificar esa experiencia hacia sensaciones placenteras.

Se puede observar cómo se trabaja de manera paralela a las diferentes intervenciones el tema motivacional con respecto al cambio, que es deficiente en pacientes con este trastorno.

Este trabajo sobre la motivación del paciente para con el cambio es también congruente con lo expuesto por la terapia dialéctica conductual, en donde se hace especial énfasis en este aspecto (Aramburu Fernandez, 1996).

Inicialmente la terapeuta describe que durante las primeras sesiones "parecería no haber paciente", en referencia a la falta de actividad hacia la resolución de los problemas.

Se trabaja entonces en exponer el concepto del cambio, sus ventajas, desventajas y la factibilidad en sí de que el mismo sea posible en la medida que ella lo busque activamente.

También se observa un refuerzo permanente de los logros conseguidos por S que, como se mencionó anteriormente tiende a no valorarlos, motivo que genera a su vez un descenso en la motivación para continuar con el tratamiento.

### **5.3. Analizar los cambios que se han producido durante el tratamiento**

Se puede observar un mejor control de la impulsividad, la paciente refiere “me sigue pasando esto de sentir que hiervo... pero lo controlo...”, “intento distraerme o hacer algunas de las cosas que me dijiste”.

En cuanto a este punto se puede observar lo mencionado por García Palacios (2006) en donde se intenta disminuir la conducta no deseada y no alterar la percepción, ya que el TLP tiene patrones altamente rígidos.

De esta manera, si bien no se pueden eliminar las sensaciones displacenteras que experimenta ante algunas situaciones, se puede hablar de una reducción drástica de la cantidad de “explosiones” que tiene S en la vida cotidiana.

La terapeuta, en la descripción que realiza, menciona: “Está regulándose mejor, en un mes solo tuvo una pelea con el padre, no se dio cuenta de que se estaba enojando hasta que le grito, se dio cuenta, y luego salió de la situación”.

Esto último no solo refiere a la reducción de las conductas de impulsividad sino que cabría mencionarlo en una mejora de la interacción familiar, lo cual se retomará a continuación.

Otro ejemplo de mejora en este aspecto es la técnica que S menciona haber utilizado espontáneamente de parar y contar hasta cinco en lugar de responder impulsivamente ante un grito de su madre según menciona la terapeuta: “ella en ningún momento se sacó de quicio, contó hasta 5, y logro manejar la situación”.

Esto demuestra un cambio importante ya que demostró capacidad de introspección y aceptó la tensión experimentada, sin intentar cambiarla, como se describe en el módulo de alivio de tensión (Linehan, 2003).

Además, esta acción es consecuente con el uso de la “mente sabia” que menciona, y promueve, Linehan (2003) descrita en el módulo de alivio de tensión, ya que evitó actuar inmediatamente desde la emoción disfuncional, pudiendo encontrar un equilibrio entre la misma y la evaluación racional de la situación

S también abandonó las conductas de riesgo en las que solía verse involucrada lo cual es mencionado por la terapeuta en las consultas presentes en la entrevista semi – dirigida que se encuentra en el anexo identificada como FP-01.

Otra descripción hecha por la terapeuta en la historia clínica: “el tema con la familia viene bien, todos refieren que hay una mejoría notable, y todos colaboran para sostenerla”.

Según Garmendia Márquez (s/f) el cambio en la interacción familiar se produce a partir de una modificación en las conductas personales de S, modificando la interacción del sistema.

Aprendió a identificar con mayor precisión las sensaciones y emociones que experimenta como también los efectos de las mismas sobre los demás, de acuerdo a la siguiente transcripción: “esa es la palabra, tal cual, dependencia emocional! me vuelvo loca... obvio q lo alejan, me re doy cuenta, y mas me enojo conmigo”.

Esto también indica la presencia de cambios a nivel conductual y cognitivo, no perceptivo, como se mencionó anteriormente y según lo argumentado por García Palacios (2006), habiéndose producido un cambio de tipo 1 de acuerdo a Watzlawick, Weakland y Fisch (1992).

Sin embargo, las diferencias y modificaciones de conductas fueron todas un gran desarrollo para la evolución del estado de S, pudiéndose observar, como se ha descrito, mejoras en muchas áreas afectadas y mejorando significativamente su calidad de vida.

## **6. Conclusiones**

El objetivo del presente trabajo fue analizar un caso clínico de una consultante con Trastorno límite de la personalidad, realizando hincapié en el cuadro clínico observado en la paciente, la descripción de las intervenciones realizadas y los cambios logrados al finalizarlo.

Durante el mismo se pudo observar de manera notoria como es que se lleva a cabo un tratamiento desde la perspectiva sistémica y utilizando la terapia dialéctico conductual como un acercamiento específico al TLP.

Se observó el establecimiento de la relación terapéutica y como las intervenciones fueron modificando conductas de S, llevando a la práctica los contenidos del modelo.

Es menester mencionar que los objetivos del trabajo final de integración fueron cumplimentados, ya que se pudo analizar los objetivos propuestos al inicio del mismo.

Una limitación que tuvo el tratamiento fue el hecho que S debió abandonar el mismo a raíz de su embarazo, como se menciona en el cuerpo del trabajo.

También, se puede mencionar la falta de tratamiento grupal, que según la terapeuta ella no había podido realizar debido a un inconveniente con su obra social, sosteniendo tanto la terapeuta como la teoría que esta intervención podría haber facilitado, o acelerado, cambios en las esferas de lo interpersonal o el manejo del estrés.

Sin embargo, tanto la historia clínica como los comentarios de la terapeuta, mencionan grandes modificaciones a nivel de la conducta, indicando una gran eficacia del tratamiento, como mencionan la bibliografía citada en este trabajo.

Un punto a destacar en el proceso terapéutico es el acercamiento integrador que utiliza la terapeuta, resaltando que la ausencia de dogmatismos presentes en el tipo de terapia promovida por el centro puede ser de gran utilidad ante algunas problemáticas de difícil resolución como menciona Nardone en Pérez Salmón y Rodríguez Sánchez (2010).

En cuanto a las limitaciones metodológicas para la confección del trabajo se puede mencionar que la terapia en sí fue iniciada y finalizada antes de poder tener acceso a la historia clínica, pudiendo acceder desde las mismas hacia el proceso terapéutico.

Esta manera de acceder a lo ocurrido, desde la mirada sistémica, indica que la construcción de la realidad que ocurrió en esa terapia es la producida por la terapeuta, ya que tampoco se conoció a la paciente, teniendo de esta manera poca posibilidad de análisis personal y revisión crítica sobre los aspectos del proceso analizados. La tarea en sí fue una movilización intensa. Se trata de una conclusión de toda una serie de grandes esfuerzos, de mucho tiempo de trabajo, relegar relaciones personales y familiares, viviendo en un país ajeno con otras costumbres.

Como aporte personal cabe subrayar la importancia que hubiese tenido el acceso a una terapia grupal por parte de S, siendo la misma referida como proveedora de fuertes beneficios de acuerdo a la bibliografía consultada.

Otra cuestión que conviene destacar es la importancia de un seguimiento posterior al nacimiento de su hijo, que fue el hito descrito como finalizante de la terapia de acuerdo a la historia clínica.

Como limitación personal se puede hacer referencia al idioma, ya que al tratarse de una lengua distinta, suele dificultarse la comprensión y la fluidez en la comunicación, dificultando mucho la confección del presente trabajo.

La pasantía finalizó siendo muy positiva, ya que resultó una experiencia muy cómoda con todo el ámbito institucional.

La práctica profesional y la confección del presente trabajo sirvieron, a su vez, como una integración para poder pasar del ámbito académico, en donde se hace mayor hincapié en cuestiones teóricas, hacia el campo, la práctica, siendo el primer paso para poder llevar a cabo un camino propio dentro de la disciplina tanto para aplicar lo aprendido como para realizar una revisión crítica de la misma.

## 7. Referencias bibliográficas

Aramburu Fernandez, G. (1996). La terapia dialéctica conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología conductual*, 4(1), 123-140.

Arango Cammaert y Moreno Franco (2009). Más allá de la relación terapéutica: un recorrido histórico y teórico. *Acta colombiana de psicología*, 12(2), 135-145.

Bateson, G. (1972). Pasos hacia una ecología de la mente. Buenos Aires: Libris S.R.L., 2010.

Ceberio, M. R. & Watzlawick, P. (2002). Prólogo en M. Wainstein *Comunicación un paradigma de la mente*. Buenos Aires: Editorial universitaria de Buenos Aires.

Dimeff, L. & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy in a nutshell. *The California Psychologist*, 34, 10-13. Recuperado de <http://www.dbtselfhelp.com/DBTinaNutshell.pdf>

Feixas, G. & Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia: Una aproximación a los tratamientos psicológicos. Barcelona: Harope S.L.

Fisch, R. & Weakland, J. H. (1992). Brief therapy – MRI Style en *Simon H. Budman, Michael F. Hoyt & Steven Friedman (eds.) The First Session in Brief Therapy*. New York: Guilford Press.

Gabucio, F. (2002). El último Kuhn y la psicología. *Anuario de Psicología*, 33(2), 249-266.

García, H. D. & Fantín, M.B. (2012). Integración en psicoterapia, consideraciones para el desarrollo de un modelo metateórico. *Interamerican Journal of Psychology*, 46(3), 447-458. Recuperado de <http://journals.fcla.edu/ijp/article/view/77091/pdf48>



García Palacios, A. (2006). La terapia dialéctico conductual. *eduPsykhé* 5(2), 255-271

Gempeler, J. (2008) Terapia conductual dialéctica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 136-148.

Goldfried, M. R., Pachankis, J. E. & Bell, A. C. (2005). A history of psychotherapy integration en John C. Norcross & Marvin R. Goldfried (eds.) *Handbook of Psychotherapy Integration*. Oxford University Press. Recuperado de [http://books.google.com.ar/books?hl=en&lr=&id=wwpACyzL9gC&oi=fnd&pg=PA24&dq=Psychotherapy+Integration&ots=QGPLspjpa2&sig=v1n\\_7Za6EVb496ztta23PQ0zr2g#v=onepage&q=Psychotherapy%20Integration&f=false](http://books.google.com.ar/books?hl=en&lr=&id=wwpACyzL9gC&oi=fnd&pg=PA24&dq=Psychotherapy+Integration&ots=QGPLspjpa2&sig=v1n_7Za6EVb496ztta23PQ0zr2g#v=onepage&q=Psychotherapy%20Integration&f=false)

Grant, B.F., Chou, P., Goldstein, R., Huang, B., Stinson, F.S., Saha, T.D., Smith, S.M., Dawson, D. A., Pulay, A.J., Pickering, R. P., & Ruan, W.J. (2008). *J Clin Psychiatry*, 69(4), 533–545.

Gunderson, J. G. (2011). An introduction to borderline personality disorder. Recuperado de [www.bpdresourcecenter.org](http://www.bpdresourcecenter.org)

Gunderson, J. G. & Link S. P. (2008). *Borderline Personality Disorder, Second Edition: A Clinical Guide*. Estados Unidos: American Psychiatric Publishing Inc.

Haley, J. (2008). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Hurdle, D. (2001). Treatment of borderline personality disorder. *Prevention and control of aggression and the impacts on its victims*, 109-112. Recuperado de [http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4757-6238-9\\_12](http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4757-6238-9_12)

Lazarus, A. A. (1993). On technical eclecticism. *Journal of counseling & development*, 71(4), 381-385. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.1556-6676.1993.tb02652.x/abstract> 49

Lieb, K., Zanarini, M., Schmahl, C., Linehan, M. L. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet* 364(9432), 453-461. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6).

Linehan, M. L., Cochran, B. & Kehrer, C. (2001). Dialectical Behaviour Therapy for borderline personality disorder en David H. Barlow (comp.) *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: The Guilford Press.

Linehan, M. L. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Madrid: EspasaLibros, S.L.U.

Livesley, J. (2004). Changing ideas about the treatment of borderline personality disorder. *Journal of contemporary psychotherapy*, 34(3), 185-192.

Minuchin, S. & Fishman C. (1983). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.

Nauert, R. (2008). Borderline Personality Disorder Challenges Relationships. *Psych Central*. Recuperado el 25 de enero de 2014 de <http://psychcentral.com/news/2008/08/19/borderline-personality-disorder-challenges-relationships/2779.html>

Paris, J. (2005). Borderline personality disorder. *CMAJ*, 176(12), 1579-1583. doi:10.1503/cmaj.045281CMAJ

Piercy, F & Wetchler, D. (1996). Structural, Strategic & Systemic therapy en Piercy, F. Sprenkle, G. & Weschler, D. (comp.) *Family Therapy Sourcebook*. New York: The Guilford Press

Piercy, F. Sprenkle, G. & Weschler, D. (1996). *Family Therapy Sourcebook*. New York: The Guilford press.

Pérez Salmón, C. & Rodríguez Sánchez, P. (2010). Entrevista a Giorgio Nardone, Terapia breve estratégica: Una realidad inventada que produce efectos reales. *Clínica contemporánea*, 1(1), 61-66. 50

Perry, J. C.; Herman, J. L.; Van der Kolk, B. A. & Hoke, L. A. (1990). Psychotherapy and psychological trauma in borderline personality disorder. *Psychiatric Annals*, 20(1), 33-43.

Sadock, B. J. & Sadock V. A. (2009). *Sinopsis de psiquiatría*. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins.

Says, J. & Whiteside, U. (2006). Borderline personality disorder. *Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy*, 151-160. Recuperado de [http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-0-387-28370-8\\_14](http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-0-387-28370-8_14)

Silk, K. R. (2013). *Borderline personality disorder: Epidemiology, clinical features, diagnosis, and differential diagnosis* recuperado de <http://www.uptodate.com/contents/borderline-personality-disorder-epidemiology-clinical-features-diagnosis-and-differential-diagnosis> el 22 de Enero de 2014.

Wainstein, M. (2002) *Comunicación un paradigma de la mente*. Buenos Aires: Editorial universitaria de Buenos Aires.

Wainstein, M. (2006) *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.

Watzlawick, P., Bavelas, J. & Jackson, D. (1967). Pragmatics of human communication. New York: W. W. Norton & company, Inc.

Watzlawick, P. & Nardone, G. (2000). Terapia breve estratégica. Madrid: Espasa Libros S.L.U.

Watzlawick, P., Weakland, J. H. & Fisch, R. (1992). Cambio: formación y solución de los problemas humanos. Barcelona: Editorial Herder.

## **8. Anexo**

Preguntas terapeuta (FP-01).

1. ¿Cómo fue que llego a considerar la presencia del TLP en la consultante? ¿Algún indicio particular, especialmente representativo? (más allá que se pueden observar varios síntomas de los caracterizados en los criterios del DSM-IV-TR).
2. ¿Cuál es su evaluación con respecto a la eficacia del proceso terapéutico?, ¿Considera que las condiciones del mismo fueron las adecuadas para poder llevarlo adelante?
3. ¿Puede identificar algún punto de inflexión en cuanto al proceso?
4. ¿Cuáles fueron los cambios más significativos que pudo observar en la consultante?
5. ¿Se puede hablar de una intervención ecléctica? Un encuadre desde la teoría sistémica con aplicación práctica desde la DBT?.
6. ¿Considera que una terapia grupal en paralelo con la realizada individualmente hubiera funcionado para su manejo interpersonal? (menciona proponer grupo de embarazadas).