

UNIVERSIDAD DE PALERMO

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL INTEGRADOR:

DESCRIPCIÓN DE UN TRATAMIENTO DE PACIENTE CON  
TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN UN  
PROCESO DE DUELO

TUTORA: VALERIA WITTNER

ALUMNO: GODOY, LEANDRO (67356)

-26 de agosto del 2015-

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS.....	1
2.1. Objetivo general.....	1
2.2. Objetivos específicos.....	2
3. MARCO TEÓRICO.....	3
3.1. Trastorno Límite de la Personalidad.....	3
3.1.1. Breve historia Trastorno Límite de la Personalidad.....	3
3.1.2. Características del Trastorno general de la personalidad y el Trastorno Límite De La Personalidad.....	3
3.1.3. Terapia Dialéctica-Comportamental.....	7
3.1.3.1. Habilidades Básicas de Conciencia.....	9
3.1.3.2 Habilidades de Regulación de las Emociones.....	10
3.1.4. Proceso de Duelo.....	15
3.2. Modelo Sistémico.....	18
3.2.1. Breve Historia del Modelo Sistémico.....	18
3.2.2. Mental Reserch Institute (MRI).....	20
3.2.3. Intervenciones Estratégicas.....	22
3.2.3.1. Intervenciones Directas.....	22
3.2.3.2. Intervenciones Paradójicas.....	23
3.2.3.3. Intervenciones Analógicas.....	24
4. METODOLOGIA.....	26

4.1. Tipo de estudio.....	26
4.2. Participantes.....	26
4.3. Instrumentos.....	26
4.4 Procedimiento.....	27
5. DESARROLLO.....	28
5.1. Descripción del caso.....	28
5.2. Descripción del cuadro del TLP presente en la paciente.....	29
5.3. Descripción de las principales herramientas e intervenciones utilizadas en la desregulación emocional.....	30
5.4. Descripción de las principales herramientas e intervenciones utilizadas en el proceso de duelo.....	35
5.5. Descripción de la evolución de la paciente.....	37
6. CONCLUSIONES.....	39
7. REFERENCIAS .....	42

## **1. INTRODUCCIÓN**

La práctica de habilitación profesional se realizó en una institución que se encuentra en la ciudad autónoma de Buenos Aires, la misma tiene el objetivo de difundir, investigar y capacitar profesionales en la aplicación del pensamiento sistémico, cognitivo-conductual y la teoría de la comunicación a la resolución de problemas relacionales de individuos, parejas, familias y organizaciones.

A la institución se asistió tres veces por semana con tres días fijos (lunes, miércoles y viernes) y una los días sábado, en donde se realizaron tratamientos con pacientes de manera conjunta con un coordinador en San Miguel. A esto se le suma la asistencia a la clase de Técnicas Activas: Psicodrama y Gestalt los días miércoles por la mañana.

Se realizaron diferentes actividades en el marco de la Institución como ser desgrabación de admisiones, presenciar admisiones en Cámara Gesell, Rol Playing, editar videos y películas con fines académicos, etc.

Dentro del programa de Residencia se dividió a cada residente con un área específica a investigar, tanto para la Fundación, como para realizar el trabajo final. Por este motivo se eligió el caso de una paciente con Trastorno Límite de la Personalidad.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo general**

- Describir las principales intervenciones en dos ejes del tratamiento de una paciente de 28 años que presenta Trastorno Límite de la Personalidad y transcurre una etapa de duelo desde una perspectiva integradora que combina el modelo estratégico del Mental Research Institute (MRI) con la terapia dialéctica comportamental (DBT).

## 2.2 Objetivos específicos

- Describir el cuadro de Trastorno Límite de la Personalidad en la paciente.
- Describir las principales herramientas e intervenciones utilizadas en la desregulación emocional del paciente como primer eje del tratamiento.
- Describir las principales herramientas e intervenciones utilizadas en el proceso de duelo como segundo eje del tratamiento.
- Describir la evolución de la paciente en los dos principales ejes del tratamiento.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Trastorno Límite de la Personalidad

##### 3.1.1 Breve reseña histórica del Trastorno Límite de la Personalidad

La clasificación límite, según Mosquera (2011), fue considerada durante muchos años como un cajón de sastre, que se aplicaba cuando el profesional no estaba seguro del diagnóstico del paciente. En esta línea surge el término *límite*, utilizándose cuando no se tenía claro si sufría de una neurosis o una psicosis, estos oscilaban entre características de funcionamiento normal y patológico, situándose en el límite de la normalidad y patología.

Más en la actualidad el término límite es utilizado según Millon y Davis (1998) como un nivel avanzado y potencialmente grave de funcionamiento desadaptativo de la personalidad con un nivel habitual de comportamiento y patrón duradero de funcionamiento alterado persistente en el tiempo causando limitaciones notables en la calidad de vida de las personas que lo padecen.

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es considerado como trastorno desde la publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en su edición número III en el año 1980, desde entonces, se han realizado múltiples investigaciones y se ha generado una gran controversia entre profesionales especialmente en torno al tratamiento y posible pronóstico (Mosquera, 2004).

Cercera, Haro y Martínez-Raga (2005) sostienen que el TLP es un síndrome complejo y heterogéneo que surge de la necesidad de categorizar un grupo de pacientes con inestabilidad emocional y trastorno en el control de los impulsos, los cuales no encajan dentro de los cuadros tradicionales.

##### 3.1.2 Características del trastorno general de la personalidad y el trastorno límite de la personalidad

Para el DSM 5 el trastorno de la personalidad en general es un patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía de las expectativas culturales en la que está inmerso el individuo, manifestándose en la cognición (maneras de percibirse e

interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos), en la afectividad (amplitud, intensidad, labilidad e idoneidad de la respuesta emocional) en el funcionamiento interpersonal y el control de los impulsos. Este patrón es inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales que causa un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otra área importante del funcionamiento (American Psychiatric Association, 2013).

El patrón es estable y de larga duración, en donde su inicio probablemente se de en la adolescencia o en a las primeras etapas de la edad adulta. Este no se explica mejor como una consecuencia de otro trastorno mental ni se atribuye a los efectos de una sustancia (American Psychiatric Association, 2013).

En la quinta edición del DSM (American Psychiatric Association, 2013) se sigue manteniendo la división de tres grupos de trastornos de la personalidad del DSM IV-TR en grupo A (paranoide, esquizoide y esquizotípico), grupo B (antisocial, límite, histriónico y narcisista) y grupo C (evasivo, dependiente y obsesivo-compulsivo) pero ya no como un eje II, dejando de lado el diagnóstico axial. El TLP se caracteriza por un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, autoimagen, de los afectos e impulsividad intensa, con un comienzo en las primeras etapas de la edad adulta, presente en diversos contextos y manifestándose en cinco o más hechos:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginario.
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 con una inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas, como ser gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, etc.
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debido a una reactividad notable del estado de ánimo, como episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad durante algunas horas.
7. Sensación crónica de vacío.

8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira.
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Mosquera (2011) con respecto al primer criterio sostiene que las personas que padecen este trastorno afirman que pasan un muy mal momento cuando están solos, incluso por períodos cortos de tiempo, sintiéndose solos incluso cuando están rodeados de gente. Este temor los hace especialmente vulnerables al abandono, favoreciendo que se activen señales de alerta ante estímulos relacionales. El sentimiento de rechazo puede desencadenar reacciones emocionales extremas por fuera de lo que se considera normal, por lo que necesitarán una figura de sostén que les permita contener sus ansiedades y situarse con cierta seguridad en el mundo, explicando las dificultades que le genera la amenaza real o imaginaria de perder esa figura.

Con respecto al criterio dos la autora anteriormente mencionada, expresa que las personas con TLP no son conscientes de la falta de conexión entre lo que sienten y necesitan y lo que hace o dice, llevándolo a esa perplejidad causada ante las reacciones de los demás y viceversa. Estas personas pueden idealizar a quienes se ocupan de ellos o a alguien a quien acaban de conocer, pero suele cambiar de manera muy rápida y pueden pasar de la idealización a la devaluación, pensando que no se les presta suficiente atención, causando una sensación de traición y profundo dolor.

Caballo (2004) sostiene que una de las consecuencias de su inseguridad e inestabilidad de la propia identidad (el tercer criterio), es que se vuelven dependientes de las demás personas, llegando al punto de ser altamente vulnerables a la separación. Además de la constante búsqueda de afecto y atención, en algunas ocasiones suelen actuar de un modo manipulativo, alimentando su sensación crónica de vacío (criterio siete).

Esta sensación crónica de vacío es manifestada según Mosquera (2011) por los pacientes como un sentimiento sobre algo que “invade todo su ser”, otros refieren “que no hay nada que les llene, ni que les aporte nada”, o de “un dolor que les traspasa y los anula”. Otros la describen como “un pozo sin fondo en el que la angustia lo llena todo”. Hablan de la necesidad de atenuarlo y de intentos desesperados de “llenarlo”.

La impulsividad presente en este trastorno se relaciona con la dificultad para aprender de la experiencia, la baja tolerancia a la frustración, la dificultad para reflexionar sobre las posibles consecuencias, en donde pueden oscilar entre el abuso de sustancias, atracones, prácticas sexuales no seguras, encuentros íntimos esporádicos o conducción temeraria (Mosquera, 2004). Debido a esta falta de control y a la intensidad de sus estados emocionales, Virués (2004) dirá que la tasa de suicidio es muy elevada en los sujetos diagnosticados con este trastorno, con un porcentaje que va del 8% al 10%. Asimismo, las amenazas e intentos de suicidio, según Nieto (2006) son también muy frecuentes en estos sujetos, alcanzando cifras del 70%, con una media de tres intentos por paciente.

En relación al sexto criterio las personas con TLP suelen presentar una inestabilidad emocional que afecta a muchas de las áreas y que se puede manifestar mediante cambios bruscos en el estado de ánimo. El estado de ánimo básico de tipo disfórico, es decir la tendencia a sentirse triste o desmotivado, suele ser interrumpido por períodos de ira, angustia o desesperación. Esta inestabilidad sería uno de los que tiene mayor peso biológico y mejor respuesta a los tratamientos farmacológicos que suelen estar relacionados con factores externos y relacionales. Es decir, el peso de la crianza, del aprendizaje y de la experiencia vital (Mosquera, 2000; 2011).

Las dificultades para controlar la ira son expresadas a través de explosiones verbales, físicas o combinadas. La persona puede dar la impresión de que está totalmente fuera de control, “desencajada” actuando por impulsos y sin importarle las consecuencias de su conducta, en ese momento no lo puede evitar, aunque en muchas ocasiones sea consciente de que lo que está haciendo, apartará aún más a las personas de su lado. Cuando una persona está alterada, no se puede esperar que actúe con lógica, no porque no quiera, sino porque no puede, un simple enfado se puede manifestar de una manera tan intensa que resulta difícil distinguir entre un enfado y una situación crítica (Mosquera, 2004).

Otro de los puntos a tener en cuenta es la comorbilidad que puede existir con este tipo de patologías para poder hacer un diagnóstico más preciso. En una investigación Zanarini et al. (2004) la comorbilidad en porcentajes oscilarían en un 40% y el 87% en trastornos depresivos, siendo el depresivo mayor el más común. Asimismo, se muestra que las mujeres

con este trastorno presentan tasas mayores de comorbilidad con trastornos de la conducta alimentaria, en especial la bulimia.

En otra investigación realizada por Philipsen (2008) la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en un 41,5% en la infancia y en un 16,1% en edad adulta. Los que son comorbidos con este trastorno son considerados con mayor complejidad diagnóstica, mayor gravedad y un peor pronóstico sin el tratamiento adecuado (Matthies & Philipsen, 2014).

### 3.1.3 Terapia Dialéctica-Comportamental

Uno de los principales tratamientos en pacientes con TLP es el enfoque terapéutico de Linehan, conocido como terapia dialéctica-comportamental (Dialectical Behavior Therapy, DBT) quien plantea una teoría biosocial, donde el principal trastorno es la desregulación emocional el cual es el resultado de cierta disposición biológica, cierto contexto ambiental y determinada transacción entre estos dos factores durante el desarrollo (Linehan, 1993b)

Como marca Linehan (1993b) la desregulación emocional se ve reflejada en déficits respecto a identificar, etiquetar y modular las emociones. Algunas de las conductas impulsivas características en el TLP se pueden conceptualizar como intentos de regular las emociones. En muchas ocasiones el dolor físico tiene como fin aliviar de alguna manera el dolor emocional, por lo que tienden a realizar una conducta autolesiva golpeándose, cortándose o quemándose, entre otras conductas. El individuo no se enfrenta a las emociones y al no darse la oportunidad de conocerlas, modularlas se hará mucho más difícil.

El segundo factor de la teoría que plantea Linehan (1993b) es el denominado ambiente invalidante, refiriéndose a un patrón de crianza que responde erráticamente a las experiencias íntimas de manera extremada, yendo desde la respuesta exagerada a la casi nula. Por ejemplo, en las familias que presentan este patrón, tienden a contradecir las experiencias de un niño, como en las situaciones en que él manifieste tener sed y los padres le contesten que en realidad no la tiene o cuando el niño llora por algo, en vez de atenderlo, responderle con un reto sin creer que en realidad le sucede algo. De esta misma manera pasa en todas las experiencias afectando en la enseñanza para ponerle nombre y modular la activación de

emociones sin tolerar el malestar, haciendo necesario examinar el ambiente para obtener claves acerca de cómo actuar y sentirse.

El DBT de Linehan (1993a) se basa en una jerarquía de metas terapéuticas que se abordan en función de su importancia, tanto desde lo individual, grupal y asistencia telefónica en caso de que sea necesario. El cual contiene un pretratamiento que intenta generar una estructura para al tratamiento posterior, logrando el compromiso del paciente acordando objetivos para así pasar a las siguientes cuatro etapas de trabajo:

1. Lograr capacidades básicas centrándose en conseguir un modo de vida razonablemente funcional y estable. A través de cuatro objetivos principales: a) conductas suicidas y parasuicidas, b) conductas que interfieren con el curso de la terapia, c) conductas que afectan a la calidad de vida y por último d) aumentar habilidades comportamentales.
2. Reducción de angustia postraumática: debido a los problemas de regulación emocional estos individuos presentan dificultades en la elaboración de acontecimientos traumáticos o pérdidas. Reduciendo la negación y resolviendo las tensiones dialécticas en cuanto a la atribución de la culpa que produce el trauma.
3. Incremento de autorrespeto: El objetivo se dirige por un lado a la confianza en sí mismo y la autoestima y por otro lado a la autonomía. El paciente debe conseguir que su autorrespeto sea razonablemente independiente de la valoración externa.
4. Lograr la capacidad de sostener la alegría: el objetivo será ampliar la conciencia, la plenitud espiritual y el movimiento dentro del flujo vital. En este momento los pacientes pueden beneficiarse de la psicoterapia de larga duración orientada al insight, y de dirección espiritual o las prácticas espirituales.

Asimismo, según la autora, el DBT cuenta con estrategias que se aplican de manera flexible de acuerdo a la evolución del paciente, éstas son:

- Estrategias dialécticas: se intenta buscar el equilibrio entre las tensiones que se dan en la terapia, pero no de manera directa, sino a través de

intervenciones paradójales, utilización de metáforas o el juego del abogado del diablo.

- Estrategias nucleares: en estas estrategias se encuentran por un lado las de validación (comunicar al paciente que sus respuestas tienen sentido dentro de su contexto y su situación vital, y con ello se comunica una aceptación) y por otro lado la resolución de problemas (analizando tanto lo conductual como la solución propiamente dicha).
- Estrategias estilísticas: se verá el estilo de comunicación desde dos estilos contrapuestos (comunicación recíproca y comunicación irreverente).
- Estrategias de gestión de caso: se especifica como interactuará y responderá el terapeuta a la red social en la que se encuentra inmersa el paciente.
- Estrategias integradoras: hablan de cómo se debe manejar las distintas situaciones problemáticas que surgen, como ser la relación terapéutica, conductas suicidas, conductas que interfieran con la terapia y tratamientos auxiliares.

#### 3.1.3.1 Habilidades básicas de conciencia

Linehan (1993b) menciona que las habilidades de conciencia son una parte fundamental del DBT. Se trata de las primeras habilidades en ser enseñadas. Son las únicas habilidades que se trabajan durante todo el año. En ellas se encuentran las habilidades del *qué* y del *cómo*.

En el DBT Linehan (1993b) plantean tres estados mentales fundamentales: la mente racional (la persona se enfrenta al conocimiento de forma intelectual, planteando su conducta, concentrando su atención y permanece fría frente a los problemas), la mente emocional (cuando los pensamientos y su conducta están controlados fundamentalmente por su estado emocional actual) y la mente sabia (integra las otras dos mentes y añade conocimiento intuitivo a la experiencia emocional y el análisis lógico).

La primera habilidad que la autora nombra del “qué” es observar (atendiendo a los hechos, emociones y otras respuestas conductuales sin intentar necesariamente acabar con ellas cuando resultan dolorosas ni prolongarlas cuando resultan placenteras). La segunda habilidad es la de describir hechos y respuestas personales con palabras (el etiquetar verbalmente hechos conductuales y ambientales es fundamental para el autocontrol, requiere que la persona aprenda a no tomar las emociones y pensamientos de manera literal, sino como reflexiones literales de hechos ambientales). La tercera habilidad es para participar sin autoconciencia, actuar mecánicamente, participando sin prestar atención a la tarea, ser autoconsciente es participar con atención.

Las habilidades del “como” que plantea Linehan (1993b), por otro lado, tienen que ver con el cómo atiende, describe y participa uno, centrándose en una sola cosa en cada momento y ser efectivo, adoptando un enfoque no evaluativo (no juzgar las cosas como buenas o malas).

La primera habilidad es fijarse en las consecuencias de la conducta y de los acontecimientos (una postura no sentenciosa observa esas consecuencias y puede sugerir cambiar las conductas). La segunda habilidad consiste en aprender a centrar la mente y la conciencia en la actividad que estamos llevando a cabo en un momento dado (conseguir esto requiere que controlemos la atención, una capacidad de la que carece la mayoría de estos sujetos, muchas veces son incapaces de separarse de sus problemas y centrarse en la tarea que tienen en sus manos). La tercera habilidad es ser efectivo, reduciendo la tendencia del sujeto a estar más preocupado por lo que está bien que por hacer lo que es necesario en una situación dada. Los pacientes con TLP encuentran mucho más fácil renunciar a hacer lo correcto en pos de la efectividad cuando se esgrime, ya que se trata de dar la respuesta más oportuna.

### 3.1.3.2. Habilidades de regulación de las emociones

Linehan (1993b) dirá que desde la perspectiva del DBT, las dificultades a la hora de regular las emociones dolorosas juegan un papel más que importante en la generación de los problemas conductuales del sujeto con TLP. Como se había mencionado con anterioridad,

las conductas suicidas y otras conductas disfuncionales son intentos de soluciones conductuales de los clientes ante emociones que no pueden tolerar.

Enseñar habilidades de regulación de emociones puede ser una tarea muy ardua, porque al sujeto le han dicho constantemente que es un problema de “actitud”. Muchos de estos sujetos proceden de lugares donde el mundo que los rodea tiene un buen control cognitivo de las emociones, justificando el pensamiento de estos mismos hacia sus intentos de regular las emociones erróneamente (autolesiones). Es muy importante trabajar de forma validante, ya que muchas veces los sujetos con TLP se exigen no sentir o sentirse mal por sentir lo que están sintiendo. El terapeuta anima a los pacientes a tolerar sus emociones para que sean capaces de cambiar la respuesta tanto conductual, como emocional que se desprenden de ellas, para no llegar a una conducta dañina o de sufrimiento (De la Vega Rodriguez & Sanchez Quinteros, 2013).

La regulación de las emociones, según Linehan (1993b), requiere la aplicación de habilidades de conciencia. La mayor parte del malestar emocional es resultado de respuestas secundarias, como la vergüenza, la ansiedad o ira intensa. Estas habilidades específicas serían las siguientes:

- Identificar y etiquetar emociones: el primer paso es aprender a identificar y etiquetar las emociones. Esta identificación requiere la habilidad tanto de observar las propias respuestas como de describir con precisión el contexto en el que éstas tienen lugar. Ayudará mucho a identificar una respuesta emocional si se puede observar y describir 1) el evento que las provocó, 2) las interpretaciones del evento, 3) la experiencia fenomenológica sumada a la sensación física, 4) las conductas que expresan la emoción y 5) los efectos secundarios de la emoción en otras áreas del funcionamiento de la persona.
- Identificar obstáculos para el cambio de las emociones: cambiar las conductas emocionales de una persona cuando están siendo forzadas por sus consecuencias puede ser difícil. Generalmente las emociones tienen la función de comunicar algo a los demás y modificar la propia conducta. Estas conductas también tienen otras dos funciones; La primera es influenciar y controlar las conductas de los demás y la segunda es validar las propias

percepciones e interpretaciones de los eventos. Identificar dichas funciones es un paso importante hacia el cambio.

- Reducir la vulnerabilidad de la mente emocional: El DBT se ocupa de que el sujeto tenga un correcto equilibrio de su nutrición, que duerma lo necesario pero tampoco demasiado, que haga suficiente actividad física, que trate sus enfermedades, que evite ingesta de drogas, etc. Aunque esto parezca muy claro, es posible que cueste que los sujetos empiecen a planteárselos. Es importante tener en cuenta que trabajar cualquiera de estos objetivos requiere una postura activa y gran persistencia por parte de los clientes hasta que los posibles efectos empiecen a surgir. El obstáculo más importante aquí será la pasividad que pueda presentar el cliente.
- Incrementar la frecuencia de los acontecimientos emocionales positivos: Una manera de controlar las emociones es controlando los eventos que la generan, incrementando el número de acontecimientos agradables en la vida de la persona. A corto plazo implica aumentar las experiencias positivas de la vida diaria y a largo plazo que se hagan los cambios vitales necesarios para que los sucesos que generen placer ocurran con mucha más frecuencia. Una gran ayuda es que sea consciente de que tanto las experiencias placenteras como negativas tienen un final.
- Incrementar la conciencia ante las emociones del momento: esto significa experimentar las emociones sin juzgarlas, bloquearlas o distraerse de ellas. La idea básica es que la exposición a emociones dolorosas, si no están asociadas a consecuencias negativas, extinguen su habilidad para estimular emociones negativas secundarias. Cuando una persona juzga sus emociones negativas como malas, se sentirá de forma natural culpable, enfadada y ansiosa cada vez que experimente malestar, esto genera un malestar más intenso y, por lo tanto, la tolerancia es más difícil.
- Llevar a cabo la acción opuesta: una estrategia para cambiar o regular una emoción es cambiar su componente conductual-expresivo, actuando de manera tal que se oponga con la emoción. Incluyendo acciones y expresiones

faciales. Los clientes deben aprender que la idea no es bloquear la expresión de la emoción, sino expresar otra emoción.

- Aplicar técnicas de tolerancia al malestar: Una manera de modular la intensidad y duración de las emociones negativas es tolerarlas sin llevar a cabo acciones impulsivas que empeoren la situación. Éstas van dirigidas a tolerar y sobrevivir a las crisis por un lado y a aceptar la vida tal como es en un momento dado. Existen cuatro grupos de estrategias de supervivencia a las crisis (distrarse, proporcionarse estímulos positivos, mejorar el momento y pensar en los pros y contras). Y tres habilidades de adaptación que incluyen la aceptación radical (aceptación completa desde el interior), dirigir la mente una y otra vez hacia la aceptación (escoger aceptar la realidad tal como es) y buena disposición frente a la terquedad (renunciar a la individuación de uno).

Las habilidades que el paciente necesita desarrollar van a ser adquiridas y fortalecidas, además de manera individual, en grupos de entrenamiento en habilidades y tareas comportamentales. Estas se pueden dividir en sesiones grupales de 2 horas una vez por semana, en donde se realizara el manejo de contingencias y generalización de habilidades (Gempeler, 2008).

Gratz y Gunderson (2006) toman los fundamentos de la aceptación del DBT para realizar regulaciones emocionales de manera grupal, en donde se hace hincapié en la importancia de la práctica diaria y generalización de habilidades caminándose con psicoeducación y ejercicios en grupo. De este mismo modo, se dan tareas para realizar a domicilio como parte de la intervención grupal, por ejemplo deben rellenar unas hojas para monitorizar la identificación de las emociones, distinguiendo entre primarias y secundarias, identificar las consecuencias de la falta de voluntad emocional y que se centren en los desencadenantes emocionales de sus impulsos de autolesionarse.

Estos autores realizaron un experimento para ver la eficacia de la intervención grupal, en donde se seleccionó a 22 participantes con un mismo nivel de desregulación emocional y frecuencia de autolesionarse, aleatorizando esta intervención grupal además de su terapia ambulatoria habitual a 12 personas y a otras 10 a seguir realizando su terapia individual. Dando como resultado que la intervención grupal da mayores efectos positivos en las

autolesiones, la desregulación emocional, la evitación experiencial y los síntomas específicos del TLP.

De esta misma forma, se han hecho diversas investigaciones para verificar la eficacia del uso del DBT con relación a otros tratamientos, tanto por Linehan, como por otros investigadores. Una de ellas realizada por la autora tuvo una muestra de 44 pacientes (22 en tratamiento y 22 en grupo control) en los cuales las personas que recibieron el tratamiento presentaron menos conductas parasuicidas y menor severidad médica, manteniendo así también la frecuencia de la terapia individual y menos días de internación (Linehan, Armstrong, Suarez, Allman, & Heard, 1991).

Así también se realizó un estudio similar entre 39 sujetos internos a dos grupos de tratamiento, uno con terapia dialéctica y otro con tratamiento psiquiátrico tradicional, confirmando los resultados previamente obtenidos (Linehan, Heard & Armstrong, 1993).

Koons et al. (2001) realizaron un estudio con 20 mujeres al azar diagnosticadas con TLP a las cuales se les administro a algunas el DBT y un grupo control, en donde a las que se le administro el DBT mostraron una reducción estadísticamente significativa en la ideación suicida, depresión, desesperanza y rabia con respecto a los del grupo control que recibieron TAU (tratamiento habitual).

Van den Boscha, Verheulb, Schippersa, Van den Brinka (2002) llevaron a cabo un estudio controlado aleatorizado en Noruega, comparando el DBT y TAU, en donde los sujetos que recibieron DBT reportaron mayor adherencia al tratamiento, reducción de comportamientos suicidas y reducción de automutilación.

Más recientemente, se realizó por Linehan, Comtois, Murray, Brown, Gallop y Heard, (2006) un estudio comparando el DBT con el tratamiento dado por expertos en comportamiento suicida y TLP, obteniendo como resultados mayores mejorías en los comportamientos suicidas y funcionamiento psicológico general en los sujetos que se trataron con DBT.

En España se realizó una investigación por Palacios, Navarro Haro, Guillén, Marco y Botella (2010) sobre la eficacia del dispositivo en una mujer de 37 años diagnosticada con Trastorno Límite de la Personalidad, el cual dio como resultado que tras un año de tratamiento disminuyeron los aspectos clínicos del trastorno, como ser: conductas

impulsivas, mala utilización de medicamentos, conductas autolesivas, abuso de tóxicos, la sintomatología ansiosa y la expresión patológica de la ira.

#### 3.1.4 Proceso de Duelo

Pérez, Criado y Vera (2000) sostienen que las personas con problemas de dependencia emocional, como las personas que son diagnosticadas con TLP, son incapaces o les resulta extremadamente difícil reestructurar la vida cotidiana tras el fallecimiento de un ser cercano y de recuperar el nivel previo de funcionamiento psicosocial, generándole dificultades para asumir roles y reorganizarse. Por lo que el trabajo con estas personas, puede llevar más tiempo y una postura más activa de las dos partes (terapeuta-cliente), pero de igual manera pueden llevarlo a cabo sin llegar a ser patológico.

Para Neimeyer (2002) la pérdida significa quedar privado de algo que se ha tenido, fracasando en el mantenimiento de una cosa que valoramos, reducir alguna sustancia o proceso que se esté transcurriendo.

Varios autores concuerdan con ciertas características sobre el duelo (Poch & Herrero, 2003; Neimeyer, 2002; Worder, 1997) el cual es un proceso normal que va evolucionando con el tiempo dinámicamente a través de cambios con oscilaciones del cambio de humor y la sensación del malestar-bienestar. El proceso depende del reconocimiento social, ya que cuando una persona sufre una pérdida, también hay un entorno que la padece, por lo que la persona iniciará un proceso individual y colectivo. Entonces tendrá un componente íntimo, donde le confiere la posibilidad de desarrollar reacciones diferentes frente a situaciones similares, actuando de acuerdo a como una persona fue aprendiendo a lo largo de la vida, y por otro lado un componente social, que puede llevar a la realización de rituales culturales, como los protocolos de funerales. Lo más importante de este proceso es que la persona tendrá un papel activo en la elaboración de la propia pérdida, quien hace sus propias elecciones y le otorga respectivos significados.

Worden (1997) dirá que las personas deberán realizar cuatro tareas básicas ante la pérdida, las cuales no necesariamente siguen un orden específico, aunque sí es cierto que se sugiere un cierto orden, ya que hay determinadas tareas que resulta difícil incluso plantearlas si antes no se han llevado a cabo otras más elementales.

Estas tareas serían las siguientes:

- Aceptar la realidad de la pérdida: Esta primera tarea es básica para poder seguir haciendo el trabajo del duelo. Aunque parezca algo evidente en los primeros momentos casi siempre existe la sensación de que no es verdad, una sensación de incredulidad que generalmente se resuelve en poco tiempo.
- Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida: Hace referencia tanto al dolor emocional como al dolor físico que muchas personas sienten tras una pérdida significativa. Es importante reconocer los sentimientos que ésta despierta y no intentar evitarlos, sentir el dolor plenamente y saber que no es un dolor para toda la vida.
- Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente: La realización de esta tarea implica cosas muy diferentes en función del rol del fallecido, del doliente y de la relación que existiese entre ambos, ya que no es lo mismo el que el fallecido sea el padre, la pareja o un hijo.
- Recolocarse emocionalmente al fallecido y continuar viviendo: Se trata de poder continuar la vida de un modo satisfactorio, sin que el dolor por la pérdida impida la vivencia plena de sentimientos positivos respecto a los otros.

Neimeyer (2002) por su lado plantea algo muy similar pero cambia las tareas por *desafíos* agregando algunos conceptos. Los mismos son:

- Reconocer la realidad de la pérdida: se debe reconocer y comentar la pérdida con todos los afectados, no solo de manera individual, presentando atención a la inclusión de niños, enfermos y mayores en conversaciones familiares.
- Abrirse al dolor: hay una necesidad de reconocer y darse tiempo para sentir el dolor y la pena de muerte, no evitándola, atendiendo a los sentimientos y la atención a tareas más prácticas.
- Revisar nuestro mundo de significado: tras una pérdida es probable que se cambie tanto la vida a un nivel práctico, como así también, que haga replantearse todo el sistema de creencias y valores que había sustentado hasta el momento previo a la pérdida.

- Reconstruir la relación con lo que se ha perdido: la muerte acaba con las relaciones sino que las transforma, por lo que hay que reconvertirla, basada en una conexión simbólica en lugar de la presencia física.
- Reinventarnos a nosotros mismos: a pesar de todo, se puede llevar una vida totalmente satisfactoria, pero es posible que no se vuelva a ser igual que antes, por lo que habrá que encontrar una nueva identidad en se encuadre en el nuevo rol. Está ligado a una concepción más social.

Worden (1997) plantea que para que el duelo no se convierta en duelo patológico se deben realizar unos principios generales relacionado a las tareas que él planteaba:

- Ayudar al superviviente a hacer real la pérdida: Es importante poder hablar de la pérdida, explicando cómo sucedió, de forma que a través del relato la persona vaya adquiriendo mayor conciencia de lo sucedido.
- Ayudar al superviviente a identificar y expresar sentimientos.
- Ayudar a vivir sin el fallecido: Implica poderse adaptar a una nueva vida sin la persona fallecida. Es importante ayudar a que no se tomen decisiones importantes en la fase aguda del duelo ya que las posibilidades de hacerlo de forma desadaptada son mayores.
- Facilitar la recolocación emocional del fallecido: Se trata de colaborar en la búsqueda de un nuevo lugar en la vida del superviviente de su ser querido fallecido. Ayudar a que la persona entienda que el fallecido será importante para él probablemente toda la vida, pero ahora como recuerdo y no como realidad.
- Dar tiempo para elaborar el duelo: El duelo al ser un proceso largo, gradual y con momentos en los que parece que no se ha avanzado, pues se vuelve una y otra vez a experimentar el dolor y la pena de forma más o menos intensa. Con el tiempo, si la evolución es normal, también en estos momentos la intensidad de los sentimientos va disminuyendo y pueden vivirse con normalidad.
- Interpretar la conducta “normal”: En muchas ocasiones las personas tras una pérdida importante refieren tener la sensación de estar volviéndose locas. Resulta

muy tranquilizador que alguien pueda transmitirle la normalidad de todo lo que le está pasando.

- Permitir las diferencias individuales: Cada persona elabora el duelo de forma diferente en función a múltiples factores como la relación con el fallecido, edad y/o pérdidas anteriores.
- Examinar estilos de afrontamiento: Es importante tener en cuenta que algunos estilos de afrontamiento como pueden ser la negación de la realidad o bien de los sentimientos que esa realidad despierta, pueden resultar útiles al inicio pero convertirse en desadaptativos si se mantienen de forma inflexible durante un tiempo. Por lo que es aconsejable explorar formas alternativas de afrontamiento que ayuden a la resolución del duelo de forma satisfactoria.

Magaz y Camacho (2004) realizaron una investigación sobre la eficacia del asesoramiento psicológico en duelo no patológico sobre un paciente de 45 años, arrojando como resultados que el suceso fue enfrentado, los pensamientos y sentimientos identificados y expresados. Además, esta experiencia lo llevó a reconsiderar en un plazo breve de tiempo el sentido de su vida, con el resultado de una personalidad más segura y fuertemente integrada, un incremento en la fuerza para enfrentar tensiones futuras y mejorar los recursos personales de afrontamiento.

El trastorno, como se menciona a lo largo del trabajo, presenta muchas dificultades que por naturaleza son relacionales, ligadas estrechamente a sus redes interpersonales de los individuos, como bien se trabaja tanto en el DBT como en el proceso de duelo, por lo que una mirada sistémica acerca del tratamiento del TLP aporta una gran ayuda a la hora de intervenir en los diferentes momentos de la terapia (Allen, 2004).

## 3.2. Modelo Sistémico

### 3.2.1 Breve reseña historia del enfoque sistémico

La perspectiva sistémica tiene como sustento teórico básicamente la teoría general de los sistemas de Beertalanffy, los axiomas de la comunicación propuestos por Watzlawick, Beavin y Jackson y la noción de doble vínculo de Bateson y su equipo de Palo Alto (Camacho, 2006).

En la teoría general de los sistemas de Bertalanffy (1968) se define a un sistema como un conjunto de elementos que interactúan entre sí, presuponiendo de este modo, la existencia de una interdependencia entre las partes y la posibilidad de un cambio a través de la reversibilidad de la relación, en donde se distinguen:

- Suprasistema: Medio en el que el sistema se desenvuelve.
- Subsistemas: Componentes del sistema.
- Sistemas cerrados: Sus componentes no intercambian información, materia, energía con el medio externo.
- Sistemas abiertos: Sus elementos intercambian información, materia, energía, con su medio externo y muestran la capacidad de adaptarse al medio.

Las características generales de los sistemas son:

- Totalidad: El sistema trasciende las características individuales de sus miembros.
- Entropía: Los sistemas tienden a conservar su identidad.
- Sinergia: Todo cambio en alguna de las partes afecta a todas las demás y en ocasiones al sistema.
- Finalidad: los sistemas comparten metas comunes.
- Equifinalidad: Las modificaciones del sistema son independientes de las condiciones iniciales.
- Retroalimentación: Los sistemas mantienen un constante intercambio de información.
- Homeostasis: Todo sistema viviente se puede definir por su tendencia a mantenerse estable.

Otro de los pilares de la perspectiva sistémica son los axiomas de la comunicación humana de Watzlawick, Beavin y Jackson (1967), los cuales establecen principios básicos de la comunicación y la relación entre los comunicantes, ellos son:

- La imposibilidad de no comunicar: No puede haber una situación de no comunicación. Incluso el silencio es comunicación, comunica un "no quiero entrar en interacción".
- Los niveles de contenido y relación de la comunicación: Una comunicación no sólo transmite información, sino que también impone conductas. Según Bateson (1972) estas dos operaciones se conocen como los aspectos referenciales (transmite información, datos de la comunicación) y los aspectos conativos (qué tipo de mensaje debe entenderse que es en la relación de los comunicantes).
- La puntuación de la secuencia de los hechos: La puntuación organiza los hechos de la conducta y resulta vital para las interacciones en marcha.
- La comunicación digital (el lenguaje) y analógica (todo lo que sea comunicación no-verbal).
- La interacción simétrica (Se caracteriza por la igualdad en la conducta recíproca) y complementaria (Se da un máximo de diferencia en la conducta recíproca, uno siempre está en una posición superior respecto del otro).

Por último, la noción de doble vínculo propuesta por Bateson, Jackson, Haley y Weakland (1956) describe una forma disfuncional de comunicación que es una característica de las familias con miembros esquizofrénicos. El concepto se refiere a la emisión de mensajes incongruentes a distintos niveles lógicos, también conocidos como mensajes paradójicos. Si se toma a la familia como el contexto básico donde se desarrolla el aprendizaje de un ser humano, quiere decir que la familia de un esquizofrénico moldeó esa forma por vía de los particulares segmentos de comunicación que se le imponen a un sujeto y descubrieron que en tanto el paciente designado mejoraba, otro miembro de la familia empeoraba. Así se observó que la familia necesitaba una persona que se apropiara del síntoma.

### 3.2.2 Mental Reserch Institute (MRI)

Una de las principales escuelas sistémicas es el modelo del Mental Reserch Institute (MRI), cuya institución fue fundada en 1959 por Don Jackson junto a Jules Riskin y Virginia Stair, presentando una continuación de las ideas de Bateson como también la presencia de varios integrantes funcionando en paralelo (Cazabat, 2007).

En el año 1967 Richard Fisch propuso la creación de un modelo de terapia breve, al que se sumaron Watzlawick, Weakland y Art Bodin, dándole origen al centro de terapia breve (Brief Therapy Center), generando un cambio radical al crear un modelo breve, simple, efectivo y eficaz (Cazabat, 2007).

Parten de la idea de que los cambios terapéuticos no son diferentes de las transformaciones que sufren los diferentes sistemas en evoluciones naturales. Para ellos las soluciones intentadas son las que mantienen el problema, las personas que llegan con problemas a la consulta psicoterapéutica traen una dificultad, definida por alguno de los miembros como problema y una serie de aplicaciones de ciertas soluciones intentadas fallidas, que no han logrado solucionar dicho problema, sino que por el contrario, lograron mantenerlo, sostenerlo y obstaculizando el proceso normal de cambio (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974).

Propone inicialmente una descripción previa y adecuada de los circuitos comportamentales que sostienen el problema. Una vez descrito, diversas intervenciones se ponen en marcha para así poder interrumpir alguno de esos circuitos. Por este motivo la “solución fallida” define el principal reductor de complejidad de este modelo (Wainstein, 2006).

Wainstein (2006) sostendrá que la tarea principal de un procedimiento estratégico consiste en influir sobre el cliente para que enfrente su problema de manera diferente, a través de aprender, observar y hablar su lenguaje, por lo que se debe adaptar a ese lenguaje y a la idiosincrasia de la persona, como así también con su estilo cognitivo y comunicacional de dicho consultante, con el objetivo de disminuir la resistencia al cambio.

Haley (1973) define que una terapia será estratégica en la medida en que el clínico diseña un enfoque particular para cada problema. La iniciativa en una terapia estratégica es tomada por el terapeuta, identificando el problema o los problemas posibles a ser resueltos, estableciendo objetivos de trabajo, diseñando intervenciones para lograr dichos objetivos.

Asimismo, Camacho (2006) sostiene que en la Argentina los terapeutas sistémicos se vieron influenciados no sólo por autores sistémicos, sino también por autores de otras orientaciones. Actualmente los límites de los modelos psicoterapéuticos no están tan claros

ni definidos como hasta hace unas décadas atrás. Dentro del modelo sistémico, tampoco hay un criterio unificado de abordaje clínico y en este país, la integración y el eclecticismo son muy frecuentes.

### 3.2.3 Intervenciones Estratégicas

Las intervenciones estratégicas, según Cade y O'Hanlon (1995) apuntan a diferentes objetivos que se realizan de manera separada o conjunta, intentan modificar marcos de creencias o constructos del consultante, ya sea uno solo o familiar, que se pueden considerar relacionados con el modo en que se perciben, encaran y mantienen las dificultades, como así también modificar las sentencias repetitivas que rodean el problema. Otra de las modificaciones que se intentan hacer es sobre las posiciones y enfoques del terapeuta para que se vuelvan partes de un patrón que se autorrefuerza entre el terapeuta y el consultante. Asimismo, apuntan a modificar la relación del consultante con los sistemas globales de la familia, vecindario o cualquier interacción significativa.

Estas intervenciones se comprenden de manera global en directas, analógicas y paradójicas (Wainstein, 2006).

#### 3.2.3.1 Intervenciones Directas

Por un lado, Haley (1976) menciona como intervención directa el pedirle a la gente que haga algo, con el propósito de que lo cumpla donde el consultor debe gozar de gran prestigio para lograr que la intervención sea efectiva, para que alguien abandone su comportamiento habitual con solo pedírselo. Las prescripciones directas de este estilo son posibles de utilizar con personas colaboradoras y también cuando se trate de problemas menores o situaciones educacionales.

Por otro lado, Wainstein (2006) dirá que existe el utilizar cierta forma de modelado, convirtiendo la entrevista, la persona o rol del terapeuta en un modelado, de como pretende el consultor que el cliente se comporte. Se expresa tanto con palabras, como con acciones. El consultor elige como meta modificar alguna actividad del consultante, luego escoge una acción parecida a la que quiere modificar, para que le resulte más fácil a los consultantes.

### 3.2.3.2 Intervenciones paradójicas

La paradoja, en el contexto terapéutico, posee la propiedad de romper círculos viciosos y recurrentes de soluciones intentadas fallidas. En donde ante un problema que se presenta como espontáneo, resulta muy eficaz *prescribir el síntoma*, situando a la persona en una situación paradójica de tener que realizar voluntariamente aquello que es involuntario y que siempre ha intentado evitar. Al convertir el síntoma en voluntario, este pierde su valor de ingobernable y por ende su carácter sintomático (Nardone & Watzlawick, 1995).

Por un lado, la prescripción puede estar basada en la obediencia. En esta modalidad el paciente intenta obedecer y le resulta imposible hacerlo, o experimenta la obediencia como algo desagradable (Cade & O'Hanlon, 1995).

Por el otro lado, la prescripción puede estar basada en el desafío y se espera que el consultante se rebele, explícita o implícitamente. Esta técnica es empleada cuando la oposición es mayor y los síntomas son considerados potencialmente controlables (Wainstein, 2006).

Otra de las intervenciones es la restricción del cambio, en el cual el consultor desalienta o niega la posibilidad que se produzca el cambio. El terapeuta puede decirle “vaya despacio” o subrayar los peligros de la mejoría, siendo una paradoja con respecto a la consulta en sí misma, se supone que quien consulta quiere cambiar y es paradójico que quien debería ser el agente de ese cambio esperado, sea quien lo posponga o niegue (Cade & O'Hanlon, 1995).

El enfoque paradójico según Wainstein (2006) se puede resumir en etapas:

- Establecer una relación que se define como tendiente a provocar el cambio.
- Definir claramente el problema.
- Fijar los objetivos con claridad.
- Ofrecer un plan, una explicación lógica que haga razonable y se prepare para una directiva paradójica.

- Descalificar diplomáticamente a quien es tenido en cuenta como “autoridad en la materia”, por lo general alguien que ya está tratando de ayudar a la persona a resolver el problema.
- Impartir la directiva paradójica.
- Observar la reacción y seguir alentando el comportamiento usual.
- En la medida en que continúa el cambio, si el comportamiento disminuye el consultado deberá evitar que ese hecho se le acredite como un logro suyo.

### 3.2.3.3 Intervenciones Analógicas

El uso de la analogía ejerce su poderoso efecto a través del mecanismo de pautas asociativas inconscientes y tendencias de respuesta que se suman para presentar ante la conciencia una respuesta conductual que se supone como “nueva”. Cuanto más evocadoras son las asociaciones producidas por lo denotado en la analogía, mayor será el potencial creativo (Cade & O’Hanlon, 1995).

En este tipo de comunicación se incluyen chistes (se utiliza el humor para señalar ciertos ítems que de otra forma generarían resistencia), juegos de palabras (se emplean para sorprender o confundir), relatos (se utilizan para sugerir nuevas opciones, para que el consultante cede terreno y escuche) y la metáfora (hablar sobre un tema para referirse a otro). Se emplea para mostrar una nueva visión sobre el tema tratado. Su función es llevar el conocimiento más allá de su contexto inicial, hacia un nuevo contexto (Nardone & Watzlawick, 1995).

Otras intervenciones que menciona Wainstein (2006) en el abordaje sistémico-estratégico se pueden enunciar de la siguiente manera:

- Reenmarcamiento o *reframe*: es un reencuadre del problema, intenta cambiar el mapa conceptual y la conducta del consultante. El cambio es el resultado de un proceso de construcción con significados alternativos o perspectivas diferentes. Abarca redefiniciones cognitivas de una idea o de un comportamiento. No actúa directamente con la semántica, sino que provoca dudas en la posible rigidez de los constructos del consultante. Un ejemplo es remarcar la “media copa llena” a quien habla de la “media copa vacía”.

- Accionar sobre la pauta o *pattern*: intervenir en la pauta significa alterar esas pautas acostumbradas, es necesario averiguar y tomar en cuenta las creencias y conductas del cliente, como su lenguaje, intereses, motivaciones, marcos de referencia, etc. Se puede intervenir a través de cambiar la frecuencia, duración y el momento del día en que ocurre el síntoma, cambiar su ubicación, la intensidad, la secuencia, añadirle o sustraerle un elemento, invertir la pauta, etc.
- La técnica del milagro: intentar que el cliente se concentre en una solución potencial y no en los problemas, la pregunta del milagro sería “si en una noche se produce un milagro y mientras duerme el problema que trajo aquí, se resuelve, ¿Cómo lo sabría? ¿Qué sería distinto? ¿Qué notarían las personas que lo rodean?” el consultor debe estimular al cliente, para así poder obtener como respuesta con una descripción conductual clara y específica.
- Ubicación en una escala: consiste en el empleo de preguntas sobre la posición en una escala que va desde el cero (representa lo peor) a diez (como serán las cosas cuando este mejor) y donde se situaría en el momento en que consulta.
- Uso de la ambigüedad: comunicarse de manera ambigua posibilita la existencia de múltiples interpretaciones.
- La técnica de la confusión: se utiliza para superar el pensamiento racional y para facilitar la inducción. Este incluye tres elementos que consisten en observaciones o conducta fuera de contexto, que se presentan a dos o más interpretaciones y por otro lado, no permite la utilización de capacidades de procesamiento consciente.
- Tarea formal para primeras entrevistas: con el objetivo de cambiar el foco de atención del cliente, se traslada de acontecimientos pasados a sucesos presentes y futuros, promoviendo implícitamente expectativas de cambio. No intenta impulsar soluciones sino que está diseñada para crear una profecía autocumplidora sobre el curso futuro de los acontecimientos.

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo transversal de caso único. Diseño no experimental.

### 4.2 Participantes

Paciente: mujer de 28 años, soltera, cantante lírica del coro de un teatro quien ha tenido tratamientos previos desde el 2006 al 2008 y en el momento de la consulta esta con tratamiento psiquiátrico por la imposibilidad de consolidar el sueño, medicada con clonazepam (1 mg por noche) hace dos meses. Refiere haber sufrido una pérdida muy importante y que esto le afectó de manera significativa pensando que no lo soportará por lo que la lleva a tomar alcohol hasta el desmayo.

Terapeuta: Psicóloga formada en la Institución en el curso de Especialización de Psicoterapias Breves y en el curso de Técnicas Activas.

Admisor y Director de la institución: larga experiencia en enseñanza en la Facultad de Buenos Aires y la Universidad de Palermo, capacitado en Mental Research Intitute, Palo Alto.

### 4.3 Instrumentos

Entrevista semi-estructurada con el admisor: Guía de preguntas sobre los principales ejes de la primera entrevista (queja inicial, motivo de consulta, soluciones intentadas, diagnóstico presuntivo y alguna intervención realizada).

Entrevista semi-estructurada con la terapeuta: Guía de preguntas sobre los principales modo de trabajo en los ejes (desregulación emocional y duelo) como así también las intervenciones realizadas y la evolución hasta el alta de la paciente.

Historia clínica: En ella se puede observar las principales anotaciones del director en la admisión por un lado y por otro las de la terapeuta sobre las sesiones, intervenciones realizadas, interconsultas hechas, tareas de sesión a sesión y la evolución de la paciente.

#### 4.4 Procedimiento

El procedimiento se llevó a cabo a través de una entrevista semi-estructuada en primera instancia con el admisor y director de la institución con el fin de recopilar información acerca del primer acercamiento a la paciente y cuáles fueron las primeras hipótesis acerca del caso. En segunda instancia se realizaron cuatro entrevistas semi-estructuradas con la terapeuta la cual llevó a cabo el tratamiento con el siguiente orden:

En la primera entrevista se indagó sobre las metas planteadas a realizarse en el tratamiento, como se llegó al diagnóstico y cuál fue el plan a seguir. En la segunda entrevista se indagó sobre cómo se trabajó con el primer eje de trabajo (desregulación emocional), como se fue interviniendo, el efecto que causó en la paciente y su evolución. En la tercera entrevista se indagó sobre el trabajo en el segundo eje (proceso de duelo) con los mismos puntos que en la segunda, complementándose con el análisis de la historia clínica que plasma sesión por sesión lo trabajado.

## 5. DESARROLLO

### 5.1 Descripción del caso

Con el fin de preservar la confidencialidad y la privacidad de la paciente, se le otorgará el nombre ficticio de Mercedes, a su pareja el de Daniel y a su padre el de Horacio.

La muerte repentina de un amigo muy cercano que cantaba en el coro de manera conjunta con ella la llevo a realizar la consulta. Él nunca había comentado que padecía SIDA y tras dejar la medicación muere a los dos meses. Toda esta información surgió luego de la muerte, ya que nadie tenía la información sobre esta enfermedad, tomándolos a todos por sorpresa.

El admisor refiere haber percibido, en primera instancia, un problema de ciclo vital en Mercedes por sus dificultades al insertarse en el ámbito laboral, en donde los conflictos que aparecieron en el momento de consultar, surgieron por una pérdida significativa que tuvo dos meses antes.

En los tratamientos previos a la consulta, Mercedes manifestó que los realizó por la dificultad que tenía de formar parejas duraderas y la imposibilidad para poder dormir en los momentos estresantes que le surgían a lo largo de su vida con relación a las pérdidas relacionales, no necesariamente pérdidas de muerte, sino finalizaciones de las mismas.

El tratamiento planteado en el presente trabajo, concluyó a principios de este año, dándole así el alta a la paciente.

### 5.2 Descripción del cuadro del TLP presente en la paciente

En primera instancia, Mercedes manifestó en la admisión la reacción que tuvo al no poder dormir, llevándola a tomar alcohol hasta el desmayo y las fuertes sensaciones de abandono desde la muerte repentina del amigo que “ocupaba el lugar de pareja”. Sin embargo, ella estaba iniciando una relación con otra persona algún tiempo atrás que suceda este hecho.

Este acontecimiento llevó a la exploración sobre una posible impulsividad y dependencia emocional como recomendación hacia la terapeuta por parte del admisor, para así descartar o confirmar algún posible trastorno.

En la entrevista con la terapeuta, en la primera sesión Mercedes ratificó la sensación de abandono desde la muerte, ya que el amigo, como dijo la paciente “me dejó sola, era como mi pareja, ocupaba ese lugar en mi vida”. Como bien menciona el DSM 5 como segundo criterio de diagnóstico, se especifica que el patrón de relaciones inestables e intensas se caracterizan por ir entre los extremos de idealización y de devaluación (American Psychiatric Association, 2013). Se ve reflejado en esta persona, como así también es una constante a lo largo de todas las relaciones en su vida y en muchas ocasiones se apegaba a las personas de manera muy rápida y sin siquiera conocer por un largo periodo de tiempo.

Como marca Mosquera (2011) las personas con TLP suelen sentir como una traición hacia ellos una vez que idealizaron a una persona cuando algo ocurre, aunque no sea nada contra ellos. Por este motivo manifestó la sensación de traición por el acto que cometió su amigo, Mercedes mencionó “él no pensó en mí”. En una sesión con Horacio (padre de Mercedes) él manifestó que todas las “crisis” que pasó su hija por toda su vida eran por una constante sensación de soledad cada vez que terminaba una relación, aunque haya sido de corto plazo.

Caballo (2004) menciona que estas personas como consecuencia de su inseguridad e inestabilidad del yo, el cual es el tercer criterio del DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013), llevan a depender de otras personas. Esto la hace vulnerable a las separaciones, como bien se mencionaba que le sucedía a Mercedes con anterioridad.

El DSM 5 menciona como cuarto criterio la impulsividad y quinto criterio los intentos o amenazas de suicidio (American Psychiatric Association, 2013). La terapeuta mencionó en la entrevista que cada vez que Mercedes se sentía mal acudía a tomar ocho botellas de cerveza y cuatro de vino, provocando así un desmayo. Esto le producía “calma” y “tranquilidad”, tal como fue manifestado por la paciente.

Los acontecimientos anteriormente mencionados la llevaron a pensar en quitarse la vida varias veces, algo que también comentó Horacio en la sesión que se tuvo con él,

manifestando que tuvo intentos de suicidio a los 9 y 15 años, como así también en las semanas previas a ser citado. Mercedes le había dicho varias veces “ya no me importa nada”, siempre presente como disparador la sensación de “soledad” y “vacío” al tener que separarse de alguna persona, este vacío es otro de los criterios propuestos por el DSM.

La terapeuta mencionó la imposibilidad de controlarse que tenía Mercedes en los momentos de ira, como Mosquera (2004) manifiesta que presentan las personas con TLP. En una entrevista con su pareja de ese momento (Daniel), comentó que cuando Mercedes se enoja “no hay quien la pare”, en donde ella comienza a insultarlo tanto a él como a todo lo que la rodeaba y en algunas ocasiones llegando a arrojar objetos contra la pared.

### 5.3 Descripción de las principales herramientas e intervenciones que se utilizaron en la desregulación emocional

Siguiendo las etapas del DBT que menciona Linehan (1993b) se trabajó en primer lugar con tratar de conseguir un modo de vida razonablemente funcional y estable. Para ello se utilizaron estrategias dialécticas y por ende, intervenciones paradójicas e indirectas, como la restricción al cambio que nombra Cade y O’Hanlon (1995). En donde la terapeuta en un primer momento le mencionó a Mercedes que por el momento no iban a trabajar sobre la impulsividad de tomar alcohol hasta el desmayo, ya que quizás el dejar de tomar mucho le haga intentar realizar otra cosa de la misma forma impulsiva, que en ese momento le quitaran importancia, por lo que le generó sorpresa y lo aceptó. En las sesiones siguientes Mercedes se dio cuenta que había dejado de tomar tanto.

Otra de las intervenciones que se utilizó, fue la intervención de la pregunta del milagro que nombra Wainstein (2006), en donde se puede observar en la historia clínica que se le preguntó a la paciente como sería si sus problemas se solucionaran de un día para otro. A esta pregunta ella contestó que se podría relacionar con gente “sin tanto lio”, no sufrir tanto cada vez que alguien rompa un lazo con ella, que le duren más las parejas y dejar de pensar en hacerse mal por no saber manejar lo que le pasa. Esta serie de cosas que mencionó la paciente hizo que pensara cuales eran sus expectativas y la motivó aún más a realizar la terapia, ella manifestó que “nunca me había puesto a pensar como sería yo sin tener todo esto... no quiero sufrir tanto, ojalá pueda hacer todo esto acá”.

El uso del humor, una intervención indirecta estratégica como menciona Nardone y Watzlawick (1995) fue muy útil para el poder hablar sobre algunos temas que la tenían mal, como en el caso de sus relaciones a lo largo de su vida. La terapeuta comentó que para ir viendo todas sus relaciones a lo largo de su vida se fueron haciendo chistes una vez establecida una buena alianza terapéutica para no generar resistencia, donde en los primeros intentos sobre indagar este tema, la paciente no quiso hablar mucho tiempo al respecto. A lo largo de las sesiones Mercedes terminó contando como sus relaciones, ya sea de amistad u amorosas, fueron muy conflictivas y como la finalización de estas le generó un profundo dolor con el sentimiento de soledad y rechazo constante.

Asimismo, en las sesiones siguientes, se utilizaron las estrategias que Linehan (1993b) nombra como nucleares, en donde se valida la emoción que tiene la paciente. Para esto la terapeuta comentó en una de las entrevistas que en el momento de empezar a validar lo que sentía en su contexto, en como ella lo sentía y porque lo sentía así, grafico la situación mediante un dibujo en donde se la situaba a ella en un círculo central y pequeños círculos en la órbita que representaban a todas sus relaciones, que al estar por fuera del círculo no podían sentir de la misma forma que ella. El grafico la tranquilizó y pudo entender mejor lo que le pasaba desde su perspectiva.

Otra de las estrategias nucleares son la de resolución de problemas, para esto se utilizó la intervención que Wainstein (2006) nombra como accionar sobre la pauta, para así ir cambiando la frecuencia, el lugar o el momento del día en que sucedía el problema, aquí se trabajó sobre el momento en que tomaba por demás, el cual siempre sucedía en la cama antes de dormir. Si bien había bajado la cantidad de días en que lo hacía, en una de las sesiones se le prescribió que lo intentara en otro sitio de la casa, para así poder controlar el accionar, esto bajo aún más la intensidad de este comportamiento.

Una vez allanado el camino, se pasó a trabajar con la regulación de las emociones propiamente dichas. Como menciona Linehan (1993b), lo primero que se realiza es la identificación y etiquetamiento de las emociones. Para ello se le dijo a la paciente que en los momentos en que tenga un malestar grande, intente escribir en una hoja que era lo que estaba pensando en ese momento, siendo ésta una intervención llamada prescripción directa (Haley,

1976), para así poder trabajar los diferentes pensamientos que le surgían a través de las emociones y así poder ir etiquetándolas de manera correcta.

Con esto se trabajó sobre cuáles fueron los motivos que le llevaron a sentir eso, quienes estaban presentes, toda la sensación física que se presentaba y que es lo que ella hacía en ese momento. Este trabajo para Linehan (1993b) ayuda para poder hacer el etiquetamiento de las emociones. En una ocasión, se trabajó con la angustia que le generaba el viajar en avión o el subir a un escenario, Mercedes sentía taquicardia, sudoración de las manos, dolor de estómago y miedo a que le suceda algo malo o que no cante bien. Para normalizar todas estas sensaciones, se le dijo que eran muy comunes en la mayoría de las personas, que eran sustos normales y que nada tenía que ver con su situación.

Otra de las identificaciones que marca Linehan (1993b) son las de los obstáculos para el cambio de las emociones, en donde se trata de cambiar las conductas que tienen la finalidad de comunicar algo o también la de influenciar para controlar a los demás, para validar sus interpretaciones de los eventos. Se trabajó en ver que es lo que ella hacía ya sea para decir algo, controlar o validar alguna emoción, en donde se dio cuenta en que constantemente lo que realizaba en los momentos en que alguien podía llegar a dejarla era amenazar con que se mataría. Ante esto se le preguntó por qué ella creía que era una respuesta constante a esto, a lo que contestó que “quizás lo hacía para manipular y que no la dejen”.

Con lo que respecta a la reducción de la vulnerabilidad de la mente emocional, que consiste según Linehan (1993b) en el equilibrio del paciente en lo físico y nutricional. Para ello se le prescribió que salga a correr (actividad que había dejado de hacer y que era de su agrado), se armó un plan de horarios de alimentación y horas de sueño por día. Este plan se corroboró con Daniel en la entrevista que se tuvo con él, para ver si ella lo hacía, motivando así a que acompañe en la actividad de este tratamiento. Además se solicitó la realización estudios generales para ver cómo estaba su cuerpo y si tenía algún tipo de enfermedad.

En la entrevista la terapeuta comentó que Daniel mencionó que en un principio no realizaba estas actividades, pero en el momento en que le propuso hacerlo de manera conjunta ella aceptó y lo hizo al pie de la letra.

Una de las principales tareas que se le daba semana tras semana a Mercedes era el aumentar los acontecimientos emocionales positivos como marca Linehan (1993b), como el volver a cantar y retomar las audiciones de actuación. Cada vez que Mercedes realizaba alguna de estas actividades u otras que le generen emociones positivas, debía anotarlas en una lista y con esto la terapeuta le daría como premio chocolates (le gustaban mucho), pero en caso de no hacerlo, no recibiría el premio. Esto va de la mano con el proceso de duelo que más adelante se retomará.

De este mismo modo, semana tras semana, se le prescribió a Mercedes que lleve a cabo la acción opuesta a la que estaba por realizar en el momento en que sentía alguna emoción. Como marca la autora anteriormente mencionada, más que nada se trabajó con los gestos faciales, ya que una conducta que implicara más puesta en acción del cuerpo en total le generaba una gran dificultad. Esto se pudo observar tanto en la historia clínica como en la entrevista, cuando la terapeuta comentó que en primera medida, se comenzó a trabajarlo en sesión, en donde la terapeuta comentaba algún relato y si este le generaba alegría, debía hacer gestos de tristeza, para así luego llevarlo por fuera de ella, en los momentos en que sentía algún tipo de enojo en sesión se le decía que haga una sonrisa.

En la sesión que se tuvo con Daniel él comentó que esto le generaba sorpresa y hasta causaba gracia, por lo que se le sugirió ayudarla, para no generar ningún corto circuito y así obtener un contexto en donde ella pueda realizar este tipo de conductas.

Uno de los grandes puntos que se trabajó en el tratamiento fue, como así lo marca Linehan (1993b), la utilización de técnicas de tolerancia al malestar para poder sobrevivir a las crisis y aceptar la vida tal como es, basándose en la distracción, proporcionando estímulos positivos, mejorando el momento y pensando en pros y contras. Por lo cual, se armó conjuntamente en sesión un *plan de seguridad* para los momentos de crisis. Este mismo constaba con cuatro pasos, en el cual en primera instancia se realizaban acciones que distraigan a Mercedes, en donde ella eligió el apretar un cubo de hielo, utilizar una bandita elástica en la muñeca para estirla, salir a correr, una ducha de agua fría, armar crucigramas y cantar. Si este tipo de acciones no calmaban su malestar, se proseguía al segundo paso. Este consistía en realizar un listado de pros y contras sobre lo que iba a suceder si reaccionaba. El tercer paso consistía en acudir a llamar a las personas más cercanas, los cuales eran su padre,

su novio y un amigo (se le informó tanto al padre como al novio sobre esto, para así ellos darle aviso al amigo).

El último paso (el cual se llegaba a él si nada de lo anteriormente mencionado resultaba), consistía en acudir a ayuda profesional, a través de su obra social y el SAME. Este último paso, en buena hora para Mercedes, nunca fue alcanzado. Aunque la terapeuta comentó una situación en la que la paciente pudo actuar de una forma muy óptima. En una de las crisis que tuvo, cuando acude a llamar a un amigo, ya que su novio y padre trabajaban en ese momento, éste no le contestó y en vez de aumentar su nivel de angustia, pasó al primer paso pero esta vez realizando otra actividad, registro que era lo que le iba a decir al amigo cuando se pueda comunicar con él sobre el momento que lo necesito. Ya no con el sentimiento extremo de abandono, sino el descuido del amigo, dado que ella sabía que en ese momento no estaba haciendo nada importante.

Una vez que el amigo le contestó la llamada, le pidió disculpas por haber dejado el celular en modo silencio, a lo que ella le comentó que si se comprometía a su tratamiento, que ella no tenía ningún problema en poner a otro amigo en la lista de llamados, actuando así por primera vez con tanta calma ante un hecho de este tipo. Cuando trajo esto a sesión, la terapeuta comentó que se sintió muy satisfecha con su logro, que el “tener algo de donde sostenerse (el plan) me generaba mucha tranquilidad”, pero sobre todo, el que pueda pensar mejor las cosas antes de actuar en desmedida. Tras este hecho, la terapeuta le sugirió que siga trabajando de esta forma.

#### 5.4 Descripción de las principales herramientas e intervenciones en el proceso de duelo

En este tratamiento se toma al duelo como un proceso ya que Mercedes y la terapeuta trabajan de manera activa y no esperando que las etapas pasen por su cuenta, como concuerdan diferentes autores (Poch & Herrero, 2003; Neimeyer, 2002; Worder, 1997). En donde Mercedes hace sus elecciones y pone el cuerpo en acción para poder transitarlo de manera óptima.

Este proceso de duelo fue haciéndose a la par del trabajo con la regulación e identificación de las emociones, que se presenta como primer eje de tratamiento. Como sostienen Pérez et al. (2000) el trabajo con los pacientes que son diagnosticados con TLP al

tener una fuerte dependencia emocional, la dificultad es mucho más alta que una persona que no padece ese problema, por lo que se va trabajando de manera conjunta con la regulación emocional.

Lo que primero se trabajó, con respecto al duelo, fue lo que Worden (1997) y Neimeyer (2002) llaman el *reconocer la pérdida*. Para ello se utilizaron intervenciones analógicas, como menciona Nardone y Watzlawick, (1995), en donde la terapeuta formo relatos acerca de experiencias de otras personas, las cuales pudieron empezar un duelo al hablar con sus familiares o amigos acerca del fallecido. Como a la paciente le gustaba mucho el cine, se utilizó esto para armar relatos sobre algunas películas que habían sobrellevado una muerte de una forma óptima hablando de la muerte, aceptando que ya no estaba. Además, se le sugirió algunas películas para luego trabajar sobre las sensaciones que le producían.

Una vez que pudo ir reconociendo la pérdida, se trabajó en las reacciones que le surgían luego de la pérdida, como Worden (1997) denomina normalizar la conducta que se tiene en ocasiones así, por ejemplo el llanto, la nostalgia, malhumor, desgano, etc. Esto bajó considerablemente la ansiedad de Mercedes y así pudo ir entendiendo que era algo que le sucedía a muchas personas. La terapeuta comentó que ella dijo “pensé que era locura mía, ahora veo que le pasa a todos”.

De esta misma forma, la terapeuta comentó como se utilizó el humor para que Mercedes perciba que no le afectaba solo a ella la pérdida, sino que era un dolor de muchos. Esto la llevó a encontrarse con la abuela de su difunto amigo, pudiendo reconocer que ya no estaba pero no de una forma nostálgica, sino reencontrarse con él de otro modo. Como bien menciona Neimeyer (1997) que se tiene que realizar como un desafío, el poder transformar la relación que previamente tenía.

Uno de los trabajos más fuertes en el proceso, fue lo que Worden (1997) llama adaptarse al medio en el que el fallecido esté ausente, ya que ellos cantaban juntos en el coro. A Mercedes le costaba mucho volver al coro, se trabajó en sesión con el impacto emocional que iba a sentir con el homenaje que le iban a hacer a los dos por sus años en el coro con una plaqueta, se habló del tema normalizando sobre las sensaciones que posiblemente tendría, anticipándolas para que se sienta preparada ante ellas.

Otra de las formas con que se trabajó la anticipación ante el futuro hecho fue a través de una analogía utilizando el fútbol, ya que era de su agrado y seguidora de un equipo. Se le dijo a Mercedes que en muchas ocasiones los jugadores al poco tiempo de haberse curado de alguna lesión, pueden llegar a resentirse de la misma y más aún cuando se lo exige después de mucho tiempo de recuperación a que juegue 90 minutos. Con esta analogía ella reconoció que podía llegar a tener una recaída luego de la presentación de la placa anticipándose así a lo que podía pasar.

Para trabajar lo que llaman Neimeyer (2002) y Worder (1997) el abrirse al dolor y trabajar las emociones, se realizó lo que Wainstein (2006) menciona como la ubicación en una escala, la cual va de uno (mínima sensación de tristeza) a diez (máxima sensación de tristeza) en donde Mercedes se posicionó en un 7. Ella comentó que esto la hizo pensar por el momento que atravesó, ya no con odio por esa “sensación de abandono”, sino en pensar cómo se sintió por haber perdido a una persona a la cual quería mucho. De este modo, se empezó a trabajar sobre el dolor que se sentía, más que por el odio que ella traía previamente por lo sucedido.

Siguiendo esta línea, cuando se acercaba el aniversario de la muerte de su amigo, se realizó lo que con anterioridad se mencionó como normalización (Worder, 1997), para así poder anticipar a Mercedes sobre las sensaciones que podía llegar a tener, a través de relatos sobre sensaciones que todas las personas que recorrían un proceso sentían en una fecha tan impactante para ellos. En este momento, se aumentó lo que el autor antes mencionado, se refiere como aumentar la generación emociones positivas, con esto se realizó un listado sobre todas las actividades que le generaban dichas emociones. Como ser: ver series de TV con su novio, salir a correr, cantar, volver a clases de canto y actuación, etcétera, en donde por lo menos dos veces al día, haría alguna de ellas. Dos semanas antes de la fecha se le prescribió que aumentara la frecuencia de las actividades.

Para bien de Mercedes, una vez que pasó el aniversario de muerte, la terapeuta comentó que trajo a sesión la sorpresa de que no se había percatado que había pasado, dándose cuenta tres días después.

Lo último que se trabajó en función del duelo fue su percepción a futuro, lo que Neimeyer (2002) llama reinventarse a uno mismo, en donde conjuntamente se armó una lista de proyectos a corto y largo plazo. De la misma forma, se recomendó retomar su participación en el coro, como también conseguirse un trabajo aparte para que se independice por completo económicamente de sus padres.

### 5.5 Descripción de la evolución de la paciente

A medida que Mercedes fue mejorando en toda su sintomatología, tanto de la desregulación emocional, como en el proceso de duelo, la paciente pudo ir rearmando su vida y reintegrarse a cada una de las actividades que había dejado de hacer, más que nada por el duelo. Como así también el aumento de la capacidad de manejo de la impulsividad, tomando diferentes tipos de acciones como se mencionó en los anteriores apartados, ayudada por el padre y la actual pareja. Esta evolución se pudo observar en el análisis de la historia clínica, la cual refleja que desde la sesión número ocho, Mercedes podía ir manejando mejor los momentos en que transcurría una crisis, lo que aumentaba cada vez más a medida que seguían las sesiones. El plan ante los momentos de angustias sirvió en gran medida, pero bajó la frecuencia de su uso al presentarse cada vez menos las crisis. Comprobando así las investigaciones que sustentaban cada una de las intervenciones y herramientas que se utilizaron a lo largo del tratamiento, tanto del DBT (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 1993; Linehan et al., 2006; Palacios et al., 2010) como del asesoramiento psicológico en duelo no patológico (Magaz & Camacho, 2004).

Una vez que fue evolucionando, tanto en el proceso de duelo, como en la desregulación emocional, se fueron trabajando nuevos ejes, como la formación de nuevas redes sociales por fuera del coro, retomar viejas redes que en otros momentos le habían sido útiles, y se trabajó con problemas de ciclo vital que se fueron desencadenando luego de la resolución de los primeros ejes planteados con anterioridad, como el independizarse de sus padres económicamente consiguiendo un trabajo estable, pensaba tener un hijo, por lo cual era algo que se empezaba a hablar con la pareja, trabajándose así las diferentes maneras en cómo comunicarle su deseo y si él estaba de acuerdo con el mismo, para poder armar un proyecto familiar. Con el correr del tiempo se realizó el cierre del tratamiento de manera espaciada, con encuentros en primera instancia de manera quincenal, para luego pasar a una

sesión por mes. Se sumaba alguna sesión en caso de ser necesario por algún hecho importante, dándole así de alta luego de un año y medio de tratamiento.

## 6. CONCLUSIONES

En el presente trabajo, a través de las diferentes entrevistas semi-estructuradas realizadas complementándolo con la historia clínica de la paciente, se ha procedido a describir los ejes de mayor importancia en un tratamiento de una persona con Trastorno Límite de la Personalidad, los cuales fueron descritos en gran medida.

Con lo que respecta a los objetivos, se pudo identificar con claridad cada uno de ellos, por un lado los criterios que plantea el DSM 5, la descripción de las principales intervenciones en la desregulación emocional y en el proceso de duelo. Asimismo, se pudo describir la evolución de la paciente a lo largo del tratamiento, tanto en los dichos de la paciente que se asentaron en la historia clínica, como en las menciones que se hicieron en las sesiones que se realizaron con el padre y pareja de Mercedes. Quedando en evidencia como la integración de los diferentes modelos que se tomaron aportaron una flexibilidad y posibilidad de llegada al paciente acorde a su idiosincrasia facilitando caminos y mayor comprensión de conceptos, lo que describe una buena capacidad de maniobra de la terapeuta a cargo del tratamiento.

Como limitación clara de este trabajo, se puede nombrar la imposibilidad de haber presenciado todo o parte del tratamiento, lo cual pudo haber enriquecido de manera considerable cada uno de los objetivos planteados, como también haber podido intervenir de manera activa en el tratamiento utilizando alguna de las intervenciones propuestas o quizás generando alguna otra, ya que en la institución en donde se realizó la residencia, se podía ser parte de los tratamientos elegidos por los residentes para los trabajos en un formato de co-terapeuta. En este caso no se pudo por el corto periodo de tiempo al realizar el taller de TFI al mismo momento que la residencia, tomando así un caso que ya había finalizado para poder llegar con los tiempos que exigía el taller.

Esto también va de la mano con la pérdida de información al no poder haber entrevistado a la terapeuta en el momento en que realizaba el tratamiento, como así también no poder tener un sustento fílmico de la admisión para recopilar más datos de dicha primera entrevista y poder conocer a la paciente de manera física.

Otra de las limitaciones del trabajo es la acotación de objetivos sobre el tratamiento, ya que un tratamiento de Trastorno Límite de la Personalidad lleva muchos ejes de trabajo a medida que se va avanzando con las sintomatologías del mismo, como fue mencionado en el punto 5.5 del desarrollo. En esta ocasión solo se pudieron tomar dos para poder ajustarlo a las limitaciones del trabajo final propuesto, quizás en una extensión mayor se podría plasmar de mejor manera todo el trabajo que se realiza en este tipo de caso.

En lo que se especifica a la Práctica de Habilitación Profesional realizada en la institución, se pudo realizar todas las actividades propuestas por la misma, dando la posibilidad de realizar cursos de especialización, uno de ellos que se sigue realizando en el momento, como así también las prácticas de manera activa en San Miguel, donde se puede adentrar al ambiente laboral del psicólogo clínico propiamente dicho, al cual se puede seguir asistiendo por el tiempo que uno lo vea necesario aportando de esta manera experiencia en todo tipo de problemáticas/trastornos que suelen presentar las personas.

La realización del Trabajo Final Integrador aportó mayor experiencia con lo que respecta a la recopilación de bibliografía, conocimiento sobre un tratamiento específico y, por sobre todo, la importancia de la flexibilidad en cuanto a las teorías para poder realizar un trabajo de manera más acorde a lo que necesita quien consulta, sin encasillarse en un único modelo.

En cuanto al aporte crítico, si bien en este caso se trabajó de manera satisfactoria y la paciente pudo realizar todo lo planteado, el trabajo con este tipo de patologías es de gran dificultad, ya sea por la falta de recursos que tienen estas personas, su falta de estructuración, etc. No parece ser un tipo de tratamiento que puede llevar algún terapeuta con poca experiencia. Quizás hubiese acotado los tiempos el llevar a supervisión el caso que se trató (el cual nunca fue supervisado luego de la designación del mismo). En esta misma línea, si bien no existe la terapia grupal en la institución a la que se asistió, la realización de terapias grupales podría haber aportado recursos de manera más rápida y efectiva, por lo que podría haber acertado caminos, como así lo menciona Gempeler (2008) con el entrenamiento de habilidades y Gratz y Gunderson (2006) quienes realizaron trabajos de investigación sobre esta modalidad de intervención, obteniendo mejores resultados en la integración de la modalidad grupal e individual a comparación de la terapia individual exclusivamente.

Con lo que se recopiló del trabajo, se podría pensar en futuras investigaciones sobre la integración en modelos que comparten muchos conceptos y formas de ver la realidad, como por ejemplo sumar intervenciones psicodramáticas en la modalidad grupal e individual para el entrenamiento de las habilidades, tomar diferentes programas de tratamiento desde el modelo de mente sistémico para no hacerlo tan estructurados, para así poder trabajar de manera conjunta con las redes más importantes de las personas con este tipo de trastorno, con el fin de sustentar la efectividad del eclecticismo en el ámbito de trabajo en el campo de la psicología clínica.

## 7. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a ed.). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Allen, C. (2004). Borderline Personality Disorder: Towards a Systematic Formulation. *Journal of Personality Disorder. London.* 26 (2), 126-130. Doi: 10.1111/j.1467-6427.2004.00274.x
- Bateson, G. et al. (1971) *Interacción familiar: Aportes fundamentales sobre teoría y técnica*. Buenos Aires: Tiempo contemporáneo.
- Bateson, G. (1986). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aire: Carlos Lohlé.
- Bertalanffy, L. (1998). *Teoría General de los Sistemas*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Cade, B., & O'Hanlon, W, H. (1995). *Guia breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Camacho, J. (2006). Panorámica de la terapia sistémica. FORO. Recuperado de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo33.pdf>
- Cazabat, E. (2007). Historia de la terapia estratégica y su desarrollo en la Argentina. En Kopec, D & Rabinovich, J. (Comp.). *Qué y cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 20-27). Buenos Aires: Dunken.
- Cervera G., Haro G., & Martínez-Raga, J. (2005). *Trastorno Límite de la Personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrir: Médica Panamericana.
- De la Vega-Rodríguez, I., & Sánchez-Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*, 10 (1), 45-56. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/acp/v10n1/monografico5.pdf>

- Gempeler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 37 (1), 141-145.  
Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37s1/v37s1a11.pdf>
- Gratz, K. L., Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy.* 37 (1), 25-35. Recuperado de <http://dbt-scandinavia.se/wp-content/uploads/2015/06/Gratz-Gunderson-2006.pdf>
- Haley, J. (1991). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1990). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Koons, C., et al. (2001). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in Women Veterans With Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*, 37, 380-390. Recuperado de <http://depts.washington.edu/btrc/files/Koons%20et%20al%202001.pdf>
- Magaz, A., & Camacho, S. (2004). Asesoramiento psicológico en un caso de duelo tras los atentados del 11 M. *Clínica y Salud*, 15 (3), 253-271. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617834006>
- Matthies, S. A., & Philipsen, A. (2014). Common ground in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Borderline Personality Disorder (BPD) review of recent findings. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* 1 (3), 3-7. Recuperado de <http://www.bpded.com/content/pdf/2051-6673-1-3.pdf>
- Millon, T., & Davis, R. D. (1998). *Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Mosquera, D. (2000). *Folleto informativo de LOGPSIC*. Recuperado de <http://www.centrologpsic.com>.
- Mosquera, D. (2004). *Diamantes en Bruto I. Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad. Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares*. Madrid: Pléyades, S.A.

- Mosquera, D. (2011). Trastorno límite de la personalidad. Una aproximación conceptual a los criterios del DSM. *Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. 1 (1), 5-18. Recuperado de [http://www.psicociencias.com/pdf\\_noticias/trastorno\\_limite\\_de\\_la\\_personalidad.pdf](http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/trastorno_limite_de_la_personalidad.pdf)
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (1995). *El arte del cambio*. Barcelona: Editorial Heder.
- Neimeyer, R.A. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.
- Nieto, T. E. (2006). Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y tratamiento. *Intellingo*, 1 (1), 4-20. Recuperado de [http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo\\_doc8506.pdf](http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc8506.pdf)
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*. 48 (12), 1060-1064. Recuperado de <http://depts.washington.edu/btrc/files/Linehan%20et%20al%201991.pdf>
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*. 50 (12), 971-974. Recuperado de <http://depts.washington.edu/btrc/files/Linehan%20et%20al%201993.pdf>
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., & Heard, H. L. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63 (7), 757-766. Recuperado de <http://depts.washington.edu/btrc/files/Linehan%20et%20al%202006.pdf>

- Palacios, A. et al. (2010). Estudio preliminar sobre la eficacia de la terapia Dialectico-Comportamental en personas diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad y bulimia nerviosa. *Psicología Conductual*, 18 (1), 197-216. Recuperado de [http://www.researchgate.net/publication/236969948\\_Estudio\\_preliminar\\_sobre\\_la\\_eficacia\\_de\\_la\\_terapia\\_dialctico-comportamental\\_en\\_personas\\_diagnosticadas\\_de\\_trastorno\\_lmite\\_de\\_la\\_personalidad\\_y\\_bulimia\\_nerviosa](http://www.researchgate.net/publication/236969948_Estudio_preliminar_sobre_la_eficacia_de_la_terapia_dialctico-comportamental_en_personas_diagnosticadas_de_trastorno_lmite_de_la_personalidad_y_bulimia_nerviosa)
- Pérez, P., Vera, H., & Criado, S. (2000). Terapia de grupo en duelo complicado: un enfoque desde los factores de cambio positivo. *Psiquiatría Pública*, 12 (3), 273-284. Recuperado de <http://documentacion.aen.es/pdf/psiquiatra-publica/vol-12-n-3/273-terapia-de-grupo-en-duelo-complicado-un-enfoque-desde-los-factores-de-cambio-positivo.pdf>
- Philipsen, A., et al. (2008). Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 118–123. Doi: 10.1192/bjp.bp.107.035782
- Poch, C., & Herrero, O. (2003). *La muerte y el duelo en el contexto educativo. Reflexiones, testimonios y actividades*. Barcelona: Paidós.
- Van den Boscha, L., Verheul, R., Schippersa, G., & Van den Brinka, W. (2002). Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, 27 911 – 923. Recuperado de <http://depts.washington.edu/brtc/files/van%20den%20Bosch%20et%20al%202002.pdf>
- Virués, J. (2004). Análisis funcional y tratamiento de un paciente con graves problemas de conducta diagnosticado de trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 207-232. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33740112.pdf>
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.

Watzlawick, P., Beavin J., & Jackson, D. (1997). *Teoría de la comunicación humana*.  
Barcelona: Herder.

Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1990). *Cambio*. Barcelona: Herder.

Worden, J. W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*.  
Barcelona: Paidós.

Zanarini, M. C., et al. (2004). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 161(11), 2111–2114. Recuperado de <http://ils.unc.edu/bmh/neoref/nrschizophrenia/jsp/review/tmp/109.pdf>