

Universidad de Palermo

Facultad de Ciencias Sociales

Lic. en Psicología

Trabajo Final Integrador:

“La alianza terapéutica con paciente TLP”

Alumna: Vegh Weis, Samantha Verónica

Tutora: Dra. Valeria Wittner.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS	4
2.1 OBJETIVO GENERAL	4
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
3. MARCO TEORICO	4
3.1 SINTOMATOLOGÍA DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.	4
3.2 TERAPIA SISTÉMICA.	7
3.3 ALIANZA TERAPEUTICA	10
3.4 INTERVENCIONES DEL MRI	12
3.5 TERAPIA DIALÉCTICA COMPORTAMENTAL	14
3.6 TRATAMIENTO INDIVIDUAL DESDE LA TERAPIA DIALÉCTICA COMPORTAMENTAL.	16
3.7 INTERVENCIONES	20
4 METODOLOGÍA	21
4.1 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO	21
4.2 PARTICIPANTE	22
4.3 INSTRUMENTOS	23
4.4 PROCEDIMIENTO	24
5. DESARROLLO	24
6. CONCLUSIONES	34
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

1. INTRODUCCIÓN

La práctica fue realizada en una institución sistémica que tiene como objetivo investigar y capacitar profesionales psicólogos en la aplicación del pensamiento sistémico y la teoría de la comunicación.

El presente trabajo se realizó en el marco de la Práctica y Habilitación Profesional V, supervisada por profesionales de dicha Fundación y de la Universidad de Palermo.

Este proceso constó de una formación teórico-práctica de 280hs efectuada en la Institución conformada por actividades como la participación en cámara gesell, observación de material fílmico de admisiones y entrevistas realizadas por profesionales, de aquí surgió el caso que se utilizó para este trabajo final integrador.

También se ejecutó la edición de videos de las entrevistas, simulaciones con los residentes y observación de encuentros de supervisión con los terapeutas de la institución y con alumnos de los cursos de formación. También se realizaron investigaciones a partir de los cuales se están realizando varios proyectos institucionales.

Se brindó atención psicológica en co-terapia con estudiantes del curso de posgrado en un centro privado de atención psicológica, así como también, se asistió a la exposistémica.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Describir y analizar los síntomas de una paciente con trastorno límite de la personalidad, el tratamiento individual y su relación con la alianza terapéutica.

2.2 Objetivos específicos

- 1) Describir como es la sintomatología de una paciente con trastorno límite de la personalidad con conductas operantes para el logro de sus objetivos y aislamiento ante eventos de la vida cotidiana.
- 2) Describir cómo es el tratamiento individual para una paciente con trastorno límite de la personalidad con intervenciones de la terapia sistémica
- 3) Analizar cuáles son las intervenciones para lograr la alianza terapéutica con una paciente con trastorno límite de la personalidad desde el abordaje DBT.
- 4) Describir como se llevan a cabo las intervenciones desde el modelo MRI para lograr una alianza terapéutica con una paciente con trastorno límite de la personalidad.

3. MARCO TEORICO

3.1 Sintomatología del Trastorno límite de la personalidad.

Como afirman Widiger, Frances, Spitzer, y Williams (1988) no está claro si el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) describe un síndrome de personalidad, un trastorno afectivo, una combinación de patologías afectivas y patologías de la personalidad, un nivel de psicopatología o una mezcla heterogénea.

En el DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013) el TLP se agrupa en los Trastornos de Personalidad del grupo B y lo define como un patrón dominante de

inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y en los afectos. También presentan impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos. Plantea que dichos patrones deben estar presentes en diversos contextos y manifestarse al menos cinco de los hechos siguientes:

1. Un gran esfuerzo por evitar el desamparo real o imaginado
2. Patrones de relaciones inestables o intensos que comienzan con una alta idealización y culminan con una alta devaluación.
3. Inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen.
4. Impulsividad en dos o más áreas que sean potencialmente autolesivas.
5. Inestabilidad afectiva debida a la alta oscilación de los estados de ánimo.
6. Sensación crónica de vacío.
7. Dificultad para controlar la ira junto con situaciones de enojos inapropiados e intensos.
8. Ideas paranoides relacionadas con estrés o síntomas disociativos graves.

Por su parte, el CIE-10 (World Health Organization, 1992) clasifica al trastorno como Trastorno de Inestabilidad Emocional de Tipo Límite, caracterizado por una alta inestabilidad emocional junto con una auto imagen, objetivos y preferencias internas confusas o alteradas. También presentan conductas autoagresivas y/o amenazas de suicidio.

En la personalidad límite descrita por Millon (Millon & Davis 1998) el sujeto sufre intensos cambios de humor endógenos, periodos de abatimiento y apatía que se intercalan con otros de enfado, ansiedad y euforia. El nivel de energía fluctúa, con alteraciones en los ciclos de sueño y vigilia y periodos de desequilibrios afectivos. La conciencia es condenatoria con pensamientos suicidas de automutilación y autodenigración. El sujeto reacciona intensamente frente a la separación y ambivalencia cognitiva y afectiva y emociones conflictivas (Díaz, 2001).

Por otro lado, Kreger (2008) realizó una compilación de características de las personas que padecen TLP en donde hace referencia a que los sujetos tienden a

presentar un pensamiento dicotomizado: o todo es bueno o todo es malo, por lo cual es muy común que prevalezcan en ellos sentimiento de vacío o sientan no tener identidad, además de ser emocionalmente inestables. Por lo general su conducta es impulsiva, tienen un odio hacia sí mismos y un miedo extremo a ser abandonados por la gente de su entorno. Estas características, en conjunto, tienen como consecuencia que descarguen su enojo contra aquellos que los rodean, con críticas infundadas y culpándolos por lo que les ocurre.

Siguiendo en la misma línea, Livesley (2000, citado en Díaz, 2001) señala algunas características de los TLP como inestabilidad en el *self*, dificultades en las relaciones, afectos y organización cognitiva además de ser altamente resistentes al cambio. Pueden también presentar sintomatología desafiante, que incluye un esquema disruptivo, endeble en los vínculos sociales (Jankowski, 2002, citado en Thomas, 2008).

Como consecuencia de este patrón desadaptativo en las relaciones sociales, es muy frecuente que sus vínculos se disuelvan con facilidad, lo cual refuerza el miedo al abandono y el maltrato, el cual es un tema central en la sintomatología de las personas que padecen TLP, trayendo consigo conductas impulsivas y reacciones emocionales tales como el aislamiento y las conductas operantes para con los demás (Thomas, 2008).

Estos rasgos de personalidad antes mencionados producen sentimientos de depresión e irritabilidad constantes que bloquean la aparición de sentimientos positivos. Sus conductas hacen que sea dificultosa la convivencia con ellos ya que son marcadamente impulsivos. Algunos deliberadamente se autolesionan o incluso tienen intentos de suicidio, pueden gastar mucho dinero y tener relaciones de alto riesgo (Contreras de la Parra, 2011).

Las personas con TLP suelen provocar un alto grado de disfunción familiar y social; uno de los aspectos que mejor les caracteriza es su dramatismo en la queja constante y exigencia de ayuda junto con su mal cumplimiento de las prescripciones terapéuticas, lo cual hace que sean percibidos como pacientes estresantes y problemáticos (Paumard, Rubio & Granada, 2007).

Blanch et al., (2005), resumen las características del TLP en el siguiente modo:

-Acciones que van al límite.

-Caída en el vacío anímico (estados depresivos y desafectivizados) y sus formas contrarias: compulsividad e hiperactividad.

-Estados emocionales en los que se busca suprimir toda sensación de dolor psíquico: duelos, frustraciones, separaciones, desilusiones, etc.

En investigaciones científicas realizadas acerca del TLP se planteó que los disturbios cognitivos y las distorsiones tales como baja autoestima, culpa y auto culpabilidad, fueron identificados como temas recurrentes con niños y adultos sobrevivientes de abuso sexual diagnosticados con TLP. Finalmente se encontró que por lo general prevalecían sentimientos de aislamiento y estigmatización en la adultez, en especial, en las víctimas de incesto (Blanch et al., 2005).

También se halló alta comorbilidad del TLP con el Eje I del DSM–IV con trastornos del estado de ánimo (depresión, distimia), con trastornos relacionados con sustancias, de la conducta alimentaria, de estrés postraumático, el trastorno de angustia y déficit de atención. El TLP se halló en 9.3% de los pacientes con trastorno depresivo mayor y distintos trastornos de ansiedad. Estos trastornos pueden complicar y empeorar el curso del TLP. En especial la comorbilidad de la depresión mayor que incrementa el número y la severidad de los intentos de suicidio. Mientras que la desesperanza y la impulsividad agresiva incrementan la conducta suicida de riesgo (Espinosa et al., 2009).

Continuando en la misma línea, una investigación en Estados Unidos arrojó resultados sobre 504 pacientes diagnosticados con TLP, el 93% (n=379) presentó comorbilidad con trastornos del estado de ánimo del Eje I del DSM–IV, datos similares son reportados por otros investigadores (Espinosa et al., 2009).

3.2 Terapia Sistémica.

El modelo de abordaje sistémico tiene sus comienzos en 1959 en la fundación del Mental Research Institute, en Palo Alto, San Francisco: esta institución se constituyó como representativa de la Psicoterapia en Estados Unidos. Este desarrollo

tiene una extensa base científica, en especial a través de la línea de trabajo impulsada por el Mental Research Institute [Instituto de Investigación Mental] (MRI) en Palo Alto, Estados Unidos (Wainstein, 2006). Sus principales referencias provienen de la teoría general de los sistemas (Von Bertalanffy, 1968), la cibernética y los desarrollos de los pragmáticos de la comunicación (Bateson, 1972; Watzlawick, Beavin & Jackson, 1971).

Existen tres grandes escuelas tradicionales dentro de la terapia sistémica: la escuela de Palo Alto, con Watzlawick y Bateson entre los más representativos, la escuela estructural, cuyo principal representante es Minuchin y la escuela de Milán con Selvini Palazzoli como su máxima figura (Feixas & Miró, 1993).

La principal característica de este abordaje es que centra sus objetivos terapéuticos específicamente en la modificación de los patrones de interacción entre las personas no considerando los trastornos como conflictos individuales sino como patologías de la relación. El punto de partida es el principio de que toda conducta es comunicación. A su vez, la persona es entendida como parte de un sistema, siendo los miembros de ese sistema interdependientes (Feixas & Miró, 1993).

De esta forma se constituyó el modelo sistémico y su forma de terapia breve, considerando el todo y las partes, interesándose por las conexiones que diferencian un sistema interrelacionado de otras partes que no ponen en esa dependencia del contexto su funcionamiento. Pensando en términos de sistema, cambiar una disposición u orden, recortar o dividir, afecta la esencia misma de aquello en lo que se trabaja, entendiendo a la persona como parte de un sistema de relaciones que lo sostiene, lo influye y lo modifica (Wainstein, 2006).

Para este tipo de terapia la comunicación es un pilar fundamental. Desde este enfoque se plantea que la comunicación interviene en todos los procesos por los cuales la gente media recíprocamente. La comunicación fue estudiada como un proceso permanente y de carácter holístico, como un todo integrado, incomprensible sin el contexto en el que tiene lugar (Bateson & Ruesch, 1984).

Bateson y Ruesch (1984) afirman que la comunicación es la base en la cual se ensamblan todas las acciones humanas. De ahí es que este enfoque inauguró una forma de comprender la comunicación mucho más amplia, ubicando la reflexión sobre ésta en un marco holístico, como fundamento de toda actividad humana (Rizo, 2004).

Siguiendo en la misma línea, Bateson (1976) propuso la noción de contexto como elemento fundamental de toda comunicación y significación, planteando que no se debe aislar el fenómeno de su contexto, ya que cada fenómeno tiene sentido y significado dentro del contexto en el que se produce.

En la obra clásica de Watzlawick, Beavin y Jackson, Teoría de la Comunicación Humana (1971), se habla de los principios básicos del sistema como la totalidad, la cual se explica afirmando el hecho de que cada una de las partes de un sistema se relaciona de tal manera que provoca cambio en el total del sistema (Watzlawick et al., 1971). A su vez, el principio de causalidad circular explica desde el concepto de retroalimentación y el de regulación desde el término de equifinalidad haciendo referencia al conjunto de elementos que dotan de estabilidad al sistema.

Desde este mismo modelo teórico, Linares (2007) propuso que una de las definiciones de personalidad es desde un enfoque relacional, el cual podría ser una perspectiva individual de la experiencia del individuo en contexto con el presente y el pasado, unido por un substrato biológico y un contexto cultural. Las partes que lo componen son:

-La dimensión individual.

-Las experiencias relacionales acumuladas: lo cual refiere a que las personas son modeladas y definidas por la relación.

-El dialogo entre el pasado y el presente (al ser parte de la historia, la experiencia relacional forma parte de la personalidad y es quién la define).

Al TLP se lo coloca dentro del descontrol de las relacionales básicas en las familias de origen de los individuos, pudiendo encontrarse dentro de espacios de

triangulaciones, las cuales surgen de formas manipulativas por parte de las familias junto con la desconfirmación, y/o de deprivaciones de parte de padres quienes no satisfacen las necesidades nutricias de los niños (Linares, 2007).

Desde este enfoque no se considera la patología como un conflicto solo del individuo, sino como patología de la relación ya que parte de que toda conducta es comunicación y que el síntoma tiene valor de conducta comunicativa dentro de un sistémica de interacción (Juan, 2006).

3.3 Alianza Terapéutica

Lambert (1992) postuló que el 40% de la efectividad terapéutica está dada por la alianza terapéutica.

La alianza terapéutica en el campo de la psicoterapia se la define como la fortaleza de cooperación entre el paciente y terapeuta el cual incluye las redes afectivas, la confianza y el establecimiento de metas (Horvath & Bedi, 2002).

Partiendo de esta base, el primer objetivo de cualquier psicoterapia, es establecer una alianza terapéutica sólida, que el paciente se sienta cómodo para abordar la problemática que dio lugar a la demanda terapéutica. Si esta alianza no se establece, el resto de la terapia no podrá llevarse a cabo (Mosquera, 2004).

Por lo cual, Luborsky en 1976, conceptualizó a la alianza como una entidad dinámica que evoluciona con los cambios de las demandas de las diferentes fases de la terapia (Corbella & Botella, 2003). Continuando en la misma línea, es por ello que Bordin (1980, citado en Horvath & Luborsky, 1993) afirmó que una alianza positiva no es curativa por sí misma, sino que es una parte que hace posible la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico.

Dadas las consideraciones previamente mencionadas, es por ello que Beck (2007) planteó que la relación terapéutica en si misma puede ser un agente poderoso de cambio, y en gran parte depende de la misma el éxito del tratamiento.

Como plantea Bordin (1976) la alianza terapéutica es un tipo de vínculo psicoterapéutico que se caracteriza por una relación favorable entre paciente y terapeuta.

Así mismo y continuando con lo planteado anteriormente, Bordin (1979) plantea que se trata de un constructo que se hace operativo por medio de los siguientes componentes: el acuerdo de objetivos de la psicoterapia y de las tareas que se lleven a cabo entre el paciente y el terapeuta, junto con el vínculo expresado por medio de la confianza y el respeto y la percepción del compromiso mutuo (Bordin, 1994).

Por lo cual, se plantea que el funcionamiento de una alianza terapéutica depende de condiciones del paciente, como del tipo de problemática que padece y de las actitudes del terapeuta para realizar aportes al vínculo (Fiorini, 2002).

Relacionar la alianza terapéutica con este trastorno surge de la pauta de que al estar constituido este trastorno por patrones desadaptativos desde su crianza, puede o no vincularse de modo efectivo con la alianza terapéutica ya que de esta depende en gran parte la efectividad del tratamiento (Linehan, 2003). La misma, es una parte esencial de la terapia dialéctica comportamental. Continuando en la misma línea, se plantea que una característica esencial de la relación terapéutica es que el terapeuta es el consultor del cliente y no de terceras personas, es decir, que el terapeuta está de parte del paciente y el hecho de que el paciente lo sienta podría favorecer el vínculo terapéutico y evitar así conductas de riesgo.

Así mismo, Mosquera (2004) plantea que trabajar sobre conductas riesgo y evitar que interfieran en la terapia, fortalece la alianza terapéutica y evita el deterioro de la misma.

Se utiliza la alianza terapéutica como un elemento esencial para facilitar la aplicación de técnicas determinadas (Corbella & Botella, 2004). La misma, es considerada una variable fundamental en el proceso de cambio y por efecto, es que la alianza no es una entidad estática sino que es un aspecto dinámico y cambiante en el que incide constantemente la percepción por parte del paciente del significado de los actos del terapeuta (Safran & Segal, 1994).

En el estudio de Orlinsky y Howard (1986) se concluye que la alianza terapéutica se encuentra más relacionada con la mejoría del paciente, que las técnicas empleadas por el terapeuta. De este modo, ciertas cualidades del terapeuta como la empatía y la calidez son variables relevantes para establecer una buena alianza. (Corbella & Botella, 2003).

Según Cruzat et al., (2013) algunas técnicas para sostener la alianza terapéutica y así conseguir el éxito terapéutico son:

-Focalizar en los aspectos positivos del paciente junto con sus capacidades y logros, más que en los aspectos negativos del trastorno. A su vez es fundamental que el paciente hable sobre su trastorno ya que el mismo tendrá resultados beneficiosos al lograr conseguir una actitud empática con el mismo.

-Constatar permanentemente la satisfacción del paciente con la terapia, para que sienta que es oído y se responsabilice del proceso terapéutico.

-Pese al clima de aceptación hay momentos en que se debe confrontar con el paciente sobre el uso que hacen de su patología y de los vínculos que generan. Se le otorga importancia a que la terapia sea co-construida para que el rol del paciente sea activo y favorece la autonomía del mismo.

Según Gabarro (1999) las consecuencias de la falta de alianza terapéutica pueden ser: tanto el retraso en la curación, recaídas o recidivas, creación de resistencia al fármaco y aparición de nuevas patologías.

Debido a la severidad del cuadro, el tratamiento del TLP se encuentra frecuentemente comprometido por el incumplimiento y la baja adherencia al tratamiento (Linehan, 1999; Koldobsky, 2004).

3.4 Intervenciones del MRI.

Desde este enfoque, Nardone y Watzlawick (1999) plantean que el proceso psicoterapéutico es una estrategia terapéutica en sí misma y propone que el supuesto fundamental es que la terapia debe ajustarse al paciente y no al revés, lo cual refiere a

que su conjunto de estrategias deben adaptarse al estilo del paciente junto con su trastorno.

Algunas intervenciones del MRI que pueden utilizarse son: aprender a hablar el lenguaje del paciente, la reestructuración, evitar las formas lingüísticas negativas, el uso de la comunicación paradójica y el uso de la resistencia. Se plantea la importancia de tener una definición del problema claro y concreto junto con el sistema disfuncional que hace que los patrones se mantengan. Resulta fundamental para el comienzo de la terapia que el psicólogo pueda comprender y aprender a hablar el lenguaje del consultante, la cual es una técnica aplicada de la psicoterapia de la Hipnosis Ericksoniana (Nardone & Watzlawick, 1999).

Los terapeutas desde el modelo MRI deben centrar el problema del consultante observando de manera clara la explicación que el paciente da sobre su trastorno de un modo claro. Resulta necesario profundizar en el conocimiento de la realidad de las personas, por la forma vaga en que algunos relatan sus problemas durante las sesiones (Nardone & Watzlawick, 1999). Los mismos definen la técnica como calcado, también tomando el método de la hipnosis Ericksoniana al darse cuenta que éste realizaba en los primeros contactos con sus pacientes sus mismos lenguajes y sus formas de representarse la realidad e incluso imitando las formas no verbales generando en los pacientes una comodidad que les permitiría de a poco el poder de influir en ellos con sus sugerencias y prescripciones, de tal modo, la técnica del calcado busca generar un modo de imitación del lenguaje (tanto verbal como no verbal) utilizado por el paciente.

La reestructuración es una de las intervenciones de persuasión más sutiles, consta en que el sujeto pueda codificar nuevamente las percepciones sobre la realidad sin que cambien el significado de las cosas, ya que, desde este modelo se plantea que la realidad queda determinada por el punto de vista del sujeto. Asimismo, dicha intervención puede tener diversos niveles de complejidad desde reestructuras cognoscitivas de las ideas o comportamientos hasta reestructuraciones paradójicas a través de metáforas (Nardone & Watzlawick, 1999).

Evitar las formas lingüísticas negativas es una estrategia de comunicación estratégica, desde este enfoque se plantea las formas lingüísticas negativas producen un efecto de rigidez en el consultante generando rechazo junto con una alta resistencia al

cambio. Se postula la importancia de que aunque la acción del paciente sea disfuncional, en lugar de criticar su accionar, gratificarlo para así poder lograr llegar al consultante para que éste pueda modificar ciertas acciones a través de la gratificación. La idea fundamental, es no culpabilizar al paciente de sus acciones para no crear resistencia al cambio (Nardone & Watzlawick, 1999).

El uso de la paradoja y la comunicación paradójica son utilizados en psicoterapia para lograr sacar la lógica que mantenga un discurso procurando modificarla. De esta manera la paradoja intenta modificar las soluciones intentadas fallidas del consultante a través de la alteración de la realidad que éste presenta (Nardone & Watzlawick, 1999).

Bateson, Jackson, Haley y Weakland (1956) postularon que este tipo de comunicación también se encontraba en la matriz de las enfermedades psicopatológicas y recurriendo a ellas también se podían modificar la patología. Bateson (1956) planteaba que lo parecido se cura con cosas parecidas. Mediante esta intervención se logra que los actos involuntarios se transformen en voluntarios a través de la paradoja junto con la prescripción del síntoma.

El uso de la resistencia desde este modelo se lo considera funcional para el cambio (Nardone & Watzlawick, 1999).

Dada la complejidad del cuadro planteada con anterioridad, desde este enfoque se plantea la importancia de trabajar de manera conjunta con la Terapia Dialéctica Comportamental dada la especificidad y dificultad que presenta este trastorno.

3.5 Terapia Dialéctica Comportamental

Según Linehan (2003) los pacientes que cumplen los criterios de este trastorno, además de un tratamiento psicofarmacológico necesitan de una terapia psicosocial, la cual se basa en un modelo de tratamiento llamado terapia dialéctica comportamental (TDC) el cuál es un método cognitivo-conductual desarrollado para este trastorno en particular y lo que hace es combinar la psicoterapia individual con la formación en habilidades. La dialéctica, como terapia conductual, tiene dos significados: define una naturaleza fundamental de la realidad y hace referencia a un diálogo y una relación

persuasiva. La dialéctica, como visión del mundo o posición filosófica, constituye la base de la TDC (Linehan, 2003).

El enfoque dialéctico se toma desde un modo sistémico en donde la realidad se entiende como una totalidad, por lo tanto el paciente debe aprender habilidades de autogestión y capacitarse para influir en su medio ambiente. Según la visión dialéctica, la realidad no es algo estático, sino un conjunto de fuerzas que se oponen entre sí (tesis y antítesis), de cuya síntesis surge un nuevo grupo de fuerzas oponentes (Linehan, 2003).

El principio fundamental de la teoría biosocial parte de que el principal trastorno en el TPL es la desregulación de las emociones, el cual es el conjunto de cierta predisposición biológica junto con un contexto ambiental invalidante. Esta desregulación sistémica está producida por la vulnerabilidad emocional previa y por el uso de estrategias inadecuadas y poco adaptativas de modulación de las emociones (Linehan, 2003)

Linehan (2003) define a la vulnerabilidad emocional por las siguientes características: una alta sensibilidad y respuestas intensas a estímulos emocionales junto con un retorno lento a la calma. La modulación de las emociones es la habilidad de inhibir la conducta inadecuada relacionada a las emociones y auto-organizarse para una acción coordinada, junto con la habilidad para que la persona pueda calmar la actividad fisiológica inducida por las emociones y conseguir concentrar la atención en presencia de las emociones. Por lo tanto esta desregulación emocional en pacientes con este trastorno es por una respuesta emocional demasiado reactiva con una incapacidad muy fuerte de modular sus emociones.

El ambiente invalidante es el que junto con una predisposición biológica y una vulnerabilidad emocional desencadenarían el trastorno, generando una manera de responder errática e inapropiadamente a la experiencia. Este tipo de familia responden ante las necesidades de estas personas de manera disonante, y estas discrepancias persistentes entre la experiencia privada de un niño y lo que aquellos que le rodean describen como su experiencia son las que hacen de estos ambientes, invalidantes. Este tipo de ambiente favorece la expresión del afecto negativo, y genera que las pacientes con TLP padezcan esta desregulación emocional (Linehan, 2003).

La relación terapéutica y el equilibrio de estrategias dentro de este enfoque proponen que la posición terapéutica consiste en centrarse en combinar aceptación con cambio, apoyo con cuestionamiento, flexibilidad y límites, énfasis en habilidades y aceptación de déficit. Se supone que el cambio se facilita al enfatizar la aceptación y la aceptación al enfatizar el cambio. La finalidad es mostrar los opuestos, tanto en la terapia como en la vida del paciente, y fomentar las condiciones para una síntesis. El objetivo final de la TDC es crear una autonomía responsable en las actitudes y los comportamientos del paciente, como los síntomas que interfieren en la actividad del sujeto, asegurar la alianza terapéutica, afrontar los problemas de la vida cotidiana, enfrentarse a los esquemas cognitivos (esperanzas, ambiciones y creencias) junto con una exploración y una reorganización psíquica más madura y saludable (Linehan, 2003).

La TDC ha sido la primera en ser evaluada empíricamente para el tratamiento de pacientes con TLP, al aplicar la TDC a mujeres que cumplían con este diagnóstico y que tenían una historia de conducta suicida crónica. Los sujetos mostraron una mejoría significativa en el comportamiento suicida, una menor tasa de abandono precoz al tratamiento, una menor cantidad de días hospitalizados en unidades psiquiátricas, una mejor adaptación social y general, una mayor reducción de la ira y sensación de control emocional y de ajuste interpersonal (Linehan Et al., 1991; Linehan, Heard, & Armstrong, 1993).

No se encontraron efectos sobre la ideación suicida, la depresión, la satisfacción con la vida en general, ni la desesperanza. En conjunto, las pacientes límite funcionaban mejor al aumentar su tolerancia al sufrimiento y el control de su comportamiento desadaptativo, pero, por el contrario, no se encontraban más felices ni satisfechas que las pacientes que seguían el tratamiento habitual (Linehan et al., 1993).

3.6 Tratamiento individual desde la Terapia Dialéctica Comportamental.

El terapeuta de las personas con TLP es quién tiene la responsabilidad y la tarea de ayudar a los pacientes en la desregulación emocional y las conductas problema, procurando reemplazarlas por otras más adaptativas mediante la enseñanza de

habilidades. Debe trabajar de manera asertiva para generar un vínculo fuerte y positivo con el paciente desde el principio de la terapia. El vínculo muchas veces es lo que mantiene la vida del paciente cuando todo lo demás falla. En las primeras fases del tratamiento se debe desarrollar un apego entre el paciente y el terapeuta, por ello se hace hincapié en la importancia de la validación de las experiencias del paciente. Ambos deben hacer un acuerdo oral sobre la asistencia a la terapia y comprometerse a llevarla a cabo (Linehan, 2003).

Palacios (2006) plantea que el programa de tratamiento se basa en una jerarquía de metas terapéuticas que se abordan en función de su importancia, y esta estructura permite un abordaje flexible en función de las necesidades de cada paciente.

La jerarquía que se establece en la terapia individual es la siguiente:

1. Conductas suicidas y parasuicidas
2. Conductas que interfieran con el curso de la terapia
3. Conductas que afecten a la calidad de vida
4. Aumentar habilidades comportamentales.

Linehan (2003) pone el énfasis en la aceptación y validación para conseguir el cambio, y puede ser de dos tipos:

1. El terapeuta encuentra el valor de las respuestas emocionales, cognitivas y conductuales del paciente.
2. Creer en la capacidad inherente del paciente para salir de la vida que lleva y construir una vida digna de ser vivida.

La TDC pone especial énfasis en el trabajo de las conductas que interfieren en la importancia de la relación terapéutica como parte integral del tratamiento (Linehan, 2003).

En el programa, la intervención se estructura en una fase de pretratamiento y en tres fases de tratamiento. El pretratamiento está dirigido al establecimiento de la relación terapéutica, de las metas y de los compromisos, y las metas siempre coinciden con la jerarquía (Palacios, 2006):

- a) Reducción de conductas suicidas y parasuicidas
- b) Reducción de conductas que amenazan el proceso de la terapia
- c) Reducción de conductas que interfieren en la calidad de vida del paciente
- d) Incrementar habilidades comportamentales
- e) Resolver estrés-postraumático
- f) Lograr autovalidación y respeto por uno mismo.

En el pretratamiento se hacen explícitos una serie de acuerdos básicos para el buen funcionamiento de la terapia, tanto desde el paciente como del terapeuta. En primer lugar se establece un compromiso de asistencia a las sesiones, dada la baja adherencia al tratamiento que poseen los pacientes con TLP. Dicha fase es esencial, porque en ella se determinan los límites de la terapia, los cuales son flexibles pero constantes y guían la terapia. Se plantea que establecerlos de una forma clara desde el principio contribuye a que el paciente acepte y no abandone el tratamiento (Palacios, 2006).

La solución de problemas constituye la estrategia de cambio básica (Linehan, 2003). A lo largo de las sesiones se analizan de forma conductual los problemas y posibles soluciones, orientando al paciente hacia la solución más óptima. La primer fase del tratamiento es donde se llevan a cabo las metas principales utilizando terapia individual, como disminuir conductas suicidas, conductas que interfieran en la terapia y en la calidad de vida, y aumentar habilidades de toma de conciencia, regulación emocional, tolerancia al malestar y habilidades sociales. Se establece una sesión individual y también consultas telefónicas para ayudar al paciente a generalizar las habilidades y las estrategias aprendidas en el curso de la terapia a la vida cotidiana. El patrón de funcionamiento que presenta el paciente se trata como un problema que está causando malestar y gran interferencia en áreas vitales importantes de la persona. A lo largo de la terapia se analizan de forma conductual los problemas, se generan y analizan posibles soluciones y se orienta al paciente hacia la solución óptima. Se pacta un compromiso para involucrarse durante un tiempo en el tratamiento como posible forma

de solución y se utilizan las técnicas terapéuticas necesarias para solucionar el problema (Palacios, 2006).

Entre las técnicas que se utilizan está la exposición, las técnicas propias de la terapia cognitiva, el manejo de contingencias, etc. En esta fase se realiza un entrenamiento de cuatro tipos de habilidades: habilidades de toma de conciencia, de regulación emocional, de tolerancia al malestar y habilidades sociales. La meta principal del entrenamiento consiste en aprender y aplicar en la vida diaria habilidades con el fin de mejorar patrones comportamentales, interpersonales, emocionales y cognitivos que causan malestar y que producen una gran interferencia en la cotidianidad de los pacientes TLP. Una de las características de estos pacientes, es que les resulta muy difícil generalizar lo que aprenden en terapia a sus vidas cotidianas. Esto resulta comprensible debido a la inestabilidad emocional que sufren e interfiere en el proceso de aprendizaje y por la rigidez e inflexibilidad característica de éste y otros trastornos de la personalidad. Por esta razón, se recomienda que las habilidades que se aprendan se practiquen en todos los contextos relevantes mientras el paciente acude a terapia, para conseguir la generalización y consolidación de las destrezas adquiridas es aprender cómo afrontar una situación negativa sin convertirla en una situación peor (Palacios, 2006)

La segunda fase está dedicada al tratamiento del estrés postraumático. Este tipo de pacientes presentan una alta comorbilidad con el trastorno de estrés postraumático. Por una parte, es frecuente encontrar experiencias traumáticas en sus historias de vida, y por otro, debido a los problemas de regulación emocional, presentan dificultades en la elaboración de acontecimientos traumáticos o pérdidas. Para el tratamiento del estrés postraumático Linehan incorpora las técnicas cognitivo-comportamentales en donde se consolidan las habilidades adquiridas en la primera fase y los pacientes tienen la posibilidad de asistir a grupos de autoayuda (Palacios, 2006).

La tercera fase tiene como objetivo la construcción del respeto por uno mismo y que aprender a validar las propias experiencias. Se trata de una fase de prevención de recaídas (Palacios, 2006).

Perseius (2006) estudió la relación entre los terapeutas que llevaban a cabo TDC y sus pacientes TLP y encontró que existía una relación directa entre la experiencia de recibir validación y la sensación de ser ayudado. Concluyó que la TDC parecía ser un tratamiento con una filosofía, contenido y estructura adecuada para aliviar el sufrimiento de los pacientes con TLP, apoyar su independencia y lograr una calidad de vida aceptable.

3.7 Intervenciones

A continuación se plantearán intervenciones desde diferentes modelos sistémicos para favorecer la alianza terapéutica con pacientes TLP y así generar tanto un clima de aceptación como la posibilidad de cambio dentro y fuera de las sesiones psicoterapéuticas.

De este modo, Fishman (1984) propone que si se quiere provocar un cambio verdadero en el paciente, se debe modificar su contexto inmediato. Plantea el concepto de perspectiva ecológica el cual refiere que los problemas del individuo se basan en las interacciones con su medio.

Las intervenciones estratégicas están dirigidas hacia el cumplimiento de objetivos pautados con el consultante (Wainstein, 2006). La solución intentada “fallida” es una intervención cuyo objetivo es interrumpir el circuito formado por las soluciones intentadas por el paciente y modificar el encuadre que él ha hecho hasta el momento para con el problema. Dicha intervención está dirigida a la reconstrucción y modificación del modo de percibir la realidad

La directividad es una intervención en la que se le solicita al paciente que haga algo con el propósito de que lo cumpla. Una forma de impartir directivas es utilizar el modelado, convirtiendo la entrevista o el terapeuta en un modelo de lo que pretende el psicólogo que el cliente se comporte mediante palabras o acciones. Las intervenciones paradójicas consisten en pedirle al paciente que haga algo con el propósito de que no lo cumpla, es decir, por el medio de la oposición. Lo que se busca mediante dicha intervención es un objetivo presentado indirectamente. Es una paradoja, la cual permite quebrar círculos viciosos y recurrentes de soluciones ya que pone en crisis el sistema de percepciones de la realidad y de sus reacciones ante ellas (Wainstein, 2006).

El uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico y analogías son un recurso para reenmarcar dentro de las sesiones. Dentro de este tipo de comunicación se incluyen tanto chistes, juegos de palabras, relatos y metáforas. Las intervenciones constructivas desarrolladas por la corriente narrativista plantean que el relato se convirtió en la metáfora organizadora para la comprensión y el trabajo del consultor. Estos relatos determinan la interacción y organización, de tal manera, un problema es una narración y a la vez una construcción social ya que es la interpretación de los hechos y de las acciones que se han adoptado a partir de una interpretación que definimos como problema (Wainstein, 2006).

Una de las intervenciones se basa en poner el acento en el significado y en cómo se genera, tanto el significado como el sentido. Se parte de la base de que las crisis se dan cuando quienes construyen estos significados tienen la sensación de que el otro no está actuando como el personaje que supone que es. La consulta desde este enfoque tiene como objetivo la reescritura de esa narración. Otra intervención se basa en la externalización que permite eliminar de cierta manera algunos efectos negativos de la rotulación social, para que el problema no recaiga en la identidad del sujeto o en su personalidad (Wainstein, 2006).

Por otro lado, algunos objetivos desde la concepción desde el modelo de personalidad de Millon serían: equilibrar las polaridades, reduciendo los conflictos entre dolor-placer; actividad-pasividad y el sí mismo-otros y, por otra parte, reducir la emocionalidad, moderar las actitudes incoherentes y adaptar los comportamientos imprevisibles. Las tres modalidades tácticas empleadas son estabilizar el comportamiento interpersonal paradójico, reconstruir la autoimagen inestable y estabilizar los estados de ánimo (Díaz, 2001).

Dichas intervenciones expresadas con anterioridad son tanto ayuda para el cambio como para continuar manteniendo la alianza terapéutica, ya que supone un no interferir con las creencias y la identidad del sujeto. Se toman aportes de la TDC para el tratamiento del trastorno mencionado dada la especificidad del cuadro, generando de esta forma un eclecticismo positivo de terapias, para así generar un tratamiento completo.

4 Metodología

4.1 Tipo de estudio y diseño: Descriptivo, caso único. Diseño no experimental.

4.2 Participante

Paciente diagnosticada con TLP a quien se la llamará Clara para proteger su identidad, la cual se atienden en la institución sistémica hace 11 meses y actualmente también está bajo tratamiento psicofarmacológico

Clara de 45 años es una paciente quién según su historia clínica posee pensamiento concreto, sin posibilidad de simbolización y con comportamiento anidado. Es oriunda de la Capital federal y actualmente vive en Talar de Pacheco, provincia de Buenos Aires en la casa de un ex novio quien supuestamente le robó 50.000 dólares y por eso ella fue a vivir allí.

En su infancia, Carlos, el padre de Clara la obligaba salir con sus amigos del trabajo quienes le tocaban el cuerpo y sus partes íntimas sin llegar a tener sexo con ella. Carlos era muy agresivo y mujeriego. La solía dejar encerrada en el armario de su casa, conducta que ella continúa imitando consigo misma cuando se deprime.

Clara estuvo sin ver a su padre 25 años, cuando se volvieron a encontraron él tenía cáncer terminal y falleció al poco tiempo. Carlos le pidió que lo cremara y tirara sus cenizas en San Isidro, ella lo cremó pero aún conserva las cenizas en su casa y cada día que las ve dice ‘‘Ahora te vas a ir cuando yo quiera’’.

Actualmente trabaja en un spa con tres amigas, fue meretriz durante 15 años y según sus palabras ya no lo hace más. Su psicóloga menciona dudar del carácter de spa en donde trabaja.

Clara es excéntrica, gastadora, adora la ropa de marca y vestir de modo ostentoso. Ella misma admite poder hacer muchas cosas para conseguir dinero. Sus características de personalidad son altamente disfuncionales, coinciden sus características con casi todos los criterios para el diagnóstico de TLP. Es altamente inestable, impulsiva, constantemente siente sensación de vacío que no logra llenar con nada y es allí donde se encierra, podría estar encerrada días, tiene dificultad para controlar su enojo e ideas paranoides.

Actualmente está en pareja con Pablo, a quien conoció en un spa en el que ella trabajaba, en donde también conoció a su actual amante quien la ayuda económicamente para solventar sus excesivos gastos y para lograr poner su propio spa.

Su amante no sabe que Clara tiene novio, pero su pareja si sabe de la existencia de su amante.

Consulta en la Institución debido a que su entorno le recomendó que haga terapia, pero ella misma refiere que esta vez lo hace también por deseo propio.

Es una paciente muy inestable emocionalmente, viene de una familia altamente disfuncional y se infiere según sus relatos que es una persona con conducta operante ya que hace muchas cosas por tener dinero como, por ejemplo, estar con su amante quien la solventa económicamente pero a ella, él no le gusta. También, presenta conductas de aislamiento las cuales fueron reiteradas a lo largo de su vida.

La admisión fue realizada por un Doctor en Psicología quien posee una amplia experiencia como psicólogo sistémico.

Luego Clara fue derivada a una psicóloga de la Institución, graduada en la Universidad de Buenos Aires, especializada en terapias breves y focalizadas con una amplia experiencia en la atención psicológica.

4.3 Instrumentos

- Historia Clínica, conteniendo la información surgida en las entrevistas de admisión y el seguimiento de los terapeutas desde la construcción del motivo de consulta, las intervenciones terapéuticas y los avances registrados durante el proceso hasta su finalización.

- Observación de material audiovisual de las entrevista de admisión

-Entrevista semi-dirigida con la terapeuta que lleva el caso para profundizar información sobre el proceso y sus sensaciones frente a la alianza terapéutica.

4.4 Procedimiento

Se observó y se trabajó con el video de la entrevista de admisión para acceder a los datos socio-demográficos, la construcción del motivo de consulta y derivación a terapeuta especializado.

Se realizaron 4 entrevistas de 40 minutos cada una, al terapeuta que está a cargo del proceso para indagar sobre el diagnóstico, las intervenciones aplicadas y su perspectiva sobre la alianza terapéutica.

5. Desarrollo

5.1 Describir como es la sintomatología de una paciente con trastorno límite de la personalidad con conductas operantes para el logro de sus objetivos y aislamiento ante eventos de la vida cotidiana.

La sintomatología presente en la Paciente, es una alta inestabilidad en todos los ámbitos de su vida junto con una gran impulsividad en las reacciones que mantenga tanto para sí como para terceros, utilizando cita literal de la paciente en sesión, ella dijo “No tengo reacción y cuando reacciono, exploto” haciendo alusión a que cuándo se siente realmente mal por algo que los demás pudieran generarle, ella automáticamente se desconecta, apaga el teléfono celular, cierra su casa con trabas, rompe cosas y se aísla.

Clara cumple con los criterios DSM 5 para el TLP, al tener 6 de los 8 criterios planteados por la American Psychiatric Association (2013) los cuales son: el gran esfuerzo por evitar el desamparo real o imaginado de su entorno, patrones de relaciones afectivas inestables con episodios de irritabilidad, angustia y ansiedad, la gran impulsividad que conlleva conductas autolesivas, inestabilidad afectiva relacionada con sus cambios de estado de ánimo y el sentimiento crónico de vacío. Cada uno de los criterios mencionados forman parte de la personalidad de la paciente, los cuales representan en ella una gran dificultad para relacionarse de manera positiva con su entorno y con ella misma, ya que su alta inestabilidad emocional junto con su miedo para evitar el desamparo por parte de sus vínculos, hace que tanto los demás como ella

no sepan cuál va a ser su reacción frente a diferentes estímulos, lo cual provoca un deterioro significativo en sus redes sociales y en ella misma.

Al inicio de la terapia se le explicó a la paciente que cumplía criterios del TLP y a continuación se le enseñó tanto el concepto de desregulación emocional como las características que posee dicho trastorno además de aconsejarle un tratamiento psicofarmacológico. Explicarle a la paciente sobre su trastorno, explicó la terapeuta: es una intervención en sí misma para que pueda lograr una toma de conciencia sobre su trastorno.

Este tipo de inestabilidad emocional y poca tolerancia fue propuesto por Kreger (2008) cuando postuló una compilación de características de las personas con TLP, planteando que tienden a presentar un pensamiento de extremo a extremo, es decir, o todo es bueno o todo es malo. Según lo relatado por la terapeuta de Clara, dichas características se hacen presentes en todos los ámbitos que la rodean en palabras de la psicóloga “Clara un día te ama y al otro día te odia, ella es así, nunca está claro que va a suceder, un día vino a terapia llorando desconsoladamente porque no encontraba a su gato a quién ella decía amar mucho, a la siguiente sesión le pregunte qué había sucedido con el gato y respondió como si no le importara que había regresado pero que lo quería regalar. Ella es así con su novio, su amante, su gato y su familia, considero que eso explica por qué ya no tiene amigas ni vínculos afectivos más allá de sus relaciones amorosas”.

A su vez, la teoría biosocial (Linehan, 2003) plantea que una parte fundamental del trastorno es la desregulación de las emociones, la cual es una mezcla de cierta predisposición biológica con un ambiente invalidante, como el que Clara tuvo en su niñez, lo cual provoca una alteración en la modulación de sus emociones. En la historia clínica de la paciente, se explica que el vínculo con su familia siempre fue muy disfuncional, un padre que hacía que sus amigos abusaran sexualmente de ella y una madre que siempre tenía novios de la edad de Clara, la cual nunca se ocupó de su hija e incluso la emancipó a los 16 años para (según palabras de la paciente) “no tener que hacerse cargo de una chica problemática como yo”.

Como se mencionó anteriormente, las reacciones desmedidas de Clara en su vida, tienen origen en su niñez: su padre solía encerrarla en habitaciones o placares cuando hacía algo que consideraba incorrecto, conducta que Clara continúa imitando cuando algo del entorno o de sí misma la afecta. Thomas (2008) afirmó que el miedo al abandono conlleva en pacientes con TLP conductas impulsivas y reacciones emocionales inestables. Estos mismos eventos suelen darse al ella sentir sentimientos de depresión que impiden la aparición y apreciación de sentimientos positivos. Continuando en la misma línea, Contreras de la Parra (2008) plantea que lo mismo sucede cuándo Clara comienza a tener conductas operantes para conseguir que le den el dinero que ella cree necesitar, gasta mucho dinero y es la misma impulsividad la que la lleva tanto al gasto como a tener relaciones de alto riesgo como la que Clara mantiene con Pablo (Su novio) y Jorge (Su amante).

En la personalidad límite descrita por Millon (Millon & Davis 1998) el sujeto sufre fuertes modificaciones de humor endógeno, periodos de abatimiento y apatía que se intercalan con otros de enfado, ansiedad y euforia. Es por ello que cuando Clara comienza con síntomas de depresión se desconecta, se aísla, no atiende el teléfono, en palabras de la paciente “Yo cuando esto con ESO me tomo unas pastillas, apago el celular, cierro las ventanas y me voy a dormir”.

Así mismo, Blanch et al., (2005) resumen algunas características del TLP planteando que suelen tener caídas en el vacío anímico mezcla entre estados depresivos y desafectivizados y su forma contraria compulsividad e hiperactividad junto con estados emocionales en los que se busca suprimir toda sensación de dolor psíquico. Según lo relatado por la terapeuta, Clara intenta suprimir la sensación de dolor y vacío a través de la compra de vestimenta para ella, con lo cual, si no tiene dinero no logra evitar esa sensación y le otorga más importancia a continuar con sus conductas operantes, las cuales pueden llegar a ser peligrosas o desadaptativas, como continuar con su amante por quien ella no siente un lazo afectivo, lo utiliza para satisfacer sus necesidades, sin que éste lo sepa.

Clara relató en las primeras sesiones que no había visto a su padre por casi 20 años y cuándo lo vio, su padre falleció al poco tiempo, y dijo “Pasaron cosas complicadas y no quise verlo más, lo quería mucho pero me daba bronca su actitud”.

La terapeuta de Clara indagó sobre el tema y le contó que fue víctima de abuso sexual de niña cuando su padre la llevaba a encuentros con sus amigos quienes le tocaban el cuerpo. Así mismo, en una investigación realizada por Blanch et al., (2005) encontraron que por lo general prevalecían sentimientos de aislamiento y estigmatización en la adultez en personas que habían sido abusados de chicos. Al igual que en la investigación, Clara cumple con dichos patrones los cuales le provocan un gran deterioro de su vida personal y social.

5.2 Describir cómo es el tratamiento individual para una paciente con trastorno límite de la personalidad con intervenciones de la terapia sistémica

La terapeuta de Clara al comenzar las sesiones detectó rápidamente las dificultades de la paciente para sostener el tratamiento dada la alta inestabilidad que tienen los pacientes con TLP. El marco teórico de la terapeuta es el modelo sistémico, desde el cual se plantea que la modificación de los patrones es a través del sistema que envuelve a la persona, ya que la patología se la piensa en relación al entorno (Feixas & Miró, 1993). Es por ello que durante las primeras sesiones la psicóloga intentó generar un clima de confianza para que la paciente pueda desenvolverse con mayor confianza y fluidez, para lograr conocer el entorno que rodea a la paciente y ubicar en el contexto donde se encuentra la falla.

Como propusieron Orlinsky y Howard (1986) resultó fundamental que la terapeuta sea empática y genere calidez para poder generar un vínculo terapéutico positivo, lo cual fue decisivo para que Clara pueda desenvolverse con fluidez en las sesiones y lograr así un cambio positivo.

Linehan (2003) postuló que en las primeras fases del tratamiento se debe desarrollar un vínculo entre el paciente y terapeuta a través de la validación de las experiencias. La validación puede ser de dos tipos, tanto que el terapeuta encuentre el valor de las respuestas emocionales del paciente y que el psicólogo crea en la capacidad del paciente para salir de la vida que lleva, ambos tipos de validación fueron generadas por la terapeuta, quién en la entrevista lo menciona como un hecho fundamental para que Clara continúe el tratamiento, en palabras de la terapeuta “Yo le tengo fe, tiene

herramientas y vamos a intentar con ellas armar una buena salida para que ella este bien”. Así, al validar las experiencias de Clara al darle respuestas emocionales positivas a sus relatos, se puede continuar con la terapia y reducir el abandono de la misma.

Las sesiones intentaron ser estructuradas, como plantea Palacios (2006) partiendo desde el pretratamiento en donde se focaliza en acordar algunos aspectos básicos para que el tratamiento funcione tales como el compromiso de asistencia a la terapia, el cuál es esencial dada la baja adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con TLP, de la misma forma se busca analizar de forma conductual los problemas y sus posibles soluciones para orientar al paciente. En este caso, se buscó generar esas posibles soluciones a través de intervenciones sistémicas tales como la solución intentada fallida (Wainstein, 2006) la cual consta de reconstruir el problema para detener el circuito de soluciones intentadas que genero hasta el momento, de este modo, se buscó que Clara pueda encontrar modos de respuesta diferente ante problemas similares, tales como su inestabilidad emocional en varios aspectos de su vida tanto amorosa, como en las relaciones interpersonales que constituyen la escasa red social que tiene. A la vez el uso de la directividad (Wainstein, 2006) en el momento de pensar soluciones o formas de enfrentar cuestiones, por medio del modelado en terapia. Así fue como Clara pudo enfrentar la situación de hablar con su amante sobre cuestiones de dinero, a la vez que logró poder hablar de manera acertada con novio sobre sus reacciones desmedidas. El uso del lenguaje metafórico (Wainstein, 2006) a través de chistes genera que la terapeuta pudiera decirle cosas a Clara, sin que esta las tome como agresiones, generando un buen clima produciendo la modificación del pensamiento y el uso de la intervención sobre poner el acento en el significado (Wainstein, 2006) es una estrategia del modelo narrativista, para que se reescriba el planteo de la narración, del relato del problema, ya que de esa narración muchas veces el paciente puede construir otro significado. En el caso de Clara se intentó a través de esta intervención que ella logre dejar de echar culpas de sus problemas y que comience a hacerse cargo de los mismos. La terapeuta comentó la dificultad de que clara pueda entender las conductas de riesgo que tiene, como vivir en una casa que no es de ella, aunque ella justificaba que era porque el hombre le debía dinero, a través de la intervención de la reescritura del planteo se logró que Clara comprenda la peligrosidad de sus actos y que no puede vivir en un terreno usurpado sin papeles ya que podría incluso ir presa. Clara lo pudo re-

pensar y comprender la gravedad de sus actos, que según ella, nunca lo había pensado de esa manera.

A su vez, dentro de la primera fase del tratamiento como plantea Palacios (2006) es donde se llevan a cabo las metas principales que interfieren con la terapia y la calidad de vida del paciente y a su vez, aumentan las habilidades de toma de conciencia, regulación emocional, tolerancia al malestar y habilidades sociales. Estas metas que interfieren en la terapia fueron tomadas en cuenta por la terapeuta quién siempre focalizó en la importancia de evitar que Clara se aisle, por dos motivos: tanto para que no deje de asistir a terapia, como para que tome conciencia de los hechos y que no empeore su calidad de vida. Del mismo modo que se evita el aislamiento se focaliza en que la paciente tome conciencia sobre lo que sucede y comprenda que no es necesario realizarlo, al igual que se buscó que pueda satisfacer sus necesidades sin depender del dinero de su amante, que, según lo planteado es lo único que la mantiene junto a él.

La segunda fase está dedicada al tratamiento del estrés postraumático (Palacios, 2006) dada la alta comorbilidad que presentan ya que es común encontrar experiencias traumáticas en sus historias de vida muchas veces generada por sus problemas de regulación de las emociones lo cual provoca una gran dificultad en la elaboración de acontecimientos traumáticos. Clara vivenció en su niñez experiencias traumáticas las cuales revive constantemente pero le resulta difícil poder plantearlo y hablarlo, es por ello que la psicóloga le brindó un espacio para que la paciente pueda hablar de las experiencias traumáticas que vivió con su padre, para así poder elaborarlas y hablar de sus sentimientos con respecto a lo sucedido. Resultaba de importancia para la terapeuta que Clara pueda tirar las cenizas de su padre, ya que en las primeras sesiones contó que las tiene en su casa pero ella las va a tirar cuando ella quiera y no, como le solicito su padre que hiciera. La psicóloga refirió que era necesario que ella tire esas cenizas para poder continuar sin tener presente a su padre todos los días en su casa y así no re-experimentar constantemente la presencia del mismo en su hogar, ya que la misma paciente afirmó que su sola presencia le hacía mal.

La tercera fase tiene como objetivo la construcción del respeto por uno mismo y aprender a validar las propias experiencias. Otro objetivo es comenzar a plantearse y perseguir metas vitales realistas en distintas áreas como el trabajo, la familia, la pareja, etc. Se trata en definitiva de una fase de prevención de recaídas (Palacios, 2006). Dicha

fase no se pudo constatar en el material ya que aún no se pudo poner en práctica por cuestión de tiempo.

5.3 Analizar cuáles son las intervenciones para lograr la alianza terapéutica con una paciente con trastorno límite de la personalidad desde el abordaje DBT.

Como plantea Mosquera (2004) el primer objetivo de cualquier psicoterapia es establecer una alianza terapéutica fuerte para que el paciente se sienta contenido para abordar sus problemas, en palabras teóricas fue lo que explicó la terapeuta en una de las entrevistas, focalizando en la importancia de generar una alianza terapéutica positiva para trabajar con todos los pacientes y en especial con Clara, dada su alta inestabilidad emocional. Se plantea también que si esta alianza terapéutica no se establece, el resto de la terapia no podrá llevarse a cabo. Así mismo se afirma que dicha alianza terapéutica no es curativa por sí misma, sino que hace posible la aceptación y el seguimiento del trabajo psicoterapéutico (Bordin, 1980, citado en Horvath & Luborsky, 1993). Dentro de lo relatado por la terapeuta, explicó la importancia del clima de aceptación y confianza para que Clara continúe en terapia al igual que sirvió de apoyo esta alianza terapéutica para poder aplicar las intervenciones, las cuales formarían una estrategia en psicoterapia para el cambio.

Desde DBT se enfatiza en que el terapeuta debe trabajar de manera asertiva para generar un vínculo positivo desde el comienzo de la terapia. Es por ello que se hace hincapié en la importancia de la validación de las experiencias del paciente (Linehan, 2003). Desde este mismo enfoque se plantea que una característica esencial de la relación terapéutica es que el terapeuta es el consultor del cliente y no de terceras personas y que el paciente lo sienta podría favorecer el vínculo terapéutico y evitar así conductas de riesgo. Es gracias a esta característica, que Clara pudo avanzar dentro de la terapia, ya que al principio desconfiaba de que la terapeuta pudiera no estar de su lado, cuestión que pudo constatar en la historia clínica: según la terapeuta las primeras sesiones le resultaba difícil que la paciente exprese sus pensamientos y cuente su historia dada la alta desconfianza hacia la terapeuta ya que tenía miedo a que la misma le cuente sus intimidades a su familia. Una vez que se logró generar confianza pudo

desenvolverse con mayor confianza y fluidez para hablar de sus problemas, sin sentir miedo.

Como Plantearon Corbella y Botella (2003) la alianza terapéutica es un facilitador para aplicar las intervenciones necesarias dentro del tratamiento. Así mismo, Safran y Segal (1994) plantearon que la alianza terapéutica es tanto facilitadora para aplicar intervenciones como para el proceso de cambio. Gracias a que se generó la alianza terapéutica se pudieron utilizar ciertas intervenciones explicadas anteriormente las cuales facilitaron la modificación en la paciente.

En la entrevista la terapeuta de Clara relató que desde las primeras sesiones siempre intento generar un clima de aceptación para que la paciente se sienta segura y continúe el tratamiento de forma positiva, conteniendo y validando las experiencias que Clara contaba al igual que le aseguró que todo lo que decía dentro de las sesiones pertenecía al secreto profesional, de esta manera Clara se pudo sentir segura de comenzar a hablar. Así mismo, Linehan (2003) plantea que la relación terapéutica y el equilibrio de estrategias proponen que la posición del terapeuta debe centrarse en combinar tanto la aceptación con el cambio, apoyo con cuestionamiento, flexibilidad y límites. Por lo cual lo primordial en terapia con TLP es generar un clima de aceptación para luego poder hacer énfasis en el cambio de un modo ameno, evitando siempre la resistencia al cambio del paciente o el abandono del tratamiento. Es por ello, que la terapeuta de Clara intento en todo momento generar un vínculo de confort y seguridad en donde la paciente pudiera desenvolverse con fluidez, sin sentirse juzgada para luego poder confrontar con Clara sobre sus vínculos y reacciones desmedidas, esto mismo figura dentro de la historia clínica, donde se ejemplifica que al pasar las sesiones y tener un vínculo psicoterapéutico positivo la terapeuta pudo enfrentar a Clara y hacer que ella misma hable tanto de su infancia como de sus relaciones de alto riesgo.

Las intervenciones que plantean Cruzat et al., (2013) para generar una alianza terapéutica fueron utilizadas por la terapeuta de Clara. Algunas de ellas fueron: focalizar en terapia los aspectos positivos del paciente junto con sus capacidades y logros, durante las sesiones se le mostró a Clara sus aspectos efectivos y eventos en donde se hayan vivenciado logros gracias a su capacidad de resolución y actuación frente a

determinadas situaciones y a su vez explicarle a la paciente beneficios sobre conversar sobre su trastorno y generar empatía con los aspectos dolorosos del paciente. De esa manera la terapeuta en una sesión decidió sentar al TLP en una silla, para que la paciente pueda conversar con el trastorno, y vivenciar de manera positiva las cuestiones que lo involucran, de tal modo que la paciente pudo generar cierto tipo de empatía con el trastorno para poder así hacerlo más tangible y permitir la modificación sobre ella con su trastorno (Cruzat et al., 2013)

Otra intervención es constatar permanentemente la satisfacción de la paciente con la terapia; así sienten que sus necesidades y puntos de vista son tomados en cuenta, se responsabilizan del proceso y permite evaluar y reparar los aspectos negativos (Cruzat et al., 2013). Del mismo modo, se le mostró a Clara que su opinión sobre los temas con su pareja son tomados en cuenta ya que pertenecen a la idiosincrasia de la paciente. Dicha intervención, comentó la terapeuta, resulta de gran efectividad para mostrarle a la paciente también que es importante para la terapeuta y así continuar generando el vínculo terapéutico que permite la efectividad del tratamiento.

Además, hay momentos en los que se requiere confrontar a las pacientes sobre el uso que hacen de su enfermedad y el tipo de vínculo que generan en el otro. Lo cual permite cambiar el proceso terapéutico y la pasividad previa junto con la no confrontación. Así fue como la terapeuta decidió confrontar a Clara con el abuso que hace de su patología al encerrarse, o incluso vivir en un terreno usurpado, se trató de evitar que la paciente justificara su actuar con su patología. Es así que se demuestra que la terapia es co-construida entre el paciente y terapeuta para así lograr un rol más activo de la persona y a su vez que sus metas se correspondan con las capacidades del paciente además de generar autonomía y que el paciente no dependa solo del terapeuta, sino que él mismo pueda responsabilizarse del tratamiento y de su vida (Cruzat et al., 2013)

5.3 Describir como se llevan a cabo las intervenciones desde el modelo MRI para lograr una alianza terapéutica con una paciente con trastorno límite de la personalidad.

Desde el modelo MRI se plantea que se debe centrar el problema del paciente observando de manera clara la explicación que el paciente realiza sobre su problema, para así tener más conocimiento sobre la dificultad que presenta. Partiendo desde este enfoque la terapeuta focalizó en dicha premisa para comenzar a utilizar las intervenciones de modo acorde con el problema propuesto por la paciente. A su vez se plantea la importancia de que la terapia debe ajustarse al paciente (Nardone & Watzlawick, 1999). Lo cual es fundamental y aún más importante tratándose de pacientes tan complejos como Clara, en donde cada intervención debe llevarse a cabo con gran delicadeza al tratarse de una paciente con una alta inestabilidad emocional.

De este modo la psicóloga de Clara planteó utilizar algunas intervenciones planteadas por Nardone y Watzlawick (1999) que generen alianza terapéutica y a su vez, cambio en el sistema de comunicación que tiene la paciente. Es por ello que la terapeuta comenzó con la intervención de hablar el lenguaje del paciente planteada por Nardone y Watzlawick (1999) en donde se busca generar un clima en el que tanto el paciente como el terapeuta logran hablar el mismo lenguaje para tener una mejor comunicación y hacer que el paciente se sienta cómodo y comprendido a su vez, lograr que dentro de la comunicación los significados sean comprendidos por ambas partes junto con la técnica del calcado la cuál dentro de las primeras sesiones puede generar resultados positivos. Consta de que la terapeuta calque de manera coherente y positiva el mismo lenguaje tanto verbal como no verbal junto con el modo de representar la realidad que tiene la paciente lo cual provoca en la paciente una gran comodidad, lo cual le permitió a la terapeuta poder influir de manera positiva en Clara. Los ejemplos más específicos que pudo relatar la terapeuta fue por ejemplo decir palabras que Clara repetía constantemente como el "Ajá" y "vos entendés", al igual que intentó realizar los mismos gestos con los ojos y la boca, ya que eran manierismos que la paciente utilizaba al hablar de sexualidad o de cuestiones íntimas. Desde esta misma línea, la terapeuta utilizó también la reestructuración del planteamiento del problema para que Clara pueda codificar las percepciones que tiene sobre la realidad sin que se modifique el significado de las cosas, partiendo desde la mirada de este enfoque ya que plantea que la realidad queda determinada por el punto de vista del paciente. Evitar las formas lingüísticas negativas es una intervención muy importante dentro de la comunicación ya

que las mismas producen rigidez en el paciente y lograr evitarlas logra generar más confianza con la paciente y no forjar resistencia. Es por ello que en las entrevistas que se mantuvieron la terapeuta intentó siempre no utilizar formas negativas para referirse a las vivencias de Clara, sino otorgarle mayor importancia a los efectos positivos que la misma realizaba, como por ejemplo, felicitarla cuándo a pesar de sus ganas, no se encerraba, ni tampoco solicitaba dinero de su amante para gastarlo.

Por otro lado, el uso de la comunicación paradójica fue un recurso que utilizó la terapeuta para poder hacer que Clara comprenda ciertas cuestiones que de forma directa, podrían generar cierta resistencia. La finalidad es que Clara comprenda de una manera indirecta y paradójica los actos disfuncionales que comete junto con la descripción de los síntomas.

La idea fundamental es que una vez generado el vínculo terapéutico se puedan generar intervenciones cada vez más complejas de modo tanto indirecto como directo, para llevar a que el paciente pueda realmente modificar sus pensamientos y así también ver nuevas formas de afrontar la realidad, producto de su propia modificación de la realidad.

6. Conclusiones

El caso utilizado para este trabajo final integrador es de una paciente con TLP, cuyo trastorno consta de una predisposición biológica en conjunto con un ambiente invalidante. Dicha combinación da como resultado una amplia desregulación emocional la cual produce una alteración en la vida de los pacientes (Linehan, 2003). En el caso de la paciente Clara, su inestabilidad la conduce a tener conductas de aislamiento ante eventos de la vida cotidiana junto con conductas operantes para el logro de sus objetivos. Dichas conductas de riesgo sumadas a una historia familiar complicada llevaron a que sea sumamente interesante abordar el caso en conjunto con la alianza terapéutica.

El TLP es uno de los trastornos más complejos por su elevada comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo y por su poca adherencia al tratamiento (Linehan,

2003) por lo cual resulto de interés relacionar ambos temas con el fin de determinar cuáles podrían ser las intervenciones más acertadas para generar un vínculo terapéutico positivo y reducir el abandono de la terapia.

La terapia dialéctica comportamental está ligada íntimamente al TLP, mientras que los aportes tanto de la terapia sistémica como de los máximos exponentes sobre alianza terapéutica, no. Si bien tanto en el Manual del TLP como en la abundante bibliografía sobre este trastorno es muy rica e interesante, no pudieron incluirse en este trabajo debido a su extensión.

El caso de Clara fue muy interesante para ser estudiado y fueron grandes avances los que realizó durante el tiempo en el que se pudo seguir el caso. Tuvo una buena adherencia al tratamiento gracias a las habilidades de su terapeuta en formar una fuerte y positiva alianza terapéutica. Se considera de importancia, aplicar nuevas intervenciones dentro de la terapia para que la paciente pueda disminuir conductas de aislamiento, las cuales no fueron prioridad para ser abordadas por la terapeuta, quien focalizo la terapia mayormente en otras dificultades de Clara, tales como su conducta operante o su alta inestabilidad emocional.

Fue de gran importancia conocer la efectividad de las intervenciones tanto sistémicas como del DBT para ayudar a generar y mantener la alianza terapéutica generando así cambios en los patrones de la paciente.

Una de las limitaciones que se encontró fue la escasa cantidad de material sobre el caso de este trabajo final integrador, lo cual genera una falta de información que podría ser rica para explicar tanto el caso como las variables que conforman este trabajo. Otra limitación fue la poca cantidad de estudios empíricos relacionando las variables TLP y alianza terapéutica, ya que ambas variables por separado están desarrolladas empíricamente, pero no en relación, lo cuál sería importante para poder lograr conocer empíricamente cuál sería el mejor modo de abarcar la alianza terapéutica con pacientes TLP junto con intervenciones que favorezcan la misma. Por lo cual, se considera necesaria la realización de mayores investigaciones que unan tanto la alianza terapéutica como el TLP y que arrojen resultados significantes sobre cómo generarla utilizando determinadas estrategias

Más allá de dicha limitación fue sencillo sobrellevarla gracias al gran desarrollo científico que tienen ambas variables aisladas.

Continuando en la misma línea, otra limitación fue la poca información que brindó la terapeuta sobre el caso. Hubiera sido interesante contar con más información de la paciente, como su vínculo con su familiar más allá de su padre, el desarrollo de las sesiones en profundidad y los resultados que arrojaron cada intervención en las experiencias de la paciente. De la misma manera, hubiera resultado interesante poder haber tenido una conversación con la paciente para saber de manera asertiva su manera de vivenciar la alianza terapéutica y su perspectiva de como resultaron las intervenciones utilizadas por la terapeuta en su vida personal.

Se consideraría de importancia plantear otras alternativas de trabajo, para pacientes como Clara. Podría haber sido de gran efecto continuar el tratamiento tal cual lo plantea Linehan (2003) en su manual, con los pasos que se disponen y sus intervenciones, y en caso de ser necesario, agregar intervenciones sistémicas, sin salirse de la premisa fundamental que plantea Linehan en el manual. Por lo cual se recomendaría en futuros casos con pacientes TLP focalizar en el manual de TLP (Linehan, 2003) y no en otras terapias que no están científicamente comprobadas que funcionan para el tratamiento de estos pacientes dada la especificidad del cuadro.

Respecto de mi participación considero que se debería haber indagado más sobre el caso, a pesar de la resistencia puesta por la terapeuta, ya que se considera de importancia haber tenido más información sobre el caso para el desarrollo.

Resulta de importancia destacar la amabilidad de los profesionales que trabajan en la Institución quienes han sido grandes colaboradores con el desarrollo del presente trabajo final integrador.

7. Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders DSM 5*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). *Toward a theory of schizophrenia*. Palo Alto: California.
- Bateson, G. (1976). *Pasos para una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohl
- Bateson, G.; Ruesch, J. (1984) *Comunicación. La matriz social de la Psiquiatría*, Paidós, Barcelona.
- Blanch, M. García Ma, González, P. Mas, E. Solé, M. (2005). *Familia, sociedad y Trastorno Límite de Personalidad*. Barcelona, España: Fundación ACAI-TLP Associació Catalana per l’Ajut i la Investigació del Trastorn Límit de la Personalitat.
- Beck, J. (2007) *Terapia cognitiva para la superación de retos*. Barcelona: Gedisa.
- Bordin, E. S. (1979). *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 1979,16, 252-260.
- Bordin, E. S. (1994). *Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions*. En A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 13-37). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Contreras de la Parra, C.(2011) ‘‘Trastorno límite de la personalidad (TLP) y entorno familiar: Características y tratamiento’’. Recuperado de <http://www.isep.es/wp-content/uploads/2014/03/Trastorno-Limite-De-Personalidad-Y-Entorno-Familiar- Caracteristicas-Y-Tratamiento.pdf>.
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*. Universidad Ramon Llull: Barcelona, España.

- Cruzat M, Claudia, Aspillaga H, Carolina, Behar A, Rosa, Espejo L, M. Catalina, & Gana H, Constanza. (2013). *Facilitadores de la alianza terapéutica en la anorexia nerviosa:: Una mirada desde la diada terapeuta-paciente*. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(3), 175-183. Recuperado en 29 de febrero de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-
- Díaz, J. (2001) *Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastorno Borderline de la personalidad*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2001, vol XXI, n.o 78, pp. 51-70
- Espinosa, Javier Jaime, Blum Grynberg, Bertha, & Romero Mendoza, Martha Patricia. (2009). *Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría*. *Salud mental*, 32(4), 317-325. Recuperado en 29 de febrero de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000400007&lng=es&tlng=es.
- Feixas, G. y Miro, M. (1993) *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Gabarro, M. B. (1999). *El cumplimiento terapéutico*. España: Pharm care
- Horvath, A.O. & Luborsky, L. (1993): The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), 561-573.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002) *The alliance*. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work*. Oxford, UK: Oxford University Press
- Juan, L. C. (2006). *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. San vicente (Alicante): Editorial Club Universitario
- Kreger, R. (2008). *The esencial family guide to Borderline Personality Disorder. New tools and techniques to Stop Walking on Eggshells*. EUA: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.

- Linares, Juan Luis. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud*, 18(3), 381-399. Recuperado en 27 de abril de 2016, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000300008&lng=es&tlng=es
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Madrid: Paidós.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M, Armstrong, H. E, Heard H. L (1993) *Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients*. *Archives of General psychiatry*, 50, 971-974
- Minuchin, S.& Fishman, H. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Argentina: Paidos.
- Millon, T. & Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Mosquera, D. (2004). *Abordaje terapéutico del trastorno límite de la personalidad*. La Coruña: España.
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (1999). *Arte del Cambio*. Barcelona: Herder.
- Orlinsky, D. & Howard, K. (1986). *Process and outcome in psychotherapy*. En S. L. Garfield y A. E. Bergin, *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Paumard, C., Rubio, V., & Granada, J. M. (2007). *Programas especializados de Trastornos de Personalidad*. *Norte de Salud mental*, 7(27).
- Pieró, A; Cairo, E; & Ferrero, A. (2013) *Personality dimensions and Working Alliance in subjects with Borderline Personality Disorder*. *Revista de Psiquiatría y Salud*

Mental (English Edition), 6, 17-25.

Rizo, M. (2004). El camino hacia la nueva comunicación. Breve apunte sobre las Aportaciones de la Escuela de Palo Alto. *Razón y Palabra. Revista electrónica*, (40).

Safran, J.D. & Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós

Thomas, A. (2008). *An exploration of the relationship between childhood sexual abuse, caregiver support, and maladaptive cognitive schema among incarcerated women*. Trabajo de grado, Doctorado en Filosofía, The Graduate Faculty of The University of Akron, EEUU.

Von Bertalanffy, L. (1968). *General systems theory: Foundations. Development, Applications*. New York: Braziller

Watzlawick, Paul; Beavin, Janet H.; Jackson, Don D. (1971) *Teoría de la comunicación humana*, Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires.

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

Widiger, T. A., Frances, A., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (1988). *The DSM-III-R personality disorders: An overview. American Journal of Psychiatry*, 145(7), 786-795.