



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

**Abordaje de un caso de comportamiento autolesivo desde el Modelo Estratégico del
MRI**

ALUMNA: Costa, Priscila

TUTOR: Traverso, Gregorio

BUENOS AIRES, 22 DE FEBRERO DE 2021

Índice

1- Introducción	4
2- Objetivos	5
2.1 Objetivo general	5
2.2 Objetivos específicos	5
2.2.1. Objetivo específico 1	5
2.2.2. Objetivo específico 2	5
2.2.3. Objetivo específico 3	5
3-Marco Teórico	5
3.1 Enfoque estratégico: El Modelo de Palo Alto del Mental Research Insitute (MRI)	5
3.1.1 Breve recorrido histórico	5
3.1.2 Principales fundamentos del modelo de Terapia Breve Focalizada	10
3.1.3 Más acerca del concepto de cambio	12
3.1.4 Intervenciones psicoterapéuticas desde el modelo MRI	15
3.2 Trastorno Límite de la Personalidad	19
3.2.1 Criterios diagnósticos	19
3.2.2 Conceptualizaciones	21
3.2.3 La Autolesión No Suicida y la Desregulación Emocional	23
3.2.4 Abordaje del TLP y el comportamiento autolesivo desde el enfoque de la Terapia Breve.	26
4- Metodología	28
4.1 Tipo de estudio	28
4.2 Participantes	28
4.3 Instrumentos	29
4.4 Procedimiento	29

5- Desarrollo.....	30
5.1 La queja inicial que presenta la paciente y el motivo de consulta construido a partir de la misma.....	30
5.2 Las intervenciones llevadas a cabo por la terapeuta durante el tratamiento.....	33
5.3 El cambio que se produjo en la consultante como consecuencia de las intervenciones implementadas.....	37
6- Conclusiones	41
6.1 Resumen del desarrollo	41
6.2 Limitaciones	42
6.3 Perspectiva crítica y aporte personal	43
6.4 Nuevas líneas o problemas de investigación	45
6- Referencias bibliográficas.....	45

1- Introducción

El presente trabajo es producto de la Práctica de Habilitación Profesional realizada en una institución especializada en Terapia Breve Focalizada, Modelo de Palo Alto del MRI (Mental Research Institute). Dicha institución cuenta con espacios de atención psicoterapéutica individual, de pareja y familiar. Para llevar esto a cabo, cuenta con un plan de atención privada, en el que se ofrece un amplio abanico de horarios, y otro plan denominado “solidario” en el que se brinda atención a cambio de un bono económico y horarios reducidos. La atención psicoterapéutica del plan solidario es generalmente facilitada mediante 10 sesiones de Cámara Gesell por un terapeuta principiante, alumno del ciclo de formación profesional de la institución, con la supervisión de todo el equipo profesional y la participación de alumnos y pasantes. La tarea principal de los pasantes es asistir a las sesiones de Cámara Gesell de dicho plan, además de realizar tareas de transcripción y subtítulo de sesiones grabadas, tareas de inventario de la biblioteca, como así también tareas administrativas de distinto tipo. Los pasantes además tienen acceso a reuniones del equipo de supervisión y a las historias clínicas de los pacientes del plan solidario. El caso elegido surge de la observación de sesiones de Cámara Gesell y corresponde al caso de una mujer de 31 años, cuyo motivo de consulta gravita en torno a comportamiento autolesivo y dificultades en la regulación de emociones. El comportamiento autolesivo y la desregulación emocional suponen un riesgo para la vida de quienes conviven con ello. Hacer foco en esta temática es menester en el campo de la Salud Mental, ya que su estudio impulsa la optimización y perfeccionamiento de los tratamientos disponibles.

2- Objetivos

2.1 Objetivo general

Describir el tratamiento psicoterapéutico de una mujer joven que consulta por comportamiento autolesivo y dificultades para regular sus emociones, tomando como eje de análisis el enfoque estratégico del MRI.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1. Objetivo específico 1

Identificar la queja inicial que presenta la paciente y el motivo de consulta construido a partir de la misma.

2.2.2. Objetivo específico 2

Identificar y analizar las intervenciones llevadas a cabo por la terapeuta durante el tratamiento.

2.2.3. Objetivo específico 3

Describir y analizar el cambio que se produjo en la consultante como consecuencia de las intervenciones implementadas.

3-Marco Teórico

3.1 Enfoque estratégico: El Modelo de Palo Alto del Mental Research Insitute (MRI)

3.1.1 Breve recorrido histórico.

La terapia sistémica surge hace aproximadamente cincuenta años. Este período está compuesto por algunos momentos importantes. El primero es el momento fundante y de afianzamiento del marco teórico que dará lugar a la Epistemología Sistémica, compuesta por la Teoría General de los sistemas de Ludwig Von Bertalanffy, la Cibernética de Primer Orden propuesta por Norbert Wiener, y la Teoría de la Comunicación Humana de Paul Watzlawick, Janet Beavin y Don D. Jackson. En el segundo, se constituye el origen institucional en el que el pensamiento sistémico se aplicará a la clínica. Un tercer momento está marcado por el surgimiento de los primeros modelos teórico-clínicos (Del Río, 2012). Respecto del primer momento, es necesario recabar las definiciones y aplicaciones de la teoría general de los sistemas (Von Bertalanffy, 1986) en donde se cambia el paradigma de pensamiento individual al objeto de estudio de los sistemas. Esto implica pasar de una

mónada a una díada y conceptualizar los procesos como emergentes de totalidades (Wainstein, 1997).

Al respecto, Bateson (1985) se hará eco de este avance para dar mayor forma a su teoría que lo llevará a pensar en sistemas mentales.

Para Watzlawick, Bavelas & Jackson (1991), la interacción puede considerarse como un sistema y los sistemas interaccionales se pueden comprender a través de la teoría de los sistemas generales. Dado que cualquier objeto es distinguible por sus atributos, dichos objetos pueden ser humanos y sus atributos, conductas comunicacionales.

En cuanto a los aportes de la teoría cibernética de Wiener, los conceptos de retroalimentación y de circularidad (interdependencia entre los componentes de un sistema), pensados desde la misma, posibilitarán las primeras concepciones acerca de qué es un cambio (Wainstein, 1997). Por su parte, W. Ross Ashby, en sus contribuciones a la cibernética moderna, explica dos niveles para el cambio. Observa, por una parte, que los organismos vivos son capaces de alterar los comportamientos respondiendo a variaciones menores del entorno, como, por ejemplo, el mantenimiento de la temperatura corporal óptima, y, por otra parte, también tienen la capacidad de cambiar el medio para la variación de comportamientos, como, por ejemplo, el caso de las aves que migran a geografías más cálidas en invierno. Esta retroalimentación permite a los organismos sobrevivir a cambios radicales y a fluctuaciones repentinas. Ashby llama “cambios de primer orden” a estas respuestas capaces de corregir oscilaciones menores, y “cambios de segundo orden” a los comportamientos de respuesta a las variaciones radicales del entorno (Hoffman, 1987). De manera análoga, el sociólogo Maruyama en 1968 propone dos tipos de cibernéticas. La primera cibernética tiene que ver con la homeostasis, un proceso que implica mantener el statu quo de un sistema determinado por medio de la retroalimentación negativa. Esta se refiere al proceso por el cual un organismo vivo intercambia información con el medio de manera recursiva y, a su vez, se autorregula para no alterar la relación con él. La segunda cibernética, por otro lado, está estrechamente ligada al cambio, ya que se refiere a un proceso de cambio denominado morfogénesis que se da por la retroalimentación positiva, en donde el organismo se alimenta de la información del medio, pero cambia su manera de responder a este (Villarreal-Zegarra & Paz-Jesus, 2015).

Watzlawick (1976) apoyándose en una simplificación de la teoría de grupos y en la teoría de los tipos lógicos para explicarlo, discute que existen dos tipos diferentes de cambio. Por un lado, está el cambio que tiene lugar dentro de un sistema determinado y que no resulta modificado por el mismo, que denomina cambio $_1$ y, por el otro, un cambio cuya ocurrencia cambia dicho sistema, al que denomina cambio $_2$. Entonces, explica que a nivel del cambio $_1$, los grupos no varían, es decir, las cosas cambian para que no cambie nada, pero que estos grupos están abiertos al cambio en el nivel del cambio $_2$, esto es, cambios en las reglas que rigen su estructura u orden interno. El cambio $_2$ tiene siempre cualidad de salto lógico o de interrupción y, por esa razón, es esperable que, en su ocurrencia, el cambio $_2$ se asemeje a una paradoja o a una secuencia ilógica.

En 1965, Paul Watzlawick, Janet Beavin Bavelas y Don D. Jackson, publican “Teoría de la comunicación humana”, en donde abordan las influencias directas de la comunicación humana sobre el comportamiento, con especial atención a los problemas conductuales. A lo largo de la obra, abordan el marco de referencia de la comunicación humana y sus reglas, los axiomas de la comunicación y las patologías asociadas a ellos, los efectos de la comunicación paradójal en la conducta, la teoría del Doble Vínculo y su aporte para comprender la comunicación esquizofrénica. Además, profundizan en los efectos terapéuticos de las intervenciones paradójales (Watzlawick et al., 1991). En la misma obra, los autores, gracias a la guía de Bateson, homologan el concepto de información de la teoría homónima de Claude E. Shannon y Warren Weaver al de comunicación, proponiendo un leve cambio en la definición y postulándola como una “diferencia que genera una diferencia” (Wainstein, 1997, p. 58).

Para finalizar este momento de construcción y aportes estarán presentes hacia fines de la década de 1970, por un lado, la construcción del modelo mental propuesto por el antropólogo inglés Gregory Bateson quien, al integrar estas teorías, propone una nueva visión del ser humano y de su conducta, así como de los organismos vivientes en general (Wainstein, 1997). Por otro lado, la Cibernética de Segundo Orden de Heinz von Foerster, Humberto Maturana y Francisco Varela, por mencionar sólo algunos autores, dará lugar posteriormente al surgimiento de las Terapias Posmodernas, a saber: la terapia narrativa, la terapia conversacional y la terapia feminista (Del Río, 2012).

Respecto del segundo momento, hacia fines de la década de 1950 del siglo pasado, tiene lugar el Proyecto Bateson, una investigación que reúne a Gregory Bateson, Don D. Jackson, John Weakland y Jay Haley, y tiene como objetivo el estudio del rol de la comunicación en el comportamiento humano. Como producto de esta investigación se publica el célebre artículo: “Hacia una teoría de la esquizofrenia” (Serrat, Kiskeri, Diaz & Schlanger, 2018). Este trabajo, publicado en 1956, describe por primera vez los efectos de la paradoja en la interacción humana. Dichos investigadores, plantean la comunicación esquizofrénica con un enfoque novedoso, distinto de aquellas posturas que argumentan que involucra un fenómeno intrapsíquico que afecta colateralmente las relaciones del paciente con las personas de su entorno. Bateson y compañía adoptan la postura inversa y se cuestionan las circunstancias de la comunicación interpersonal que originarían una conducta que puede justificar un diagnóstico de esquizofrenia. En consecuencia, acuñan el término “doble vínculo” que engloba rasgos centrales de ese tipo de interacción interpersonal (Watzlawick et al., 1991). En el año 1959, a fin de articular el brazo terapéutico del modelo, Don D. Jackson funda el Mental Research Institute (MRI). En el año 1961, se suma Paul Watzlawick (Serrat et al., 2018). Si bien Bateson nunca trabajó de forma directa para el MRI, su relación constante y activa con los miembros del equipo influyó notablemente en las bases del modelo, como así también las ideas de Milton Erickson. Jay Haley es el precursor del término estratégico para referirse a la terapia diseñada a la medida del problema. Sin embargo, son Weakland, Watzlawick y Fisch los que hacen que el término sea más ampliamente reconocido (Hoffman, 1987). En 1966, Richard Fisch propone la creación del Centro de Psicoterapia Breve del MRI de Palo Alto y bajo su dirección se comienzan a investigar fenómenos relacionados al cambio humano. Como investigadores del MRI, los une el hecho de que todos contaban con varios años de experiencia en el estudio de la comunicación humana y en psicoterapia de pareja y familia, dirigidos por Gregory Bateson y por Don D. Jackson. En consecuencia, se acostumbraron a prestar más atención al proceso que al contenido y al “aquí y ahora” antes que al pasado (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1976). A su vez, según Kópec y Rabinovich (2007), son Watzlawick, Weakland y Fisch quienes deciden atender a todos sus consultantes en la Cámara Gesell, hecho que actualmente puede parecer natural, pero que resultaba una apuesta audaz para la época.

No obstante, es importante destacar que el surgimiento de la terapia familiar es un fenómeno que se da de manera múltiple. Además del ya referido grupo de Palo Alto y otros, surgen en distintas partes de los Estados Unidos grupos que, a pesar de tener distintas miradas, también comparten una postura que considera los problemas según el contexto interpersonal en el que se originan (Morejón & Beyebach, 1994).

Haley junto con Cloé Madanes se ocupan de trabajar ampliamente en el modelo, tanto en la práctica clínica como a través de su vasta obra literaria en la década del 80, posterior a la separación de Haley del equipo de Palo Alto. De la misma manera, la terapia breve progresa y se despliega y con algunas diferencias se desarrolla en varios países. Desde Milwaukee de la mano de de Shazer, hasta Italia con Nardone, como así también con otros terapeutas latinoamericanos que trabajan para introducir adaptaciones que funcionen en ámbitos diferentes del californiano (Ceberio, 2016).

El tercer momento, como se mencionó anteriormente, está inaugurado por el surgimiento de los primeros modelos teórico-clínicos. Estos son el Modelo de Palo Alto, el Modelo Estructural, la Escuela de Roma, la Escuela de Milán, y el Modelo Estratégico a mediados del siglo XX.

Por su parte en la República Argentina, gracias a la dirección y guía de Carlos Sluzki, psiquiatra argentino destacado en el ámbito sistémico que se encontraba a cargo de la dirección del MRI, introduce a otros dos argentinos en la psicoterapia breve: Hugo Hirsch y Celia Elzufán. Elzufán, al mismo tiempo, mantiene una estrecha relación con Weakland, de quien aprende el modelo. Por su parte, Hirsch comienza a visitar Palo Alto con frecuencia. Gracias a Weakland, Elzufán y Hirsch se conocen y es así como nace la asociación que enseña las ideas del MRI en la Argentina durante varios años. A través del Centro Privado de Terapias Breves, Celia Elzufán y Hugo Hirsch junto con Hugo Rosarios se dedican a formar numerosos terapeutas en las ideas de la terapia interaccional. Más tarde, en 1981, Hirsch y Rosarios crean el Centro Privado de Psicoterapias (CPP), institución que trabaja con el modelo y, a su vez, realiza aportes ajustados al contexto sociocultural argentino hasta el presente (Kópec & Rabinovich, 2007).

3.1.2 Principales fundamentos del modelo de Terapia Breve Focalizada

La premisa fundamental del modelo, más allá de sus orígenes y etiología es que el tipo de problemas que la gente lleva a psicoterapia persisten solamente si estos son mantenidos por el comportamiento actual del paciente y aquellos con quienes interactúa. En efecto, si aquella conducta que mantiene el problema se cambia o se elimina, el problema se resolverá o desaparecerá, sin importar su naturaleza, origen o duración. Todos los principios generales y prácticas específicas del modelo están muy relacionadas con estas dos proposiciones. Asimismo, el modelo considera que cualquier comportamiento perturbado o difícil en un individuo (así como el comportamiento en general) es un fenómeno esencialmente social que ocurre dentro de un sistema, y que refleja alguna disfunción en ese sistema que podría ser tratada modificando algo del mismo. Además, sostiene que cualquier cambio aparentemente menor en el comportamiento explícito o en sus etiquetas verbales son con frecuencia suficientes para iniciar desarrollos progresivos. Al mismo tiempo, reconoce que además de las obvias desventajas, el comportamiento sintomático tiene, por lo general, alguna ventaja o “recompensa” identificable (Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974).

En este sentido, en comparación con la terapia sistémica clásica, la terapia breve del MRI está más enfocada en el problema que trae el consultante, las conductas que lo mantienen y las posibilidades de intervenir en el contexto. Esta concepción del cambio requiere una reacomodación del sistema de relaciones interpersonales del consultante, aunque no es un objetivo fundamental del tratamiento. Al mismo tiempo, la forma de intervención si bien es sistémica, no requiere del trabajo con todas las personas implicadas en el problema. Se parte de la premisa de que un cambio en un solo participante repercute en el resto del sistema (Serrat et al.,2018).

La denominación “terapia breve” sugiere un límite de tiempo. En el Centro de Terapia Breve del MRI, el tratamiento está ceñido a un límite de 10 encuentros. Si bien el sentido común podría dictar que no es posible hacer demasiado en 10 sesiones, Weakland y sus colaboradores reportan que un 72 % de sus casos llegan a la meta de tratamiento, o bien logran alguna mejoría dentro de las siete sesiones. Por otra parte, la terapia breve no es sólo una versión reducida de tratamientos más prolongados, sino que varios estudios como los

de Weakland, Fisch o de Shazer demuestran la efectividad de la terapia breve, sus cambios duraderos e incluso mejorías añadidas. Además, dada la extensión limitada del tratamiento, los terapeutas están éticamente obligados a utilizar ese tiempo de la manera más productiva posible, porque esto implica que los pacientes puedan retomar el curso de su vida cuanto antes en lugar de seguir padeciendo. Es decir que hay una diferencia en la definición de terapia breve en cuanto a lo temporal y terapia breve como una manera de resolver problemas humanos (de Shazer, 1986).

En cuanto a los principios del modelo, Weakland et al. (1974) declaran su franca orientación al síntoma. Los autores sostienen que el comportamiento sintomático y los círculos viciosos de acciones y respuestas que lo acompañan, pueden ser tan disruptivos del funcionamiento de un sistema que no se debería perder tiempo en tratar de encontrar otras causas o raíces patológicas profundas. El problema presente ofrece en un solo paquete lo que el paciente está dispuesto a trabajar, una manifestación concentrada de lo que está mal, y un índice concreto del progreso logrado.

De esta manera, la herramienta principal de la terapia breve es trabajar con lo que el paciente ofrece para resolver sus problemas de forma tal que pueda lograr una vida plena por sus propios medios (de Shazer, 1986).

Así, mientras que las dificultades fortuitas de la vida a veces parecieran iniciar el desarrollo de un problema, son en realidad las etapas transicionales de la vida familiar como las dificultades diarias más comunes e importantes las que causan problemas. Aunque la mayoría de las personas enfrenta estas dificultades relativamente bien, todas requieren cambios grandes en las relaciones interpersonales y pueden ser fácilmente mal manejadas. En consecuencia, hay dos maneras mediante las cuales los “problemas” pueden desarrollarse: por un lado, si las personas tratan una dificultad de todos los días como un “problema” y, por el otro, si tratan una dificultad de todos los días (o más grave) como si no fuera un problema en absoluto. Es decir, sobreestimando o subestimando las dificultades de la vida diaria. Entonces, una vez que una dificultad empieza a ser considerada un “problema”, la continuación, y a menudo la exacerbación de dicho problema, resulta de la creación de un bucle de retroalimentación positiva, con frecuencia centrado en esos comportamientos que los miembros del sistema intentaron para resolverlo. La dificultad

original se encuentra con una “solución” intentada que intensifica esta dificultad, y así sucesivamente (Wekland et al., 1974).

Cabe aclarar que la terapia breve no es precursora de la mera supresión de síntomas, sino que piensa al sujeto de modo diferente. Esto le permite a la persona un cambio de perspectiva que, a su vez, desencadena otras posibilidades tales como el desbloqueo del crecimiento, la reducción de angustias y ansiedades, la flexibilización de conductas, la mejora de las relaciones interpersonales, y, por ende, el aumento de la calidad de vida. Así, promover el cambio en la vida de las personas implica detener el circuito retroactivo homeostático que perpetúa el problema, suprimiendo las respuestas disfuncionales. Al mismo tiempo, si bien el pasado puede aportar información necesaria para entender la recursividad del circuito provocado por un problema actual, no es un elemento central de la terapia (Ceberio, 2016).

Ahora bien, a propósito de cambio de perspectivas, la implementación de la cámara Gesell para observar sesiones familiares en vivo, permite a los terapeutas observar de manera diferente y esto les permite pensar de manera diferente. Históricamente, nuevas maneras de pensar repercuten en las ciencias y desafían ideas tradicionales, y la psicoterapia no fue la excepción. La introducción de esta pantalla hace de la psicoterapia una interacción que permite explorar nuevos espacios. De repente hay otro par de ojos que pueden revisar la propia mirada. Este formato bicameral ofrece una ventaja: se puede ver algo que siempre estuvo ahí pero que no podía ser visto (Hoffman, 1987).

3.1.3 Más acerca del concepto de cambio

Como ya se mencionó anteriormente, los sistemas pueden cambiar de dos modos. Por un lado, los valores necesarios se pueden mantener constantes, fluctuando entre ciertas variaciones cuantitativas, es decir, lo que Ashby denomina cambio de primer orden. Por otro lado, existen cambios que perturban las estructuras, es decir, los elementos o las leyes de composición, que constituyen los cambios “del” sistema, los cuales le otorgan una enorme capacidad de adaptación. De esta manera ocurren los cambios en los sistemas complejos. Estos cambios no alteran lo que Ashby denomina coherencia interna del sistema, que es su identidad y mantiene determinada congruencia y lógica de intercambios en relación con el entorno. En términos cibernéticos, el cambio de primer orden está

vinculado a la retroalimentación negativa o al mantenimiento de un equilibrio estable del sistema. El cambio de segundo orden está relacionado a la retroalimentación positiva a su vez ligada a desequilibrios que provocan cambios en los sistemas (Wainstein, 1997).

Aplicando entonces estos principios de cambio a la práctica clínica y concretamente a la resolución de problemas, Watzlawick et. al (1976) formulan cuatro principios del cambio². El primero es que el cambio ₂ se aplica a lo que dentro del cambio ₁ pareciera una solución, dado que desde el cambio ₂ dicha “solución” se revela como la causa del problema que se trata de solucionar. El segundo principio propone que, así como el cambio ₁ en general se apoya en el sentido común, el cambio ₂ suele suceder como raro, imprevisto y disparatado. Se presenta como un fenómeno desconcertante y como una paradoja del proceso de cambio. El tercero explica que utilizar técnicas de cambio ₂ para la “solución” supone el abordaje de la situación en su “aquí y ahora”. La pregunta elemental es “qué” y no “por qué”. El cuarto principio sugiere que la aplicación de técnicas de cambio ₂ rescata la situación de la trampa que genera paradojas, a su vez creada porque la solución intentada es autorreflexiva, y cambia la base de la situación.

Respecto a la psicoterapia breve, concretamente, Weakland et al. (1974) afirman que el cambio puede efectuarse más fácilmente si el objetivo de cambio es pequeño y está claramente definido. Una vez que el paciente experimenta un cambio pequeño pero concreto en la naturaleza aparentemente inmutable del problema más real para él, dicha experiencia conduce a otros cambios autoinducidos en esta e incluso otras áreas de su vida. Al mismo tiempo, se busca la manera de promover el cambio que funcione aun cuando el remedio parece ilógico. Por ejemplo, mediante comentarios sobre lo triste y deprimido que parece estar el paciente y remarcando que debe haber alguna razón lógica e importante detrás. Una vez que el paciente provee algo de información sobre la situación, el terapeuta comenta que le parece extraño que no se encuentre aún más deprimido. El resultado es que, paradójicamente, el paciente comienza a sentirse mejor.

De manera similar, de Shazer (1986) sostiene que una diferencia elemental entre la terapia estratégica breve y otros modelos es que independientemente de la complejidad y gravedad del problema, la introducción de un cambio pequeño en el comportamiento puede provocar

grandes repercusiones en el comportamiento del consultante y de todas las personas implicadas en él.

Del mismo modo, para Nardone & Watzlawick (1992) dentro de un sistema, hasta el cambio de un mínimo detalle puede producir un desequilibrio y una modificación, de acuerdo con las leyes fundamentales de la teoría de los sistemas. Ese pequeño cambio, entonces, provoca una reacción de transformaciones concatenadas al interior del sistema que se ordenan tratando de reestablecer el equilibrio. En otras palabras, los cambios aparentemente insignificantes tienen un potencial asombroso al que debe apelarse con toda certeza en psicoterapia. Cuando a través de estos pequeños cambios, el terapeuta logra conducir a la persona a la modificación de conductas disfuncionales y de sus “imágenes de mundo”, puede decirse que la terapia logró su cometido.

En efecto, lo que impulsa el cambio y a veces incluso el crecimiento y el desarrollo, es la desviación con respecto a alguna norma. Por ejemplo, cuando llega el invierno y comienza a hacer frío, hay que abrigarse más y calefaccionar las habitaciones para poder estar cómodos. Esto es, el cambio es necesario para volver a la normalidad, no sólo para la comodidad, sino también para la propia supervivencia. El cambio buscado se encuentra aplicando lo contrario a lo que lo causó (Watzlawick et al., 1976).

Concretamente, ¿cómo es posible el cambio? La identidad de los sistemas tanto cognitivos como sociales, y también los sistemas de creencias, le es dada gracias a su persistencia y coherencia interna. Entonces, el cambio en estos sistemas es posible ante la ocurrencia de la pérdida de esta coherencia, del quiebre de algunos aspectos de aquella identidad, ya sea que se trate de un conflicto interno de un sujeto, las creencias de una pareja, cierta mitología familiar, la cultura organizacional, o la ideología de un grupo. Debe tener lugar algún tipo de destrucción creativa. Los cambios en las apreciaciones, comportamientos, puntos de vista y afectividades, le ocurren al individuo dentro del sistema consultante y son, con mucha frecuencia, el resultado de la forma en la que impactan sus propios mensajes sobre sus pensamientos, percepciones y las relaciones interpersonales en las que este está inmerso. A medida que cambien ciertas etiquetas, estructuras y representaciones, también cambiarán algunos comportamientos (Wainstein, 2006).

3.1.4 Intervenciones psicoterapéuticas desde el modelo MRI

El modelo de intervención estratégica tiene fundamentos epistemológicos constructivistas los cuales se fundan en la idea de que los humanos son capaces de construir activamente la realidad a la que responden (Calderón, 2009).

El constructivismo de Heinz von Foerster argumenta que la realidad no puede concebirse como algo exterior e independiente dado que cada individuo está sumergido en ella y la construye y es, a su vez, construido por ella. Así, el constructivismo realiza múltiples aportes a las intervenciones psicoterapéuticas sistémicas, como por ejemplo, la idea de que terapeuta y consultantes son parte de un mismo sistema que se interrelaciona, y que el terapeuta no es el único experto, sino que tanto consultantes y terapeutas son expertos en sus propias áreas. De esta manera, la terapia pasa de ser una intervención a ser una conversación, lo que le devuelve su carácter humano (Granja, 2008).

La concepción sistémica tiene en cuenta el todo y las partes, pero considera particularmente las conexiones entre estas últimas. En este sentido, es una visión opuesta al reduccionismo, que se enfoca en las partes y su influencia en el todo. El foco en las interrelaciones es lo que marca la diferencia entre un sistema y un “cúmulo”. Si se piensa en un cúmulo indiferenciado, ya deja de ser importante lo que se suma o se resta, el orden de sus componentes, etc. En cambio, pensando en un sistema, restar o sumar, realizar cambios en el ordenamiento o funcionamiento, sustraer o separar, influye en la esencia del objeto de trabajo. Al contemplar y considerar un fenómeno en función de patrones que relacionan las partes, y no solamente de partes aisladas, es más fácil entender que sistemas diferentes conformados por partes diferentes pueden tener una organización similar (Wainstein, 2006).

Según Watzlawick et al. (1976), para el tratamiento práctico de los problemas humanos en terapia breve es necesario mencionar la formulación de un procedimiento de cuatro etapas. La primera de ellas consiste en definir claramente el problema y traducirlo a términos concretos. La segunda radica en indagar sobre las soluciones intentadas ensayadas hasta el momento, lo que implica una exploración de las tentativas erróneas para resolver dificultades y un señalamiento preciso de los cambios que no deben intentarse. Esto lleva, al mismo tiempo, a delimitar cuáles son estas tentativas que, lejos de resolverlas, mantienen

las dificultades. La tercera etapa demanda implícitamente una meta concreta, determinable y prácticamente factible, con el propósito de resguardar a quien pretende resolver el problema de quedar arrinconado en soluciones erróneas que lo sostienen. Finalmente, la cuarta etapa trata del trazado y ejecución de un plan para lograr dicho cambio. En esta etapa es en donde se da el proceso real de cambio a través de estrategias generales y tácticas más específicas que se ajustan a la situación particular del consultante.

De esta forma, el terapeuta estratégico puede valerse de un número de herramientas técnicas a fin de intervenir con el objetivo de cambio ante el problema que propone el consultante (Ceberio, 2016).

Los terapeutas de Palo Alto tienen un accionar claro y directo para la primera entrevista y realizan preguntas concretas orientadas al síntoma: ¿Qué ocurre? ¿Puede describir qué hizo cada quién la última vez que esto sucedió? ¿Recuerda la primera vez que ocurrió? ¿Cuándo es más probable que esto suceda? (Hoffman, 1987). Es la primera entrevista estratégica, y sirve para que el consultor y el consultante formen un vínculo beneficioso para empezar a trabajar y para definir claramente el problema y cuáles son las creencias y comportamientos del cliente que lo sostienen (Wainstein, 2006).

Las preguntas antes mencionadas, permiten al terapeuta diferenciar la demanda de la queja. La queja es una historia, un “paquete” que el consultante lleva a terapia. Pensado en términos médicos, podría decirse que la queja constituiría el porqué de la consulta (Granja, 2008). La queja es mantenida por la actitud del consultante de que la manera en la que enfrenta el problema es la única alternativa válida. En efecto, este actúa como si estuviera atrapado en un bucle en el que sólo puede hacer más de lo mismo porque no se ha permitido la disyuntiva de elegir otra manera de afrontar el problema (de Shazer, 1986).

Sin embargo, una situación percibida como problemática no es sinónimo de consulta psicoterapéutica. Un consultante construye una situación como problema indeseable, y además tiene la motivación y poder de influencia para cambiarlo. El terapeuta trabaja para construir el motivo de consulta, y es necesario que este tenga en claro no sólo de qué se trata lo que se trae a terapia sino para quién o quiénes constituyen un problema, como así también los recursos y motivación o la falta de estos para afrontar su solución (Fernández, 2014).

Desde esta perspectiva constructivista para observar la realidad, el terapeuta sistémico breve tiene dos alternativas para impulsar el cambio. En primer lugar, puede enfocarse en aquellas conductas que las personas ya están llevando a cabo y que de alguna manera podrían ayudar, y ampliarlas o potenciarlas. La otra opción es construir en conjunto con las personas un problema que sea posible resolver, reconstruyendo la serie de acontecimientos que suceden alrededor de la queja para intervenir introduciendo modificaciones, o bien señalando las soluciones intentadas inefectivas para poder disolverlas. Ambos caminos llevan al mismo resultado final, la resolución de problemas. Para el modelo, problema y solución están interrelacionados de manera inversamente proporcional, es decir que a medida que disminuye uno, aumenta el otro y viceversa (Morejón & Beyebach, 1994).

En el enfoque sistémico se utiliza una amplia variedad de técnicas que provienen de numerosas fuentes. La técnica es un instrumento que se aplica en un momento determinado, pero nunca en detrimento de la relación terapéutica que se debe construir, la cual es imprescindible a la hora de intervenir. Las técnicas y la relación terapéutica se nutren entre sí (Granja, 2008).

La información inicial que se le provee al consultante sirve para crear contexto. Desde la primera entrevista y previo a iniciar el tratamiento, se le informa sobre la manera de trabajar. Se le comunica sobre el trabajo en equipo y los instrumentos técnicos (cámara Gesell, grabaciones, teléfono). También se le explica sobre la forma y duración del tratamiento. Se le indica que este primer encuentro está destinado a conocer el tipo de problema que trae el consultante para poder decidir si el equipo pudiera dársela o no. Además, se le informa que existe la posibilidad que el terapeuta necesite reunirse con el equipo durante la sesión. Una vez que el consultante acepta las condiciones del tratamiento y firma el consentimiento por escrito, se empieza a trabajar (Morejón & Beyebach, 1994).

Las personas se han formado un cuadro dinámico a lo largo de su historia en la que está enmarcada su identidad como organismo social. Cuando llegan a terapia, acuden con esta definición de su vida. Luego de haber evaluado los problemas a su manera, con sus posibilidades, limitaciones, fortalezas y puntos débiles, demandan ayuda para este encuadre específico que han realizado (Minuchin & Fishman, 2004).

Una de las intervenciones críticas del modelo es el reenmarcamiento o “reframe”, que consiste en alterar la visión que se tenía hasta ese momento de un problema determinado. En este sentido, el proceso psicoterapéutico alude a una reformulación y reenmarcamiento de los problemas de los consultantes (Wainstein, 2006).

Entonces, reformular o reestructurar implica cambiar el modo en el que se experimenta una situación, ya sea respecto de la visión conceptual y/o emocional, colocando a la misma en otro marco que se adapte de manera similar o incluso mejor que la original, a la realidad de la problemática presentada por el paciente, cambiando por completo su significado.

Aquello que cambia como resultado de la reestructuración es el sentido que se le atribuye a la situación y no los hechos (Watzlawick et al., 1976). Esta es una técnica de persuasión de las más sutiles y, a su vez, constituye una estrategia clave en la consulta, dado que en última instancia está enfocada en cambiar la conducta del consultante (Wainstein, 2006).

El empleo de paradojas, para tratar la resistencia al cambio, es una intervención distintiva del modelo. Estas intervenciones están reservadas para las interacciones solapadas, de larga data, recurrentes y resistentes a intervenciones directas. Las intervenciones directas son aquellas que el terapeuta espera que sean aceptadas por los consultantes. Las intervenciones paradójicas, contrariamente, están basadas en el supuesto de que los consultantes las desafiarán (Minuchin & Fishman, 2004). Palazzoli (1994) define la paradoja como la intervención en la cual el síntoma se prescribe abiertamente, o bien se lo elogia a modo de preocupación por la posibilidad de que desaparezca. Por ejemplo, algunas intervenciones paradójicas serían pedirle al consultante que exacerbe o que les preste más atención a sus síntomas, asegurarle a alguien que no puede o no debe cambiar, y, por último, prescribirle al consultante aquel comportamiento o síntoma que busca evitarse (Arbeláez, González, Madrid, Ramírez & Viveros, 2016).

La analogía es una técnica para reenmarcar. Puede ser útil para amplificar un mensaje del terapeuta, o para quitar la atención del problema. Este modo de comunicar reduce la resistencia. Es posible implementar la analogía mediante el humor, juegos de palabras, narraciones y metáforas (Wainstein, 2006). De esta manera, el uso de lenguaje metafórico permite la representación del entorno, los afectos, las conductas, y las relaciones interpersonales mediante el uso de imágenes. Esto quiere decir que, para hacer referencia a

algún tema en particular, se utiliza otro elemento que en apariencia no tiene relación con aquel tema. Utilizar metáforas otorga la posibilidad de recabar información que de otro modo sería difícil de obtener, en especial cuando remite a grupos rígidos o defensivos. Hablar con metáforas a menudo promueve el cambio en las interacciones interpersonales, y a su vez, habilita redefiniciones del problema y de la persona (Granja, 2008).

No obstante, para Nardone & Watzlawick (1992) es imposible distinguir claramente las estrategias terapéuticas del resto del tratamiento dado que la comunicación consultante-terapeuta significa un aporte al cambio en sí misma. En efecto, en muchas oportunidades, solamente esta comunicación que se da entre ambos provoca efectos terapéuticos, como así también el modo en que se propone la terapia que ya significa una estrategia terapéutica. Adicionalmente, los autores remarcan un principio fundamental del modelo estratégico que sostiene que la terapia debe amoldarse al consultante y no al revés. Es decir que el terapeuta deberá, al planificar la terapia concreta, recurrir a técnicas que ya se utilizaron con éxito en problemas de ese tipo, pero teniendo en cuenta las características únicas de la persona que trae el problema.

3.2 Trastorno Límite de la Personalidad

3.2.1 Criterios diagnósticos

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2014), la característica central del Trastorno límite de la personalidad (TLP) es una pauta de inestabilidad generalizada que atraviesa las relaciones con otras personas, la imagen de sí mismo, la afectividad, como así también una impulsividad marcada que inicia antes de la adultez y está presente en múltiples contextos. Puede diagnosticarse cuando están presentes cinco o más de los siguientes criterios: 1. Grandes esfuerzos para evitar el abandono, sea este real o producto de su imaginación; 2. Estándar de relaciones poco estables que oscila entre la idealización y la desvalorización; 3. Distorsión de la identidad; 4. Impulsividad potencialmente auto dañina en dos o más áreas diferentes; 5. Comportamiento o amenazas suicidas o autolíticas repetidos; 6. Inestabilidad emocional a causa de un estado de ánimo lábil; 7. Sentimiento de vacío constante; 8. Enojo inadecuado o problemas para controlar estados de ira; 9. Ideación paranoide temporal. El DSM-5 describe el Trastorno límite de la personalidad como un

trastorno dimensional cuyo diagnóstico está basado en diferentes grados, acordes con el padecimiento de la persona y el tipo de relación consigo misma y con los demás (Yust & Pérez-Díaz, 2012).

Asimismo, en cuanto al diagnóstico diferencial, de acuerdo con el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) es importante destacar que el TLP suele presentarse en conjunto con otros trastornos depresivos o bipolares, e incluso es posible diagnosticar ambos trastornos. Por este motivo, es crucial que el clínico tenga en cuenta la historia e información sobre el inicio y la evolución de los trastornos y que no se base solamente en episodios actuales para realizar el diagnóstico. Igualmente, el TLP puede confundirse con otros trastornos de la personalidad, razón por la cual es importante reparar en las características diferenciales. El TLP comparte algunos criterios con el trastorno de la personalidad histriónica, los trastornos de la personalidad paranoide y narcisista, el trastorno de la personalidad antisocial, y el trastorno de la personalidad dependiente, pero tiene características que lo distinguen de todas. A su vez, puede darse un cambio de personalidad producto de una afección médica. Algunos síntomas relacionados con el trastorno por consumo de sustancias deben diferenciarse del TLP. En último lugar, el TLP se debe diferenciar de los problemas de identidad que emergen en ciertas fases del desarrollo.

Stone (2005) explica que la dificultad para diferenciar los síntomas entre Trastorno Depresivo Mayor y TLP, puede a su vez obstaculizar los esfuerzos para definir la etiología de importantes síntomas compartidos, como lo son el ánimo deprimido severo, la desesperanza o las ideaciones suicidas. Es difícil atribuir la etiología de estos síntomas exclusivamente al TLP en presencia de trastornos afectivos comórbidos, aunque la ideación suicida crónica constituye un síntoma bien reconocido del TLP. De manera similar, la labilidad emocional de los pacientes TLP puede tener una presentación sintomática similar en el Trastorno Bipolar, el cual se confunde a menudo con el TLP. El diagnóstico diferencial en este caso requeriría investigar el contexto interpersonal en el cual los síntomas ocurren, prestando especial atención a los factores precipitantes típicos de la dinámica límite, y a las características clínicas más típicas del TLP. El autor señala, además, la complejidad a la hora de llevar a cabo un diagnóstico diferencial dado que, por

ejemplo, los intentos suicidas recurrentes o la sensación crónica de vacío se pueden encontrar asimismo en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor. Tanto sujetos TLP como bipolares comparten la impulsividad y/o la labilidad emocional.

3.2.2 Conceptualizaciones

El TLP posee la distinción dual de, por un lado, ser uno de los trastornos sobre los que más se ha escrito y discutido en la psiquiatría contemporánea, y por el otro, de ser uno de los trastornos entre los 400 del DSM cuya etiqueta no proporciona ningún tipo de pista semántica en cuanto al tipo de trastorno (Stone, 2005). El TLP es uno de los desafíos que provoca más frustraciones a los profesionales de la salud mental. Hay problemas de definición y, a su vez, no es del todo claro si remite en efecto a un trastorno de personalidad, un trastorno del estado de ánimo, una superposición de ambas, cierto nivel de psicopatología, o si hace referencia a una mezcla híbrida (Fernández, 1996).

El TLP es un estado de padecimiento psicológico en el que las metas y las prioridades suelen verse de alguna manera alteradas. Hay dificultades importantes para regular las emociones, por lo que la persona mantiene relaciones tormentosas y poco estables. A su vez, la falta de control de impulsos puede desembocar en reacciones explosivas, en las que se eleva el riesgo de comportamientos autolesivos que, con mucha frecuencia, implican cortes superficiales en los antebrazos, aunque también pueden cortarse otras zonas del cuerpo (Yust & Pérez-Díaz, 2012).

Estudios recientes se enfocan en la etiología del TLP. Estos estudios investigan cuatro vías para su desarrollo. La primera de estas áreas de investigación son los factores ambientales. Algunas revisiones de la literatura de TLP están enfocadas en fracasos relativamente sutiles de los padres en la infancia del paciente, y más recientemente el foco está puesto en experiencias más directas de abuso y negligencia. Existe una controversia alrededor de si el abuso sexual sería importante o suficiente para desarrollar TLP. La segunda área de investigación etiológica tiene que ver con el rol del temperamento y los trastornos de la personalidad en relación con el desarrollo del TLP. La tercera área de investigación etiológica, son los factores neurobiológicos que pueden ser la causa de la expresión sintomática del TLP y su déficit psicosocial asociado. Por último, hay estudios que se enfocan en la cuarta vía: la herencia genética. Además, la comorbilidad del TLP con tantos

otros trastornos, lleva desafortunadamente a que sea diagnosticado con mucha frecuencia como Trastorno Bipolar tipo II. También trae aparejada la práctica errónea de algunos terapeutas que directamente ignoran la personalidad límite de algunos pacientes y en su lugar tratan un “Trastorno de Estrés Postraumático Crónico” a menudo con serias consecuencias negativas (Stone, 2005).

Linehan (1993) establece que las personas que padecen TLP muestran respuestas emocionales al entorno de manera más rápida y aguda y, además, tardan más tiempo que otros individuos en volver a su estado de base. Esto, en consecuencia, dificulta la regulación de la respuesta emocional. Las personas límites experimentan internamente su vulnerabilidad emocional como inadecuada desde una temprana edad y esta autoinvalidación es el resultado de que el sujeto asume la postura de un entorno probablemente invalidante. Entonces, el sujeto límite presenta problemas para identificar y vivenciar su afectividad, lo que resulta en una experiencia distorsionada y/o limitada de las emociones. De esta manera, el sujeto posee una carencia al momento de identificar o vivenciar sus emociones, lo que repercute en una limitación para confiar en sus propias emociones y considerarlas legítimas. Como respuesta del individuo a estos estímulos, es probable que termine por aumentar sus expresiones emocionales para de esa manera lograr ser validado externamente. El entorno percibe estas expresiones como sobreactuadas y las invalida, lo que acaba por contribuir al círculo vicioso, porque la persona concluirá que es necesaria una reacción más intensa para alcanzar el reconocimiento, lo que provoca que la persona esté en un estado de crisis constante que no puede resolver y que vuelca al entorno, agotando los recursos terapéuticos fácilmente.

Asimismo, el TLP implica sufrimiento considerable tanto para la persona que lo padece como para su entorno, como así también un alto consumo de recursos de atención de la salud, por un lado, por su prevalencia del 1-2% en la población en general y un 10-20% en pacientes psiquiátricos, pero también por su naturaleza (Burgal Juanmartí & Pérez Lizeretti, 2017). Es decir, con frecuencia, estas personas experimentan un deterioro severo en el funcionamiento en su vida cotidiana, poseen alta incidencia de comorbilidad con otros trastornos como, por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastornos del estado de ánimo,

consumos problemáticos, y riesgo suicida, como así también alto riesgo de conductas autolesivas (Yust & Pérez-Díaz, 2012).

Con todo lo antes mencionado, es fácil darse cuenta de la dificultad del tratamiento de pacientes límites y que, además, suele abordarse con reparos, no sin buenas razones. El pronóstico es desesperanzador, ya que es esperable encontrarse con complicaciones médicas y deterioro social por lo menos a lo largo de cinco años luego del comienzo del tratamiento. Además, los casos de TLP, por lo general, poseen una alta incidencia de comportamientos autodestructivos y, aunque a menudo constituyen conductas no suicidas, la incidencia de muerte es, al menos, de un 5 a 10% (Fernández, 1996). En efecto, el tratamiento del TLP es desafiante, en parte, porque el tratamiento farmacológico no resulta ser de mucha eficacia, más allá de mejorar la impulsividad y la desregulación emocional asociadas y, al mismo tiempo, dada la alta tasa de abandono de los tratamientos psicoterapéuticos. Es menester mencionar entonces que en estudios de metaanálisis realizados por Kroger y Kosfelder centrados en la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT), en los que revisaron distintas investigaciones y estudiaron variables tales como impulsividad, adaptación social y psicopatología general, concluyen que la DBT sería el tratamiento de elección para el TLP por su alta eficacia para disminuir intentos de suicidio y conductas autolíticas, además de mejorar la adaptación social de los pacientes. Según estas revisiones sistemáticas y estudios de metaanálisis, la eficacia de la DBT está avalada por sobre otras terapias (Yust & Pérez-Díaz, 2012). La DBT es una modalidad de tratamiento psicoterapéutico ideado de manera estructurada para el TLP por Marsha Linehan, el cual incluye el entrenamiento en diversas habilidades. Sus bases teóricas son cognitivo-conductuales (Linehan, 1993).

3.2.3 La Autolesión No Suicida y la Desregulación Emocional

Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), la singularidad de la Autolesión No Suicida (ANS) se halla en que el individuo se provoca lesiones superficiales y dolorosas en el propio cuerpo de manera repetida, con el objetivo de aliviar emociones negativas como la tensión, ansiedad, el autorreproche o bien para resolver algún conflicto interpersonal. Por lo general, estos individuos no tienen como objetivo provocarse la

muerte, pero sí están conscientes de que representa una práctica riesgosa. Dichas conductas producen alivio inmediato de estos sentimientos negativos.

Las autolesiones repetidas son un síntoma característico del TLP. Los pacientes límites tienden a cortarse las muñecas reiteradamente, y suelen llevar a cabo otras conductas para mutilarse o lastimarse. Sin embargo, estas lesiones no representan comportamiento suicida, ya que, por lo general, se trata de cortes superficiales en muñecas y brazos y no revisten un peligro serio. Aunque ocasionalmente se pueden encontrar cortes peligrosos en pacientes límites, los cortes suelen ser “delicados” o sólo cutáneos sin daño en nervios o tendones. Los pacientes informan que estos cortes sirven regularse a corto plazo ante efectos disfóricos intensos. También funciona como un distractor que sustituye el dolor físico por el mental (Stone, 2005).

Para Linehan (1993) hay superposición entre el comportamiento autolesivo no suicida y el TLP. Gran parte de sus investigaciones psicoterapéuticas y su trabajo clínico han sido con individuos autolesivos crónicos que también cumplen con los criterios de TLP. No obstante, los sujetos autolesivos cumplen los criterios de TLP de manera singular. Parecen más deprimidos que lo esperable según los criterios del DSM-IV. También demuestran control e inhibición de la ira exacerbados.

Sin embargo, el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), indica que, si bien históricamente la ANS se ha considerado patognomónica del TLP, ambos padecimientos pueden estar ligados a otros diagnósticos. Aunque están muy frecuentemente asociados, los sujetos autolesivos no siempre padecen TLP.

Del mismo modo, dentro de la nosología psiquiátrica, el comportamiento autolesivo es un criterio diagnóstico para trastornos psiquiátricos tales como la depresión, los trastornos de ansiedad, el abuso de sustancias, los trastornos alimenticios, el estrés post traumático y la esquizofrenia. La presentación de las lesiones se da de forma moderada sobre el cuerpo, generalmente como cortes, tallado o “scarring” y quemaduras. Pueden diferenciarse de otras formas de comportamiento autolesivo más severas como la castración o amputación, generalmente asociadas a episodios psicóticos. La autolesión es distintiva por la correlación directa entre la conducta y el daño que ocasiona, es decir que es innegable e inmediato. Una vez que el sujeto reporta este tipo de lesión, suele reconocer que es autoinfligida, como así

también la causa psicológica de la misma. Además, el comportamiento autolesivo ocurre generalmente en un ámbito privado y no es común la búsqueda de asistencia médica, por lo cual es difícil conocer su índice de prevalencia en la población en general (Calderón, 2009). Por otra parte, existen distintas clasificaciones del comportamiento autolesivo, según los siguientes criterios: el método utilizado para lesionarse, tal como cortarse, morderse, quemarse, ingerir o inhalar sustancias, golpearse; la localización del daño en el cuerpo ya sea cabeza, torso, extremidades superiores o inferiores; la frecuencia de autolesión; y, por último, la gravedad de las heridas. De igual modo, en cuanto a la motivación de la autolesión, distintos autores proponen varios modelos biopsicosociales como, por ejemplo, el modelo de la regulación de los afectos. Este modelo sugiere que las personas que se autolesionan lo utilizan como estrategia para aliviar las emociones negativas agudas e intensas. El modelo de la disociación, por su parte, entiende estas conductas como secundarias a sentimientos de despersonalización, mientras que el modelo de la conducta suicida alternativa explica que la conducta ocurriría como un comportamiento alternativo y más funcional como respuesta al deseo verdadero de suicidio. Por último, el modelo de la influencia personal sostiene que la conducta aparece para influir sobre personas significativas (Villarroel et al., 2013).

Otros autores ordenan las funciones específicas de las autolesiones según su frecuencia de aparición: 1) aliviar emociones intensas, 2) eliminar sentimientos negativos, 3) experimentar sensaciones, 4) autocastigarse, y 5) aislarse. La autolesión no suicida, además, equivale a un trastorno de la regulación emocional, apoyado en la evidencia de que es este el motivo por el cual se da con mayor frecuencia la consulta por dicha conducta, como así también como consecuencia de un deterioro del concepto de sí mismo (Garza-Laguera & Castro, 2016).

La desregulación emocional es la alteración más importante del TLP, la cual resulta de la interrelación entre una propensión a la vulnerabilidad emocional de base biológica y un ambiente invalidante. Es frecuente que el paciente TLP se sienta agobiado por un número de emociones intensas, cambiantes y negativas. Estas personas atraviesan comúnmente sentimientos de frustración, ira, ansiedad y tristeza, y no cuentan con las herramientas personales para enfrentar estas emociones que los abruman. También, los sujetos con TLP a menudo no se permiten sentir, o bien se perciben extremadamente fuera de lugar por

sentirse de cierta manera. Efectivamente, mucho del sufrimiento que experimentan se origina como un efecto secundario (como, por ejemplo, ira o ansiedad) antes estas emociones (de la Vega & Quintero, 2013).

Por su parte Linehan (1993), en primer lugar, expone que los individuos límites experimentan desregulación emocional. Las respuestas emocionales son expresadas de manera altamente reactiva, y el individuo a menudo lucha con depresión episódica, ansiedad, e irritabilidad, como así también dificultades con la ira. En segundo lugar, argumenta que estos pacientes sufren además de desregulación interpersonal, que se traduce en relaciones difíciles, intensas y caóticas. En tercer lugar, menciona patrones de desregulación conductual, evidente por sus comportamientos extremadamente impulsivos y problemáticos, como así también por conductas suicidas. En cuarto lugar, señala la desregulación cognitiva, con formas de pensamiento desordenado no psicótico, que incluye despersonalización, disociación y alucinaciones - generalmente provocadas por una situación estresante - que se suelen disipar cuando el estrés disminuye. Por último, explica que es común la desregulación del sentido de sí mismo. Los pacientes informan con frecuencia que se sienten vacíos y que no saben quiénes son.

3.2.4 Abordaje del TLP y el comportamiento autolesivo desde el enfoque de la Terapia Breve.

Se sabe que una característica central del TLP son las dificultades interpersonales, pero la mayoría de los abordajes psicoterapéuticos son individuales. La perspectiva sistémica, entonces, permite incidir en las conductas a través de la relación terapéutica, como así también influyendo en el entorno. Además, estudios como los de Fruzzetti, Shenk y Hoffman sobre la interacción familiar y el desarrollo del TLP, indican que existe exposición a factores estresores ambientales crónicos como, por ejemplo, abuso sexual, maltrato, o abandono en algún momento de la vida de la mayoría de los pacientes límites. Lo llamativo, sin embargo, es que se asume que los factores individuales se desarrollan aisladamente y no se tienen en cuenta los factores socioambientales. No obstante, son escasas las investigaciones del modelo sistémico en comparación con las propuestas, por ejemplo, por modelos conductuales, aunque autores de otros modelos incluyen a los

miembros del entorno del paciente en el tratamiento, enfatizando la importancia de lo interpersonal (Campo & DAscenzo, 2010).

Conviene enfatizar que el tratamiento de los comportamientos autolesivos casi siempre ha sido terreno de la psiquiatría debido al uso de psicofármacos para su tratamiento, y de la terapia conductual, en la que se intenta reemplazar la conducta problema por una más funcional, extinguiendo la primera y reforzando la última. Hoy en día se reconoce que la Autolesión no suicida es un trastorno psiquiátrico crónico y de alta frecuencia en las consultas de psicoterapia privada como así también en los centros de salud. Este trastorno supone un gran desafío para los profesionales de la salud mental ya que muchas veces la vida del paciente está en riesgo (Calderón, 2009).

De todas maneras, para la terapia breve cada problemática es singular, por lo cual pensar en términos de categorías diagnósticas no es propio de esta visión que considera que actuar desde la patología interfiere en el entendimiento y la mirada curiosa del terapeuta. Para este modelo, es importante entender el modo en que una problemática muy compleja en el nivel psicosocial y con tantos matices es sostenida, paradójicamente, como efecto colateral de los esfuerzos por solucionarla (Serrat et al., 2018).

La Terapia Breve tiene como propósito entrenar a los consultantes autolíticos en estrategias y actitudes constructivas, además de proveerles herramientas para lidiar con estas conductas con la finalidad de promover un comportamiento adaptativo y aumentar la calidad de vida. Las autolesiones, desde la teoría sistémica, están asociadas a la alienación y al retraimiento social, a la falta de confianza e inseguridad en lo social, como también a atribuciones erróneas y disfuncionales a experiencias sociales desagradables (Castro Campos & Garza-Laguera González, 2016).

Desde este modelo, así, se considera que los comportamientos autolíticos son producto de la interacción dentro de un contexto que construye un significado que explica esta conducta problema. La conducta autolesiva es sostenida por las soluciones intentadas que refuerzan el problema en lugar de resolverlo, lo que en muchos casos no hace más que empeorar la sensación de pérdida de control de las emociones y la idea de que la situación es inmutable y crónica (Calderón, 2009).

De manera análoga, la interacción del paciente límite y su entorno familiar a menudo está determinada por la oscilación en extremos de alta o baja implicación por parte de los miembros de la familia, caracterizada por la hostilidad y en donde dichos extremos están vistos como partes del mismo fenómeno, en lugar de ser vistos como opuestos. Estas contradicciones, en efecto, influyen de múltiples formas en la autonomía del paciente. Un patrón de comportamiento característico consiste en la confrontación, la exigencia, la provocación y cierta autodestrucción. El individuo incurre en estas conductas porque interpreta que para conservar la estabilidad del entorno debe depender de los demás, y, a su vez, ser odiado por ellos. Como consecuencia, se establece un círculo vicioso de conductas disfuncionales (Campo & DAscenzo, 2010).

El tratamiento de Terapia Breve de las autolesiones está centrado en la resolución del problema y en la extinción de síntomas presentados por el consultante, mediante la reestructuración de la manera en la que el individuo percibe el mundo y las consecuencias conductuales (Calderón, 2009).

En pacientes límites, el abordaje de las intervenciones sistémicas individuales tiene como meta lograr una relación terapéutica sólida que sirva como modelo para la construcción de una matriz de relaciones interpersonales más funcionales, con el cuidado de que esta alianza no se convierta en un fin en sí mismo. Se debe apuntar siempre a cimentar un contexto interpersonal beneficioso que otorgue seguridad y confianza en que el cambio es posible y en que hay otros caminos más saludables para atender las necesidades afectivas (Campo & DAscenzo, 2010).

4-Metodología

4.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo de caso único de carácter cualitativo.

4.2 Participantes

La persona consultante es una mujer de 31 años, profesional, inmigrante que reside en Argentina desde hace seis años. Actualmente vive sola. Su familia de origen está compuesta por padre y madre, y no tiene hermanos. Su madre reside en el extranjero. Perdió contacto con su padre hace más de 10 años. Al momento de la consulta, refirió estar

atravesando una “crisis existencial”, tristeza, desgano, desregulación emocional y comportamiento autolesivo en forma de cortes y pinchazos en muñecas y brazos.

Además, debe mencionarse al equipo de profesionales de la institución compuesto por la psicóloga tratante - de 39 años de edad, con un año de experiencia clínica en Psicoterapia Breve Estratégica- y la directora de la institución - psicóloga de 60 años de edad y más de 30 años de experiencia clínica en Psicoterapia Breve Estratégica.

4.3 Instrumentos

Video de la entrevista de admisión, de 55 minutos de duración, en donde se recabaron datos relevantes en relación con el estado de la paciente al momento de la consulta, tratamientos anteriores y actuales, soluciones intentadas, motivo de consulta en ese entonces. En la misma también se indagó sobre las expectativas en cuanto al tratamiento, y se realizó la derivación con la terapeuta que se consideró idónea acorde a la persona consultante.

La historia clínica, en la que se documentó lo que se trabajó en las sesiones y las temáticas abordadas, los distintos tipos de intervenciones realizadas y cómo responde la paciente a las estrategias terapéuticas.

Observación no participante de nueve de las 10 sesiones de la paciente en Cámara Gesell, de entre 50 y 60 minutos de duración, y de las sesiones de supervisión y discusión del caso.

Una entrevista semidirigida a la directora de la institución, en la cual se indagó sobre su opinión profesional acerca de la queja inicial y diagnósticos tentativos, como así también sobre los criterios para designar terapeuta tratante y un breve resumen del caso.

Una entrevista semidirigida a la terapeuta a cargo del caso en la cual se inquirió sobre su opinión profesional acerca de las intervenciones realizadas, el cambio terapéutico, y un breve resumen del caso.

4.4 Procedimiento

Para realizar el relevamiento de los datos, se trabajó con el video de la entrevista de admisión realizada por la coordinadora de la institución, se revisó la historia clínica de la paciente, y se consultaron las notas de las entrevistas semidirigidas realizadas a la directora de la institución y a la psicóloga a cargo del caso. Asimismo, se revisaron las notas de la pasante de las nueve sesiones presenciadas en vivo en Cámara Gesell.

5- Desarrollo

5.1 La queja inicial que presenta la paciente y el motivo de consulta construido a partir de la misma

El primer objetivo específico planteaba identificar la queja inicial presentada por la paciente y el motivo de consulta construido a partir de la misma. Para su desarrollo, se recurrió a la videograbación de la primera entrevista, con el soporte de la entrevista realizada por la pasante a la directora de la institución quien llevó a cabo la entrevista de admisión.

La paciente es una mujer de 31 años – a quien de ahora en adelante se hará referencia como “Joana”-, inmigrante, profesional, plurilingüe, quien está soltera y vive sola al momento de la consulta. Su madre, de 61 años quien ahora reside en el extranjero, en el país de origen de ambas, fue diagnosticada con Trastorno Bipolar, realizó varios intentos de suicidio, algunos de ellos presenciados por Joana, y como no puede trabajar a raíz de sus episodios depresivos, Joana se hace cargo de ella económicamente. Joana perdió el contacto con su padre, también de 61 años, hace aproximadamente 10 años. Ella define a su padre como “*un delincuente y mafioso*” que solía salir con muchas mujeres, que fue encarcelado en reiteradas oportunidades y como alguien violento. La paciente refiere haber tenido una infancia económicamente inestable, vivir escapando, y haber vivido episodios extremadamente violentos, tales como personas armadas ingresando a su casa de la infancia y amenazando a todos los presentes. Su madre también pasó tiempo en la cárcel y ella narra que durante ese período fue criada por sus abuelos que la maltrataban.

La primera entrevista fue dirigida por la directora de la institución. En la videograbación, la pasante observa que ante la pregunta de la directora “*¿Qué te trae por acá?*”, Joana responde que está atravesando una “*crisis existencial*” y que ya no sabe qué hacer consigo misma. Llegada esta instancia, la paciente se ha formado un cuadro dinámico a lo largo de su vida, en el que enmarca su propia identidad como parte de una sociedad. Cuando llega a la consulta, lo hace con cierta definición de su vida. Después de haber evaluado las problemáticas a su manera, con sus posibilidades, limitaciones y flaquezas, exige ayuda acerca del encuadre específico que ha ensayado (Minuchin & Fishman, 2004).

También responde que se lastima a sí misma desde los 16 o 17 años, mediante pinchazos en los brazos y muñecas con un tenedor, o cortes con un cuchillo o un cúter, pero aclara que lo

hace sin intención de suicidio, para “*calmar el dolor*”. Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), estas conductas cumplen los criterios diagnósticos de la Autolesión no suicida, trastorno en el cual las personas que lo padecen se lastiman a sí mismas para aliviar emociones negativas. Para Linehan (1993), sin embargo, hay un solapamiento entre la Autolesión no suicida y el Trastorno Límite de la Personalidad, y la Autolesión no suicida es un comportamiento característico del TLP. De igual manera, Joana narra que sus parejas no la entienden, que no saben cómo tratarla y que se alejan, lo que según dice, resulta en relaciones problemáticas y turbulentas. Este hecho cumple con lo que Linehan (1993) denomina desregulación interpersonal, definida por relaciones intensas y confusas y conforma un criterio característico del TLP. Otros criterios característicos son también las respuestas emocionales al entorno de carácter rápido e intenso, y la consecuente dificultad para volver al estado emocional de base (Linehan, 1993), hecho que se evidencia en la consultante a través de la narración de que cuando se enoja se le “*arruina el día*”, o cuando se entristece habla de un profundo dolor muy difícil de superar. De forma similar, Joana remarca el hecho de que, al ser inmigrante, pero al mismo tiempo llevar varios años viviendo en el país, siente que no pertenece a ningún lado, y expresa que se siente incómoda en casi todos los ámbitos, y también manifiesta sentirse muy peculiar, porque según ella, se percibe más inteligente que todos. Sin embargo, dice que se siente tonta cuando tiene que ver con sus emociones: “*Me pasa en especial cuando me enojo, o cuando algo me molesta. Estoy todo el día de mal humor y no lo puedo evitar. A veces estoy en algún lugar, como en el trabajo, por ejemplo, y me dicen algo que no me gusta y me dan ganas de irme corriendo y llorar. Creo que quizás sea por mi cultura, en donde estaba mal visto expresar los sentimientos y siempre me enseñaron a guardarme todo.*” Esta afirmación podría reflejar el hecho de que las personas límites experimentan su vulnerabilidad emocional como inadecuada desde una edad temprana, y esta autoinvalidación es posiblemente un producto de un entorno invalidante (Linehan, 1993).

En la entrevista realizada por la pasante, la directora expresa que se utilizan preguntas focalizadas para averiguar estratégicamente el motivo por el cual el consultante busca ayuda en ese momento y no en otro. Así, en el video de la primera entrevista se observa que ante la pregunta de la directora “*¿Por qué te decidiste a consultar ahora?*” Joana responde estar muy cansada y ya no tener ganas de hacer nada, que siente que nadie la puede ayudar

porque nadie la entiende, y que está cansada de ser excelente en todo “*por fuera*” porque cree que así lo quieren los demás. Esto da cuenta de la desregulación emocional, una alteración central del TLP, producto de la cual es común que el paciente se sienta exhausto a causa de emociones negativas, intensas y fluctuantes, y no cuenta con herramientas para enfrentarlas. Es común además que el paciente límite se sienta muy inadecuado por sentirse de esta manera, lo que le produce más sufrimiento (de la Vega & Quintero, 2013). Según lo expresado por la terapeuta que llevó a cabo el tratamiento del caso, y según consta en la historia clínica de la institución que brindó el tratamiento, Joana cumple con los criterios diagnósticos descritos en el DSM-5 para el Trastorno Límite de la Personalidad.

Dado que una situación considerada como problemática no necesariamente se traduce directamente como motivo de consulta (Fernández, 2014), la terapeuta siguió los lineamientos de la Terapia Breve de Palo Alto para la primera entrevista estratégica (Wainstein, 2006). Así, para poder diferenciar la demanda de la queja inicial (Granja, 2008), según lo observado por la pasante, la terapeuta inquirió de manera directa “*¿Qué expectativas tenés de la terapia y en qué quisieras que te ayude puntualmente?*”, a lo que Joana responde que quisiera manejar sus emociones intensas de una manera más sana, y que le gustaría relacionarse mejor en sus vínculos.

Según el material extraído de la entrevista, la terapeuta relata que, en este caso, sigue el primer paso de un tratamiento de cuatro etapas, que consiste en delimitar el problema y convertirlo a términos concretos (Watzlawick et al., 1976).

En las observaciones de cámara Gesell realizadas por la pasante, se recogen además las respuestas a las preguntas de la terapeuta “*¿Qué haces cada vez que te sentís de esta manera?*” “*¿Qué sucede antes y qué sucede después?*” Estas son preguntas concretas orientadas al síntoma (Hoffman, 1987), y están relacionadas con el segundo paso del tratamiento según Watzlawick et al. (1976), que implica indagar sobre las soluciones intentadas que el paciente ensayó hasta el momento de la consulta y analizar las tentativas fallidas para resolver el problema. En el caso de Joana, sus respuestas son que cada vez que se siente abrumada por una situación, todo le parece negativo, nada parece tener sentido, intenta buscar ayuda en su expareja o en su madre, pero se frustra y acaba por lastimarse a sí misma y sólo así se siente aliviada. “*Siento que tengo un monstruo adentro mío que no puedo controlar. Cuando sale, nadie puede ayudarme. Llamo a mi ex o a mi madre, pero*

no me entienden. El monstruo solamente se calma cuando me lastimo.” Esta conducta autolesiva se sostiene en las soluciones intentadas que refuerzan el problema y aumentan la sensación de pérdida de control (Calderón, 2009).

En la primera sesión con la terapeuta del caso, también observada en Cámara Gesell, se le pregunta Joana: *“Supongamos que estás en la última sesión del tratamiento, ¿Cómo te darías cuenta de que la terapia te ayudó?”*, la consultante responde: *“Si estuviera más equilibrada y si no me sintiera mal todo el tiempo con otros y conmigo misma. Si ya no tuviera la necesidad de hacerme daño para no sentir.”* En esta instancia, la terapeuta pone en marcha la tercera etapa del tratamiento según Watzlawick et al. (1976), que exige identificar una meta concreta y factible.

En pocas palabras, se puede afirmar que, según la historia clínica elaborada por el equipo de profesionales de la institución, Joana es diagnosticada con Trastorno Límite de la Personalidad. Respecto de la queja inicial, la paciente asegura estar atravesando una crisis existencial, una idea que resulta demasiado amplia, y expresa tener un largo historial de comportamientos autolesivos que fueron identificados como los intentos de la paciente de resolver su malestar, es decir que pueden interpretarse como soluciones intentadas. La terapeuta que realiza la entrevista inicial junto con Joana logra focalizar el problema y construir el motivo de consulta, que resulta en que la paciente desea aprender a regular sus emociones, abandonar las autolesiones, y mejorar sus relaciones interpersonales.

5.2 Las intervenciones llevadas a cabo por la terapeuta durante el tratamiento

El segundo objetivo específico se proponía identificar y analizar las intervenciones realizadas por la terapeuta a lo largo del tratamiento, el cual se configura en el presente apartado a partir de la observación de casi la totalidad de las sesiones en cámara Gesell en vivo por parte de la pasante, y se apoya también en la entrevista realizada a la terapeuta del caso.

El terapeuta estratégico se puede servir de un amplio número de herramientas para alcanzar el objetivo de cambio ante el problema que construyó junto con el consultante (Ceberio, 2016), como ocurre en el tratamiento de Joana. Esta concepción constructivista de las intervenciones estratégicas está fundada en la idea de que las personas son capaces de construir activamente su propia realidad (Calderón, 2009).

Durante la entrevista, la psicóloga aclara que más allá de las técnicas que revisten suma importancia para el modelo, se presta especial atención al vínculo terapéutico, y según ella, como profesional, se planteó como objetivo principal de la terapia, crear un espacio seguro para la consultante como columna vertebral del tratamiento. Es decir, las técnicas son instrumentos que se aplican en momentos específicos, cuidando que nunca sea en detrimento de la relación terapéutica que resulta crucial al momento de realizar una intervención. La relación terapéutica y las intervenciones se retroalimentan (Granja, 2008). A su vez, la terapeuta asegura que, si bien el vínculo es una variable preponderante en terapia breve, es un factor al que atiende especialmente dado el problema que trae a consulta Joana, y el contexto profundamente inestable en el que creció. En este caso, responde a un principio fundamental de la terapia breve que plantean Nardone & Watzlawick (1992) que argumenta que es la terapia la que debe adaptarse al consultante y no al revés. El terapeuta estratégico entonces, está obligado a planificar la terapia y a apelar a terapias que ya demostraron ser efectivas en problemas similares, pero teniendo en mente la singularidad del consultante.

En una de las consultas observadas en cámara Gesell, Joana se muestra con una expresión de preocupación y enuncia una queja de cansancio extremo: *“El fin de semana estuve todo el día en la cama mirando series y me sentí mal, pero estoy harta de ser perfecta en todo, de tener que demostrar que todo me sale bien y que soy inteligente. Estoy muy exhausta.”* La psicóloga le sugiere que quizás no haya sido mala idea descansar porque, evidentemente, lo necesitaba, y que le parece que tal vez podría permitirse pensar en “grises”. En la entrevista, la psicóloga refiere que aquí la intervención apunta a flexibilizar las ideas rígidas y polarizadas de Joana y a suavizar la autoexigencia y el perfeccionismo que, a fin de cuentas, la hacen sufrir. En este sentido, pone en práctica una de las alternativas que tiene el terapeuta para promover el cambio según Morejón & Beyebach (1994), que tiene que ver con utilizar una conducta que lleva el paciente a terapia y fomentarla. En este caso, el hecho de validar el descanso de Joana y ayudar a que no sea motivo de malestar agregado.

En otra de las sesiones observadas, Joana, entre llantos, relata: *“Siento que las cosas buenas son escasas y que la vida fue muy injusta conmigo. Se me vienen a la mente*

imágenes del pasado. Odio a mis padres, odio a mi madre, los odio a todos. Odio que el pasado todavía me angustie, yo creí que de alguna manera lo había superado. Trato de no pensar en eso, pero pienso igual y cada vez que lo hago, lo revivo todo.” Ante estas afirmaciones, la psicóloga le dice que entiende el enojo y la angustia que siente, y que entiende que no debe haber sido fácil vivir todo lo que vivió siendo tan pequeña, y que le sorprende que aun así no esté más enojada y angustiada, ante lo cual Joana deja de llorar. En la entrevista, la terapeuta expresa que aquí la intervención está destinada a validar que la infancia difícil que la consultante expresa haber tenido, y que sus sentimientos son adecuados. La profesional utiliza la maniobra estratégica que consiste en comentar sobre el malestar del paciente, y afirmar que se sabe que debe haber un motivo razonable detrás del mismo, y la paradoja de comentar que debería estar peor, ante lo cual el paciente suele mejorar (Weakland et al., 1974).

En una oportunidad, de acuerdo con lo observado en cámara Gesell, Joana narra que está muy enojada con su madre. *“El viernes pasó algo que me arruinó todo el fin de semana. Mi mamá me dejó de responder los mensajes y me di cuenta de que me había bloqueado de WhatsApp. Me puse furiosa porque sé que es su manera de castigarme.”* El enojo de su madre surge a raíz de que Joana había decidido no enviarle más dinero. Las peleas con su madre son muy recurrentes dado que siempre han tenido una relación tensa y compleja entre ambas. Joana explica: *“Me hizo enojar la manera, no el hecho de que no hablemos más. Me lo podría haber hecho saber de otra forma, me resultó infantil. No sé cómo hacer para que me dejen de afectar las cosas que hace, siento que me manipula y me da bronca.”* A lo que la terapeuta añade: *“A mí me preocuparía si no estuvieras enojada con tu mamá. Es más, creo que enojarte así es lo mejor que podés hacer.”* Según lo recabado en la entrevista, la terapeuta explica que, dado que Joana suele ser bastante reactiva y desafiar las intervenciones, y que es común que cada vez que habla con su mamá acabe enojada, aquí ensaya una intervención paradójica con el objeto de que el enojo disminuya en el futuro. Las intervenciones paradójicas son propias de la terapia breve y están diseñadas para problemas recurrentes y consultantes resistentes al cambio y a las prescripciones abiertas (Minuchin & Fishman, 2004). Tal como se dio en este caso, la paradoja consiste en prescribir directamente el síntoma, o bien elogiarlo y expresar preocupación acerca de su desaparición (Palazzoli, 1994). Joana demuestra ser una paciente resistente en numerosas sesiones, según lo extraído

de las observaciones. Por ejemplo, en una de las primeras sesiones, se muestra visiblemente molesta, no saluda a la terapeuta ni la mira a los ojos, y responde brevemente sus preguntas. En esta ocasión, la terapeuta se excusa de la sesión para consultar con el equipo, aprovechando la ventaja de la cámara Gesell, de esos otros ojos que revisan la propia mirada (Hoffman, 1987), y una vez del otro lado del espejo expresa frustración y que no sabe “cómo manejarla”.

Acorde a lo observado en una de las sesiones, la consultante narra que en la semana se encontró muy angustiada porque recordó el tiempo vivido cuando su madre estuvo en la cárcel y quedó al cuidado de sus abuelos que, según ella, eran muy estrictos, intolerantes y maltratantes. *“Hay una parte de mí muy lastimada que es una niña y ella es la que lloraba. Yo la tranquilicé y le dije que podía llorar todo lo que quisiera. O sea, la que calma a la nena soy yo, la adulta.”* La psicóloga del caso le explica a la pasante que todo el tratamiento de Joana toma como eje la reformulación, que radica en transformar la perspectiva que un consultante tiene de un problema (Wainstein, 2006), y remarca: *“Ese monstruo que la atacaba se transformó en el monstruo que le quiere decir algo sobre sus sentimientos, y a su vez es el mismo monstruo que se transformó en la nena que se asusta y necesita protección de la adulta.”* Aquí se hace claro el empleo de la analogía construida entre la terapeuta y Joana, que también constituye una técnica para reenmarcar. La analogía se utiliza para amplificar un mensaje del terapeuta, o para desviar la atención del problema (Wainstein, 2006). Según Granja (2008), el lenguaje metafórico habilita una representación diferente de las conductas mediante el uso de imágenes que superficialmente no tienen que ver con el tema al que hacen referencia, por ejemplo, en el caso de Joana, el “monstruo” o la “nena” para representar emociones difíciles.

La terapeuta, además, manifiesta que Joana se encuentra mejor regulada porque aprendió a darle lugar a esa nena y a contenerla, en lugar de frustrarse y lidiar con sus emociones mediante las autolesiones. Es decir, mediante la reformulación logra cambiar el sentido que le atribuye a esa situación (Watzlawick et al., 1976).

En concreto, a partir de las observaciones se puede concluir que Joana en el principio del tratamiento expresa que un monstruo la controla y que nadie puede ayudarla. Durante la entrevista, la psicóloga refiere que juntas construyen una analogía más amable para estas

emociones intensas y logran cambiar el “monstruo” por esa niña herida y asustada. Esta niña pequeña necesita de la ayuda de la adulta que sí sabe lidiar con estas emociones intensas y que está ahí para protegerla y cuidarla. Es decir, las emociones negativas de Joana no desaparecen, pero logra enfrentarse a ellas resignificándolas. Expresarse mediante metáforas suele promover el cambio en las interacciones con otras personas y al mismo tiempo permite redefinir el problema (Granja, 2008). A su vez, la psicóloga afirma que esta reformulación es paulatina y que comienza utilizando una metáfora que la propia consultante lleva a terapia. Este cambio de una metáfora por otra ayuda a que la consultante pueda utilizarla en momentos críticos, maniobra que, según lo extraído de la entrevista, Joana aprende en la consulta como parte del tratamiento. De hecho, la terapeuta señala el relato de un episodio de Joana en el que luego de discutir con su expareja y de que ella lo echara de su casa, el primer pensamiento de Joana fue cortarse a sí misma, pero logra decirse *“Este es el monstruo que me quiere controlar, no soy yo que me quiero cortar”*, y asegura que contuvo las ganas de cortarse durante una hora, *“convenciendo al monstruo”*. La terapeuta interviene y pregunta, *“¿Y cómo lograste controlar vos al monstruo?”*. Joana responde *“Porque en realidad me di cuenta de que no se trata de un monstruo sino una parte de mí muy indefensa, que no sabe cómo hacer para no sentirse tan mal.”* La terapeuta pregunta *¿Una adolescente quizás?* La consultante asevera: *“Yo diría más bien una nena”*.

Recapitulando, todas las intervenciones se realizaron en conjunto con Joana, valiéndose de las metáforas, palabras o conductas que ella llevaba a la consulta. En este sentido, guardan coherencia con la idea de que el constructivismo atraviesa el modelo y realiza grandes aportes a las intervenciones sistémicas, en especial, la idea de que terapeuta y consultante son parte del mismo sistema interrelacionado, y que el terapeuta no es el único experto, sino que cada parte aporta conocimiento valioso (Granja, 2008).

5.3 El cambio que se produjo en la consultante como consecuencia de las intervenciones implementadas

El tercer objetivo específico se planteaba describir y analizar el cambio que se produjo en la consultante como resultado de las intervenciones realizadas durante el tratamiento psicoterapéutico. El mismo se desarrolla en el presente apartado con el sustento de la observación de la videograbación de la primera entrevista, con las notas de la observación

no participante de las nueve sesiones subsiguientes, y con las entrevistas realizadas por la pasante tanto a la psicoterapeuta a cargo del caso, como también a la directora de la institución quien llevó a cabo la primera entrevista y derivación de la consultante con dicha terapeuta.

En esta etapa se evidencia el resultado de la ejecución del plan trazado para lograr el cambio, que corresponde a la cuarta etapa. Es aquí donde ocurre el proceso real de cambio como efecto de la aplicación de tácticas generales y estrategias más particulares ajustadas a la medida del problema del consultante (Watzlawick et al., 1976).

En la primera sesión, se observa que Joana expresa desesperanza, describe comportamientos autolesivos, e incluso ideaciones suicidas, síntomas característicos del TLP según Stone (2005). En esta sesión, Joana pronuncia frases como *“La vida no tiene sentido. Respirar cuesta demasiado. Es más fácil morir. Siento que mi vida podría detenerse en cualquier momento y me daría lo mismo. Siento que no queda nada más en esta vida. No tengo ganas de hacer nada, quisiera renunciar al trabajo porque no me gusta.”* El contraste es evidente observando la última sesión, en la cual narra que es capaz de autorregularse, de sentirse más cómoda en soledad, y tal vez lo que era más apremiante de su situación inicial, haber encontrado la alternativa a las autolesiones. El recurso del lenguaje metafórico le permite representar su entorno y su realidad mediante el uso de una imagen (Wainstein, 2006).

En la última sesión observada, Joana relata: *“Me siento mucho más tranquila. Antes sentía miedo cuando estaba sola, pero ahora no. Sé que soy la adulta y que esa nena no sabe qué hacer cuando se siente mal, pero yo sí.”* Ante esta afirmación, la psicóloga indaga sobre si se ha vuelto a autolesionar y Joana responde que no ha sentido la necesidad de volver a hacerlo. La psicóloga inquiriere *“¿Cuándo fue la última vez que te lastimaste?”*. Joana responde que no lo recuerda. En esta oportunidad la terapeuta realiza preguntas apuntadas a indagar sobre la desregulación emocional (Linehan, 2003).

En sesiones anteriores, la consultante también menciona que seguía frecuentando a un exnovio con quien había convivido y con el cual guarda una relación cercana. Sin embargo, también indica que mantener esta relación acaba por entristecerla y causarle cierta ansiedad, porque, según comenta, siente que él no la entiende y no sabe cómo tratarla. La

psicóloga inquiriere sobre si últimamente lo había visto, a lo cual Joana responde: *“No lo veo desde hace bastante. No me entiende y reacciona de manera equivocada. Prefiero no verlo. Le pedí que no nos viéramos más por un tiempo.”* Con esta pregunta, la psicóloga indaga sobre la evolución de la desregulación interpersonal (Linehan, 2003).

A continuación, Joana cuenta con un tono muy animado que retomó sus clases de baile y sobre su interés hacia un compañero. También refiere que tiene deseos de tomar clases de pintura, actividad que había practicado de niña, y que está buscando un profesor, como así también sobre sus planes de regresar a la universidad y finalizar la carrera que había dejado incompleta hace algunos años. Allí también relata que el fin de semana anterior había organizado un almuerzo en su casa y que se sintió muy satisfecha por sociabilizar nuevamente. En este sentido, juega un papel crucial la experimentación de un cambio en apariencia pequeño como lo es el intercambio de la metáfora del monstruo por la de la niña, la cual provoca una gran repercusión que se traslada a otras áreas de su vida y genera a su vez mejorías adicionales (Weakland et al., 1974; de Shazer, 1986).

En la entrevista con la pasante, la psicóloga subraya que la consultante está enfocada en vivir su vida y que recuperó las ganas de hacer actividades. *“Es una mujer con muchos intereses, habla varios idiomas, baila, pinta, pero todas estas inclinaciones habían sido desplazadas por su malestar y su imposibilidad de manejarlo, por lo cual se refugiaba en relaciones no tan fructíferas, pero que eran lo que tenía a su alcance. Tampoco se puede ignorar el hecho de que las autolesiones contribuyeron al aislamiento, dado que en muchas oportunidades los cortes eran visibles y obviamente ella prefería no salir y resguardarse para evitar la vergüenza que le provocaba la mirada ajena, o algún comentario o pregunta. En este sentido se puede afirmar que Joana recuperó mucho más que la energía o las ganas, recuperó su vida.”* Es decir que este cambio de perspectiva repercute en toda la vida de Joana desencadenando otras posibilidades que le permiten crecer y por ende mejorar su calidad de vida (Ceberio, 2016). Por su parte, la directora de la institución manifiesta una apreciación similar: *“El caso de Joana es profundamente ilustrativo del poder que tienen las intervenciones estratégicas, en especial el reframe. Ella era una persona que estaba prácticamente presa de sus emociones fuertes, de su pasado, y que mantenía una relación muy poco saludable consigo misma y con los que la rodeaban.*

Llega a la consulta derrotada, apagada, y hoy en día está llena de energía y hasta quiere retomar todas sus antiguas actividades de golpe. En sus propias palabras, odiaba su vida, y ahora está llena de vida. Curiosamente, esto sucede a pesar de que las imágenes del pasado y sus emociones intensas siguen allí, con la diferencia de que logró otorgarles otro significado.” Al respecto, se puede afirmar que la situación en la que estaba inmersa la paciente era una trampa que generaba paradojas y que es la aplicación de las técnicas de cambio ² las que logran romper este círculo vicioso de soluciones intentadas que perpetuaban el problema, cambiando así la estructura misma de la situación (Watzlawick et al., 1976).

El cambio de Joana es significativo y se dio de manera relativamente rápida, lo cual es ilustrativo de la afirmación de que la terapia breve no es meramente una versión reducida de tratamientos más extensos, sino que es efectiva y propicia cambios duraderos. Incluso, dada la brevedad del tratamiento, los terapeutas se ven éticamente obligados a aprovechar ese tiempo de la forma más productiva posible, que resulta en que el consultante podrá retomar su vida en lugar de continuar sufriendo (de Shazer, 1986).

Como afirman Nardone & Watzlawick (1992), los cambios en apariencia sutiles tienen el poder de provocar una cadena de transformaciones que repercuten en todo el sistema. En el caso de la consultante, estos pequeños cambios tienen que ver con aplicar ciertas estrategias como, por ejemplo, aprender a reconocer y validar las propias emociones a través de la metáfora del monstruo, o lograr armarse de herramientas que le permitieran manejar sus episodios de tristeza, o ira que en el pasado le resultaba imposible de controlar. Los autores afirman que es a través de estos cambios menores que el terapeuta debe conducir al consultante a modificar sus conductas disfuncionales e incluso su idea de mundo, y que es entonces cuando se puede sentenciar que la terapia logró su objetivo inicial.

En resumen, el cambio de Joana fue paulatino y, a la vez, se dio según lo esperable, dentro del marco de las 10 sesiones previamente estipuladas en el marco de la terapia breve estratégica. Este cambio se evidencia específicamente contrastando la manera en la que la consultante ingresa a la primera entrevista, a saber, relatando comportamientos autolíticos, ideación suicida y demostrando cierta apatía, con el modo en el que se desenvuelve en la última sesión, expresando en primer lugar, el cese de las autolesiones, y sus planes acerca

del futuro. Para la ocurrencia del cambio, es crítico el reencuadre en el abordaje del problema construido para trabajar en terapia. Asimismo, tiene lugar la destrucción creativa, es decir un cambio en la perspectiva del problema en el sistema consultante, dado que a medida que tienen lugar estas transformaciones en ciertas etiquetas, estructuras y representaciones, también tiene lugar el cambio en la conducta (Wainstein, 2006).

6- Conclusiones

6.1 Resumen del desarrollo

El presente trabajo se plantea inicialmente describir el tratamiento de una paciente que consulta por conductas autolesivas y dificultades para regular sus emociones, en el marco de la Terapia Breve Estratégica del MRI. Del desarrollo se desprende que los objetivos fueron cumplidos.

Se trazaron tres objetivos específicos. El primero considera la discriminación entre la queja inicial y el motivo de consulta. Cabe destacar que la paciente llega a consulta con lo que se observa como un alto nivel de malestar y de desregulación emocional, por lo cual la queja era en principio amplia y más bien vaga. Ya en la primera entrevista menciona estar atravesando una profunda crisis, relata sobre sus autolesiones, y desgano o falta de sentido. La modalidad de trabajo de la terapia breve es desde el principio trabajo en equipo, valiéndose de la cámara Gesell como una herramienta central y con una enorme ventaja. En palabras de Hoffman (1987), ofrece mirar el problema desde una perspectiva nueva, y abre una interacción que permite nuevos puntos de vista dado que hay otros ojos que pueden revisar la mirada propia. En este sentido, la directora de la institución junto con la terapeuta a cargo del caso y la paciente, es decir, el sistema consultante (Wainstein, 2006), construyen el motivo de consulta, el cual se centra en proveer a la consultante de herramientas para regular sus emociones y en mejorar el vínculo consigo misma y con otros.

El segundo objetivo, proponía describir las intervenciones realizadas para arribar al cambio terapéutico, entre las cuales se destaca el reencuadre como intervención crítica, el cual consiste elementalmente en reformular la visión que se tiene de un problema. Reenmarcar implica transformar la manera en la que se vivencia una situación determinada, colocando la misma en un marco nuevo que se adapta de manera similar e incluso mejor (Watzlawick

et al., 1976). En el caso de la consultante, esta reformulación estuvo ligada a la experiencia de la intensidad de sus emociones, logrando un nuevo encuadre a través de la utilización de metáforas que le permitieron regularlas y darles sentido.

El tercer objetivo, finalmente, pretendía emprender la descripción y el análisis del cambio terapéutico propiamente dicho que se da como producto de las intervenciones antes mencionadas. El cambio se logra dentro del número de sesiones estipuladas por la terapia breve del MRI y es posible su análisis a través de la observación de la primera sesión de terapia videograbada cuyo acceso fue cedido por la institución a la pasante, previo consentimiento de la consultante, y las notas de las observaciones de las sesiones subsiguientes. Se estudiaron con especial atención la primera y última sesiones, con el objetivo de contrastarlas. En pocas palabras, como se menciona anteriormente, la consultante llega a terapia excedida por sus afectividades, y concluye la terapia con herramientas para poder abordarlas.

6.2 Limitaciones

En lo que concierne a las limitaciones del presente trabajo, es pertinente mencionar la variable tiempo y limitaciones operativas. Si bien en apartados anteriores se hace referencia a la evolución y al cambio terapéutico de la paciente, la misma no recibió el alta en la sesión número diez, problemática que se abordará más adelante. Por disposición de la institución en la cual la pasante realiza las prácticas, sólo se atienden en cámara Gesell a los pacientes que se encuentran dentro del marco del denominado Bono Solidario. Si el equipo lo considera pertinente, se le ofrece al consultante la posibilidad de continuar el tratamiento en modalidad privada, cuyas sesiones no son videograbadas y tienen carácter estrictamente confidencial, razón por la cual ya no es posible el acceso o seguimiento, y un estudio más profundo y exhaustivo del caso en su totalidad se encuentra restringido.

En consideración a las limitaciones conceptuales, el presente trabajo fue escrito en su totalidad en contexto de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) a raíz de la emergencia sanitaria producto del nuevo virus COVID-19, motivo por el cual no fue posible el acceso a la biblioteca de la institución y, por ende, a gran parte del material fundamental, como por ejemplo, intervenciones específicas de Terapia Breve en el TLP.

En relación con las limitaciones metodológicas, también a causa del ASPO, no fue viable volver a acceder a la videoteca de la institución y sólo se contó con la desgrabación de la primera entrevista y las notas de las consultas realizadas previamente, como así también las notas de las sesiones presenciadas.

En cuanto a las limitaciones de la institución, es importante mencionar las restricciones de la modalidad del Bono Solidario. Por un lado, los horarios son limitados, porque la cámara Gesell exige el armado de equipos técnicos de video y sonido a cargo de personas idóneas, y, además, porque demanda de la presencia de la coordinadora de pasantes y/o la directora, (las profesionales experimentadas). Por otro lado, los terapeutas que llevan a cabo estas sesiones son, por lo general, profesionales recién graduados que se encuentran realizando su formación de posgrado en la institución, salvo contadas excepciones.

6.3 Perspectiva crítica y aporte personal

Si bien se considera muy meritorio que una institución privada otorgue desinteresadamente la posibilidad de acceder a un tratamiento por un bono contribución muy accesible, se deben tener en cuenta las problemáticas de su implementación práctica y el consecuente impacto de las limitaciones en los consultantes. En el caso observado por esta pasante, una vez que la consultante arriba a la última sesión del tratamiento en cámara Gesell y se le dan a conocer sus opciones, esto es, honorarios más elevados, cambio de horarios y cambio de terapeuta, la misma manifiesta sorpresa y preocupación, y responde que no le gustaría cambiar de terapeuta, ante lo cual la respuesta de la institución es explicarle una serie de trámites a seguir, tales como comunicarse con la secretaria de la institución, y se indaga también acerca del máximo monto de dinero que podría pagar por sesión a lo que ella responde que no está segura y que debería analizarlo. Pasadas varias semanas, la consultante no se contacta con la institución, según la información recabada por la pasante, ante lo cual su terapeuta resuelve comunicarse con ella. Ya que para el modelo, al ser terapeuta y consultante parte de un mismo sistema que se interrelaciona, y, dado que lo que humaniza al modelo es esta transformación de la intervención en conversación (Granja, 2008), debería tratarse como asunto de suma relevancia y se debería poder facilitar de alguna manera la continuidad de los pacientes, para hacer más amigable la transición entre

la modalidad solidaria y la modalidad privada. Una posibilidad sería flexibilizar el número de sesiones en cámara Gesell, por ejemplo.

En cuanto a la aplicabilidad del tratamiento, se puede decir que representa un caso de terapia exitosa, dado que se logró la meta concreta y factible que se planteó al inicio (Watzlawick et al., 1976). El presente caso, además, servirá como antecedente a la hora de tratar pacientes con problemáticas similares, aunque se deberá adaptar la nueva terapia a las características singulares de cada paciente (Nardone & Watzlawick, 1992).

No obstante, surgen varios interrogantes a partir del análisis de las intervenciones estratégicas aplicadas. El primero, es en torno a la pertinencia de la terapia breve para casos tan complejos como lo es el TLP, y tiene que ver con que si este tipo de tratamiento es replicable para abordar otros casos de TLP. El segundo interrogante que surge es la cuestión de que si este cambio terapéutico es sostenible en el tiempo, debido a que en principio la institución no realiza seguimientos longitudinales. El tercer interrogante es entorno a la cuestión ética. Como se mencionó anteriormente, en el caso aquí analizado se logró tratar a la paciente de manera exitosa. A pesar de esto, hay evidencia que demuestra que otras terapias serían más eficaces a la hora de abordar casos de TLP, en efecto, la Terapia Dialéctica Comportamental de Marsha Linehan, específicamente diseñada para este trastorno (Yust & Pérez-Díaz, 2012). Por consiguiente, surge la pregunta acerca de que si instituciones especializadas en terapia breve del MRI deberían o no admitir casos de TLP o de complejidad similar.

La realización de este trabajo ha representado para la pasante antes que nada un desafío, ya que se trata de un caso de terapia individual en un modelo por excelencia para el abordaje de la terapia familiar o terapia de grupos (Nardone & Watzlawick, 1992), pero, sobre todo, ha significado una experiencia invaluable y enriquecedora. Esta pasante se ha sentido profundamente interpelada por el privilegio de poder presenciar expertos trabajando con seres humanos y, en especial, con el sufrimiento humano, de manera profesional, empática y compasiva. Por fortuna, la experiencia no hizo más que inspirar, reforzar y verificar la pasión por la profesión, y profundizar la admiración por la belleza del modelo.

6.4 Nuevas líneas o problemas de investigación

Para el desarrollo de nuevas líneas de investigación se podrían mencionar dos cuestiones principales. Por un lado, la eficacia de la terapia breve estratégica del MRI en casos de TLP y conductas autolesivas. Si bien hay estudios de caso único como, por ejemplo, el de Campo & DAscenzo (2010), o el de Castro Campos & Garza-Laguera González (2016), hasta la fecha no es posible encontrar estudios de metaanálisis o estudios sistemáticos sobre si resulta un tratamiento con evidencia empírica suficiente.

Por otro lado, sin incurrir en eclecticismos, vale la pena indagar en la inclusión de técnicas efectivas de otros modelos para el tratamiento del TLP en la terapia breve focalizada. Es decir, podría investigarse la posibilidad, sin recurrir a cambiar la filosofía constructivista subyacente (Calderón, 2009) o la teoría sistémica de base de incluir, por ejemplo, el entrenamiento en habilidades en terapia grupal de la DBT, centrado en regular emociones difíciles, en donde se les enseña a los pacientes a modular la emocionalidad extrema y a reducir conductas desadaptativas dependientes del estado de ánimo, y a validar y a creer en sus propias emociones, pensamientos y actividades (Linehan, 1993).

Por último, es ineludible la pregunta por la terapia online y la eficacia de terapia breve focalizada en esta modalidad. La práctica que sustenta el presente trabajo se realizó en un contexto anterior a la emergencia sanitaria producto del nuevo virus COVID-19 y su posterior aislamiento social para evitar su propagación. Sin embargo, actualmente la mayoría de los centros de salud han migrado su modalidad de terapia a la modalidad remota u online, por lo cual es una línea de investigación no sólo interesante sino crítica y necesaria, en especial porque no es posible el uso de la cámara Gesell, que es central para el modelo y solía representar una ventaja en el tratamiento respecto de otras modalidades (Hoffman, 1987).

6- Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington D.C: APA.

- Arbeláez, T. G., González, G. M., Madrid, D. J., Ramírez A. M., & Viveros C. E. (2016). Acercamiento a la noción de la paradoja planteada por Mara Selvini. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó*, 3(2), 149-164. doi: 10.21501/23823410.2165
- Bateson, G. (1985). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Lohlé-Lumen.
- Burgal Juanmartí, F., & Pérez Lizeretti, N. (2017). Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad: una revisión. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 148-156. doi: 10.23923/pap.psicol2017.2832
- Campo, C., & DAscenzo, I. (2010). El trastorno límite de la personalidad: diagnóstico e intervención desde la perspectiva sistémica. *Revista Redes*, 2(24), 23-53.
- Calderón, C. (2009). Comunicación de una experiencia clínica con autodaño desde el enfoque estratégico de terapia breve. *Revista de Psicología*, 13(1), 83-101.
- Castro Campos, C., & Garza-Laguera González, A. (2016). Terapia Breve en un caso de autolesión no suicida. *Revista Psicología Científica.com*, 9(11). Recuperado de <https://www.psicologiacientifica.com/terapia-breve-caso-autolesion-no-suicida/>
- Ceberio M. R. (2016). Terapia breve sistémica: una breve introducción. Artículo presentado en las Jornadas provinciales de Psicología. Cómo pensar las prácticas psicológicas: desafíos actuales. Colegio de Psicólogos de la provincia de Bs As. Colegio de Psicólogos Distrito II. Trenque Lauquen. Argentina.
- de la Vega, I., & Quintero, S.S. (2013). Terapia Dialéctico Conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción psicológica*, 10(1), 45-55.
- de Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Del Río, A. R. (2012). La perspectiva sistémica. Diferentes modelos y formas de intervención. En L. Lutereau (comp.), *Variantes de la cura y formas de tratamiento en Psicología. Actas de las X Jornadas de Psicología UCES* (pp.78-90). Buenos Aires, Argentina.
- Fernández, A. M. (2014). *Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

- Fernández, B. A. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Psicología conductual*, 4(1), 123-140.
- Granja, D. O. (2008). *La terapia familiar sistémica*. Cuenca: Abya-Ayala.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la Terapia Familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México, D. F.: Fondo de cultura económica.
- Kópec, D., & Rabinovich, J. (2007). *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica*. Buenos Aires: Dunken.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Minuchin, S., & Fishman, C. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Morejón, A. R., & Beyebach, M. (1994). Terapia sistémica breve: Trabajando con los recursos de las personas. En M. Garrido y J. García (Comps.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*, (pp.241-290). Valencia: Promolibro.
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- Palazzoli, M. S., & Boscolo, L. (1994). *Paradox and counterparadox: A new model in the therapy of the family in schizophrenic transaction*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers.
- Serrat, S. L., Kiskeri, A.A., Diaz, A.G., & Schlanger, K. (2018). Terapia breve y trauma complejo a través de un caso clínico en el Centro de Terapia Breve del Mental Research Institute. *Apuntes de Psicología*, 36(3), 173-180.
- Stone, M. H. (2005). Borderline Personality Disorder: History of the concept. En M.C. Zanarini (Ed.), *Borderline Personality Disorder*. (pp. 1-18). Boca Raton: Taylor & Francis.
- Villarreal-Zegarra, D. & Paz-Jesus, A. (2015). Terapia familiar sistémica: Una aproximación a la teoría y la práctica clínica. *Interacciones*, 1(1), 45-55. doi: 10.24016/2015.v1n1.3

- Villarroel, J., Jerez, S., Montenegro, A., Montes, C., Igor, M., & Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 51(1), 38-45.
- Von Bertalanffy, L. (1986) *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Wainstein, M. (1997). *Comunicación: Un paradigma de la mente*. Buenos Aires: Oficina de Publicaciones del CBC.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (1991). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1976). *Cambio. formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P., & Bodin, A. (1974). Brief Therapy: Focused Problem Resolution. *Family Process*, 13(2), 141-168.
- Yust, C. C., & Pérez-Díaz, A.G.L. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 97-114.