

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Sostenimiento de la alianza terapéutica de manera virtual en un
paciente con desregulación emocional.

Alumna: Virginia Modia

Tutor: Ignacio Constantino

Buenos Aires, 28 de marzo de 2022

Índice

1- Introducción.....	3
2- Objetivos	4
2.1- Objetivo general	4
2.1- Objetivos específicos	4
3- Marco teórico.....	4
3.1- Trastorno Límite de la Personalidad	4
3.1.1- Sintomatología	4
3.1.2- Desregulación emocional	8
3.2- Enfoque sistémico.....	9
3.2.1- Principios del enfoque	9
3.2.2- Modelo estratégico	12
3.2.3- Intervenciones	13
3.3- Alianza terapéutica	15
3.3.1- Conceptualización	15
3.3.2 – Joining: alianza terapéutica desde el enfoque sistémico	17
3.3.3- Mantenimiento de la alianza terapéutica en el trastorno límite de personalidad	20
3.3.4- Mantenimiento de la alianza terapéutica de manera virtual frente a la pandemia de COVID-19	23
4- Metodología	26
4.1 Tipo de estudio	26
4.2 Participantes	26
4.3 Instrumentos	27
4.4 Procedimiento	28
5- Desarrollo	28
5.1 Objetivo 1: Describir los síntomas de la desregulación emocional y la alianza terapéutica antes del cambio de modalidad de entrevista presencial a virtual	28
5.2 Objetivo 2: Describir las modificaciones en el proceso terapéutico realizadas por el terapeuta para el sostenimiento de la alianza durante el cambio de modalidad de entrevista presencial a virtual	32

5.3 Objetivo 3: Analizar los efectos o modificaciones en la alianza terapéutica y en los síntomas de la desregulación emocional del paciente luego del cambio de modalidad de entrevista presencial a virtual	34
6- Conclusiones	37
7- Referencias	43

1- Introducción

El presente Trabajo Final Integrador (TFI) surge de la práctica llevada a cabo en una institución sistémica, cuyo objetivo es la aplicación de dicho enfoque en el tratamiento de pacientes con diversas patologías.

Fue realizado en el marco de la Práctica y Habilitación Profesional V de la Licenciatura en Psicología, perteneciente a la Universidad de Palermo, y se desarrolló cumplimentando las 280 horas requeridas para la aprobación y finalización de la misma, entre agosto y diciembre de 2020.

Durante este período, se ha participado de diversas actividades que se realizaron en la institución, como reuniones semanales de equipo, supervisiones, admisiones, entrevistas a profesionales, coordinación de reuniones y atención psicológica en co-terapia, todo esto enmarcado dentro del cambio de atención a la modalidad online. Dichas actividades fueron supervisadas por el coordinador designado por la institución.

A partir de las distintas tareas realizadas en la institución de manera online, se plantea analizar en el siguiente caso clínico, el sostenimiento de la alianza terapéutica frente al cambio de modalidad de atención que sufrió el dispositivo clínico presencial dentro de la institución frente a la crisis pandémica de COVID19 en el año 2020.

El interés por la temática elegida surge a partir del contexto de aislamiento social preventivo y obligatorio frente a la pandemia de COVID19, la cual sorprendió de manera intempestiva a la población en general, provocando un cambio en el sistema de atención en salud mental para poder adaptarse a las vicisitudes del contexto pandémico.

2- Objetivos

2.1- Objetivo General

- Analizar el proceso de alianza terapéutica en un paciente con desregulación emocional, desde el abordaje sistémico de manera virtual.

2.2- Objetivos Específicos

- 1- Describir los síntomas de la desregulación emocional y la alianza terapéutica antes del cambio de modalidad de entrevista presencial a virtual.
- 2- Describir las modificaciones en el proceso terapéutico realizadas por el terapeuta para el sostenimiento de la alianza durante el cambio de modalidad de entrevista presencial a virtual.
- 3- Analizar los efectos o modificaciones en la alianza terapéutica y en los síntomas de la desregulación emocional del paciente luego del cambio de modalidad de entrevista presencial a virtual.

4- Marco Teórico

3.1 - Trastorno límite de la personalidad

3.1.1 – Sintomatología

Uno de los primeros autores en definir los criterios diagnósticos del trastorno límite de la personalidad fue Kraepelin (1921) detallándolos como: impulsividad, inestabilidad de la afectividad y de las relaciones interpersonales, ira intensa e inapropiada y actos autolesivos.

En 1938, Adolf Stern describe por primera vez la mayoría de los criterios diagnósticos del trastorno límite, y denominó a los pacientes que cumplen con estos síntomas como “el grupo de la línea de la frontera”.

Por lo que respecta a la CIE-10 (OMS, 1992), se incluyó un trastorno similar al límite pero denominado “trastorno emocionalmente inestable de la personalidad”. En este caso, la categoría fue dividida en dos tipos que comparten un patrón general de impulsividad y descontrol, la existencia de inestabilidad afectiva, poca capacidad para planificar las cosas y episodios de ira intensa y comportamientos explosivos. Las dos variedades se denominan: a) tipo impulsivo, donde se manifestaba inestabilidad emocional y falta de control de los impulsos, comportamientos amenazadores y explosiones violentas, y b) tipo límite, que presentaba una imagen de sí mismo alterada y poco definida, sentimientos crónicos de vacío, implicación en relaciones intensas e inestables que desencadenan crisis emocionales frecuentes, miedo al abandono y comportamientos autolesivos o amenazas suicidas.

El trastorno de la personalidad límite (TLP) es definido por la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) como un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos. Para realizar el diagnóstico de TLP según la actual clasificación del DSM-5, es necesario cumplir con cinco de los nueve criterios establecidos que se detallan a continuación; 1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado; 2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación; 3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo, 4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios); 5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación; 6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días); 7. Sensación crónica de vacío; 8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes); y 9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

En el DSM-5, los trastornos de personalidad mantienen los mismos subtipos y clusters en la sección II. Sin embargo, la sección III incluye un enfoque alternativo para el diagnóstico de trastornos de la personalidad llamado modelo dimensional categórico híbrido alternativo. Este modelo mixto posee una serie de niveles jerárquicos distintos que permite un diagnóstico categorial y una aproximación al detalle dimensional sirviéndose de un conjunto de procedimientos estadísticos que se conocen como análisis factoriales. Este modelo dimensional de la personalidad fracasó cuando fue probado en pacientes en los ensayos de campo del proyecto de criterios DSM entre 2010 y 2012; muchos psiquiatras que los emplearon llegaron a conclusiones diferentes. Las controvertidas dimensiones de los trastornos de personalidad fueron votadas en contra por la Mesa Directiva de la APA en la reunión de planificación final en diciembre de 2012. Sin embargo, es esperable que, en las versiones posteriores del manual, este modelo híbrido sea trasladado a la sección II, una vez los psiquiatras se familiaricen más con su uso y haya más estudios que soporten su empleo (Muñoz & Jaramillo 2015).

Según la clasificación actual del DSM-5, los nueve criterios diagnósticos pueden combinarse de 256 formas distintas, resultando en un trastorno de presentación heterogénea, ya que dos pacientes con el mismo diagnóstico, pueden compartir solo un criterio. Debido a las fuertes críticas realizadas hacia el modelo categorial de la personalidad defendido en los sucesivos DSM y considerando las distintas propuestas derivadas de los modelos de personalidad dimensionales (y no patológicos), el DSM-5 plantea una clasificación alternativa de los trastornos de personalidad (Armand Ugon, 2016).

La tasa de prevalencia del TLP se considera elevada, aunque no existe un acuerdo unánime. Se estima aproximadamente que el 2% de la población general presenta TLP, mientras que entre la población atendida en los Servicios de Salud Mental Comunitarios se eleva hasta el 10% (APA, 2000). Sin embargo, otros autores como Kernberg y Mischels (2009) indican una tasa del 4% entre la población general y el 20% entre los usuarios de los servicios de salud mental comunitarios.

El TLP es más frecuente en mujeres que en hombres, con una relación estimada de 3:1. Los sujetos suelen ser diagnosticados en edades comprendidas entre los 19 y 34 años, y suelen pertenecer a grupos de nivel socioeconómico medio (Guía de práctica clínica sobre el trastorno límite de la personalidad, 2011).

Adicionalmente, es un síndrome heterogéneo, difícil de delimitar, que se diferencia en sus determinantes etiológicos y en sus formas clínicas y comportamentales de presentación, no sólo de un individuo a otro sino, incluso, de una etapa a otra en la evolución del mismo paciente. El TLP es el trastorno de personalidad más frecuente en poblaciones clínicas. En la práctica clínica diagnosticar los TLP no es sencillo, y la impresión general es que se infradiagnostica o, incluso, se diagnostica mal (Lossa Chacón, 2015).

Linehan (1993) ha destacado seis características principales del TLP: a) la denominada vulnerabilidad emocional se observa cuando en la persona se activan fácilmente emociones en determinadas situaciones donde no era esperable que surgieran y que, durante la cual, aparece la vivencia de un dolor insoportable teniendo la necesidad de apaciguarlo rápidamente (conductas impulsivas); b) la auto-invalidación, la cual consiste en invalidar las respuestas emocionales propias, los pensamientos y las conductas conjuntamente con expectativas hacia uno mismo excesivas; c) las crisis impredecibles, referidas a un patrón de reacciones frecuentes que aparecen espontáneamente, por estilos individuales disfuncionales o por situaciones en el contexto social y que generan un significativo malestar en la persona; d) el duelo inhibido es otra de las características que se observa en los pacientes con TLP, ya que los mismos realizan un esfuerzo denodado para controlar las emociones que los inundan producto de pérdidas o frustraciones ya sea inhibiendo, evitando o controlando de forma desmedida; e) la pasividad activa hace referencia a la tendencia a esperar que un tercero resuelva el problema evitando la persona resolverlo por sus propios medios. Es por ello que la misma recurre a los demás frente a las dificultades que se le presentan; f) por último, aparece la llamada competencia intermitente en los pacientes con TLP, ello sucede cuando los mismos aparentan ser más hábiles de lo que realmente son, se muestran más eficaces o dicen tener más capacidades de las que en realidad poseen para ciertos aspectos o situaciones de su vida.

Lo más frecuente es que estas características se manifiesten al inicio de la etapa adulta y estén presentes en muchos ámbitos de la vida del individuo. El TLP causa un malestar significativo y genera una desadaptación social, ocupacional y funcional general. Este trastorno está asociado con elevadas tasas de comportamientos autodestructivos como tentativas de suicidio y suicidios consumados (Lossa Chacón, 2015).

Una revisión de los mecanismos etiológicos revela además que muchos correlatos biológicos del trastorno límite de la personalidad son similares a los observados en los trastornos de control de los impulsos. Por lo tanto, también es posible la superposición etiológica entre la patología límite y el trastorno por déficit de atención / hiperactividad (TDAH), el trastorno de conducta (TC), el uso de sustancias y la patología antisocial. El TLP es distinto de muchos, aunque no de todos, los trastornos del control de los impulsos en el grado en que la labilidad emocional predomina en la presentación clínica (Crowell, Beauchaine & Linehan, 2009).

3.1.2 – Desregulación emocional

En un sentido amplio, el concepto de desregulación emocional se utiliza para definir la falta de capacidad para modificar o regular la experiencia, las acciones y las expresiones verbales y/o no-verbales ante la presencia de un estímulo emocional (Linehan, Bohus & Lynch, 2007).

Según Linehan (1993) el principio fundamental de la teoría biosocial sostiene que el principal síntoma en el trastorno de la personalidad límite es la desregulación de las emociones. La desregulación de las emociones es el resultado conjunto de cierta disposición biológica, cierto contexto ambiental y determinada transacción entre estos dos factores durante el desarrollo. La teoría afirma que los sujetos con trastorno de personalidad límite tienen dificultades para regular varias, si no todas, sus emociones. Esta desregulación sistémica está producida por la vulnerabilidad emocional y por el uso de estrategias de modulación de las emociones inadecuadas y poco adaptativas. La vulnerabilidad emocional se define por las siguientes características: 1) muy alta sensibilidad a estímulos emocionales; 2) una respuesta muy intensa a los estímulos emocionales; y 3) un retorno lento a la calma emocional una vez que ha sido inducida la excitación emocional. La

desregulación de las emociones en individuos con trastorno de personalidad límite es, por lo tanto, la combinación de un sistema de respuesta emocional hipersensitivo (demasiado reactivo) con una incapacidad de modular las fuertes emociones resultantes y las acciones asociadas a ellas.

Armand Ugon (2016) en un estudio informa que, a través de la utilización de instrumentos de auto-reporte, se ha demostrado que los pacientes con TLP presentan una alta emocionalidad negativa de forma basal, tanto en comparación con pacientes sanos como en comparación con sujetos con otras patologías psiquiátricas.

Otra de las características definitorias del TLP es la alta impulsividad que se refleja en conductas como el abuso de sustancias, los gastos desproporcionados, la promiscuidad sexual, los atracones, y/o la conducción temeraria. Estos comportamientos tienen en común la falta de consideración por las consecuencias a largo plazo. Sin embargo, la definición del constructo “Impulsividad” es compleja (Armand Ugon, 2016).

La desregulación de la impulsividad y la emoción están casi invariablemente unidas por el tiempo en que se canaliza la patología límite. Ambas pueden surgir de forma independiente y secuencial durante el desarrollo, y afectar así a diferentes aspectos del funcionamiento. La impulsividad extrema, expresada temprano en la vida, puede representar la primera etapa en una trayectoria que conduce a dificultades posteriores con la desregulación conductual y emocional (Crowell et al., 2009).

3.2 – Enfoque sistémico

3.2.1 – Principios del enfoque

Hacia los años cincuenta, una nueva epistemología muy diversa empezó a ganarse cada vez más el consenso en el seno de la comunidad científica. Dicha epistemología, más que en el concepto de energía y en la consiguiente idea de causalidad unidireccional, se funda en el concepto de información, es decir, de orden, modelo, entropía negativa y, en este sentido, en la segunda ley de la termodinámica. Sus principios provienen de la cibernética, la causalidad es de tipo circular, de naturaleza retroactiva y, desde el momento en que la

información constituye su elemento central, se orienta a procesos comunicativos de sistemas entendidos en un sentido más amplio, por tanto, también sistemas humanos; por ejemplo, familias, organizaciones amplias y hasta relaciones internacionales (Watzlawick, 1976).

Por aquellos años, el grupo de Palo Alto – California, comenzó sus estudios en los que identificaron que cuando sus pacientes cambiaban en la terapia individual, esto tenía consecuencias dentro de la familia: algún otro integrante desarrollaba síntomas, o la familia empezaba a apartarse. El cambio rápido de un síntoma severo en un paciente producía inestabilidad en el contexto (Cibanal, 2006).

Los conceptos que hacen referencia a este modelo están basados en la Pragmática de la Comunicación, en la Teoría General de los Sistemas y en conceptos Cibernéticos. No se considera la patología como un conflicto del individuo, sino como “patología de la relación”. El punto de partida es el principio de que toda conducta es comunicación. La persona se encuentra inserta en un “sistema”, siendo los miembros de ese sistema independientes. Por tanto, un cambio en un miembro afecta a todos los miembros del sistema. El síntoma tiene valor de conducta comunicativa; el síntoma es un fragmento de conducta que ejerce efectos profundos sobre todos los que rodean al paciente; el síntoma cumple la función de mantener en equilibrio al sistema. La terapia va dirigida a intervenir activamente en el sistema para modificar las secuencias comunicativas defectuosas (Cibanal, 2006).

El pensamiento sistémico contempla el todo y las partes. Fundamentalmente, se interesa por las conexiones entre ellas. Es lo opuesto al reduccionismo, que se interesa por las partes y por la influencia de alguna de ellas sobre el todo. El interés por las conexiones es lo que diferencia un sistema de un “montón”. Cuando se piensa en términos de “montón” poco importa que algo se agregue o quite, la disposición de las partes, su orden de funcionamiento, etc. Cuando se piensa en términos de sistema, quitar o poner, cambiar la disposición o el orden de funcionamiento, recortar, dividir, olvidarse del papel del psicólogo en la observación y acción, etc., afecta la esencia misma de aquello en lo que se trabaja. Cuando se observa y se piensa en términos de patrones que conectan las partes y

no solo de partes, no es difícil descubrir que los sistemas formados por partes distintas con funciones distintas pueden organizarse de un modo similar. Esto hace posible comprender sistemas muy diferentes como un organismo, una empresa, una pareja o una ciudad e influir sobre ellos utilizando los mismos principios. De todos modos, la posibilidad de pensar o describir e influir sobre un sistema depende, en general, de la escala con la que se trabaje. Un sistema con mayor número de conexiones suele ser más complejo (Wainstein, 2006).

Este tipo de enfoque terapéutico fue entendido como un cuidadoso estudio de la comunicación interpersonal dirigido a modificar, por medio de acciones o prescripciones directas, a veces paradójicas o aparentemente ilógicas, el sistema de relaciones disfuncional operante en un grupo determinado de personas (Nardone & Watzlawick, 1995).

Para comprender el síntoma se debe comprender no solo al portador del síntoma, sino también a la familia y al sistema familiar, ya que el síntoma cumple la función de mantener el equilibrio del sistema familiar. Se podría establecer una regla empírica: cuando el “por qué” de un fragmento de conducta permanece oscuro, la pregunta “para qué” puede proporcionar una respuesta válida (Cibanal, 2006).

Un consultante es fundamentalmente alguien cuyos pensamientos, conductas, situaciones o cosas se le han vuelto ingobernables, convirtiéndose en lo anormal, lo problemático. Pero es además alguien que entiende que su sufrimiento es arbitrario, que no tiene sentido o en todo caso el sentido de su sufrimiento es difuso e indefinible. El consultante está “sufriente” contra su voluntad (Wainstein, 2006).

El sistema consultante es el sistema construido por consultor y consultante. Esto quiere decir que se entiende la consulta como un sistema, en el que el consultor es alguien que facilita la exploración, la resolución de las situaciones y problemas, presentados por un consultante que solicita ayuda. En ese sentido, el trabajo del psicólogo como consultor es de asistencia general, la asistencia para cuestiones de salud mental es solo una especialidad o una parte de su tarea (Wainstein, 2006).

Las interacciones asistenciales de este tipo, ocurren en el marco de lo que se llama entrevista cara a cara y reconocen por lo menos cuatro condiciones: 1. Alguien que solicita

ayuda, 2. Alguien que se presta para darla, 3. Este último tiene competencias y legitimidad para hacerlo y, 4. Se encuentra con un marco y entorno adecuado (Wainstein, 2006).

3.2.2- Modelo Estratégico

La terapia estratégica no es una concepción o una teoría particular, sino un nombre para aquellos tipos de intervención terapéutica en los que el psicoterapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en las personas (Haley, 1973).

El modelo estratégico, en realidad, nace de una síntesis evolutiva entre las teorías sistémicas, el estudio sobre la familia y la comunicación realizado por el grupo de Palo Alto, dirigido por Bateson y Jackson, y el trabajo clínico y el estudio del fenómeno de hipnosis llevado a cabo por Milton/ Erickson. En la perspectiva estratégica ericksoniana no existen prejuicios de tipo teórico o clausuras en sistemas rígidos que pretendan describir de una manera exhaustiva la naturaleza humana, aun cuando parezca claro que este enfoque de la terapia se halla estrechamente relacionado con la formulación de la teoría de la comunicación y, en especial, con la terapia familiar de orientación sistémica. El modelo psicológico que se presenta puede definirse también como sistémico-estratégico por cuanto se consideran resueltamente complementarios entre sí el enfoque de la terapia sistémica de Palo Alto y los procedimientos operativos de Erickson (Nardone & Watzlawick, 1995).

En este sentido, la terapia estratégica es un “modelo centrado en el problema” (a diferencia de los modelos centrados en la persona). El propósito es resolver problemas específicos en las vidas de las personas; ayudar a los clientes a organizar y focalizar sus objetivos en tareas concretas. Para el terapeuta estratégico los problemas se sostienen por factores del entorno actual, por tanto no necesita profundizar en el pasado y éste únicamente se tiene en cuenta cuando los factores históricos relacionados con el problema persisten en el presente (Gómez de Agüero, 2014).

El consultor se establece como prioridad identificar los problemas a resolver, fijar metas, diseñar intervenciones para acceder a esas metas, examinar las respuestas recibidas para determinar si su proceder ha sido eficaz. Le interesa también su eficacia, es decir, intervenir del modo más rápido y económico posible. Generalmente, lo hace mediante el intento de

modificar la “visión preferida”, a través del uso del lenguaje durante las entrevistas y de solicitar tareas que tienen como finalidad extender el efecto de sus intervenciones a la vida cotidiana del consultante. Esto lo hace con la doble intención de “permanecer” en el pensamiento de este y colocarlo en situaciones en las que realice experiencias cotidianas de afrontamiento, orientadas a favorecer un cambio en sus conductas (Wainstein, 2006).

La tarea principal de un procedimiento estratégico consiste en influir sobre el cliente para que enfrente su problema de manera diferente. El camino para llegar a eso es observar, aprender y hablar su lenguaje. Es decir, el consultor debe adaptar su lenguaje y las acciones a la idiosincrasia y al estilo cognitivo y comunicacional del consultante con el objetivo de disminuir la resistencia al cambio (Wainstein, 2006).

Su objetivo es interrumpir el circuito formado por las soluciones intentadas por el consultante y modificar el encuadre que él ha hecho hasta ahora del problema. Para lograr esta meta, las intervenciones están orientadas a la reestructuración y modificación del modo de percibir la realidad y/o provocar un cambio evidente de las acciones comportamentales derivadas. Uno de los modelos más clásicos y utilizados, el desarrollado por el Mental Research Institute (MRI), está organizado alrededor de la búsqueda de bloquear las soluciones intentadas por los pacientes o quienes tengan un problema. El modelo propone inicialmente una descripción previa y adecuada de los circuitos comportamentales que mantienen vigente el problema. Una vez que esto está claramente descrito, diversas intervenciones se ponen en marcha, para interrumpir en algún punto algunos de esos circuitos. Por este motivo la solución intentada fallida, define el principal reductor de complejidad de este modelo (Wainstein, 2006).

3.2.3. Intervenciones

Todo aquello que el consultor hace puede ser considerado una intervención. En un sentido general toda comunicación es conducta y toda conducta es una intervención. Sin embargo, aquí se entiende por intervenciones aquellas que surgen de una estrategia deliberada mediante la cual se seleccionan ciertos datos y se busca influir en cierta dirección. De hecho, se podría decir que cada consultor, en el contexto de una entrevista, al intervenir,

facilita más la creación de una realidad particular, que la de cualquier otra opción posible. Como dice un viejo adagio: “elegir, es siempre perder algo” (Wainstein, 2006).

Todo consultor es un receptor, codificador y emisor de información, alguien que observa, piensa, organiza sus observaciones, decide y actúa respondiendo a ciertas señales y no a otras. En ese sentido, el consultor practica un arte, el arte de la persuasión. El mero hecho de que el consultor no haga o diga algo, puede empezar a ser significativo y definir una estrategia de trabajo. Cualquier cosa que haga o diga, lo haga voluntaria o involuntariamente, consciente o no conscientemente, supone comenzar a hacer relevante cierta información y soslayar otra, adoptar una estrategia y no otras (Wainstein, 2006).

Siguiendo esta línea, Nardone y Watzlawick (1995) sostienen algunas intervenciones del MRI que pueden aplicarse como: aprender a hablar el lenguaje del paciente, la reestructuración, evitar las formas lingüísticas negativas, el uso de la comunicación paradójica y el uso de la resistencia. Desde esta perspectiva, el terapeuta debe, primero, hacerse con una clara descripción del problema, o de las “soluciones ensayadas” y de las reacciones al mismo. Después, estudiará la estrategia de intervención basándose en los datos del diagnóstico y de acuerdo con la idiosincrasia del sujeto o de los sujetos en tratamiento. La intervención, las más de las veces basada en prescripciones de comportamiento, debe interrumpir y alterar el ciclo repetitivo de perpetuación del problema. Según el grupo del MRI, incluso un mínimo cambio en el interior de un sistema rígido produce una reacción en cadena que acaba modificando todo el sistema. Desde esta mirada, al construir el problema terapéutico y las diversas estrategias, hay que orientarse hacia objetivos aparentemente mínimos. Ello ofrece la ventaja de reducir notablemente la resistencia al cambio del paciente o los pacientes.

Hay tres preguntas básicas que un consultor debería hacerse en este primer momento: ¿Cuál es la principal postura del cliente con respecto al problema?; ¿Cómo lograr que reduzca dicha postura lo máximo posible?, definir una estrategia de por qué y cómo es lo que el cliente podría hacer para solucionar su problema; y ¿cómo transmitirlo de un modo coherente con dicha postura? (Wainstein, 2006).

Además, le es necesario definir si el problema se manifiesta en la interacción entre subsistemas del individuo mismo, relaciones con los otros, o con contextos más amplios. Toda esta información, le permite al consultor elegir si es más eficaz alterar el sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema (soluciones intentadas como pensamientos), interviniendo directamente sobre el consultante individual y, en consecuencia, generando una modificación en todo el sistema interpersonal; o bien, intervenir sobre los otros significativos, provocando un cambio en las secuencias interactivas (soluciones intentadas interactivas) de varias personas y, por ende, en el sistema perceptivo reactivo de la persona individual (portadora del problema) (Wainstein, 2006).

Según Hoffman (1981) el modelo Brief Therapy del MRI se caracteriza por la economía y la elegante parsimonia de intervención. Si el terapeuta identifica bien la secuencia dentro de la cual el síntoma es parte vital, un pequeño cambio detalladamente estudiado puede ser suficiente para producir un gran efecto (Nardone & Watzlawick, 1995).

La directividad del terapeuta es muy sutil y hay que disfrazarla, basándola en una no directividad aparente o una *one down position*. También las prescripciones y las directrices terapéuticas están, las más de las veces, disfrazadas o encubiertas, aparentemente orientadas a un efecto trivial, aunque, en realidad, tiene como finalidad un cambio concreto y real de la situación problemática. En síntesis, se puede afirmar que, procedimientos terapéuticos iguales típicos del planteamiento estratégico de la terapia se orientan con mucha frecuencia a centros de interés diversos, según lo requieren las distintas concepciones de los autores sobre los elementos que mantienen activo el problema (Nardone & Watzlawick, 1995).

3.3 - La alianza terapéutica

3.3.1 – Conceptualización

La conceptualización del término alianza terapéutica fue desarrollándose a lo largo del siglo XX. En términos generales el concepto de alianza terapéutica ha sido usado para explicar la relación existente entre terapeuta y paciente durante el proceso psicoterapéutico, en donde ambos trabajan juntos en armonía. En el intento por definir y sistematizar los elementos que

componen la relación terapéutica, que resulten de mayor utilidad para el éxito de la terapia, la noción alianza terapéutica adquiere especial relevancia (Lossa Chacón, 2015).

Bordin (1976) definió la alianza terapéutica como el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta e identificó tres componentes que la configuran: (a) acuerdo en las tareas, (b) vínculo positivo y (c) acuerdo en los objetivos. Las tareas se refieren a las acciones y pensamientos que forman parte del trabajo en el proceso terapéutico, de modo que la percepción de estas acciones o tareas como relevantes para la mejoría es una parte importante del establecimiento de la alianza. También el acuerdo entre terapeuta y paciente respecto a cuáles son los objetivos a alcanzar con la psicoterapia, así como compartir mutuamente confianza y aceptación son elementos esenciales para una buena alianza.

En relación con lo expuesto por Bordin (1976), sobre los componentes en la alianza terapéutica, Horvath y Greenberg (1989) aclararon el significado de estos tres términos: tareas son las actividades específicas (sean explícitas o implícitas) que requiere que el paciente realice para beneficiarse del tratamiento y entendidas como continuidad del tratamiento fuera de la terapia. Terapeuta y paciente tienen la sensación mutua de que las tareas propuestas en la terapia son razonables, asequibles y están relacionadas con los objetivos del tratamiento. El acuerdo de objetivos, por su parte, refiere al acuerdo acerca de los medios que son adecuados para conseguir los objetivos propuestos; se refiere a las conductas y cogniciones que tienen lugar dentro de la terapia y que constituyen la sustancia del proceso psicoterapéutico. Terapeuta y cliente están de acuerdo en los objetivos del proceso terapéutico. El cliente es consciente de la relevancia de los objetivos y se siente identificado con los temas explícitos e implícitos del proceso particular en el que está involucrado. El terapeuta tiene alguna evidencia directa o indirecta de que los objetivos establecidos en la relación terapéutica son compartidos y aceptados por el cliente. Por último, el concepto de vínculo se refiere al grado en que se desarrolla una relación entre terapeuta y paciente presidida por la aceptación y la confianza mutuas.

Durante los años ochenta fue cuando el campo de la terapia familiar empezó a interesarse y a desarrollar teorías clínicas donde aparecía la noción de alianza terapéutica. Pinsof y Catherall (1986) aplicaron la definición de alianza terapéutica de Bordin (1976) a la terapia

familiar sistémica y desarrollaron la IPAS - Escala de Alianza Psicoterapéutica Interpersonal. El hecho de incorporar dos o más miembros de una familia en un proceso psicoterapéutico añade complejidad a la relación entre la alianza y el resultado. La alianza en terapia de pareja o familiar difiere un poco de la alianza en psicoterapia individual, ya que el terapeuta de pareja o de familia debe establecer y mantener alianzas múltiples. Como en la terapia individual, la alianza terapéutica en terapia familiar se ha asociado con los resultados obtenidos con el tratamiento (Corbella & Botella, 2003)

La calidad de la alianza determina el tono emocional de la vivencia que el paciente tiene del terapeuta, que influye en su colaboración en el proceso terapéutico (Feixas & Miró, 1993).

Una fuerte alianza terapéutica se caracteriza también por el acuerdo existente entre paciente y terapeuta sobre los objetivos que van a ser el foco de trabajo durante la terapia. Son los objetivos generales hacia los que se dirige la psicoterapia (Safran & Segal, 1994).

De manera que, a partir de esta conceptualización, la alianza terapéutica representa la cualidad y la fortaleza de la relación de colaboración entre el cliente y el terapeuta. Por tal motivo, se incluyen ciertos aspectos como los lazos afectivos entre ambos, la confianza mutua, el consenso en el respeto y el interés, un compromiso activo con las metas de la terapia y con los medios para alcanzarla, y un sentido de asociación, fundamentales para su sostenimiento (Horvath & Bedi, 2002).

3.3.2- Joining: alianza terapéutica desde el enfoque sistémico

Desde una mirada sistémica se puede decir que el usuario ve al profesional como una persona importante en ese momento de su vida, le trata con familiaridad; tiene la sensación de que la relación se basa en la confianza, el afecto, el interés y el sentido de pertenencia; de que más allá de reconocer su función profesional, al profesional le importa de verdad, y que “está ahí” para el usuario, de que el profesional puede entender o compartir la visión del mundo o las experiencias del usuario; para éste, la sabiduría y experiencia del profesional (de manera individualizada, no sólo como miembro de una institución) son importantes. La conexión emocional se identifica especialmente cuando se comentan acontecimientos desagradables y/o dolorosos. En esos momentos en que un usuario muestra

tal grado de confianza y vulnerabilidad, una escucha adecuada del profesional genera gran conexión emocional: el cliente va a sentirse acompañado, menos aislado en su experiencia de dolor, no juzgado, sino comprendido, y generalmente aliviado (Vivas Rubio, 2017).

Si se entiende que la capacidad de relación es fundamental para cualquier proceso terapéutico, la eficacia del terapeuta dependerá del desarrollo de las habilidades y los recursos adicionales, que a su vez se complementan con su integración personal. De esta manera, es fundamental poder hacer un reconocimiento amplio de su propia vida. En la medida en la que el terapeuta percibe al otro y se autopercibe, potencia la riqueza y la variedad de la interacción terapéutica. Qué le pasa al otro en la relación con él, qué le pasa a él en la relación con el otro (Benzadón-González et al., 1993).

El *joining* se puede definir entonces como un patrón de interacción que se repite en el desarrollo de todo el proceso terapéutico, es en sí un proceso que impregna todas las fases de la terapia (MidoriHanna & Brown, 1998).

Según Aponte y Winter (1987) la relación terapéutica es un proceso personal que tiene lugar entre el terapeuta y el cliente dentro de un contexto terapéutico. Asume además que los terapeutas son capaces de desarrollar una experiencia en cómo se usan a sí mismos de manera proactiva y con propósito, personalmente dentro del proceso terapéutico con el fin de brindar una atención competente y eficaz a sus clientes. En este sentido, es importante que los terapeutas se utilicen a sí mismos de manera selectiva con especial atención en sus temas personales característicos. Para poder relacionarse de la manera más eficaz con sus clientes, deben poder abrirse selectivamente ellos mismos en una vulnerabilidad juiciosa para que puedan sentir y experimentar algo del dolor y las luchas que el cliente manifiesta. Estos temas centrales son lo suficientemente universales para permitir que los terapeutas puedan identificar y sentir empatía con la mayoría de los clientes. Los factores sociales como la raza y la etnia pueden contextualizar estos temas, pero los sentimientos universales subyacentes pueden ayudar al terapeuta a crear un puente emocional con los clientes que tienen diferentes experiencias de vida debido a sus particulares ubicaciones sociales.

En el proceso terapéutico es importante el establecimiento de una alianza o *joining* con la familia, generando una relación de confianza que les permita una mayor receptividad con las intervenciones del terapeuta (Gómez De Agüero, 2014).

El factor común para las intervenciones terapéuticas parece estar basado en la puesta en código no solo con las reglas del sistema o grupo, sino también con las características individuales de cada miembro del sistema. El proceso sobre el cual se apoyará la tarea terapéutica debe conformarse de manera muy especial, teniendo en cuenta la autopercepción del terapeuta y particularmente de sus emociones durante el intercambio con el sistema consultante (Benzadón-González et al., 1993).

Las concepciones psicopatológicas como las técnicas específicas son constructos y marcos de referencia que posibilitan el andamiaje terapéutico para que ocurra el encuentro y crezca la relación, desde la cual se podrá generar el cambio positivo, el alivio del sufrimiento y el crecimiento subjetivo del paciente (Hirsch & Durao, 2020).

En este sentido, resulta de suma importancia poder aprender a hablar el lenguaje del paciente. Desde la psicoterapia sistémica, esta técnica comunicativa permite que el terapeuta se ubique prontamente en posición de influir en el comportamiento de los demás. Los pacientes suelen solicitar sentirse influidos para cambiar su situación problemática actual, pero normalmente oponen inconscientemente cierta resistencia al cambio. Con esta estrategia de comunicación, la posible resistencia disminuye. No obstante, el prerrequisito para que este procedimiento comunicativo produzca tales efectos es que se ponga en práctica con gran naturalidad y sin que parezca ser una maniobra artificiosa; de otra forma puede producir el efecto contrario al deseado, porque los pacientes podrán creer que se les está faltando a la consideración y de esta manera oponer mayor resistencia. Por ello, el terapeuta ha de adiestrarse bien para utilizar esta técnica de pragmática de la comunicación. Este procedimiento técnico recuerda mucho el adiestramiento de un actor por cuanto el terapeuta debe aprender a administrar su propio estilo comunicativo y sus propias características expresivas hasta lograr adaptarlas con naturalidad a los diversos contextos relacionales que se crean en las interacciones con los diferentes pacientes (Nardone & Watzlawick, 1995).

3.3.3- Mantenimiento de la alianza terapéutica en el trastorno límite de la personalidad

Debido a la labilidad emocional que presentan los pacientes con trastorno de la personalidad límite se ha estudiado y teorizado sobre la importancia de la alianza terapéutica en los tratamientos de dichos pacientes (Helmich, Giusti, Santoro & Etchevers, 2011).

Se han detectado dificultades importantes para construir una alianza terapéutica buena y estable en los individuos con TLP, y en pacientes que presentan trastornos psiquiátricos con una comorbilidad elevada con los trastornos de la personalidad (trastornos de la conducta alimentaria y adicciones, entre otros). Estas dificultades parecen estar relacionadas con alteraciones en el proceso de vinculación (Pierò, Cairo & Ferrero, 2013).

Según Perry y Bond (2002) los pacientes con trastorno de la personalidad límite tienen problemas interpersonales que pueden transferir a la psicoterapia afectando el desarrollo de la alianza terapéutica. Asimismo, una alianza deteriorada o pobre puede llevar a la terminación prematura del tratamiento. En relación con esto, Hilsenroth, Holdwick, Castlebury y Blais (1998) sugieren que la capacidad o necesidad del paciente de establecer vínculos afectivos es un predictor en la continuación de la terapia, mientras que el egocentrismo y la indiferencia predicen el abandono.

Un estudio realizado en Barcelona en el año 2013, identificó que en los individuos que presentan TLP es frecuente observar dificultades para construir una buena alianza con el terapeuta, por consiguiente, la identificación de los factores predictivos de la alianza terapéutica podría ser relevante para prever qué pacientes con TLP responderán menos a la psicoterapia y para aplicar a estos pacientes tratamientos individualizados. Por tal motivo, podría ser necesaria la evaluación de diferentes características de la personalidad para aplicar diferentes intervenciones técnicas durante la psicoterapia. Para preservar la alianza terapéutica es probable que los pacientes con un temperamento más elevado obtengan un efecto beneficioso de un trabajo terapéutico intensivo sobre las relaciones distorsionadas que presentan, incluida la interpretación de la transferencia. En lo que respecta a la edad, los pacientes más jóvenes tienden a tener un menor nivel de alianza terapéutica con el

psicoterapeuta. Este dato podría no resultar extraño, puesto que los pacientes de menor edad están con frecuencia menos motivados y tienden a tener un mayor nivel de egosintonía con sus síntomas y comportamientos (Pierò, et al., 2013).

Un estudio del Hospital General de Catalunya con pacientes con trastorno límite de la personalidad, muestra que la alianza terapéutica puede estar influenciada por algunas características clínicas, como la presencia de trastornos de la identidad graves. Algunos síntomas pueden complicar una buena alianza terapéutica, como la ira crónica, síntomas afectivos graves y una tendencia a la trascendencia, síntomas característicos del trastorno límite de la personalidad (Patrizi, 2014).

Bedics, Atkins, Harned y Linehan (2015) exploraron las facetas de la alianza terapéutica como predictor de diferentes variables asociadas al trastorno límite de la personalidad (intentos de suicidio, autolesiones no suicidas, depresión e introspección) en pacientes mujeres, durante el transcurso de dos tratamientos psicosociales. Tanto pacientes como terapeutas calificaron la alianza terapéutica en cuatro momentos del tratamiento durante un año de duración de este. Los resultados no mostraron diferencias significativas en las calificaciones de los pacientes de la alianza en cuanto a la condición del tratamiento; no obstante, los terapeutas reportaron una mayor estrategia de trabajo de consenso al principio del tratamiento y una mayor alianza global durante el tratamiento. Las puntuaciones de los pacientes respecto al compromiso terapéutico y capacidad de trabajo se asociaron con un menor número de intentos de suicidio y reducción de autolesiones no suicidas.

El mantenimiento de una alianza terapéutica positiva favorecerá que el sujeto permanezca en tratamiento y que obtenga una mejoría sintomática importante de la intervención terapéutica así como una mejor adaptación a su medio. Hay que cuidar la extrema sensibilidad de estos pacientes a la deprivación y al abandono, que se intensifica sobre todo en los grupos terapéuticos, así como a la fuerte competitividad por lograr un lugar imaginario de favor o, por contra, la tendencia a los comportamientos (acting-out) que tienden a la ruptura de los límites de los encuadres grupales (Gunderson & Gabbard, 2000).

En el estudio de Barnicot et al. (2012) se realizó una búsqueda de diferentes estudios en los que se analizaron los factores que predicen los resultados en psicoterapia, encontrando que

la alianza terapéutica es un factor común que predice el resultado en el tratamiento de pacientes con TLP. Aún con estos estudios es complejo establecer una causalidad entre los resultados de un tratamiento y la alianza terapéutica, dado que no se puede manipular experimentalmente (Del Re, et al., 2012). En consecuencia, las investigaciones actuales intentan demostrar la vinculación existente entre la relación terapéutica y los resultados favorables en la terapia con pacientes TLP, a través de la evaluación de las percepciones que poseen terapeutas y pacientes acerca de las dimensiones de la alianza terapéutica a lo largo de la terapia, como también, la validez predictiva de los instrumentos sobre la alianza de trabajo (Lossa Chacón, 2015).

Para esto, Millon (1981b) propone un tratamiento integrador que incluye las terapias correspondientes a las perspectivas psicodinámica, biológica, comportamental y fenomenológica. Las terapias integracionistas son fundamentales para los trastornos de personalidad debido a las propiedades del propio constructo de personalidad. Así, los conceptos de prototipo y estilo cobran especial relevancia en este punto ya que indican que un mismo tratamiento puede tener resultados distintos en función de las características idiosincrásicas de cada persona (Strak & Millon, 2007). Por tal motivo, es determinante diseñar un tratamiento específico para cada paciente en función de su evaluación y sin perder de vista sus rasgos y patrones específicos e individuales. A la hora de planificar el tratamiento, Millon menciona tácticas centradas en la sesión y objetivos a largo plazo. Esta distinción la justifica explicando el hecho de que es más fácil modificar comportamientos puntuales que rasgos de personalidad. Así, el objetivo de una sesión puede ser el cambio de un comportamiento particular mientras que la estrategia a largo plazo sería la intervención sobre un rasgo de personalidad (Cardenal, Sanchez & Ortiz-Tallo, 2007).

Por otro lado, según Linehan (1993), el terapeuta tendrá que trabajar en la modulación de la emoción del paciente, la cual se entiende como la habilidad de inhibir la conducta inapropiada relacionada con emociones negativas o positivas, organizarse uno mismo para una acción coordinada al servicio de un objetivo externo (por ejemplo, actuar, cuando sea necesario, de una manera que no dependa del estado de ánimo), calmar uno mismo cualquier actividad fisiológica inducida por una fuerte emoción y conseguir concentrar la atención en presencia de una emoción fuerte.

3.3.4 – Mantenimiento de la alianza terapéutica de manera virtual frente a la pandemia de COVID-19

La ciber-terapia está caracterizada por ser una modalidad de ayuda a personas que buscan resolver asuntos relacionales y de la vida utilizando como medio de comunicación internet (Ramírez-Moreno et al., 2007); siendo característico de las ciber-terapias el que la comunicación se produce sin proximidad o contacto físico, existiendo un gran potencial de interactividad y retroalimentación (Andersson, 2009).

Unos de los primeros investigadores en estudiar la alianza terapéutica en ambientes virtuales a través de estudios cualitativos fueron Cook y Doyle (2002), quienes lograron individualizar que una fuerte alianza terapéutica podía ser establecida a pesar de la nueva configuración de no tener delante al terapeuta, sino más bien a través de un monitor, vía online chat, o vía asincrónica por e-mail o mensajes.

La alianza terapéutica potencialmente puede ser igual o mejor también, a la relación terapéutica que se da en tratamientos cara a cara; solo se debe conseguir un buen rapport o vínculo del terapeuta y el paciente, forjando la solidez del vínculo obviando o dejando de lado la particularidad del medio en el cual se da (Beattie et al., 2009).

Un estudio realizado en el Reino Unido en el año 2009 indicó que los terapeutas de Terapias Cognitivo Conductuales (TCC) tenían una actitud favorable hacia la Terapia Cognitivo Conductual Computacional (TCCc) con sus pacientes. El 70% de los terapeutas encuestados identificó cinco factores predictores de resultado exitoso de estos dispositivos entre los pacientes: aumento de motivación, adherencia, credibilidad, autoeficacia y un menor grado de desesperanza (Distéfano et al., 2018).

Siguiendo en esta línea, debido a la pandemia de COVID19 y el aislamiento preventivo obligatorio de la población como consecuencia, los terapeutas tuvieron que suspender abruptamente las terapias presenciales, y pasar a terapia online. Con aquellos pacientes con los que había una relación de intimidad y alianza terapéutica establecidas no hubo mayores problemas con el cambio, pero cuando no era así, la continuidad se vio afectada.

Gradualmente, terapeutas y pacientes han ido aprendiendo y habituándose a trabajar en una psicoterapia online, y validando su uso (Olivos, 2020).

En tiempos donde el aislamiento de cada persona puede acentuarse por circunstancias inesperadas como la pandemia por COVID19, la posibilidad de vincularse con un terapeuta a través de videollamada puede volverse un tema fundamental de salud mental colectiva (Hirsch & Duraó, 2020).

Hubo una clara tendencia entre los estudios que indicaron altas calificaciones de alianza terapéutica, con clientes calificando el vínculo y la presencia que eran conmensurables con las calificaciones de los entornos en persona en una variedad de poblaciones clínicas. En la mayoría de los estudios, tanto los terapeutas como los clientes calificaron altos niveles de alianza terapéutica, aunque en general las calificaciones de los clientes fueron comparativamente más altas desde la primera fase del tratamiento. Se observaron adaptaciones rápidas al ritmo y patrón de comunicación tanto en terapeutas como en clientes al principio de la videoterapia. De hecho, la videoterapia parecía estar asociada con una mayor inversión en el proceso de terapia y una mayor tolerancia en el caso de interrupciones e interrupciones de las sesiones planificadas, tal vez debido a una comprensión de los posibles fallos que ocurren cuando se depende de la tecnología y se conecta a distancia (Simpson, et. al., 2020)

Debido a este contexto, las personas que padecen trastornos mentales severos y persistentes conforman una población de alto riesgo frente al aislamiento, por factores biológicos y psicosociales preexistentes (Brunetti & Gargoloff, 2020).

La pandemia de COVID-19 también ocasiona síntomas reactivos como estrés, depresión y ansiedad, todo lo cual puede agravar el estado de salud mental de las personas con un diagnóstico psiquiátrico previo (Huarcaya-Victoria 2020).

Específicamente en pacientes con trastorno límite de la personalidad, se ha realizado un estudio en Australia que encontró que el 45% de los médicos informaron que la alianza o relación terapéutica que habían formado anteriormente con sus clientes era aproximadamente la misma que antes de la pandemia. Sin embargo, el 40% informó que su

relación era peor o mucho peor de lo que solía ser. Hubo consenso en que las personas con trastorno límite de la personalidad habían sido afectadas negativamente por la pandemia de COVID-19 (Lakeman & Crighton 2020).

Adicionalmente, un estudio de caso realizado durante el brote de coronavirus en Malasia, indicó que situaciones como el distanciamiento social y la cuarentena interior masiva, podrían intensificar la sensación de vacío y agravar el miedo al abandono entre las personas con TLP, junto con otras emociones angustiantes (Chong 2020).

Según el estudio realizado por Lakeman y Crighton (2020) sobre el impacto del distanciamiento social en las personas con trastorno límite de la personalidad los profesionales a los que le administraron la encuesta comentaron que hubo cambios en la alianza terapéutica. De hecho, la alianza según la calificación de los pacientes (independientemente de la terapia) parece ser la más fuertemente relacionada con el comportamiento de autolesión. La mayoría de los encuestados percibieron que la alianza que tenían con sus clientes era peor después de que se anunciaron las restricciones de COVID-19 y algunos percibieron que el comportamiento de autolesión había empeorado, a la vez que el uso de los servicios de emergencia había aumentado. Así como el acceso a la terapia cara a cara se ha visto limitado por el acceso a recursos como el transporte a los centros de terapia y el tiempo durante el horario laboral para asistir, el acceso a los servicios online estará limitado por recursos como la disponibilidad de Internet, el acceso a una red privada, dispositivos habilitados para espacio e Internet. No se trata necesariamente de obstáculos insuperables. El ahorro de costos con respecto a la utilización del servicio cuando el TLP se trata con psicoterapias basadas en evidencia excede en gran medida la compra u obsequio de un dispositivo habilitado para Internet y el acceso limitado en el tiempo a Internet (Meuldijk et al., 2017). Pocos médicos tienen experiencia en la facilitación de grupos cara a cara, y mucho menos en línea. La capacitación y la tutoría mediante plataformas en línea (ahora comunes en la educación) pueden ser útiles para permitir que los médicos interactúen con confianza con una audiencia en línea. Esto puede significar aprender a usar plataformas de entrega diferentes a las que se usan comúnmente para reuniones en línea o redes.

Por tal motivo, dichos pacientes requieren especial atención, pues la interrupción en el cumplimiento del tratamiento secundario a las dificultades en el seguimiento, limitaciones en la atención especializada, pobre control de dosificación y baja disponibilidad de psicofármacos, puede precipitar comportamientos imprudentes por compromiso del juicio y, por ende, participar en conductas de riesgo que generen dificultades para seguir instrucciones y órdenes públicas generales (Ramírez-Ortiz, Castro-Quintero, Lerma-Córdoba, Yela-Ceballos & Escobar-Córdoba 2020).

Es probable que los profesionales de la salud mental se enfrenten a nuevas dimensiones de la psicopatología, debido a la sobreexposición o falta de regulación de la tecnología. Así como en algunos aspectos los avances en los dispositivos y la conectividad pueden beneficiar a muchos, en otros casos pueden conllevar consecuencias negativas. En el futuro puede suceder que estas nuevas dimensiones se encuentren plasmadas en los manuales psiquiátricos y haya especializaciones y formación para los terapeutas que estén interesados en trabajar con este tipo de formatos y dispositivos. Sin duda, las nuevas generaciones de terapeutas se verán atravesadas aún más por desarrollos y posibilidades que brinde la proliferación tecnológica (Hirsch & Durao, 2020).

5- Metodología

4.1-Tipo de Estudio

Descriptivo - Estudio de caso

4.2 - Participantes

El presente trabajo se centra en el análisis del caso de una paciente a quien se llamará Daniela para proteger su identidad, de 23 años, con un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

Daniela comienza el tratamiento en la institución por un intento de suicidio y conductas impulsivas reiteradas. Es una paciente inestable emocionalmente, le cuesta generar vínculos estables y poner límites a nivel interpersonal.

A nivel familiar, Daniela se encuentra sumergida en un ambiente invalidante. Si bien su familia la acompaña, recibe constantes descalificaciones por parte de su madre y hermanos sobre su aspecto físico, sus inquietudes y deseos. La paciente vive con su madre, dos hermanos varones algunos años más chicos y una hermana dos años mayor que ella. Su padre vive cerca de su casa con su nueva pareja.

Actualmente se encuentra en tratamiento psicológico y farmacológico con sesiones virtuales, debido a la situación de pandemia. Con anterioridad, ha participado de intervenciones de un equipo interdisciplinario en las que se incluían, terapia grupal, acompañante terapéutico y terapeuta ocupacional, así como también espacios de terapia familiar, todos realizados en un hospital de día.

La paciente está realizando tratamiento psicológico con el coordinador de la institución, quien tiene aproximadamente 45 años, y hace casi 20 años que es Licenciado en Psicología de la Universidad de Buenos Aires con especialización en terapia sistémica y amplia trayectoria en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Adicionalmente, el tratamiento farmacológico, lo está realizando con el médico psiquiatra de la institución. Por el momento, los espacios de terapia grupal no se están realizando debido a la situación de aislamiento.

4.3- Instrumentos

La recolección de datos se realizó mediante la reconstrucción del caso relatada por el terapeuta, con los diferentes hitos del tratamiento y la evolución del caso. Para esto se realizaron 3 entrevistas semidirigidas al terapeuta con el objetivo de contar con la información necesaria para describir los síntomas de la desregulación emocional y la alianza terapéutica antes del cambio de modalidad de entrevista presencial a virtual, así como también, poder describir las modificaciones en el proceso terapéutico realizadas por el terapeuta para el sostenimiento de la alianza durante dicho cambio de modalidad de entrevista.

Adicionalmente se analizaron los efectos que se produjeron en la alianza terapéutica y en los síntomas de la desregulación emocional manifestados por la paciente con el fin de entender las modificaciones que hubieron.

Por último, se procedió a realizar la revisión de la Historia Clínica de la paciente para relevar la sintomatología del caso, así como puntos específicos del tratamiento.

4.4- Procedimiento

El trabajo realizado por la autora se llevó a cabo en un período de cinco meses, desde agosto hasta diciembre de 2020. La paciente se encuentra actualmente realizando tratamiento en la institución desde Junio de 2019.

La revisión de la historia clínica, adicionada con el relato del terapeuta con el que se trabajó el caso, fue el material para realizar la base del presente Trabajo Final Integrador. Se procedieron a realizar tres entrevistas al profesional mencionado, con duración aproximada de media hora cada una de ellas, en formato virtual.

5- Desarrollo

5.1 - Describir los síntomas de la desregulación emocional y la alianza terapéutica antes del cambio de modalidad de entrevista presencial a virtual

La sintomatología de la paciente se caracteriza por fuertes cambios en su estado de ánimo, acompañados por labilidad emocional e impulsividad que se manifiestan en diferentes contextos de su vida. Particularmente, suele presentar características de desinhibición sexual, falta de control de sus impulsos, pudiendo encontrarse en situaciones de riesgo que le imposibilitan tomar decisiones certeras de autocuidado, según relató el terapeuta.

Los síntomas que presenta la paciente se encuentran dentro de la definición de trastorno límite de personalidad encuadrado en el DSM 5, al tener seis de los ocho criterios planteados por la American Psychiatric Association (2013) los cuales son: patrón de

relaciones interpersonales inestables e intensas, que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación, alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo, impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (en este caso sexo y atracones alimentarios mayoritariamente); comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación, inestabilidad afectiva debido a una reactividad notable del estado de ánimo, sensación crónica de vacío, ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Al inicio del tratamiento terapéutico se le indicó a Daniela cuál era su diagnóstico. Adicionalmente, se le explicó su sintomatología para brindarle información sobre lo que le estaba pasando y la explicación de porqué se debería avanzar con un tratamiento psicofarmacológico. En palabras del psicólogo de Daniela, “la posibilidad de explicarle al paciente sobre su patología ya cumple la función de intervención en sí misma, reduciendo de manera significativa la incertidumbre y la ansiedad, así como también da la posibilidad al paciente de tomar conciencia sobre su estado.” Según Wainstein (2006), intervenir estratégicamente, implica identificar los problemas a resolver, fijar metas y diseñar pautas de acción, para poder examinar las respuestas recibidas y evaluar resultados. Según el terapeuta, en el caso de Daniela, parte de poder generar un vínculo terapéutico sólido, implica poder marcar límites y espacios, así como también poder generar un encuadre que acerque a la paciente tranquilidad, acompañamiento y sensación de seguridad.

La vulnerabilidad emocional que se produce en este tipo de patologías, tal como indica Linehan (1993) se observa cuando en la persona se activan fácilmente emociones en determinadas situaciones donde no era esperable que surgieran y que, durante la cual, aparece la vivencia de un dolor insoportable, teniendo la necesidad de apaciguarlo rápidamente, por lo que se suelen manifestar conductas impulsivas. En este sentido, según lo relatado por el terapeuta, en los comienzos del tratamiento Daniela ha manifestado un estado constante de abulia, ideación suicida, conductas autolesivas provocadas por vidrios en su abdomen y en las piernas. Sus relaciones interpersonales con su familia eran muy inestables con permanentes descalificaciones, vivenciando situaciones de violencia verbal reiteradas, las cuales efectuaban un gran desequilibrio emocional en la paciente, generando

un ambiente constantemente invalidante. En este sentido, Linehan (2003) plantea que una parte fundamental del trastorno es la desregulación de las emociones, la cual es una mezcla de cierta predisposición biológica con un ambiente invalidante, como en el que Daniela se encuentra inserta, provocando una gran alteración en la modulación de sus emociones.

Por las características de la patología de la paciente, la construcción de la alianza terapéutica junto con la consolidación del sistema consultante, fueron complejos de estructurar. “En palabras del terapeuta, se comenzó tratando de entender el lenguaje del paciente, su estilo interaccional y comunicacional, para identificar cuáles eran las cuestiones que la paciente valoraba y, de este mismo modo, entender su idiosincrasia para poder formar un vínculo sólido.” En este sentido, una de las primeras intervenciones que el terapeuta realizó, frente a la pregunta de la paciente sobre si la iba a poder ayudar en el tratamiento, tuvo que ver con manifestarle con mucha sinceridad que no estaba claro si la iba a poder ayudar o no, sino que eso iba a depender de muchos factores, en primera instancia cuanto la paciente iba a permitirse ser ayudada. Siguiendo este ejemplo, el terapeuta comenta, que algunas sesiones después la paciente le relató esta intervención, comentándole que había sido la primera vez que había sentido que alguien estaba siendo totalmente sincero con ella. Esta intervención fue una manera de consolidar la confianza del paciente con el terapeuta. Tal como indica Wainstein (2006), solo el hecho de que el consultor no haga o diga algo, puede empezar a ser significativo y definir una estrategia de trabajo.

Al comienzo del tratamiento, según el relato del terapeuta, fue una tarea difícil poder compensar y estabilizar a la paciente. No solo por sus constantes cambios de estado de ánimo y actitudes impulsivas de autolesión, sino porque el ambiente invalidante en el cual está inmersa no colaboraba en los esfuerzos individuales de la paciente por salir adelante. Linehan (1993), describe que una de las características que define al ambiente invalidante es la tendencia a responder errática e inapropiadamente a la experiencia privada y, en particular, a ser insensible frente a la experiencia privada no compartida por el grupo. En este sentido, el terapeuta, relata que una de sus intervenciones fue involucrar a sus padres en ciertas entrevistas. Si bien están separados, ambos accedieron a realizar la entrevista en conjunto, situación que motivo a Daniela para comenzar el proceso de cambio, pudiendo

ver cohesión y coherencia dentro de la familia. Adicionalmente, se intervino de manera directiva con los padres, con pautas claras de acción, en el caso de que Daniela tuviera una recaída. Algunas de estas pautas giraron en torno a quién debería administrar su medicación, y cómo deberían comportarse en el caso de que la paciente presentara angustia desmedida. Se les proporcionaron teléfonos de contacto de guardias de emergencia y técnicas que la paciente podía realizar a nivel de deslocalización de la angustia.

Otra de las intervenciones realizadas por el terapeuta hizo foco en cambiar los pensamientos automáticos invalidantes que presentaba la paciente, los cuales reforzaban su baja autoestima y sus deseos recurrentes por autolesionarse. Por tal motivo, una vez que la paciente logro cierta estabilidad emocional también gracias a la ayuda del equipo interdisciplinario, el terapeuta comenzó a realizar estrategias de intervención para poder lograr otros espacios de contacto social para que Daniela pudiera generar vínculos sanos y con gente de su misma edad. De esta manera, se fortalecería su estado de ánimo, su pertenencia y sentiría seguridad con respecto a su aspecto físico. Según Linehan (1993), el terapeuta tendrá que trabajar en la modulación de la emoción del paciente, y organizarse como terapeuta para una acción coordinada al servicio de un objetivo externo y así consolidar la alianza terapéutica.

Por todo esto, según el terapeuta, la alianza con Daniela, estaba bastante consolidada antes de la pandemia de COVID19. La terapia se orientó siempre a validarla emocionalmente, y a propiciarle un espacio en el que la paciente sintiera tranquilidad, confianza y la posibilidad de hablar con honestidad y sin prejuicios de las situaciones que planteaba. Las técnicas implementadas por el terapeuta de Daniela, refieren lo que Hilsenroth, Holdwick, Castlebury y Blais (1998) sugieren entendiendo que los pacientes con este tipo de patologías necesitan establecer vínculos afectivos sólidos, ya que es un predictor en la continuación de la terapia, mientras que el egocentrismo y la indiferencia predicen el abandono.

5.2 - Describir las modificaciones en el proceso terapéutico realizadas por el terapeuta para el sostenimiento de la alianza durante el cambio de modalidad de entrevista presencial a virtual

El cambio de modalidad de trabajo en las entrevistas psicológicas que se solían tener de manera presencial con los pacientes, se vio abruptamente modificada por la irrupción de la pandemia de COVID-19 a partir de marzo de 2020. Tal como observa Olivos (2020), con aquellos pacientes con los que había una relación de intimidad y alianza terapéutica establecidas no hubo mayores problemas con el cambio, pero cuando no era así, la continuidad se vio afectada. Gradualmente, terapeutas y pacientes han ido aprendiendo y habituándose a trabajar en una psicoterapia online, y validando su uso.

Por tal motivo, la modalidad del espacio terapéutico de Daniela tuvo que verse modificada, en un principio, pasando a una modalidad de entrevista mediante llamada telefónica sin cámara web. Tal como informó el terapeuta, esta modalidad fue elegida debido a que Daniela no cuenta con la tecnología y el dispositivo acorde para poder tomar la entrevista con todas las funcionalidades que se requieren, por lo que el terapeuta decidió continuar con esta modalidad para no interrumpir el tratamiento. Luego de haber pasado las primeras semanas del tratamiento en pandemia, Daniela finalmente pudo conseguir un celular con cámara, así como también, wifi que le daba su vecino para poder conectarse a las sesiones. Tal como menciona Ramirez-Ortiz et al., (2020) la interrupción en el cumplimiento del tratamiento, dificultades en el seguimiento, limitaciones en la atención especializada y pobre control de dosificación y administración de psicofármacos, pueden hacer que los pacientes incurran en comportamientos imprudentes por compromiso del juicio y, por ende, participar en conductas de riesgo que generen dificultades para seguir instrucciones.

Adicionalmente, el psicólogo de Daniela comentó que la paciente vive en un espacio muy reducido con sus hermanos y su madre, en el que se le dificultó encontrar los espacios de intimidad necesarios para poder realizar las entrevistas. Por lo que también se tuvo que trabajar con la familia, para poder solicitarles que le brinden a Daniela un espacio pertinente para poder seguir con su tratamiento. En este sentido, lo que fue necesario modificar, fueron los espacios y momentos de la terapia, en los que el terapeuta tuvo que

flexibilizarse más para poder acomodarse también a los momentos en los que Daniela tenía disponibilidad para hablar con tranquilidad por el espacio reducido en el que vive. En este sentido, según Beattie et al. (2009), la alianza terapéutica de manera online puede ser igual o mejor a la relación terapéutica que se da en tratamientos cara a cara; solo se debe conseguir un buen rapport o vínculo del terapeuta y el paciente, forjando la solidez del vínculo, obviando o dejando de lado la particularidad del medio en el cual se da.

Por otro lado, dentro de las modificaciones mencionadas por el terapeuta, el mismo remarcó el hecho de tener que aumentar la frecuencia de atención, mostrándose más disponible para la paciente. Esto lo comenta, sobre todo, haciendo hincapié en que Daniela cambió su estilo de vida y actividades frecuentes con diferentes proyectos personales, como dedicarse a la peluquería y venta de alimentos entre otros, para pasar a estar junto a su familia debido al aislamiento social preventivo y obligatorio, siendo sometida a un ambiente invalidante en el que se manifiesta violencia y desvalorización de su persona con comentarios descalificatorios, sobre todo de su aspecto físico. Esto ocasionó, un aumento en las consultas de la paciente y la necesidad de contar con un apoyo para poder reorganizarse emocionalmente frente a esta realidad. Tal como mencionan Hirsch y Duraó, (2020) en tiempos donde el aislamiento de cada persona puede acentuarse por circunstancias inesperadas como la pandemia por COVID19, la posibilidad de vincularse con un terapeuta a través de videollamada puede volverse un tema fundamental de salud mental colectiva. Por lo que la relación terapéutica y la mantención del vínculo, es condición necesaria para poder respetar los espacios y la evolución del paciente.

Así mismo, el terapeuta manifestó haber trabajado con objetivos a corto plazo, para de esta manera reducir los niveles de incertidumbre de la paciente y enfocarse en objetivos que pudieran ser alcanzables desde la virtualidad. Al comienzo de la pandemia, la paciente, volvió a manifestar conductas autolesivas y de bajo control de los impulsos. Algunas de sus conductas giraban en torno a cortarse los brazos y piernas, o abusar del consumo de psicofármacos que tenía a su alcance. Esto también se acompañaba con conductas de atracones y momentos de ayuno. Por tal motivo, el terapeuta, realizó una intervención sobre tareas guiadas y específicas para que Daniela pudiera seguir, y de esta manera reducir su ansiedad, controlar sus impulsos y disminuir las posibilidades de que surgiera una crisis

nuevamente. Las tareas giraban en torno a realizar ejercicios de respiración, escribir sus pensamientos en un papel y depositarlos en una caja armada para tal fin, y por último, contactarse con personas cercanas que supiera que estaban disponibles, pero con lapsos de tiempo entre el contacto con cada uno. Esto permitiría, prolongar el tiempo antes de una lesión, bajar la ansiedad y desfocalizar los pensamientos recurrentes para evitar las conductas autolesivas. En el trabajo virtual fue fundamental que Daniela le vaya mostrando como realizaba las actividades descriptas, y además, el terapeuta comentó que la paciente escribió los pasos en diferentes puntos estratégicos en su casa, los cuales eran accesible para ella y su familiar para que la pudieran ayudar a calmar la sintomatología. Tal como menciona Linehan (1993), para llevar a cabo una metodología centrada en la resolución de problemas, el terapeuta, tiene que manejar las conductas problemáticas del cliente de manera sistemática (fuera y dentro de la sesión), conducir un análisis conductual colaborativo, formular hipótesis acerca de las posibles variables que influyen en el problema, que el terapeuta preste atención a la influencia recíproca entre él y su cliente.

Una de las intervenciones en este aspecto fue darle apoyo en el armado de una red social, para que pueda vender sus productos, y de esta manera enfocar su atención y energía en ello en este contexto particular de aislamiento. El terapeuta de Daniela, manifestó haber colaborado en el trabajo de investigación para poder realizar la venta de sus productos. Le fue brindando tareas específicas para la investigación, armando un cronograma de tareas y colaborando en la organización de las mismas. Nardone y Watzlawick (1995) hacen esta distinción entendiendo que el problema terapéutico y las estrategias de intervención tienen que ser orientadas a objetivos mínimos. Esto puede hacer que se reduzca la resistencia al cambio que ejerce el paciente.

5.3 - Analizar los efectos o modificaciones en la alianza terapéutica y en los síntomas de la desregulación emocional del paciente luego del cambio de modalidad de entrevista presencial a virtual

Tal como menciona Linehan (1993) el principio fundamental de la teoría biosocial sostiene que el principal síntoma en el trastorno de la personalidad límite es la desregulación de las

emociones. Referido a este punto, en cuanto a la sintomatología de la paciente, según lo que relata el terapeuta, solo se produjo un episodio de conductas impulsivas. Si bien al principio del tratamiento virtual, la ansiedad situacional que se generó en la paciente fue alta, trayendo esto aparejado que sus conductas impulsivas y autolesivas se activaran nuevamente, se pudieron realizar diferentes técnicas de acompañamiento y modelado de la paciente y su grupo familiar para amortiguar las situaciones de crisis. En este sentido, se la pudo contener y sus conductas de autoflagelación corporal no volvieron a repetirse durante el tratamiento virtual. Dada la exigencia ambiental que produjo el aislamiento obligatorio en Daniela, por su sintomatología en general y por el contexto en el que se encuentra inmersa, los episodios de conductas de riesgo no se elevaron de manera significativa y se mantuvieron como en la última etapa del tratamiento presencial. Tal como indican Simpson, et. al., (2020) los estudios realizados revelan adaptaciones rápidas al ritmo y patrón de comunicación tanto en terapeutas como en clientes al principio de la terapia virtual en el contexto de pandemia. De hecho, la videoterapia parecería estar asociada con una mayor inversión en el proceso de terapéutico. Desde esta mirada, el terapeuta de Daniela, refiere que el haber estado presente durante la pandemia y haber podido continuar con el tratamiento de alguna manera, hizo que la alianza terapéutica entre ellos se fortaleciera, pudiendo mostrarse disponible para la paciente y generar un mejor vínculo.

En cuanto al vínculo familiar, el terapeuta manifiesta que el ambiente donde Daniela estuvo inmersa durante el proceso de aislamiento preventivo y obligatorio no fue del todo funcional, dado que vive con sus hermanos y no cuenta con un espacio propio dentro de su casa. En reiteradas oportunidades la paciente manifestó tener que dormir en la cocina dado que su hermano iba a la casa con su novia, por lo que esto reducía aún más el espacio disponible para Daniela. Tal como menciona Wainstein (2006), el terapeuta deberá definir si el problema se manifiesta en la interacción entre subsistemas del individuo mismo, relaciones con los otros, o con contextos más amplios. De esta manera, se pueden identificar las soluciones intentadas o bien, intervenir sobre los otros significativos, provocando un cambio en las secuencias interactivas. En relación con este punto, el terapeuta logró trabajar con los padres de Daniela de manera conjunta, pudiendo dar lugar a la coherencia y cohesión familiar, mensaje que Daniela pudo decodificar de manera positiva. En otras oportunidades, el encuentro en el consultorio con ambos padres no fue

posible, por horarios laborales de cada uno de los integrantes, puesto entonces que el aislamiento fue un punto beneficioso para propiciar el encuentro virtual, al contar con mayor disponibilidad de sus padres al trabajar de manera remota desde sus domicilios. Esto colaboró en que Daniela pudiera identificar el acompañamiento del grupo familiar, así como manifestó su terapeuta también, poder trasladarle a sus padres pautas claras de acción frente a las crisis de Daniela y mejorar la empatía de todo el grupo. En específico, se le solicitó a la madre de Daniela que se respeten los horarios en los que la paciente tenía pactadas sus entrevistas, ya que actualmente Daniela vive con su madre.

Según el terapeuta de la paciente, en cuanto al sostenimiento de la alianza, no se presentaron modificaciones, dado que no se notaron cambios significativos en el vínculo terapéutico, por el contrario, cree ver que hubo una mejora en la fluidez de las intervenciones y una mayor colaboración del grupo familiar en pos de mejorar la convivencia por un periodo tan largo. Esto coincide con el estudio realizado por Lakeman y Crignton (2020), el cual relevó que el 45% de los terapeutas encuestados no vieron afectada la alianza o relación terapéutica que habían formado anteriormente con sus clientes. De todos modos, en dicho estudio, hubo consenso en que las personas con trastorno límite de la personalidad habían sido afectadas negativamente por la pandemia de COVID19.

El hecho de que el terapeuta propiciara un espacio de continuidad de la terapia y un sostenimiento constante de la paciente mostrándose disponible a pesar de la falta del encuentro en la entrevista cara a cara, logro mantener el vínculo que ya había sido forjado. Esto, tal como menciona Vivas Rubio (2017), en los momentos en los que el paciente muestra un grado de confianza y vulnerabilidad alto, y se pone en descubierto frente al terapeuta, una escucha adecuada del profesional genera gran conexión emocional haciendo que el paciente se sienta acompañado, menos aislado en su experiencia de dolor, no juzgado sino comprendido, y generalmente aliviado.

En palabras del terapeuta esto fue posible debido a que su alianza ya estaba consolidada y la paciente pudo ponerse a disposición del proceso terapéutico online. Cabe destacar, que el terapeuta de Daniela, contaba con experiencia en el manejo de las entrevistas de manera

online, por lo que la práctica y experiencia pudo haber facilitado el proceso. Tal como indica Vivas Rubio (2017) desde una perspectiva sistémica, el paciente ve al profesional como una persona importante en ese momento de su vida, le trata con familiaridad; tiene la sensación de que la relación se basa en la confianza, el afecto, el interés y el sentido de pertenencia; de que más allá de reconocer su función profesional, al profesional le importa de verdad, y que “está ahí” para el usuario, de que el profesional puede entender o compartir la visión del mundo. Por lo que el terapeuta manifestó haber podido manejar el lenguaje del paciente, poniéndose en su lugar frente a las exigencias del entorno y entendiendo las limitaciones del contexto para poder brindarle herramientas de interacción dentro de su hogar.

6- Conclusiones

6.1. Resumen del desarrollo

El caso que se ha utilizado para la realización del presente Trabajo Final Integrador es el de una paciente con TLP, cuyo trastorno implica una predisposición biológica de base, sumado a un ambiente invalidante. El hecho de que se produzca esta combinación resulta propicio para la aparición de la desregulación emocional propia en estos casos, la cual produce una alteración en la vida de los pacientes (Linehan, 2003).

En cuanto a los objetivos de trabajo, cada uno de ellos pudo ser descrito en su totalidad. En relación al primer objetivo, se pudo visualizar una alianza terapéutica consolidada desde los inicios del tratamiento, con un buen rapport por parte de la paciente. En este sentido, por la sintomatología de la paciente, su inestabilidad emocional la lleva a tener conductas impulsivas, de desinhibición y de riesgo, sumadas a una sensación profunda de vacío significativa. Dichas conductas son propiciadas por un ambiente familiar invalidante en el que se destacan la violencia verbal y las descalificaciones constantes. Estos puntos hicieron que el caso sea sumamente interesante para abordarlo desde el lugar de la alianza terapéutica. El trastorno límite de la personalidad es uno de los trastornos más complejos

por su elevada comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo, y por su poca adherencia al tratamiento (Linehan, 2003).

En cuanto al segundo objetivo, se pudo identificar que el terapeuta realizó diferentes modificaciones en el proceso terapéutico para poder sostener sobre todo las entrevistas con la paciente y la continuidad del tratamiento. La interrupción en el cumplimiento del tratamiento, dificultades en el seguimiento, limitaciones en la atención especializada y pobre control de dosificación y administración de psicofármacos, pueden incurrir en que el paciente manifieste comportamientos imprudentes por compromiso del juicio y, por ende, participar en conductas de riesgo (Ramirez-Ortiz et al., 2020). Adicionalmente, fue necesario propiciar un ambiente cómodo, para que la paciente pudiera continuar con ello y sostener la alianza terapéutica ya formada.

Por último, el terapeuta debió mostrarse más disponible con la paciente, entendiendo que la interacción de la paciente con su entorno familiar invalidante iba a ser más frecuente debido al aislamiento social y preventivo. Para esto realizó diferentes intervenciones con la familia, las cuales fueron percibidas de manera positiva por Daniela, incrementando la alianza de manera positiva.

El tercer objetivo, demostró que no se encontraron diferencias significativas en la alianza terapéutica. Esto puede deberse al hecho de que la alianza terapéutica ya se encontraba consolidada antes del cambio de modalidad de entrevista de presencial a virtual. De todos modos, el terapeuta reforzó la idea de que muy probablemente haya mejorado la alianza terapéutica con Daniela, dado que se pudieron realizar algunas intervenciones con su familia, situación que con la presencialidad no se había podido lograr.

El terapeuta de Daniela logró mostrarse disponible a las inquietudes que manifestaba la paciente frente al aislamiento, por lo que se pudo continuar el tratamiento con normalidad. De todos modos, hubo un esfuerzo adicional manifestado por el terapeuta, para cambiar las estrategias del tratamiento y adaptarse a la nueva modalidad de atención. Afortunadamente el terapeuta, ya contaba con experiencia y preparación en el manejo de entrevistas online, por lo que fue un punto a favor para no debilitar la alianza ya consolidada.

6.2. Limitaciones

Es importante destacar que hubieron algunas limitaciones con respecto al desarrollo de la práctica profesional debido al aislamiento social preventivo y obligatorio. Estas limitaciones de relacionamiento social, y de interacción cara a cara, no perjudicaron el desarrollo del trabajo debido a que todos los profesionales que asistieron para el cumplimiento del mismo se mostraron con muy buena predisposición y disponibilidad.

De todos modos, algunas de las limitaciones también se encontraron entorno al material recabado sobre el tratamiento de los pacientes con trastorno límite de la personalidad frente a la pandemia de COVID19. Aún no hay mucho material escrito al respecto debido a que el acontecimiento es muy reciente, y muchos estudios están en curso actualmente.

Por otro lado, el relevamiento de contenido bibliográfico solo se pudo realizar de manera online ya que, el relevamiento del contenido en bibliotecas no fue posible dado que se encontraban cerradas al momento de desarrollar el presente trabajo. A su vez, fue imposibilitado el acceso al material escrito dentro de la institución por el mismo motivo anteriormente mencionado.

Adicionalmente, hubiese sido interesante poder realizar entrevistas a un mayor número de profesionales que asistieron el caso, como los profesionales del hospital de día donde la paciente realizó gran parte de su tratamiento, su psiquiatra o bien un mayor número de entrevistas a su terapeuta para recabar mayor información.

Por último, se encontraron pocos estudios empíricos que correlacionaran las variables de trastorno límite de la personalidad y alianza terapéutica. Por lo que se considera que podría ser de gran utilidad la realización de mayores investigaciones que permitan favorecer la comprensión de la interacción de las mismas.

6.3. Perspectiva crítica y aporte personal

Desde una perspectiva crítica, se pudo observar que el proceso de aislamiento que sufrió la población desde el surgimiento de la pandemia de Covid19, trajo una vertiginosa tarea de actualización en las modalidades de entrevista para los profesionales de la salud mental con

el objetivo de poder darle continuidad a los tratamientos ya iniciados y cubrir la demanda de los pacientes nuevos. El surgimiento de la pandemia, por supuesto de manera imprevista, dificultó la posibilidad de que los profesionales de salud mental puedan actualizarse en intervenciones a distancia desde cada uno de sus modelos teóricos. Adicionalmente, dicha actualización queda por cuenta del terapeuta tratante y, cualquier tipo de actualización académica que se realice, suele ser muy costosa, y en muchos casos, no existen recursos gubernamentales que acompañen dichas situaciones de crisis en la población para acercarlos a los profesionales de la salud mental recursos de formación gratuitos. En el caso particular de la institución en la que estaba inmerso el profesional tratante, fueron constantes los espacios abiertos a través de zoom semanales y espacios de supervisión habilitados para poder acompañar a los profesionales en la aplicación de las intervenciones virtuales.

Por otro lado, uno de los puntos que pudo revelar el presente trabajo, es que hasta la actualidad no se encuentran estudios que puedan corroborar que la terapia online resulte más o menos efectiva en el tratamiento frente a la terapia presencial. Adicionalmente, en situaciones de estrés extremo, como el confinamiento debido al contexto pandémico, es fundamental poder continuar con los tratamientos en pacientes con patologías graves, tal como se realizó en este caso. Si es claro, que lo que va a determinar la continuidad del tratamiento en pacientes con dichas patologías, es la alianza que se pueda forjar con el terapeuta, la particularidad del caso y el entrenamiento del terapeuta para atender en la modalidad online. En este sentido, el profesional que atendió el caso descrito, contaba con habilidades y experiencia en intervenciones de manera virtual, puesto que esto pudo haber sido un punto beneficioso para el sostenimiento de la alianza terapéutica y el equilibrio emocional del paciente.

Se podría decir que el desenvolvimiento del proceso terapéutico desde el modelo sistémico tiene ciertas complicaciones en su desarrollo frente a la terapia online, si se lo toma desde su rama estructural, debido a que es difícil poder hacer intervenciones con la familia y poder visualizar a todos sus integrantes desde un dispositivo móvil. De todos modos, esto no fue un problema en el caso descrito, ya que fue fundamental que el profesional tratante tenga experiencia en intervenciones virtuales, puesto que logró una buena sinergia entre el

grupo familiar y fomentó la habilitación de espacios delimitados para que la paciente continúe con su tratamiento de manera prolija y ordenada.

Por último, otros espacios beneficiosos para los pacientes fueron quedando relegados en el tratamiento, como los hospitales de día, y espacios de terapia grupal. Es decir, que los espacios vinculados al orden social, fueron quedando por fuera de los tratamientos virtuales, haciendo que los profesionales de salud mental se vean sobrecargados en la demanda y atención de casos. En este sentido, una pregunta que surge desde la realización del presente trabajo, es la incorporación de estos espacios de manera virtual desde las instituciones de salud mental, para seguir generando intervenciones interdisciplinarias y fomentar las relaciones sociales. También se podría pensar en el desarrollo de algún tipo de manual de intervenciones efectivas en las entrevistas virtuales, así como realizar mayores estudios para el entendimiento de los comportamientos de los pacientes desde la distancia.

6.4. Nuevas líneas de investigación

Para el desarrollo de nuevas líneas de investigación, a criterio de la autora, se recomienda profundizar en tres variables desarrolladas en el presente trabajo.

En primer lugar, es necesario seguir generando instancias de investigación en torno a la alianza terapéutica y al trastorno límite de la personalidad. Específicamente, es necesario contar con mayor material empírico sobre el concepto de joining dentro del modelo teórico sistémico, de los pacientes con trastorno límite de la personalidad. En especial, cuando pacientes con dicha patología sufren cambios abruptos debido al contexto, como fue en el caso del aislamiento preventivo y obligatorio que obligó a la población mundial a cambiar su dinámica diaria.

Por otro lado, a medida que vaya pasando el tiempo frente a la pandemia de COVID19, seguramente surja mayor información y se podrán visualizar las consecuencias conductuales y sistémicas de la población afectada.

Adicionalmente, sería interesante poder indagar sobre cómo fueron los procesos terapéuticos en pacientes con trastorno límite de la personalidad que iniciaron el

tratamiento de manera online, y por lo tanto, la construcción de la alianza terapéutica se desarrolló desde este dispositivo desde sus inicios.

7- Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders DSM 4 TR*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders DSM 5*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Andersson, G., Carlbring, P., Holmstrom, A., Sparthan, E., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E., Buhrman, M., & Ekselius, L. (2006). Internet-based self-help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 677-686
- Aponte, H. J., & Winter, J. E. (1987). The person and practice of the therapist: Treatment and training. *Journal of Psychotherapy & the Family*, 3(1), 85–111
- Armand Ugon, M. (2016). Desregulación emocional y mindfulness en el trastorno límite de la personalidad: Características y tratamiento (Tesis Doctoral). *Universidad Autónoma de Barcelona*. España.
- Barnicot, K., Katsakou, C., Bhatti, N., Savill, M., Fearn, N. & Priebe, S. (2012). Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review. *Clin Psychol Rev.* 32(5), 400-12. DOI:10.1016/j.cpr.2012.04.004.
- Beattie, A., Shaw A., Kaur S., & Kessler D. (2009). Primary-care patients' expectations and experiences of online cognitive behavioural therapy for depression: a qualitative study. *Health Expect.* 12 (1), 45-59. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2008.00531.
- Bedics, J.D., Atkins, D.C., Harned, M.S. & Linehan, M.M. (2015). The therapeutic alliance as a predictor of outcome in dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy by experts for borderline personality disorder. *Psychotherapy (Chic)*. 52 (1), 67-77. DOI: 10.1037/a0038457. PMID: 25751116.

- Benzadón-González, O., González, A., Costa, E., Cotton, A. G., Klurfan, H. D., Kusnir, E., Lichtmann, S., Polat, S. A., Padkova-Pruss, S. & Winograd, R. (1993). El self del terapeuta y su compromiso con la terapia. *Revista Sistemas de Familia*. Asociación Sistémica de Buenos Aires, 9 (3), 8-20.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.
- Botella, L., & Corbella S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*. Universitat Ramon Llull, 21-33.
- Brunetti, A., & Gargoloff, P.R. (2020). Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental, con especial foco en personas con trastornos mentales severos y persistentes. Informe Especial Incidentes III. *Instituto de Investigaciones en Comunicación*. Facultad de Periodismo y Comunicación Social Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires. <https://doi.org/10.24215/16696581e278>.
- Cardenal, V., Sanchez, M.P., & Ortiz Tallo, M (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y Salud*.18, 3, 305-324.
- Chong, S.C. (2020). Psychological impact of coronavirus outbreak on borderline personality disorder from the perspective of mentalizing model: A case report. *Asian Journal of Psychiatry*.52, 1-3. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102130.
- Cibanal, L., (2006). *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. España, San Vicente: Editorial Club Universitario.
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*. Barcelona: Universidad Ramón Llull.

- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological bulletin*, 135(3), 495.
- Distéfano, M.J., Cataldo, G., Mongelo, M.C., Mesurado, B., & Lamas, M.C. (2018). Conocimiento y uso de tecnologías digitales en psicoterapia entre los psicólogos de Buenos Aires. *Perspectivas en Psicología*, 15, 1, 65-74.
- Escalante, R. (2015). Ciberterapias: Sus aportes a la Psicoterapia. *Departamento de investigaciones*. Facultad de psicología-Universidad de Belgrano, Buenos Aires.
- Feixas, G. y Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Gómez de Agüero, M. E., (2014). Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención. *Revista internacional de Psicoanálisis*. 50, 264-411.
- Grupo de trabajo de la guía práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad (2011). Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. *Fórum de Salut Mental y AIAQS*. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut.
- Helmich, N., Giusti, S. D., Santoro, M. S., & Etchevers, M. (2011). Revisión de trastorno límite de la personalidad y alianza terapéutica. *IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIV Jornadas de Investigación decimotercer Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Hilsenroth, M. J., Holdwick Jr, D. J., Castlebury, F. D., & Blais, M. A. (1998). The effects of DSM-IV cluster B personality disorder symptoms on the termination and continuation of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(2), 163-176.
- Hirsch, H. T. & Durao, M. A. (2020). *Psicoterapia online: qué es y cómo se practica*. Buenos Aires: Gaspar Segafredo

- Horvath, A.O. y Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Horvath, A.O., & Symonds, B.D. (1991). Relation between alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-14
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 37(2), 327-334. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>.
- Kernberg, O.F., & Mischels, R. (2009). *Borderline personality disorder*. American Journal of Psychiatry, 166, 505-508. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.0902026>.
- Kraepelin, E. (1921). *Manic depressive insanity and paranoia*. The Journal of Nervous and Mental Disease, 53(4), 350-353.
- Lakeman, R., & Crighton, J. (2020). The Impact of Social Distancing on People with Borderline Personality Disorder: The Views of Dialectical Behavioural Therapists. *Issues in Mental Health Nursing*. Lismore. Australia. DOI: 10.1080/01612840.2020.1817208
- Linehan, M. (1993). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona. Paidós.
- Linehan, M.M., Bohus, M. & Lynch, T.R. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation. In Gross, J. (Ed.) *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press. 581-605.
- Lossa, L., Corbella, S., & Botella, L. (2012). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*, (105), 91-103.
- Lossa Chacón, L. (2015). Terapia Dialéctica Conductual Grupal en el Trastorno Límite de la Personalidad: Apego, Alianza Terapéutica y Mejora Sintomática. *Departamento*

de Psicología de la Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte Blanquerna. Universidad Ramon Llull. Barcelona.

MacLeod, M., Martinez, R., & Williams, C. (2009). Cognitive behaviour Therapy self-help: who does it help and what are its drawbacks? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 61–72.

Meuldijk, D., McCarthy, A., Bourke, M.E. y Grenyer, B.F. (2017). El valor del tratamiento psicológico para el trastorno límite de la personalidad: revisión sistemática y análisis de compensación de costos de las evaluaciones económicas. *PLOS One*, 12 (3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171592>.

MidoriHanna, S., & Brown, J., (1998). *La práctica de la terapia de familia, elementos claves en diferentes modelos*. Bilbao. Declée De Brower.

Muñoz, L.F., & Jaramillo, L. E. (2015). DSM-5: ¿Cambios significativos?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 35(125), 111-121. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000100008>.

Nardone, G. & Watzlawick, P. (1995). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Herder.

Olivos, P. (2020). Intimidad en la relación psicoterapéutica en tiempos de crisis. *Psiquiatría y Salud Mental*, 37, 32 – 42.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. 10ª ed. (CIE-10). Madrid: Meditor.

Patrizi, B. (2014). Alianza terapéutica y síntomas específicos del trastorno límite de la personalidad. *En J.Mª. Farré Martí. Simposio llevado a cabo en el X Congreso Nacional de Trastornos de la personalidad*. Barcelona, España.

- Perry, J. C., & Bond, M. (2002). Estudios empíricos sobre psicoterapia en trastornos de la personalidad. En J.G. Gunderson y G.O. Gabbard. *Psicoterapia de los trastornos de la personalidad*; (pp.1- 35). Barcelona. Ars Médica.
- Pierò A., Cairo E., & Ferrero A. (2013). Dimensiones de la personalidad y alianza terapéutica en individuos con trastorno límite de la personalidad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 6(1), 17-25.
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la Salud Mental asociadas al aislamiento social. *SciELO Preprints*. DOI: <https://doi.org/10.1590/SCIELOPREPRINTS.303>.
- Safran, J. y Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Buenos Aires. Paidós.
- Simpson, S., Richardson, L., Pietrabissa, G., Castelnovo, G. & Reid, C. (2020). Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID-19. *Clin Psychol Psychother*. 28, 409–421. DOI: <https://doi.org/10.1002/cpp.2521>
- Stern, A. (1938). *Borderline group of neuroses*. *The Psychoanalytic Quarterly*. 7, 467-489.
- Vivas Rubio, M. (2016). La alianza terapéutica en la terapia familiar sistémica. *Escola Itinere*. EDUVIC. Barcelona.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.