

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Trastorno Depresivo y Trastorno Límite de la Personalidad: Aproximación terapéutica desde  
una perspectiva Humanista

Melisa Cisneros Torres

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de  
Psicóloga Clínica

Quito

Mayo de 2011

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Artes Liberales

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

Trastorno Depresivo y Trastorno Límite de la Personalidad: Aproximación terapéutica desde  
una perspectiva Humanista

Melisa Cisneros Torres

Teresa Borja, Ph.D.

Directora de Tesis y

Miembro del Comité de Tesis .....

Mariel Paz y Miño, M.S

Miembro del Comité de Tesis .....

Ana María Viteri, Ph.D.

Miembro del Comité de Tesis .....

Carmen Fernández Salvador, Ph.D.

Decana del Colegio de Artes Liberales .....

Quito, mayo de 2010

© Derechos de autor

Melisa Cisneros Torres

2010

### **Resumen**

El siguiente estudio de caso describe el proceso psicoterapéutico de una mujer colombiana de 35 años refugiada en el Ecuador. La cliente fue referida por una ONG que trabaja con asuntos legales para refugiados en el país, después de haber experimentado un brote psicótico por un alto nivel de estrés. La paciente llega a la consulta por un malestar general de extrema ansiedad y un estado de ánimo bajo. Los resultados iniciales del SCL-90 indican un alto índice de todos los síntomas. El diagnóstico recibido es una comorbilidad entre un trastorno límite de la personalidad y un trastorno depresivo mayor. La duración de la terapia fue de 9 sesiones incluida una sesión de seguimiento 6 meses después del tratamiento. El trabajo terapéutico se basó principalmente en una terapia humanista. Los resultados indican la efectividad de este tratamiento en cuanto a la disminución de síntomas al finalizar las 8 sesiones y una disminución mayor 6 meses después. Esto no indica un cambio en cuanto al trastorno límite de personalidad ya que no existieron medidas en ese sentido. Sería necesario tomar medidas de personalidad y realizar estudios en una población más grande con grupos de control para generalizar estos resultados.

Palabras claves: Trastorno de límite de la personalidad, trastorno depresivo mayor, condición de refugiado, terapia humanista.

### **Abstract**

The following case study describes the psychotherapeutic process of a 35 year old Colombian who is a refugee in Ecuador. The client was referred by an NGO working with legal issues for refugees in the country after having experienced a psychotic episode by a high level of distress. The patient arrives to the consult with extreme anxiety and low mood. Initial results of the SCL-90 indicate a high level of all symptoms. The diagnosis given is a comorbidity between borderline personality disorder and major depressive disorder. The duration of therapy was 9 sessions including a follow-up session 6 months after treatment. The therapeutic work was based on a humanistic therapy. The results indicate the effectiveness of this treatment in terms of reduction of symptoms at the end of the 8 sessions and a further decrease after 6 months. This does not indicate a change in borderline personality disorder since there were no personality measures taken. There should be more studies in larger populations with personality measures taken and group controls in order to generalize these results.

**Key words:** Borderline Personality Disorder, Major Depression, Sexual Abuse, Refugee, Humanistic Therapy.

Tabla de Contenido

Resumen .....	4
Base Teórica.....	8
Trastorno límite de la personalidad .....	13
Trastorno depresivo mayor .....	19
Tratamientos .....	22
Psicoterapia .....	22
Psicoterapia Humanista .....	38
Psicofármacos .....	43
Consideraciones especiales para el caso .....	44
Condición de refugiado .....	44
Introducción al Caso .....	45
Presentación del Problema.....	45
Historia Clínica .....	46
Familia .....	46
Educación .....	46
Social .....	46
Historia Medica.....	47
Tratamiento o intentos de solución previos.....	47
Evaluación .....	47
Diagnóstico .....	49
Conceptualización del caso.....	49
Proceso terapéutico .....	53
Resultados terapéuticas del caso .....	62
Conclusiones.....	64

Bibliografía.....	67
Anexos .....	70

### Base Teórica

Resulta bastante complejo el intento de conceptualizar las características conductuales, emocionales y cognitivas de una persona para determinar distintos tipos de personalidad. Teóricamente se aceptan dos proposiciones básicas en cuanto a este tema, el primero es que "la persona es una totalidad integrada, un todo complejo donde varias partes y aspectos están interconectados e interrelacionados" (Mc Adams, 1990, pp. 4). Este concepto es fácil de comprobar por la experiencia personal de totalidad, un aspecto fundamental para la integridad psíquica (Mc Adams, 1990). Es por esta razón que cuando se experimenta desviaciones en este sentido como la despersonalización, sensación de ser otro, no ser uno o no ser parte de, se produce sentimientos de miedo y angustia intensos (Mc Adams, 1990). Esta característica de totalidad e integridad es la que permite a las personas percibir sus emociones, pensamientos y conductas como propias y no ajenas, es una característica que demuestra salud mental (Barlow y Durand, 2009). Cuando se evidencian rupturas en este sentido la persona experimenta dificultad de funcionamiento interno y externo que pueden demostrar patología (Mc Adams, 1990).

La segunda proposición afirma que las personas son diferentes y parecidos en varios aspectos: "todas las personas son como otras personas, son como todas las personas y son únicas como ninguna otra persona" (Kluckhohn y Murray, 1953 en Mc Adams, 1990, pp. 4). Aceptando estas proposiciones se describe a la personalidad como un conjunto de características relativamente perdurables que diferencian a las personas unas de otras (Mc Adams, 1990) Estas características son adaptativas y le permiten Al individuo vivir en la sociedad. Cuando existen rupturas a nivel de personalidad, se experimentan dificultades de funcionamiento y los comportamientos generan angustia intensa a la persona misma y a los que la rodean, las diferencias entre ellos y los demás se ven más acentuadas y los aspectos



comunes se reducen, los comportamientos son extraños y desadaptativos socialmente; se habla entonces de trastornos a nivel de personalidad (Barlow y Durand, 2009).

Los trastornos de personalidad son definidos como patrones de conductas y de experiencias internas que está generalizado, es estable y se mantiene al menos desde la adolescencia, esta definición se describe en el Manual de Diagnóstico, DSM-IV (American Psychological Association, 2000). En el mismo Manual, se describen como trastornos de personalidad los siguientes: un primer grupo (A) donde se encuentra el trastorno paranoide, esquizoide y esquizotípico que comparten características de desconfianza, aislamiento social, afecto plano y pensamiento excéntrico (Barlow y Durand, 2009). El segundo grupo (B) describe personalidades excesivamente emocionales, dramáticas e inestables, en este se encuentran: el trastorno histriónico, límite y antisocial (Barlow y Durand, 2009). En el tercer grupo (C) se encuentran los trastornos por evitación, dependiente y obsesivo compulsivo, los cuales comparten la ansiedad aunque cada uno tiene sus propias características (Barlow y Durand, 2009). Los criterios de diagnóstico para los trastornos de personalidad descritos en este manual son los siguientes (American Psychological Association, 2000, pp. 689).

- A. Un patrón duradero de experiencia interna y comportamiento que se desvía marcadamente de las expectativas de cada cultura (Cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal, control de impulsos).
- B. El patrón duradero es inflexible que invade una amplia variedad de situaciones personales y sociales.
- C. El patrón duradero lleva a un malestar clínico significativo o al deterioro del funcionamiento en el área social, ocupacional u otras importantes.
- D. El patrón es estable y de larga duración, aparece en la adolescencia o adultez temprana
- E. El patrón duradero no es consecuencia de otro desorden mental.

F. El patrón duradero no es consecuencia del efecto fisiológico directo del consumo de sustancias o una condición médica general.

En la revisión un poco más moderna, el DSM-V se toma en cuenta aspectos importantes en el diagnóstico de estos trastornos, antes clasificados como graves y estables. “La revisión propuesta en el borrador del DSM-V resulta más bien compleja y tiene tres características principales: una nueva definición de lo que es un trastorno de personalidad, centrada en los fallos de adaptación, que implican alteraciones de la identidad o en las relaciones interpersonales afectivas, cinco categorías diagnósticas (antisocial, evitativo, límite, obsesivo compulsivo y esquizotípico), y una serie de seis dominios de personalidad cada uno con un subconjunto de rasgos” (Esbec y Echeburúa, 2011, pp. 7). Este Manual habla más de rasgos y menos de trastorno, define a un rasgo de personalidad como “patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales” (Esbec y Echeburúa, 2011, pp. 8). De esta manera no se habla solo de patología sino de rasgos de personalidad que pueden llegar a generar un trastorno, pero no siempre, de esta manera se da mayor espacio a una visión saludable y adaptativa donde incluso con dificultad o rasgos acentuados una persona puede llevar una vida normal. “Los rasgos de personalidad solo se transforman en trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos, omnipresentes, de inicio precoz, resistentes al cambio y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo” (Esbec y Echeburúa, 2011, pp. 8). Para todos los trastornos de personalidad (TP) se espera que el comienzo se ubique en la infancia o adolescencia, que haya una persistencia de la conducta en el tiempo y casi en todas las situaciones y que cause sufrimiento personal, problemas en el trabajo o dificultades en las relaciones familiares (Esbec y Echeburúa, 2011). Es importante conocer que incluso cuando existe el TP hay diferencias en cuanto a la manifestación y configuración: se habla de “personalidades egosintónicas cuando hacen sufrir,

no saben ni aceptan que tienen un trastorno, tienen problemas en las relaciones interpersonales y piensan que son los demás los culpables de ello, son incapaces de mantener un trabajo estable o una relación afectiva prolongada en el tiempo, pueden tener síntomas depresivos o ansiedad y, sin embargo, no responden a los tratamientos convencionales” (Esbec y Echeburúa, 2011, pp. 8). Los de tipo egodistónicos, por el contrario, sufren, se sienten desgraciados y les gustaría ser de otra manera, por lo que tienen una mejor adherencia al tratamiento y pueden ser más susceptibles al cambio (Esbec y Echeburúa, 2011). Si bien es cierto uno de las características de los TP es que sean estables y rígidos, no todos los trastornos de personalidad son inflexibles ni tienen mal pronóstico como se pensaba, los egodistónicos suelen estar en esta categoría (Esbec y Echeburúa, 2011). En este sentido, se reconocen dos tipos de pacientes, unos de tipo R; sin conciencia de trastorno ni motivación para el cambio (egosintónico) y de tipo S; con conciencia de trastorno y motivación para la terapia o cambio (egodistónico) (Esbec y Echeburúa, 2011).

Otro aspecto importante que se toma en cuenta en el nuevo Manual de Diagnóstico son las características de algunos TP que cambian con el transcurso del tiempo, por ejemplo, el Trastorno Límite de la Personalidad, TLP, disminuye con la edad las características de impulsividad; el Trastorno Antisocial disminuye la prevalencia, mientras que trastornos del grupo A y C aumentan en sensibilidad dado el aislamiento social (Esbec y Echeburúa, 2011). Otro cambio importante que aparece en esta nueva edición es un enfoque híbrido entre diagnóstico categorial y dimensional de los trastornos de personalidad para evaluar la gravedad de los TP. Se propone la siguiente graduación de gravedad: 1) acentuación de rasgos de la personalidad normal pero sin alcanzar un TP, 2) trastorno simple de la personalidad que consiste en uno o más diagnósticos de TP del mismo grupo, 3) trastorno complejo de la personalidad que se refiere a dos o más TP de diferentes grupos y 4) trastorno severo de la personalidad, que se aplica cuando además se genera una grave disfunción social (Esbec y

Echeburúa, 2011). Un cambio adicional que ha sido tomado en cuenta es la comorbilidad de trastornos del Eje I y II que ha puesto en discusión la posibilidad de considerar a los TP como variantes de inicio precoz de trastornos del Eje I (Esbec y Echeburúa, 2011), al encontrar los siguientes datos: "los límites entre los trastornos del Eje I y Eje II con frecuencia son difusos especialmente entre el trastorno esquizotípico de la personalidad y la esquizofrenia; entre el trastorno paranoide de la personalidad y el trastorno delirante; entre los trastornos del estado de ánimo y el trastorno por inestabilidad (límite); entre el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad; entre la fobia social y el trastorno ansioso evitativo de la personalidad" (Esbec y Echeburúa, 2011, pp. 8). En general en cuanto a los TP se plantea una redefinición del concepto resaltando "el fracaso en la adaptación (personalidad no adaptativa) sobre el patrón dominante de pensar, sentir y comportarse presente en el DSM actual. Este nuevo concepto concede mucha importancia a la dificultad para desarrollar relaciones interpersonales adaptativas haciendo hincapié en problemas tales como: la falta de empatía, la mentira y la manipulación (Esbec et al, 2011). Estas y otras consideraciones han sido tomadas en cuenta en el borrador del nuevo Manual de Diagnóstico de la Asociación Americana de Psicología que permiten obtener diagnósticos más acordes a la realidad de cada persona y determinar los tratamientos precisos para cada caso.

En cuanto a los demás tipos de trastornos, no profundos como de personalidad, se habla de "la interrupción del funcionamiento cognoscitivo, emocional y conductual de una persona" (Barlow y Durand, 2005, pp. 3) asociada con angustia intensa y con impedimentos en el funcionamiento cotidiano además de una respuesta que no es característica o no se espera culturalmente (Barlow y Duran, 2005). En general se conoce como trastorno a una serie de comportamientos e ideas que impiden un funcionamiento normal de la persona en algún momento de su vida. Se trata de una expresión extrema de emociones, comportamientos y procesos por lo demás normales (Barlow y Durand, 2005). Existen varios factores que influyen

en la formación de un trastorno psicológico: a) influencias biológicas: antecedentes familiares, enfermedades físicas, b) sociales: relaciones interpersonales, ambiente social favorable o desfavorable, familia, amigos, c) emocionales y cognitivas: pensamientos o emociones recurrentes frente al mundo y así mismo d) conductuales: respuestas frente a los estímulos según los factores anteriores. Todos estos elementos funcionan a manera de ciclo, alimentándose unas a otros y manteniendo los síntomas psicopatológicos (Barlow y Durand, 2009). En algún momento aparece un activador (evento estresante) que desencadena las vulnerabilidades de la persona en un posible trastorno o problema que imposibilite llevar una vida normal, este activador puede luego generalizarse en distintos contextos y mantiene el problema (Barlow y Durand, 2009).

Se ha explorado el concepto de trastorno psicológico, trastornos de personalidad y una corta introducción a los mismos. Como propósito de este estudio se describe con mayor detalle el trastorno límite de la personalidad y el trastorno depresivo mayor recurrente.

### **Trastorno límite de la personalidad**

En el año de 1930 se introdujo el término 'límite' para describir a los pacientes que presentaban una mezcla sintomática entre neurosis y psicosis, lo que posteriormente se describía como un tipo de organización de personalidad relacionada con una pobre integración de identidad y el uso de defensas primitivas como la identificación proyectiva y divisoria (Kernberg, 1976). Posteriormente en los años 70s Gunderson y Singer introdujeron la primera definición operacional apoyada en trabajo empírico y constituyó la base para la definición que actualmente se maneja, con la distinción de pacientes psicóticos que antes eran diagnosticados como 'límite' (Beck, Freeman, Davis, 2005). El trastorno límite de la personalidad se caracteriza por un patrón general que gira alrededor de la identidad y autoimagen; se trata de una personalidad inestable interpersonal y emocionalmente así como de una notable

impulsividad derivada de la incapacidad de procesar sus pensamientos y emociones y la necesidad de derivarlos hacia el polo de la conducta (García, 2007). El Manual de Diagnóstico DSM-IV define al TLP como un "patrón continuo de inestabilidad en las relaciones interpersonales, autoimagen y afectos con marcada impulsividad que comienza al final de la adolescencia y aparece en una gran variedad de contextos, indicando por lo menos 5 de los siguientes: (American Psychological Association, 2000, pp. 710).

1. Francos esfuerzos para evitar ser abandonados (real o imaginariamente).
2. Patrón de relaciones emocionales intensas e inestables con alternancia entre la idealización y la devaluación de los mismos.
3. Perturbación en la identidad caracterizada por una idea o imagen de sí mismos inestable y poco cohesiva.
4. Impulsividad en al menos dos de las siguientes áreas con la posibilidad de resultar en un daño para el sujeto: gastos, sexo, abuso de sustancias, conducir peligrosamente, atracones de comida.
5. Comportamiento suicida recurrente, amenazas, comportamiento autoagresivo, automutilaciones.
6. Inestabilidad afectiva, marcada reactividad (disforia, inestabilidad o ansiedad).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Rabia intensa, incontrolada o dificultades para controlarla.
9. Síntomas psicóticos transitorios, relacionados con stress no estructurado o síntomas disociativos.

\* El diagnóstico no se puede hacer antes de los 18 años (Trastorno de Identidad).

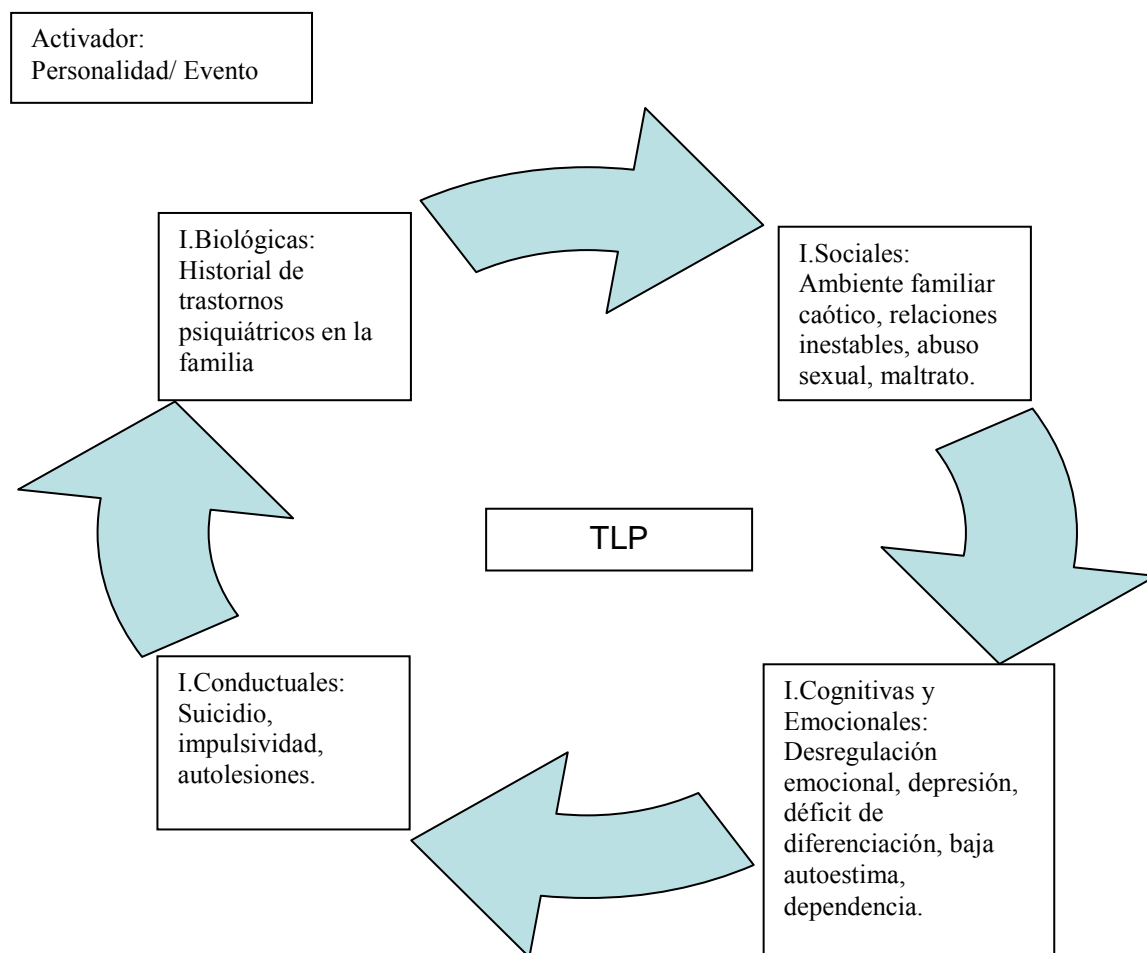
Los pacientes con este trastorno tienen un concepto de sí mismo muy frágil, que es fácilmente alterado y fragmentado bajo situaciones de estrés, como resultado presentan inestabilidad emocional y dificultad para mantener relaciones íntimas (Esbec et al, 2011). "Las

relaciones se basan en la fantasía, en la necesidad de los demás para la supervivencia y en la dependencia excesiva, así como en un miedo al rechazo o abandono (Esbec et al, 2011, pp. 8). La dependencia implica un apego inseguro expresado como dificultad para tolerar la soledad, como la necesidad urgente de contacto con otras personas significativas cuando está estresado, acompañada a veces por un comportamiento sumiso (Esbec et al, 2011). Esta dependencia intensa puede generar también sentimientos de miedo de pérdida de identidad lo que resulta en inestabilidad emocional (Esbec et al, 2011). Las características descritas anteriormente pueden estar asociados con una alteración de regulación cognitiva especialmente en momentos de tensión emocional lo que conduce a un procesamiento de información escindido o dicotómico, incluso la persona puede experimentar reacciones cuasi psicóticas como paranoia y disociación al punto de llegar a cuadros de psicosis transitoria (Esbec et al, 2011).

Los estudios que se han realizado sobre personalidades límites por lo general se realizan en hospitales o en pacientes que han estado internados anteriormente (Zittel y Western, 2005). Un estudio que analiza a pacientes con trastorno límite de la personalidad en la práctica clínica cotidiana, tomados de las listas de afiliados de la Asociación Americana de Psiquiatría, indican que pacientes con trastorno límite de la personalidad tienen comorbilidad con trastornos del Eje I como la distimia, depresión mayor (más de la mitad de los pacientes), abuso de sustancias, trastorno por estrés postraumático y los trastornos de la conducta alimentaria (Zittel y Western, 2005). En cuanto al funcionamiento no adaptativo, los resultados parecen indicar que “las conductas autoagresivas (52%), como cortarse (81%) o quemarse la piel (23%), las hospitalizaciones psiquiátricas (promedio de 3.6 ingresos), la tendencia al suicidio (3.9 tentativas), típicamente ocurren acompañados de una angustia intensa y de disforia en el contexto de sentimientos de abandono” (Esbec et al, 2011). La dificultad para preservar las relaciones y la dificultad para conservar un empleo ajustado al perfil del paciente también son características de personas con un trastorno límite de la personalidad (Zittel y Western, 2005).

Se describe también como rasgos centrales de este trastorno “la depresión mayor crónica, los sentimientos crónicos de impotencia, desesperanza, inutilidad, culpa, soledad y vacío” (Zittel y Western, 2005, pp. 472). A parte de estas características conductuales y emocionales propias del trastorno, el estudio mostró en general un mal funcionamiento relacional y malos tratos en la edad adulta (41%), la mayoría en el papel de víctima (Zittel y Western, 2005). “Casi una tercera parte había sido víctima de una violación sexual o de otro tipo de agresión sexual (2.75 veces)” (Zittel y Western, 2005, pp. 475).

El siguiente cuadro muestra el perfil de funcionamiento de este trastorno:





En este caso el activador, es un elemento constante ya que hablamos de disfunciones a nivel de personalidad. Sin embargo eventos estresantes pueden elevar la sintomatología y el malestar subjetivo en la persona.

En cuanto a los inicios del TLP se ha realizado teorías sobre experiencias traumáticas en la infancia (Cancrini, 2007). "Las experiencias de una infancia infeliz tienen una importancia para bloquear o invertir el recorrido de la integración de un niño o un adolescente que en la edad adulta se puede ver solo de manera retrospectiva" (Cancrini, 2007, pp. 160). A continuación se presenta una serie de contextos y experiencias traumática de la infancia que pueden generar posibles conductas sintomáticas en la edad adulta según estudios realizados en casos con personalidades borderline (Cancrini, 2007, pp 164, 166, 168, 171, 172).

Contexto y Experiencias Traumáticas en la infancia	Conductas sintomáticas reales del niño	Posibles conductas sintomáticas del adulto
Contexto afectivo marcado por una notable sequedad de los padres: la niña no puede contar de forma estable con los adultos, que alternan momentos escasos de cercanía con otros más frecuentes y largos de descuido.	Niña triste, desganada, pobreza de intereses y proyectos, muy dependiente de los estados anímicos de la madre.	Sentimientos intensos de vacío con esfuerzos desesperados para evitar el abandono real o imaginario.
Contexto afectivo marcado por la imprevisión caótica de las presencias: El abandono es posible en cualquier momento.	Inquietud, angustia de abandono, tristeza y tendencia a castigarse a sí mismo apoyada en un fuerte sentimiento de culpabilidad que se alternan con conductas agresivas de salvaje.	Sentimientos intensos de vacío con esfuerzos desesperados para evitar el abandono real o imaginario.
Inestabilidad caótica de los contextos afectivos; abandono traumático de la madre; apoyo de otros familiares.	Inestabilidad afectiva; inquietud del niño infeliz.	Inestabilidad afectiva, angustia de abandono, movimientos depresivos.

Contexto y Experiencias Traumáticas en la infancia	Conductas sintomáticas reales del niño	Posibles conductas sintomáticas del adulto
Violencia sexual; dificultad para ser aceptada y creída.	Mutilación de las muñecas y agresividad en la escuela; tendencia a infravalorarse, rabia autodirigida.	Tendencia no defenderse y autoagredirse; fases depresivas.
Inestabilidad caótica de las referencias afectivas: presencia del padre que lo podría defender siempre incierta; temor al abandono.	Inestabilidad afectiva, inquietud del niño infeliz.	Inestabilidad afectiva, angustia de abandono, movimientos depresivos.
La conducta mafiosa sin remordimiento de los abusadores queda parcialmente corregida por una sinceridad desordenada e inconstante del padre.	Sinceridad intrínseca del niño, que busca y teme el contacto y la relación de confianza con el otro que también es bueno, al que se puede tomar efecto con temor a perderlo.	Cuadro de relaciones interpersonales inestables e intensas; el otro es idealizado y desvalorizado con formas excesivas pero potencialmente sinceras.
Ausencia de referencias afectivas y apoyo; constante dolor, humillación y derrota.	Desarrollo de una depresión estable del tono del humor: la vivencia de humillación y de incompetencia se apoya en una fuerte tendencia a la desvalorización.	Depresión crónica. Relaciones interpersonales con parejas maltratantes.

\* Los cuadros en color son tomados en cuenta en la conceptualización del caso analizado.

Varios estudios (Fonagy y otros, 1996) han encontrado que los pacientes con TLP se caracterizan por unas representaciones desorganizadas de sus apegos. "Tales representaciones desorganizadas de los afectos o apegos parecen ser típicas de aquellas personas con traumas infantiles irresueltos, especialmente cuando sus figuras parentales exhibieron conductas amenazantes directas. Se considera que tal desorganización de sentimientos es resultado de una situación en la que el padre es, al mismo tiempo, la fuente de temor y el refugio de seguridad potencial" (Beck, Freeman, Davis, 2005, pp. 222). Otra línea de investigación propone el origen y desarrollo del TLP en cuanto a la prevalencia del abuso sexual infantil ya que parece existir una relación fuerte entre ambos que explica la visión malévola de los demás, pautas de apego

desorganizadas y una tendencia de repetición abusivas en las relaciones adultas (Beck et al, 2005). "Un elevado número de estudios ha confirmado que los antecedentes de malos tratos físicos (41.7%) y abusos sexuales durante la infancia (26.3%) tienen una elevada prevalencia en los pacientes con trastorno límite de la personalidad, y algunos estudios han demostrado que los malos tratos constituyen una experiencia prácticamente generalizada durante los primeros años de vida de estos pacientes" (Golier, Yehuda, Bierer, Mitropoulou, New, Schmeidler, Silverman, Siever, 2003, pp. 111). Una visión más moderna del TLP afirma que el trauma no es la causa del trastorno sino la manera en la que el niño lo procesó y lo dotó de significado dado su temperamento, edad y factores situacionales (Arntz, 1994 y Zanarini, 2000 en Beck et al, 2005). Algunas de las experiencias traumáticas pueden haber tenido lugar en edades muy tempranas, especialmente las de castigo, abandono y rechazo de cuidadores lo que conduce a una desorganización afectiva, formación de esquemas nucleares de hipervigilancia, vacío, pensamiento dicotómico, entre otros y por lo tanto conducen a estrategias patogénicas (Beck et al, 2005). En general se ha observado que cuando el niño es criado en un ambiente en el que la distribución de afecto o de rabia resultaba efectivamente imprevisible, se espera una respuesta en la adultez donde "seguirá viviendo sus afectos de forma discontinua y violenta, presentando una dificultad de fondo para controlar sus impulsos" (Cancrini, 2007, pp. 178) lo que describe una personalidad borderline.

En cuanto al curso de este trastorno se conoce que es muy inestable en la juventud, tiene la tendencia de irse estabilizando con el paso del tiempo (García, 2007).

### **Trastorno depresivo**

El trastorno depresivo se encuentra dentro de los trastornos del estado de ánimo y es el más fácil de diagnosticar, se define por la ausencia de episodios maníacos o hipomaníacos antes o durante del episodio (Barlow y Durand, 2009). En la actualidad se conoce que es poco

frecuente que existan episodios únicos aislados en la vida, aunque los hay, por lo que más se habla de trastorno depresivo mayor recurrente, dicha recurrencia es importante para el pronóstico y curso del trastorno, aunque se sabe que casi todos los episodios depresivos mayores con el tiempo remiten por si mismos (Barlow y Durand, 2009). Por lo general este trastorno aparece a los 25 años de edad, aunque parece estar disminuyendo en su aparición (Barlow y Durand, 2009). El tiempo de duración del episodio va de dos semanas a nueve meses si no hay tratamiento. Otros tipos de depresión son: la distimia y depresión doble (Barlow y Durand, 2009).

Los criterios para el trastorno depresivo mayor descritos en el DSM-IV (American Psychological Association, 2000, pp. 356) son:

A. Cinco o más síntomas deben estar presentes por dos semanas y representar un cambio significativo en el funcionamiento. Debe estar presente como síntoma un estado de ánimo disminuido y/o la falta de interés y placer.

1. Estado de ánimo depresivo por la mayor parte del día, casi todos los días. Sea por auto reporte u observación de terceros.
2. Disminución de interés o placer marcado en todas o casi todas las actividades. Todos o casi todos los días. Sea por auto reporte u observación de terceros.
3. Pérdida de peso no por hacer dieta o ganancia de peso (cambio del 5% del peso corporal en un mes).
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor.
6. Sentimientos de inquietud o lentitud. Fatiga o falta de energía.
7. Sentimientos de no valía, excesiva culpa.
8. Disminución en la capacidad de concentración o toma de decisiones.

9. Recurrentes pensamientos de muerte o ideas suicidas.

B. Los síntomas causan malestar clínico significativo o dificultad en relaciones sociales o áreas importantes de funcionamiento.

C. Los síntomas no son causados por consumo de sustancias o una condición médica.

D. Los síntomas no son causados por otro trastorno psicológico o duelo

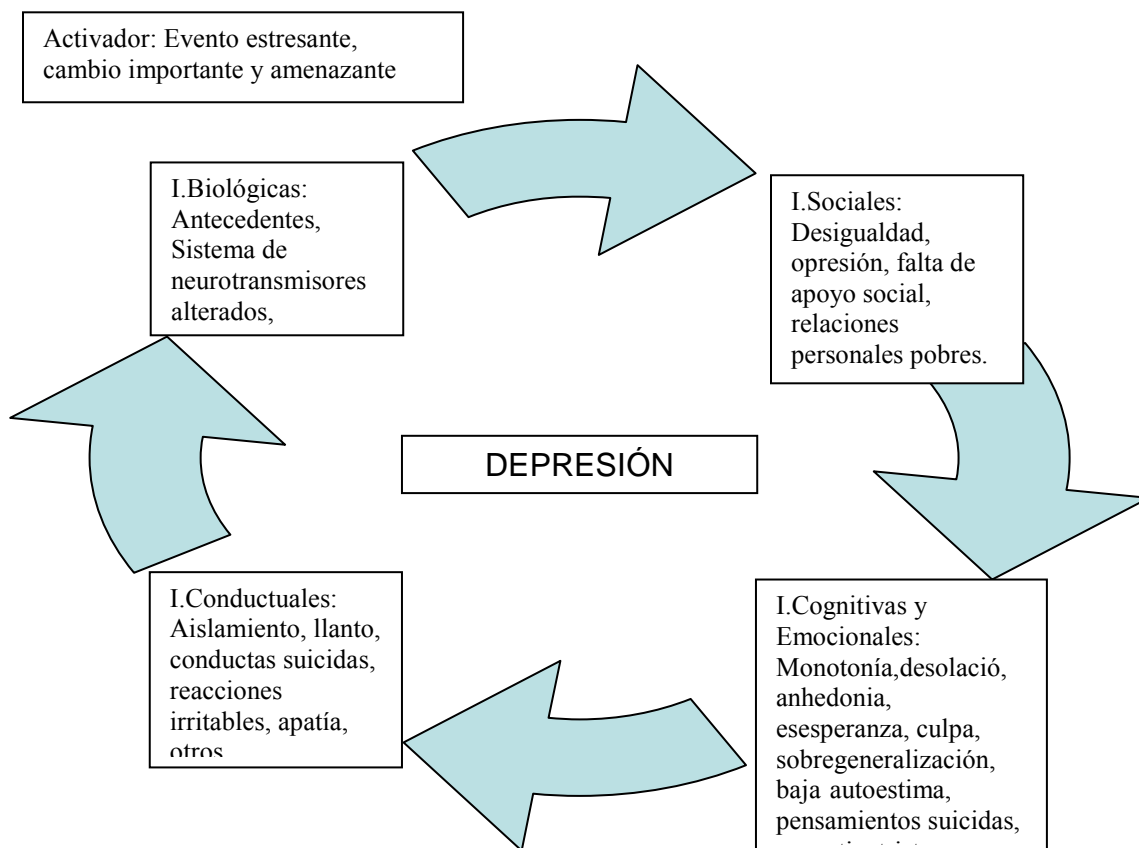
Dentro de la depresión mayor pueden presentarse por episodio único o recurrente, para este caso describimos el segundo caso. Los criterios para el trastorno depresivo mayor recurrente descritos en el DSM-IV (American Psychological Association, 2000, pp. 376) son:

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores. Separados por al menos dos meses consecutivos cada episodio.

B. Los episodios depresivos mayores no son mejor descritos por un trastorno esquizoafectivo, delirante o psicótico.

C. Exclusión de episodios maníacos, episodios mixtos y hipomaníacos.

El siguiente cuadro plasma el funcionamiento y mantenimiento de la depresión como trastorno:



Si bien es cierto se ha observado que los trastornos depresivos suelen remitirse por sí mismos con el pasar del tiempo, existen casos que duran más tiempo o reaparecen en el transcurso de la vida (Baca, Álvarez, Bousoño, Eguiluz, Martín, Roca, Urretavizcaya, 2008). Por lo que “los trastornos afectivos constituyen unas patologías con tasas de recurrencia y cronicidad: las tasas de recurrencia tras un primer episodio oscilan alrededor del 60%, tras dos episodios aumenta al 80% y después de tres episodios al 90%” (Baca et al, 2008. pp. 66). En estos casos es importante tomar en cuenta manejo a largo plazo (24 meses) de la depresión. “Los predictores fundamentales de pacientes que sufrirán depresión a largo plazo son: número de episodios previos, número de días en depresión a lo largo de la vida, historia familiar, edad de inicio y otras variables clínicas, distimia, psicosis, resistencia al tratamiento, recaída temprana o recurrencia inmediatamente después de interrumpir el tratamiento, conducta suicida previa o ideación suicida persistente, enfermedades médicas asociadas, presencia de recurrencias acompañadas de una o más alteraciones biológicas” (Baca et al, 2008. pp. 67). Se ha encontrado que el consumo de alcohol y otras drogas al igual que intentos de suicidio, son las complicaciones más frecuentes y graves de la depresión a medio y largo plazo (Baca et al, 2008).

## **Tratamientos**

### **Psicoterapia**

La palabra Psiche proviene del griego y significa alma o ser, en tanto que la palabra terapia significa asistente que cuida del otro y proviene del griego therapeutikos, la psicoterapia se convierte en el cuidar del alma o el ser de otra persona (Kleinke, 2002). En este sentido el trabajo del psicoterapeuta es de escuchar a sus clientes, tomarlos con seriedad, ofrecerles comprensión y respeto, y responder de manera que el cliente pueda solucionar sus problemas. “Hoy en día está claro que la psicoterapia puede causar fuertes cambios en la función cerebral

susceptibles de ser detectados mediante neuroimagen... Estos avances evidencian los mecanismos de acción y los resultados de la psicoterapia" (Oldham, 2008) lo que demuestra su efectividad en el tratamiento de trastornos psicológicos.

Existen distintos enfoques terapéuticos para el tratamiento de las psicopatologías, sin embargo diversos profesionales de la salud mental se han preocupado por resaltar factores comunes de la psicoterapia en vez de resaltar las diferencias (Norcross et al, 2005) para así delimitar cuál es el trabajo psicoterapéutico en general. Este interés por parte de los terapeutas en identificar los puntos comunes del proceso terapéutico establece la base del trabajo de los psicólogos. Son los lineamientos generales que independientemente del enfoque deben ser manejados en terapia ya que han probado ser útiles en cada una de ellas (Kleinke, 2002). Este proceso integrativo inició con Goldfried y Newman (1986), en la actualidad un importante número de psicoterapeutas siguen manifestado su interés en afianzar los principios comunes de la psicoterapia (Kleinke, 2002).

Existe una serie de importantes procesos comunes en psicoterapia como: evitar ofrecer consejo, ampliar la visión del mundo del cliente, ayudar a los clientes a recapitular conflictos genéricos, establecer una experiencia emocional correctiva, promoción de expectativas positivas, permitir experimentar emociones, ejercer una influencia social, promover la práctica de nuevas competencias (Kleinke, 2002) que son parte de una psicoterapia para cualquier trastorno. Según Jerome Frank (1982), la psicoterapia también incluye lograr que el paciente acepte el sufrimiento como un aspecto inevitable de la vida y que lo utilice como una oportunidad para su crecimiento personal (Kleinke, 2002).

Estos ocho principios psicoterapéuticos son la base para tratar todo trastorno, en este caso en un paciente con un trastorno límite de la personalidad comorbido con un trastorno depresivo mayor recurrente. Ya que permite brindar un ambiente adecuado, entablar una alianza terapéutica sostenible, la exploración de cogniciones y emociones relevantes al

tratamiento, experiencias correctivas, en general un cuadro terapéutico que permita realizar un trabajo más profundo.

Los principios psicoterapéuticos que forman parte de todo enfoque son:

1. Evitar ofrecer consejo:

Los terapeutas deben evitar dar consejos por tres razones fundamentales: a) por una cuestión de ética, puesto que no se debe presumir saber qué es lo mejor para los pacientes (Kleinke, 2002), b) al dar consejos los terapeutas estarían incentivando a que los clientes dependan de la sabiduría de ellos en vez de pensar por sí mismos. Si el terapeuta le da constantemente las soluciones al paciente esto no es consistente con el hecho de que un terapeuta debe ser una guía o un colaborador en el proceso de cambio, además esto le impide al cliente asumir la responsabilidad de sus actos (Kleinke, 2002), c) dar consejos no funciona. Un estudio reveló que proporcionar consejos desalienta a los pacientes de centrarse en sus sentimientos (Kleinke, 2002). Sullivan (1953) advierte que los terapeutas que dan consejos, en su afán misionero, intentan trasladar sus propios valores a los clientes, lo cual no solamente es duro para los pacientes, sino que dificulta el trabajo de los otros terapeutas que quieren hacer algo útil (Kleinke, 2002). El terapeuta puede sugerirle al paciente como alcanzar las metas que este se ha propuesto, a este proceso se denomina prescripción de una acción a diferencia del término consejo. Lazarus (1990) sugiere que cuando se va a realizar este proceso se puede utilizar la siguiente forma: “yo puedo decirle algo que funciona conmigo, veamos si lo puede adaptar a su caso”. En este proceso el terapeuta puede intentar que el paciente anticipe las consecuencias de sus acciones y puede incitarle a que aprenda a resolver sus problemas reforzando la sensación de elección y responsabilidad que tiene el paciente respecto de su comportamiento (Kleinke, 2002).



En el caso del tratamiento de TLP el terapeuta debe ser más cuidadoso aún en el tema del consejo dado su pobre integración de identidad y el uso de defensas primitivas como la identificación proyectiva y divisoria (Kernberg, 1976). El dar un consejo y "equivocarse" puede llevar al paciente a activar sus sentimientos de ira propios del trastorno lo cual lleva a mayor impulsividad y pensamiento polarizado frente al propio terapeuta. Es importante recordar que hablamos de pacientes, muchas veces, sensibles y dependientes. "Las relaciones se basan en la fantasía, en la necesidad de los demás para la supervivencia y en la dependencia excesiva, así como en un miedo al rechazo o abandono (Esbec et al, 2011, pp. 8). El dar un consejo sería un error terapéutico ya que mantendría este rasgo de personalidad "dependiente".

## 2. Ampliar la visión del mundo del cliente:

Cuando un cliente llega a consulta no tiene las destrezas necesarias para solucionar sus propios problemas o las que utilizan no son eficaces, por lo que el terapeuta debe intentar que el paciente vea estos problemas desde una nueva perspectiva y contemplar la posibilidad de afrontar sus dificultades de otras formas que no fueron consideradas anteriormente (Kleinke, 2002). Jerome Frank explica cómo los esfuerzos psicoterapéuticos deben incitar a que los pacientes den otros significados a los acontecimientos que generan conflicto, según él, todas las psicoterapias se apoyan en la creencia que la realidad determina tanto los pensamientos como los sentimientos y el comportamiento (Frank, 1982). Las creencias de las personas influyen en el significado que estas les dan al comportamiento de los otros al igual que en las predicciones que hacen sobre el efecto de sus propias acciones (Neimeyer y Mahoney, 1998 ). Las creencias están íntimamente relacionadas con la capacidad de las personas de afrontar sus conflictos, con los estados emocionales del individuo y con sus sentimientos de bienestar (Neimeyer et al, 1998). Según Frank "la psicoterapia debe ayudar a los clientes a sentir y funcionar mejor, capacitándolos para realizar las modificaciones adecuadas en el mundo de las creencias"

(Kleinke, 2002, p. 31). El esquema de creencias de las personas está relacionado con la construcción del yo que define su valía personal y las posibilidades de alcanzar lo que aspiran en la vida, además está relacionado con el esquema interpersonal que se refiere a cómo se relacionan estas con los demás, a esto Sullivan (1953) lo llamo operación de seguridad, que es un conjunto de reglas de cómo las personas deben interactuar con los otros (Ávila, Begoña, Saúl, 2005). Los problemas ocurren cuando los esquemas de las personas son rígidos y les impiden ser flexibles ante determinado tipo de situaciones (Neimeyer et al, 1998). El objetivo de la terapia es permitir que los pacientes experimenten dichos esquemas en las sesiones con el afán de decidir si estos responden mejor o no a sus interés y además experimentar estilos alternativos de percibirse a sí mismos e interactuar con los otros, de esta manera se espera que el paciente esté dispuesto a asumir riesgos e intentar nuevas soluciones, como lo describe Victor Frankl (1963; Yalom, 1980). El objetivo final requiere un cambio de actitudes además de un desarrollo de competencias personales de afrontamiento (Kleinke, 2002). En cuanto al TLP este aspecto de ampliar la visión del mundo se va construyendo en la terapia con la relación terapéutica al brindar seguridad, confianza y apoyo al paciente.

## 2. Ayudar a los clientes a recapitular conflictos genéricos.

Freud desarrollo el concepto de transferencia argumentando que es un proceso crucial en la terapia en el que el paciente manifiesta los conflictos no resueltos en la infancia al terapeuta (Ávila et al, 2005). Este concepto ha sido ampliado por los psicoterapeutas en la actualidad refiriéndose a la transferencia como trasladar sentimientos y pautas de actuación que no solo provienen de conflictos de la infancia con los padres sino también de otras personas significativas en la vida (Kleinke, 2002). "El objetivo de la terapia es lograr que el cliente haga una conexión etiológica significativa entre eventos del pasado y problemas de funcionamiento actuales" (Dungee, 1992). Para ayudar al cliente a recapitular sus conflictos es importante que

el terapeuta sepa cómo responder a la transferencia, por ejemplo: los clientes que tienen un estilo dependiente, son dependientes del terapeuta. En lugar de reforzar la dependencia, la tarea del terapeuta es ayudar al cliente dependiente a comportarse de manera independiente. En lugar de enfrentarse con ira al cliente exigente y desafiante, la tarea del terapeuta es ayudar al cliente a actuar de manera más diplomática (Kleinke, 2002). Con los pacientes con TLP, y en general, es importante devolver la responsabilidad y decisión a cada persona. Con elementos sencillos y básicos como: "¿de qué te gustaría hablar hoy? O ¿qué opinas de lo que acabamos de hablar? De esa manera el cliente es el que toma la decisión del curso de la terapia y cada sesión.

Freud describió las reacciones subjetivas del terapeuta hacia el cliente con el término contra transferencia (1910) y aunque él creía que esta era un impedimento en la terapia ahora se cree que los terapeutas pueden utilizar este elemento como una información importante que debe ser compartida con el paciente en un momento adecuado (Kernberg, 1975). De ser manejada la contra transferencia de manera adecuada el cliente se ve forzado a cambiar sus comportamientos interpersonales y como consecuencia consigue una experiencia correctiva (Kleinke, 2002). El terapeuta y el cliente no deben solo hablar de los asuntos que le preocupan al paciente sino que el proceso interpersonal entre ambos debe provocar una solución a los conflictos que se están discutiendo (Kernberg, 1975). De esta forma el terapeuta le ayuda al paciente a generar un aprendizaje emocional en otros ámbitos de su vida en las que este reproduciendo sus conflictos (Kleinke, 2002). Al ir hablando de la relación terapéutica y manejando adecuadamente la transferencia y contratransferencia se evita cometer errores que mantengan el síntoma. Otro aspecto importante que se debe manejar en la relación es la sensación de aceptación y validación en cuanto a los sentimientos y experiencias difíciles, Linehan (1993), "considera que la validación de los sentimientos de estos pacientes hacia el pasado y la reconstrucción del mismo es importante, ya que han visto de pequeños cómo sus

emociones eran invalidadas por sus padres” (Rubio et al, 2004, pp. 43). Este hecho produce un efecto positivo en el tratamiento.

#### 4. Establecer una experiencia emocional correctiva.

El término experiencia emocional fue introducido por Alexander y French (1946) significa que bajo circunstancias favorables se exponen al paciente a situaciones emocionales que no ha podido resolver (Kleinke, 2002). Según estos autores solo el insight no es suficiente para que el paciente produzca un cambio importante en su vida, sino que es necesario que la persona reproduzca sus comportamientos en un ambiente seguro donde no obtenga las consecuencias que se obtendría si estuviera en un ambiente no controlado. El proceso de esta experiencia tiene los siguientes elementos: a) una relación terapéutica segura y confiable es indispensable para que el cliente se muestre receptivo y se arriesgue, b) la empatía es un componente principal de la experiencia emocional correctiva que según Rogers valida el sentido uno mismo y es una experiencia única que es ofrecida en terapia ya que en otros contextos es poco frecuente, c) debido a que las dificultades del paciente fueron adquiridas a través de las experiencias es necesario que los pacientes resuelvan sus conflictos de manera experiencial, por esta razón en la terapia se enseña al paciente a examinar sus reacciones con el terapeuta y a desarrollar una interacción más flexible (Kleinke, 2002). Para esto el terapeuta debe parar la acción en el momento adecuado haciéndole notar lo que acaba de ocurrir (Kleinke, 2002), d) responder de manera diferente a lo que espera el cliente. Los pacientes esperan respuestas determinadas según el tipo de interacción que llevan con los demás, por lo tanto el terapeuta no debe confirmar estas expectativas y así proporcionar una respuesta diferente (Kleinke, 2002). Por ejemplo, si el cliente espera que ante su ira sea tratado con hostilidad este debe recibir comprensión. Similar a los elementos anteriores, el paciente con TLP probablemente por primera vez experimentará un tipo de relación nueva donde se siente seguro, protegido,

validado y valorado. Son experiencias nuevas que le proporcionan un elemento de referencia para el futuro. No es posible explicar una experiencia emocional correctiva, es necesario experimentar este fenómeno, para estos pacientes el contexto ideal puede ser en la terapia ya que en la vida cotidiana con el tipo de relaciones en las que se involucran no les permite beneficiarse de estas experiencias positivas. Como dice Linehan, "la terapia no es una explicación sino una experiencia, la experiencia emocional de sentirse comprendido" (Rubio et al, 2004, pp. 43), dicha experiencia es posible cuando el terapeuta realmente comprende, acepta y valora a su cliente. Es importante que el terapeuta logre entender y sentir genuinamente que el vivir con una inestabilidad emocional y perturbación psíquica es mucho más difícil para el cliente de lo que el terapeuta puede llegar a imaginarse (Dungee, 1992), este aspecto es el primer paso para lograr una relación empática, totalmente necesaria, con un paciente y el principio fundamental para cualquier tratamiento psicoterapéutico en cuanto a una experiencia emocional correctiva.

##### 5. Promoción de expectativas positivas.

Esta comprobado que un paciente se desenvuelve mejor en psicoterapia cuando tiene expectativas positivas (Kleinke, 2002). Para lograr generar expectativas positivas en los clientes el terapeuta debe: a), Reforzarles por haber tomado la decisión de haber ido a terapia, no todas las personas que atraviesan por dificultades lo hacen y el buscar ayuda indica que la persona se preocupa por sí misma y está motivada solucionar a sus problemas (Kleinke, 2002). Con el cliente con TLP es importante ir tomando en cuenta cada cambio que se evidencia a nivel emocional, conductual o cognitivo que exprese un avance en la estructura nuclear de significados profundos con el fin de alentar al cliente al cambio, evidentemente posible (Dungee, 1992). Para así asegurar el empoderamiento del proceso terapéutico y tomar responsabilidad por el cambio (Dungee, 1992), entonces es importante tomar en cuenta

cualquier indicador de crecimiento personal. b) Estructurar: estar de acuerdo en la manera en la que van a trabajar juntos y saber que esperar el uno del otro. Cuando un paciente llega a consulta muchas veces no sabe que esperar de la terapia por lo que es importante que ambos comprendan y acepten tanto sus papeles como responsabilidades. Además se debe llegar a un acuerdo en cuanto a las actividades que se realizarán y los objetivos que se desean alcanzar, estos elementos aseguran el éxito del proceso (Rubio et al, 2004). Para el proceso de estructuración es importante tomar en cuenta las creencias y visión personal del mundo que tenga cada cliente para no generar conflictos y resistencia (Neimeyer et al, 1998). El terapeuta debe dedicar el tiempo y el esfuerzo necesario a este proceso para que las reglas queden totalmente claras, c) Es imprescindible que la terapia sea abordada con expectativas realistas, el paciente debe comprender que en el proceso del cambio abran altos y bajos, que la terapia no será un proceso ascendente lineal y que va a sufrir inevitablemente en algunos momentos (Kleinke, 2002). Los clientes que logran ver el proceso terapéutico de esta manera, con obstáculos y recaídas, estarán más preparados a afrontar las dificultades que se presenten, d) Enfatizar en la responsabilidad del cliente; el terapeuta debe hacerle saber al paciente que el éxito de la terapia depende de sus propios esfuerzos de esta manera el cliente muestra una actitud activa en la solución de sus problemas, e) los terapeutas deben aliviar las preocupaciones inmediatas del cliente ya que estas experiencias pueden fortalecer el compromiso del paciente de asistir a terapia el suficiente tiempo como para generar cambios a largo plazo en sus vidas, f) Es conveniente que se establezca una relación positiva entre el terapeuta y el cliente (Kleinke, 2002).

Un aspecto a tomar en cuenta en el tratamiento con pacientes con personalidades límites es importante tener un marco de tratamiento estable en cuanto a horarios, terminación de las sesiones a tiempo, expectativas claras sobre el pago, entre otras (Rubio et al, 2004) ya que esto les brinda organización y límites en un proceso de reestructuración que de ser exitoso lo pueden

reproducir en escalas pequeñas en su vida con el paso del tiempo. Tanto el establecer límites como el enfatizar en los cambios mínimos producidos genera en el cliente una sensación de empoderamiento y responsabilidad de sí mismos lo cual "reduce la probabilidad de frustración y parece facilitar la motivación en el tratamiento además de auto gratificación" (Dungee, 1992, pp. 311), un avance enorme para el tratamiento de TLP.

#### 6. Permitir experimentar emociones.

Durante el proceso terapéutico los pacientes deben experimentar sus emociones, para ello se consideran tres categorías: a) primarias, son las que el paciente experimenta en ese momento y facilitan la resolución de problemas y comportamientos orientados a objetivos (Greenberg et al,1996). El terapeuta puede explorar dichos sentimientos y preguntarse qué utilidad tienen para el paciente, b) secundarias, son las que interfieren con la solución de los problemas ya que son las emociones que el paciente evita, el terapeuta debe ayudar a que se logre experimentar estas emociones para analizar los acontecimientos que las precipitan (Greenberg et al, 1996), c) instrumentales, se las puede utilizar consciente o inconscientemente con el afán de alcanzar una meta personal (Kleinke, 2002). Son exploradas a medida que son analizadas en las sesiones de terapia.

La experimentación de emociones en psicoterapia implica seis procesos: a) reconocimiento: el terapeuta debe animar a los clientes a identificar sus sentimientos y a prestar atención a sí mismos, cognitiva y corporalmente (Kleinke, 2002). Este es el primer paso para que en la terapia se busquen respuestas de afrontamiento a los problemas, al comprender que sentir emociones es fundamental, b) creación de un significado: aprender a conocer nuestras emociones, necesidades y deseos es indispensable para lograr el autoconocimiento c) activación: el terapeuta debe enseñarle al cliente a través de ejercicios a experimentar sus emociones puesto que solo verbalizarlas no es suficiente, d) toma de responsabilidades: los

clientes deben aprender a responsabilizarse y apropiarse de sus sentimientos (Kleinke, 2002; Greenberg et al, 1996). Además aprender a reconocer cómo elementos ambientales influyen en sus pensamientos, emociones y comportamientos, e) modificación de respuestas afectivas disfuncionales: luego de que los pacientes logran responsabilizarse de sus emociones se encuentran motivados a aprender técnicas que les permita transformar sus respuestas emocionales en unas más adaptativas, f) expresión de sentimientos en la relación terapéutica: los pacientes aprenden a expresarse de manera abierta y honesta con el terapeuta, lo cual es una experiencia correctiva (Kleinke, 2002), (Greenberg et al, 1996). De esta forma aprenden una competencia social importante que es conocerse y aceptarse al igual que a los otros. En el caso de los pacientes con TLP es un aspecto fundamental el trabajo emocional, reconocer sus emociones y poder manejarlas de alguna manera, primero en un ambiente sostenido como es la terapia. El expresar las emociones no es el objetivo terapéutico únicamente sino el poder hacer sentido de las mismas e incorporarlas a la experiencia general de malestar. En estos pacientes es fundamental para trabajar la inestabilidad e impulsividad emocional.

#### 7. Ejercer una influencia social.

No se puede ser neutral con los clientes y sus problemas. Las creencias, valores y cogniciones del terapeuta van a influenciar en la manera de trabajar con los clientes. Ser conscientes de esto es una necesidad y responsabilidad del terapeuta, de lo contrario estaría faltando a la ética profesional. Algunos psicólogos (Szasz, Frank y Beutler) piensan que la psicoterapia es una manera de persuasión a través del uso de palabras que influyen en las actitudes e inducen en el comportamiento del paciente (Kleinke, 2002), por lo que el terapeuta debe saber qué comportamiento reforzar en el paciente. Por ejemplo, Rogers reforzaba cuando los pacientes mostraban un comportamiento de autoexploración e insight (Rogers, 1981). Así mismo debe saber ignorar ciertas acciones como mostrar poca empatía o aceptación cuando el



cliente es ambiguo (Kleinke, 2002). Los terapeutas deben ser un ejemplo a seguir para los clientes al demostrar competencias y estrategias de afrontamiento eficaces para la resolución de problemas (Kleinke, 2002). Es importante comprender que no se trata de un "tú no sabes, yo te enseño" ya que esto sería una experiencia invalidante más para el paciente. Se trata de un trabajo terapéutico en la relación con la otra persona, mostrando respeto y un interés profundo en su bienestar. Es cuestión de brindar por un momento el lado sano del terapeuta para que el paciente pueda beneficiarse de representaciones organizadas, control de impulsos y un manejo de sus experiencias caóticas en un ambiente seguro y no amenazante para su integridad psicológica.

#### 8. Promover la práctica de nuevas competencias.

Los clientes deben practicar nuevas competencias que han adquirido en la terapia, para esto es indispensable que el terapeuta envíe tareas a casa (Kleinke, 2002) o que aliente a la persona a probar lo "aprendido" en la terapia en otros ambientes sociales. Para ello es necesario los siguientes lineamientos: a) las tareas deben ser creadas con la participación y cooperación del cliente, deben ser realistas y el paciente debe creer que son útiles. Las tareas deben garantizar que a través de ellas los clientes sientan que van a mejorar, b) el cliente debe practicar la tarea con el terapeuta para que esta sea clara (Riso, 2009). Se debe determinar cuando la va a realizar, debe llevar un registro de su progreso, revisar la hoja de registro con el terapeuta según el periodo acordado, finalmente se debe acordar con el paciente como este deberá recompensarse a sí mismo por haber realizado la tarea, y al contrario cual es la consecuencia de no realizar la tarea (Beck et al, 2005), c) el terapeuta debe anticipar junto con el cliente cualquier inconveniente que pueda presentarse al momento de realizar la tarea y diseñar planes de contingencia (Kleinke, 2002). La meta del terapeuta es reforzar la creencia de que la tarea es importante y crear expectativas al respecto para que el cliente pueda llevarla a

cabo y experimentar una sensación de éxito (Kleinke, 2002). Es importante que los pacientes vayan probando lo tratado en terapia en un ambiente distinto para ir experimentando distintas estrategias de afrontamiento que funcionen y cuáles no y seguirlas discutiendo en las siguientes sesiones.

Estos principios unifican las terapias descritas por las escuelas psicodinámicas, humanistas, cognitivas y conductuales que sirven de base para cualquier trastorno psicológico en este caso para el trastorno de límite de la personalidad. "Existe evidencia empírica que sostiene que es muy probable que la mayoría de efectos de una terapia se deban a los aspectos comunes de la terapia, mas no a las diferencias" (Goldman, Greenberg, Angus, 2006).

Sin desconocer que figuras como Freud, Pavlov, Jung, Rogers, Beck, entre otros, han dado un gran aporte a la psicología es evidente que los esfuerzos teóricos de esta ciencia se han concentrado en resaltar las diferentes formas de entender al ser humano y por ende han marcado diferencias en la forma de tratar sus patologías, dejando de lado aspectos comunes que marcan el trabajo de un psicoterapeuta. A pesar de que todos los terapeutas tienen enfoques distintos se ha hecho evidente que necesitan de un acercamiento que permita unificar los tratamientos. La forma adecuada para que esto sea posible es buscar los puntos comunes que todas las terapias, independientemente del enfoque deben tener para que los terapeutas puedan hablar un mismo lenguaje. Todas las terapias tienen aspectos importantes y necesarios para el trabajo con distintos trastornos. En trastornos complejos como el TLP que ha demostrado ser uno de los desórdenes psiquiátricos más difíciles de tratar (Kellogg et al, 2006) es necesario reconocer que es indispensable aplicar modelos de tratamiento integrales de ser posible. Sin embargo es aceptable que cada terapeuta juzgue la necesidad de distintas aproximaciones según la naturaleza de cada caso y las diferencias de cada persona.

Si bien es cierto hallazgos empíricos (Gunderson, 1975) indican que “la depresión mayor y los sentimientos de impotencia, desesperanza, inutilidad, culpa, soledad y vacío constituyen rasgos centrales del trastorno límite de personalidad” (Zittel et al, 2005), existen casos que incidan una co ocurrencia entre los trastornos del estado de ánimo y el trastorno límite, aunque los límites suelen ser difusos (Esbec et al, 2011). Por lo tanto es importante tomar en cuenta esta característica, un trastorno depresivo que va más allá de los rasgos propios de un trastorno de personalidad, para el tratamiento de estos pacientes. Pero incluso si este fuese el caso, dado que tratamos con una personalidad borderline es importante tomar lineamientos básicos para el tratamiento en cuanto a la prioridad y orden de temas a tratar (Beck et al, 2005).

<b>Jerarquía de Temas a Tratar en Terapia con un paciente límite</b>
1. Creación de un ambiente apropiado de apertura y confianza
2. Alianza terapéutica
3. Temas sobre actitudes que significan una amenaza para la vida.
4. Relación terapéutica. Aspectos transferenciales y contratransferenciales.
5. Exploración de emociones
6. Temas sobre actitudes que llevan a la autolesión
7. Otros problemas, trabajo sobre los esquemas y procesos de trauma

Es importante respetar los deseos del paciente y priorizar sus necesidades, tomar en cuenta que se debe ir de lo menos a lo más profundo, revisando la sintomatología y lo que causa malestar al paciente. En este caso abordar primero el aspecto de la depresión antes de entrar en temas nucleares del trastorno de personalidad, pero no dejar de lado la comorbilidad con el mismo.

Existen distintas terapias utilizadas para el tratamiento de trastornos de la personalidad, comorbido con el trastorno depresivo, como: la terapia psicodinámica (Kernberg, 1975), la

terapia cognitiva (Beck et al, 2005), la terapia cognitiva conductual dialéctica (Linehan, 2010), la terapia centrada en el cliente (Rogers, 1981; Blarikom, 2008), terapia enfocada en la emoción (Greenberg, Rice y Elliott, 1996), terapia gestalt (Shub, 1998), entre otras (Kellogg, 2006), algunas han demostrado su efectividad (Calderón, 2003; Oldham, 2008).

La terapia de elección por el trabajo empírico realizado suele ser la terapia conductual dialéctica (Linehan, 2010) o la terapia cognitiva (Beck et al, 2005) por su estructura y técnicas específicas, sin embargo trabajar bajo este esquema trajo desafíos para los terapeutas cognitivos conductuales ya que se evidenció una necesidad de alargar el tiempo de tratamiento, dedicar mucho más sesiones a explorar las experiencias infantiles y hacer mayor énfasis en la relación terapéutica (Kellogg et al, 2006). Por esta razón, intervenciones psicodinámicas que trabajan a través de la relación terapéutica y exploración de experiencias de la infancia la separación de identidad y división el yo, han sido tradicionalmente utilizadas (Dungee, 1992), pero estas aproximaciones terapéuticas también resultaban limitadas dado el alto nivel de abandono en tratamientos muy extensos. "El índice de abandono del tratamiento es alto, cerca de un tercio de los pacientes atendidos llegan a completar el tratamiento" (Rubio et al, 2004, pp. 67). A partir de este contexto emerge una propuesta de intervención integrativa para estos pacientes (Calderón, 2003).

De esta manera se han ido integrando técnicas Gestálticas, enfocadas en la emoción, y de awareness; el resultado ha sido una psicoterapia integrativa que abarca distintos aspectos del trastorno (Kellogg et al, 2006) que trabaja como un todo y no sólo algunas partes profundas o superficiales. Estos modelos integrativos específicos para esta patología suponen la modificación de aquellos rasgos de personalidad rígidos y desadaptativos que el paciente desea cambiar en contraste a una cura absoluta (Calderón, 2003; Kleinke, 2002). Se toma en cuenta paradigmas biológicos, ambientales, cognitivos, afectivos, inconscientes y sistémicos, siendo como objetivo el cambio clínicamente subjetivo como una mejoría experimentada por el

paciente que cumple con las siguientes condiciones: a) un alto nivel de cambio reconocido por sus pares y otros significativos, b) se ha eliminado el problema presente al inicio del tratamiento, c) se han alcanzado niveles normativos de funcionamiento, d) el paciente alcanza altos niveles de funcionamiento y e) los cambios del paciente reducen significativamente su vulnerabilidad a experimentar otros problemas de salud (Calderón, 2003).

Es importante saber que no todos los pacientes con TLP son idóneos para una psicoterapia a largo plazo por lo que cabe tomar en cuenta una intervención en crisis y psicoterapia de apoyo (Rubio, Pérez, Santos, Carrasco, Molina, Misiego, 2004), una terapia más profunda se puede realizar siempre y cuando exista mutuo acuerdo con el paciente y exista un deseo por continuar con un tratamiento que vaya más allá del malestar inmediato. Un aspecto que los terapeutas deben tener siempre en cuenta es que no hay que esperar que la terapia resuelva todos los problemas ya que pocos son los se recuperan completamente, con frecuencia los cambios se evidencian a largo y no corto plazo" (Rubio et al, 2004)

La terapia descrita para el siguiente caso tiene como base una aproximación Humanista.

### **Psicoterapia Humanista**

La psicología Humanista, al igual que otros enfoques terapéuticos, reconoce al trastorno límite de la personalidad como un patrón de inestabilidad en cuanto a la regulación emocional, identidad y relaciones, por lo general acompañado por conductas suicidas, de automutilación y un deterioro social significativo (Blarikom, 2008). Pero también considera que "el cuidado psiquiátrico intensivo puede empeorar la sintomatología en estos pacientes" (Blarikom, 2008, pp. 22). Además tiene cuidado con el termino trastorno de personalidad ya que lo considera un estigma (Blarikom, 2008) que encierra a la persona un una serie de comportamientos internos y externos. Por lo que respetan el principio de no causar daño en el manejo terapéutico. En la práctica clínica se observan distintos niveles de funcionamiento social, conductas suicidas,

conflictos en relaciones y visiones de autoimágenes negativas (Blarikom, 2008). Algunos clientes muestran mayor dificultad en algunos niveles que en otros. Además estos clientes muestran dificultades en algunas áreas (Blarikom, 2008) lo que implica la importancia de identificar los rasgos sanos y los patológicos mas no etiquetar a la persona como enferma. La psicología humanista trata al cliente con TLP como una persona autónoma y responsable, incluso cuando no siempre se comporte como tal (Blarikom, 2008), basándose en los principios propios de este enfoque en cuanto a la capacidad de autorealización de cada persona; el desarrollar habilidades para sentir satisfacción y dar sentido a su vida tomando en cuenta las limitaciones del medio (Caine en Caine y Seeman, 2008).

Las características fundamentales de una terapia humanista son: empatía, aceptación incondicional positiva y autenticidad (Caine en Caine et al, 2008). Cada uno de estos elementos brinda las herramientas necesarias para hacer de una terapia efectiva en cualquier trastorno.

La empatía es un factor crítico para la iluminación, profundización, y enriquecimiento de la experiencia del cliente (Caine et al, 2008). Se trata de la capacidad del terapeuta de comprender lo que experimenta la persona partiendo de sus propias sensaciones y lo que el cliente expresa para comunicar adecuadamente esta experiencia al paciente (Caine et al, 2008). En el caso de un TLP es sumamente importante que el terapeuta logre entender y sentir genuinamente que el vivir con una inestabilidad emocional y perturbación psíquica es mucho más difícil para el cliente de lo que el terapeuta puede llegar a imaginarse (Dungee, 1992), además de las propias sensaciones que este tipo de clientes generan en otra persona, para lograr una relación empática. Una respuesta empática tiene un impacto multidimensional en los clientes. En el aspecto cognitivo permite comprender la percepción del mundo, creencias fundamentales y significados personales (Cain et al, 2008). También permite que el cliente se enfoque y descifre aspectos emocionales difusos, motivaciones y deseos, al prescindir de la experiencia propia emocional que incita al impulso ya que es el terapeuta el que refleja dichos

aspectos (Cain et al, 2008). En el aspecto social, las respuestas empáticas son las que proveen al cliente la sensación de sentirse validado, comprendido, apoyado, son experiencias poderosas que tienen una gran influencia en la re estructuración del sí mismo (Cain et al, 2008). En los clientes con un trastorno límite de la personalidad es fundamental una relación terapéutica empática ya que los cambios cognitivos, emocionales y conductuales que se generan en la persona son una base muy importante y el primer paso para que generen conductas adaptativas más saludables.

La aceptación incondicional positiva se refiere a la capacidad del terapeuta de no juzgar al cliente, aceptarlo y preocuparse por él como una persona que busca ayuda para continuar con su proceso de autorrealización (Asay y Lambert en Caine et al, 2008, pp. 532). Rogers (1957) define este elemento como “la cálida aceptación de cada aspecto de la experiencia del cliente” (Prouty en Cain et al, 2000). Este aspecto si bien es cierto es fundamental para todo trabajo terapéutico, en pacientes con TLP es terapéutico per sé ya que puede generar una experiencia emocional correctiva al no reaccionar agresivamente o incluso tratar de alejarlo después de sus mecanismos de defensa de rechazo, ira e inestabilidad.

El último principio es de la autenticidad o congruencia. Definida como “el estado del terapeuta durante la sesión donde, dentro de la relación terapéutica, es libre y coherente con sí mismo, se da cuenta de quién es y de quién es frente a esa persona” (Rogers en Bozarth et al, en Cain et al, 2000). Este elemento es importante para que el cliente sienta que esta frente a una persona como cualquier otra, aunque con conocimientos en psicología y el comportamiento, que le guía en su camino de autorrealización, de ser humano a ser humano mas no como un ser superior. Esta característica es útil en el trabajo con un TLP ya que evita la dependencia del cliente al terapeuta de alguna manera. Además expone libremente la relación y es posible un trabajo tomando en cuenta la trasferencia y contratrasferencia.

Estudios realizados (Eysenck, 1952, 1966, en Cain et al, 2000) demuestran que la psicoterapia es más efectiva que no realizar psicoterapia además indica que los principios básicos descritos por C. Rogers eran indispensables para un trabajo psicoterapéutico (Bozarth, Zimring y Tausch en Cain et al, 2000). Después de investigaciones sobre las características esenciales del terapeuta (Fiedler y Stephenson en Rogers, 1981) se encontraron algunas que los clientes reportaban como favorecedoras para el proceso. A continuación se describen dichas características que el terapeuta debe cumplir para alcanzar una relación ideal (Rogers, 1981, pp. 60):

Relación terapéutica ideal: Características del terapeuta
1. El terapeuta es capaz de participar completamente en la comunicación del cliente.
2. Los comentarios del terapeuta están siempre de conformidad con lo que el cliente trata de transmitir.
3. El terapeuta ve al cliente como un colaborador en un problema común.
4. El terapeuta trata al cliente como un igual.
5. El terapeuta es capaz de comprender los sentimientos del cliente.
6. El terapeuta realmente trata de comprender los sentimientos del cliente.
7. El terapeuta sigue siempre la línea del pensamiento del cliente.
8. El tono de voz del terapeuta transmite la plena capacidad de compartir los sentimientos del cliente.

Estos elementos indican la importancia de una actitud respetuosa y cálida en la consulta, donde el cliente pueda percibir respeto y confianza más no superioridad, disgusto y falta de conexión. En el tratamiento con TPL es fundamental establecer una relación terapéutica sólida basada en estos principios de aceptación, respeto y confianza ya que en algún momento del proceso va a ser necesaria la confrontación de algunos aspectos cognitivos y conductuales, esto



el cliente lo puede malinterpretar como una amenaza y ser trasladado a sus experiencias negativas pasadas (Fonagy, Target y Gergely, 2000 en Blarikom, 2008).

Cada vez más la ciencia exige a la psicoterapia soporte empírico que evidencia la efectividad de distintos tratamientos para determinados trastornos (Goldman et al, 2006). Lo que ha llevado a una exploración en cuanto a resultados de las terapias de manera científica. Posteriormente a los estudios de Eysenck, se realizaron estudios para demostrar que los principios fundamentales propuestos por la terapia centrada en el cliente eran necesarios y suficientes para el trabajo terapéutico (Lambert, DeJulio y Stein, 1978; Truax y Mitchel, 1971 en Bozarth et al, en Cain et al, 2000). A mediados de los años 70s principios de los 80s (Bozarth y Rubin, 1975 en Cain et al, 2000) se descubrió que dichas características facilitan el proceso terapéutico, pueden ser necesarias, pero no son suficientes sobre todo para cambios más profundos de personalidad (Bozarth et al, en Cain et al, 2000).

Todas las características y conceptos descritos anteriormente son la base para todo tratamiento, si bien es cierto se necesitan de técnicas específicas para trabajar algunos aspectos, en este caso, la resolución de conflictos del pasado, la exploración de emociones, ampliar la visión personal, manejo de impulsividad y conductas autodestructivas, entre otros, no es posible aplicarlas sin estas bases relacionales.

Existen distintos tipos de terapia humanista: terapia centrada en el cliente de C. Rogers, terapia gestalt de F. Perls, terapia existencial de R. May, la terapia experiencial de E. Gendlin y la terapia centrada en la emoción de L. Greenberg (Cain et al, 2000) y cada uno propone distintas técnicas para facilitar el proceso de cambio. Ésta última recoge varios estudios y se ha demostrado su efectividad en el tratamiento de algunos trastornos incluidos la depresión y otros trastornos, pero no se recomienda en esquizofrenia u trastornos de personalidad límite profunda o antisocial (Goldman et al, 2006). Esta terapia consiste en una relación empática y otros

principios de la terapia centrada en el cliente más intervenciones específicas centradas en la emoción (Goldman et al, 2006). La terapia centrada en el cliente y la exploración de emociones ha demostrado ser efectiva para el tratamiento de problemas de personalidad al basarse en una relación validante que le invita al cliente a explorar sus emociones y experiencias que le permiten aprender de ellas y usar las emociones como una guía para solucionar sus problemas. Esto ayuda a fortalecer el sí mismo y promover aceptación, este proceso combate depresión y otros problemas fundamentales de adaptación (Goldman et al, 2006). A continuación se describen algunas técnicas de escuelas humanistas que son útiles en el trabajo con personalidades límites:

1. Uso de imaginación: Se le pide al cliente que cierre sus ojos e imagine situaciones que le causaron malestar sea con familiares, amigos, o de ellos mismos. De esta manera se puede evaluar cuáles fueron las experiencias que más han influido en su malestar y explorar los componentes (Kellogg et al, 2006). En el contexto de imágenes perturbadoras el terapeuta puede hacer el papel del adulto sano e intervenir en las imágenes para brindar apoyo y protección al niño abusado y maltratado. Una vez terminada esta parte el cliente asume el papel del adulto y se le pide expresar lo que le hubiese gustado o lo que necesitaba en ese momento de los adultos (Kellogg et al, 2006).
2. Diálogos: los diálogos también se realizan con imaginación donde se crea una representación visual de diferentes partes de la persona para integrar la voz crítica de la persona, en el caso del cliente con TLP esto es posible al colocar la voz castigadora fuera de la persona en el contexto terapéutico (Kellogg, 2006). El proceso de diálogo de dos sillas es similar pero trabaja en el sentido de conflictos no resueltos con otras personas (Kellogg, 2006).
3. Escribir cartas: esta técnica puede servir para que los clientes escriban cartas a personas que les causaron sufrimiento a manera de cerrar círculos inconclusos o a sí mismos (Kellogg,

2006). De esta manera el terapeuta puede evaluar las voces críticas o qué relaciones se deben tratar en la terapia (Kellogg, 2006). Las cartas son leídas en las sesiones y el cliente expresa las emociones que siente y sus necesidades que no han sido atendidas (Kellogg, 2006).

4. Trabajar en las habilidades de conciencia, efectividad interpersonal, regulación de emociones y tolerancia al malestar (Linehan, 2010), al observar, anotar y analizar el qué y cómo de cada emoción y comportamiento en distintos contextos (Linehan, 2010). Es decir se repasa detenidamente cuándo surge una emoción, en qué contexto y qué conducta genera para poder modificarlas con conductas más adaptativas.

El trastorno límite o borderline de la personalidad ha sido tradicionalmente conocido como uno de los desordenes psiquiátricos más complejos de tratar en psicoterapia (Kellogg et al, 2006) debido a las características clínicas de los pacientes en cuanto a la tendencia a interrumpir los tratamientos, recaídas y en general su inestabilidad emocional y relacional (García, 2007). Sin embargo existen tratamientos psicoterapéuticos integrativos (psicodinámicos, cognitivos, conductuales, humanistas) que pueden trabajar distintas áreas en conflicto: experiencias traumáticas del pasado, defensas primitivas mal adaptativas, relaciones con los cuidadores, inestabilidad emocional, conductas auto destructivas, temor al abandono, relaciones inestables, impulsividad, depresión, etc. El tratamiento que se ha expuesto en este estudio ha sido de carácter humanista tomado en cuenta aspectos cognitivos, emocionales y conductuales con algunas técnicas gestálticas, centradas en la emoción y cognitivas conductuales.

### **Psicofármacos**

Los pacientes con TLP suelen tener muy poca tolerancia a las sensaciones negativas, y sin embargo, no dejan de experimentar emociones desagradables (Beck et al,

2005). Por lo que a la hora de reducir sentimientos depresivos se ha visto un resultado positivo con la prescripción de antidepresivos, para la reducción de ansiedad, ira, problemas de impulsividad. Para episodios o rasgos psicóticos se han prescrito neurolépticos (Beck et al, 2005). Como tratamiento para la depresión grave, se ha observado resultados positivos con la combinación de psicofármacos antidepresivos y psicoterapia, pero no parece superior a la monoterapia en depresiones leves o moderadas (Baca et al, 2008). Estos tratamientos deben ser llevados con mucho cuidado y constante observación médica dado los efectos secundarios, dependencia y posible uso como método suicida (Beck et al, 2005). El uso de benzodiazepinas también puede reducir la ansiedad, sin embargo también el efecto posterior puede producir una crisis emocional y conducir a conductas de autolesión o suicidas (Beck et al, 2005). “El uso de neurolépticos puede reducir los síntomas del TLP pero hará imposible un tratamiento profundo” (Beck et al, 2005, pp. 247). En cuanto a la depresión, el uso de antidepresivos puede controlar estos síntomas y colaborar al trabajo terapéutico. En general se considera que la farmacoterapia es sólo una ayuda a la psicoterapia, no un tratamiento en sí mismo (Beck et al, 2005).

### **Consideraciones especiales para el caso**

#### **La condición de Refugiado en el Ecuador**

El conflicto armado interno de Colombia ha desarraigado a millones de personas a lo largo de varios años. En el 2008 más de 250.000 colombianos tuvieron que abandonar su país en busca de seguridad (Verney, 2010). Ecuador ha mantenido una constante política de fronteras abiertas, mas no existen aún campos de refugiados (Verney, 2010). Estas personas viven entre la población ecuatoriana muchas veces sin acceso a sanidad, educación, empleo, materiales de ayuda e incluso protección social dado que la mayoría de los refugiados no están registrados y su localización es incierta (Verney, 2010). El hecho de no estar registrados implica la ausencia de servicios estatales y la desprotección extrema frente a los grupos

armados extraoficiales que han llegado a asesinar a muchas personas por no disponer de documentos identificativos (Verney, 2010). Esta situación permite que los refugiados, sobre todo mujeres y niños, sean abusados y explotados (Verney, 2010). “La mitad de los refugiados afirmaron que no confiaban en la policía ni en el sistema judicial, mientras que algunos denunciaron situaciones de acoso, detenciones arbitrarias y casos de violencia sexual” (Verney, 2010, pp. 61).

Todos estos factores de inestabilidad, desprotección, abuso, desconfianza etc, son elementos sumamente estresantes para cualquier persona. En el caso de una persona con una personalidad límite este factor puede ser un desencadenante para que los síntomas aumenten o se mantengan.

### **Introducción al Caso**

Llega al programa de terapias gratuitas de la Universidad San Francisco de Quito, por referencia de una ONG que trabaja con mujeres refugiadas colombianas en el aspecto legal, una paciente a quién llamaremos Veronica. Verónica es una mujer colombiana de 35 años que vive con su pareja actualmente desde hace 5 años. Lleva en Ecuador 3 años.

### **Presentación del Problema**

Veronica llega a la consulta después de haber tenido una pelea fuerte con su pareja donde fue amenazada de ser abandonada y regresada a Colombia. Ella se siente muy insegura en este sentido ya que sus papeles no han sido legalizados todavía y teme ser deportada. Se encuentra procesando legalmente sus documentos para obtener la condición de refugiada en el país, esta situación le causa mucha preocupación e inestabilidad. Es referida por la ONG que atiende su caso después de haber experimentado un episodio psicótico, según la abogada que contacta el servicio. Dice sentirse con mucho miedo ya que las abogadas le piden hacer una

demanda sobre su pareja por maltrato físico pero ella no quiere y teme que esto repercuta en el asesoramiento legal. Veronica llega a la consulta muy preocupada, deprimida y ansiosa con la expectativa de sentirse con más ánimo, tener menos miedo y sentir que puede tomar sus propias decisiones.

## **Historia Clínica**

### **Familia**

Veronica vivió desde pequeña con sus padres y su hermano menor. Dice haber recibido mucho maltrato por parte de su familia, desde que se acuerda dice haber sido violada.

Aproximadamente desde los 13 años recuerda haber sido abusada constantemente por su padre, hermano menor, abuelo, tíos, amigos de la familia y profesores. Sentía rechazo de su madre que constantemente le decía que no es su hija y que todas las historias que dice son mentira. A esa edad toma la decisión de abandonar su hogar e irse a vivir con sus abuelos. En esta nueva casa, también era abusada sexualmente por su abuelo y obligada a trabajar por su abuela. Dice que si no llegaba todos los días con algún alimento no la dejaban entrar.

### **Educación**

Completó los estudios de primaria. Aproximadamente a los 15 años deja de estudiar y abandona la secundaria. Actualmente recibe cursos de mecánica automotriz que le llama mucho la atención. No ha completado estudios universitarios.

### **Social**

Veronica es una mujer colombiana que salió de su país huyendo de algunas personas y situaciones que le causaban mucha angustia. Sentía que siempre se encontraba con malas personas y decide venir al Ecuador con su actual pareja. Al momento se encuentra realizando los trámites legales para obtener la condición de refugiada. No cuenta con un soporte social en

la ciudad a parte de su pareja con la que lleva una relación bastante conflictiva, caótica y de maltrato. Parece tratarse de un patrón relacional ya que todas las experiencias descritas en este sentido son todas similares y guardan el patrón de abuso, maltrato físico y psicológico.

### **Historia Médica**

Actualmente Veronica se encuentra en tratamiento psiquiátrico tomando una mezcla de antidepresivos y ansiolíticos para poder disminuir su ansiedad y dormir mejor. Durante las primeras sesiones recibía 2mg de Rivotril para la ansiedad y 10 mg de Esetia para la depresión. Unas sesiones después habían cambiado y aumentado de medicación a 20 mg de Fluoxetina para la depresión, 30 mg de Ausietil para la ansiedad y Spiroi. Durante la sesión de seguimiento su dosis se mantuvo a 20 mg de Dominionium para la depresión y bajo a 2mg de Neo zetix para la ansiedad.

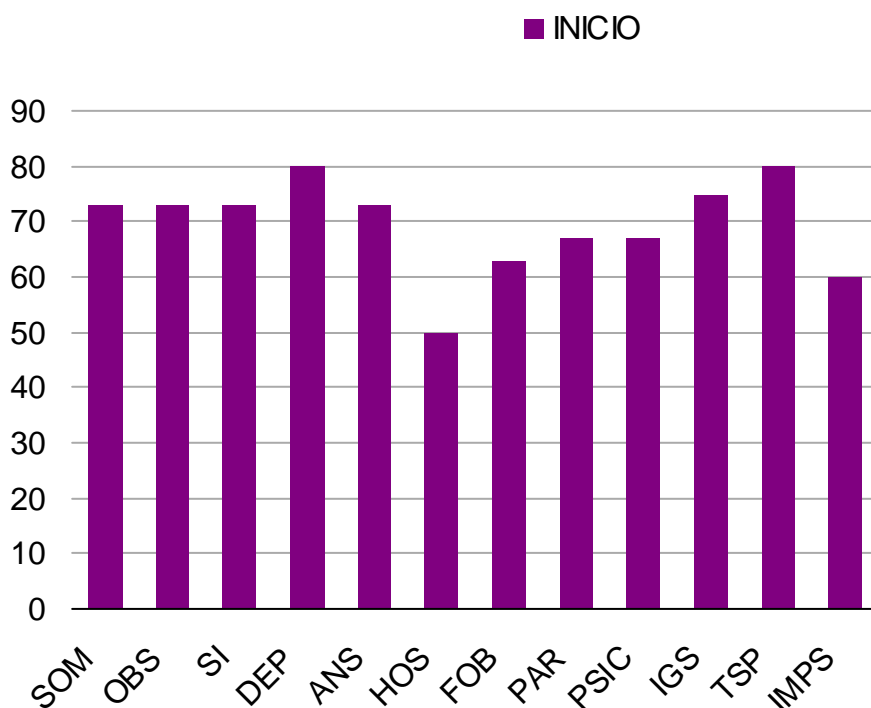
### **Tratamiento o intentos de solución previos**

Ha recibido varios tratamientos psiquiátricos, actualmente se encuentra tomando medicina para la depresión y ansiedad. Durante el tiempo que lleva en Ecuador ha tenido varias entrevistas con otros psicólogos como parte del apoyo a refugiados por organizaciones del gobierno y privadas. Pero en ninguna a llevado un tratamiento completo. Sus intentos de solución a su angustia emocional es el consumo de alcohol, autolesiones, por un lado y por otro lado trabajar e intentar estudiar lo que le gusta.

### **Evaluación**

Durante las primeras sesiones se realizó la entrevista inicial donde se completo el SCL-90 como escala de síntomas. Después de analizar esta escala se evidencio que la cliente se encontraba en un estado bastante caótico y alterado.

El gráfico describe el puntaje elevado, sobre el nivel normal, de los distintos síntomas (>63). Los más elevados son: el índice de depresión y en general de todos los síntomas positivos. Si bien es cierto el nivel de psicotismo se encuentra elevado, la coherencia en el habla y la narrativa de Veronica no demuestra una desorganización en este sentido o indicios de psicosis. En ocasiones se ve rasgos de pensamiento mágico pero no es constante ni llama la atención como para que sea considerado como parte de un proceso psicótico. La



paciente es referida por un episodio psicótico, el cual ella no recuerda con exactitud sólo recuerda haber sido internada y medicada, es muy probable que se haya tratado de un episodio por mucho estrés.

Este alto índice de estrés debido a la situación que vive explica el alto nivel de todos los síntomas. Todos los otros síntomas se encuentran altos lo que indica tensión psicológica.

Verónica llega con lesiones en sus manos y brazos que evidenciaban algún tipo de cortes.



## **Diagnóstico**

Eje I: Depresión Mayor

Eje II: Trastorno límite de la personalidad

Eje III: No existen afecciones médicas. Hay uso de medicamentos psiquiátricos

Eje IV: Abuso sexual desde la infancia, condición de refugiada, pobre soporte social, relaciones inestables y con varios tipos de maltrato.

Eje V: 40-31 (antes del tratamiento) 70- 61(Después del tratamiento)

Los síntomas descritos por la paciente corroboraban un diagnóstico de depresión mayor recurrente. Conforme se analizó la historia, los síntomas y los comportamientos se diagnosticó además un trastorno límite de la personalidad.

## **Conceptualización del caso**

El trastorno límite de la personalidad se caracteriza por patrón general que gira alrededor de la identidad y autoimagen; se trata de una personalidad inestable interpersonal y emocionalmente así como una notable impulsividad derivada de la incapacidad de procesar sus pensamientos y emociones y la necesidad de derivarlos hacia el polo de la conducta (García, 2007). Frecuentemente se encuentra comorbido con otros trastornos como el trastorno depresivo mayor (Bellino, Zizza, Rinaldi y Bogetto, 2007). Esto se puede deber a que las estrategias de adaptación tanto de personas con depresión como personas con un trastorno límite de la personalidad, son orientadas a la emoción más que otros controles saludables (Wingenfeld, Mensebach, Rullkoetter, Schlosser, Schaffrath, Beblo, Driessen, 2009). Estos estilos de adaptación parecen contribuir a conductas suicidas y autodestructivas propias de ambos trastornos (Wingenfeld et al, 2009). Estas estrategias son el resultado de un intento de lidiar con los estresores y el cambio del ambiente, regulado por las emociones (Wingenfeld et

al, 2009). En el caso de la depresión con un ánimo disminuido y en el TPL con un cambio constante e inestable de emociones.

Los pacientes con este último trastorno tienen un concepto de sí mismo muy frágil, que es fácilmente alterado y fragmentado bajo situaciones de estrés (Esbec et al, 2011). En el caso de Veronica, llega bastante alterada por la situación inestable que le genera el no estar legalizada como refugiada en el Ecuador además de varias amenazas de abandono de su pareja. Estas situaciones fueron el activador de los síntomas.

Incluso cuando las personas experimentan problemas y existe un nivel de estrés, la persona se encuentra integrada y es capaz de discernir sus pensamientos, sus emociones y controlar sus conductas. Este concepto es fácil de comprobar por la experiencia personal de esta totalidad, es un aspecto fundamental para la integridad psíquica, es por esta razón que cuando se experimenta desviaciones en este sentido como la despersonalización, sensación de ser otro, no ser uno o no ser parte de, se produce sentimientos de miedo y angustia intensos (Mc Adams, 1990). Esta característica de totalidad e integridad es la que permite a las personas percibir sus emociones, pensamientos y conductas como propias y no ajenas, es una característica que demuestra salud mental cuando se evidencian rupturas en este sentido la persona experimenta dificultad de funcionamiento interno y externo que pueden demostrar patología (Mc Adams, 1990). Uno de los síntomas que describe Veronica son episodios de despersonalización: “tengo mucho miedo cuando estoy sola. Siento mucha ansiedad. Siento que no soy yo que me vuelvo loca o me voy a morir y consumo alcohol o me lastimo”. Estos acontecimientos no solo indican un alto grado de estrés emocional que se traduce en una sensación de enajenación sino que también demuestra algunos elementos propios de un TLP, miedo a la soledad y conductas impulsivas frente a la inestabilidad emocional (Esbec et al, 2011).

Veronica no parece tener 35 años, parece menor. Tiene una apariencia inocente e incluso ingenua. Sonríe bastante pero también se nota el esfuerzo por tratar de ocultar su dolor

y tristeza. Su línea de pensamiento es coherente y clara. Es notable una necesidad de ser comprendida y valorada. Lo cual tiene mucha coherencia con todas las situaciones de abuso que ha experimentado y el tipo de relaciones en las que se ha involucrado. Parece buscar y encuentra a parejas como una "salvación" de alguna situación en la que se siente atrapada, conforme pasa el tiempo y éstas se convierten en relaciones que le causan daño, encuentra a otra pareja que repite el ciclo. "En los TLP las relaciones se basan en la fantasía, en la necesidad de los demás para la supervivencia y en la dependencia excesiva, así como en un miedo al rechazo o abandono" (Esbec et al, 2011, pp. 8). La dependencia implica un apego inseguro expresado como dificultad para tolerar la soledad, como la necesidad urgente de contacto con otras personas significativas cuando está estresado, acompañada a veces por un comportamiento sumiso, esta dependencia intensa puede generar también sentimientos de miedo de pérdida de identidad lo que resulta en inestabilidad emocional (Esbec et al, 2011). Veronica cuenta haber sido abusada sexualmente por su padre, abuelo, hermano, tíos, amigos, profesores desde pequeña hasta que dejó el colegio a los 15 años y escapa con un hombre. A partir de ahí se ve involucrada en relaciones de abuso, celos y maltrato hasta el presente, "prefería hacer todo lo que la gente me decía con tal de estar en paz". "Porque nunca he tenido el apoyo de nadie siempre busco el apoyo de la gente desconocida".

El tema que más parece marcar su historia es el de las relaciones con mucho abuso desde pequeña y relaciones inestables, dependientes y destructivas desde su adolescencia. Llama la atención la manera en cómo se expresa de sus parejas: "Él me consentía mucho me daba seguridad y me trataba como una bebé" "Yo era fría y él logró sacar la sensibilidad en mí" "Él me ayudó a borrar el pasado. Me crió de nuevo como si fuera mi papa" "Él me daba trabajo, compras, la posibilidad de ser madre, y yo le daba lo que él me pedía". Estas descripciones corroboran los patrones de dependencia, búsqueda de protección y aceptación de otros, expuestas anteriormente.

Conoce a su actual pareja al terminar la anterior cuando él debe viajar por el trabajo y decide no regresar. De la misma manera que en ocasiones anteriores, la relación comenzó bien pero poco a poco empezaron los comportamientos de maltrato, celos y opresión. De todas las relaciones mencionadas anteriormente esta es la que parece afectarle más. "Siempre pensé que me tenía lástima o que me quería por ser bonita. Me confundió por la forma en cómo me trataba, poco a poco me destruyó el alma". En esos momentos es cuando más tristeza se percibe a pesar que sonríe cuando cuenta sus problemas y preocupaciones, incluso cuando cuenta historias que causan impresión y con un alto contenido de maltrato y abuso.

Veronica explica que la relación empieza a deteriorar cuando ella conoce a verdad, que su pareja era casada y tenía hijos con otra mujer, entonces él la empieza a amenazar y maltratar. En algún momento él decide terminar la relación y ella siente profundos deseos de morir, de desesperación y mucha ansiedad. En esta época aborta naturalmente y cae en depresión. En este momento va donde un médico psiquiatra y empieza a tomar medicación para la ansiedad "lo que me hacía sentir fuerza". Constantemente refiere sentir fuerza únicamente con el apoyo de otras personas mas no por esfuerzos propios, lo que denota un locus de control externo y una experiencia de victimización al necesitar de otros para salir adelante. Verónica llega muy deprimida por qué siente que todas las personas se quieren aprovechar de ella y ella no tiene la fuerza para evitar estas situaciones. Esto sucede a raíz que una amiga le "roba" el celular. Siente que no puede confiar en nadie.

Es bastante evidente que le cuesta separarse de sus parejas aunque sean extremadamente celosos y le maltraten física y sexualmente (dependencia, baja autoestima, miedo al abandono y a la soledad).

Existen casos de pacientes con un trastorno límite de la personalidad que demuestran mayor inestabilidad emocional, mayor impulsividad, mayor cantidad de conductas autodestructivas y en general más desorganización y menos adaptación. Es muy posible que en

este caso la paciente ya haya aprendido de alguna manera a sobrellevar sus síntomas y haya podido vivir de alguna manera con lo que experimenta. Esto es posible pensar dado que sabemos que las características del trastorno cambian con el transcurso del tiempo, disminuye con la edad las características de impulsividad e inestabilidad (Esbec et al, 2011). El objetivo sería poder reducir síntomas y lograr algunos cambios relacionales para que la persona se pueda adaptar un poco mejor a su medio de lo que lo ha venido haciendo.

El siguiente cuadro muestra el funcionamiento del TLP comorbido con un trastorno depresivo mayor recurrente presente en Verónica:



### Proceso terapéutico

La terapia se basó en un trabajo en la relación desde una concepción humanista de aceptación, respeto y empatía. En general se utilizaron algunos principios psicoterapéuticos y algunas técnicas cognitivas conductuales y la utilización de cartas. Se descartó la posibilidad de uso de técnicas enfocadas en la emoción o gestálticas ya que en el caso eran contraindicadas dado el alto nivel de estrés, un posible episodio psicótico previo y en general un alto nivel de inestabilidad emocional, estas características hacían que el paciente fuese no idóneo para este tipo de tratamiento (Greenberg et al, 1996, pp. 326). Para la depresión se utilizó un tratamiento

combinado de psicoterapia con psicofármacos, que ha demostrado su efectividad, (Bellino et al, 2007) bajo el mismo esquema anterior con la guía del paciente en cuanto a los temas por tratar. Se divide el proceso terapéutico de nueve sesiones en cinco partes: Historia, Relación terapéutica, Relaciones interpersonales, Conductas destructivas y Lado sano.

### **Historia.**

Durante la primera sesión se realizó una entrevista inicial donde la cliente expresaba sus preocupaciones y malestar, además de recoger datos importantes de la historia clínica. Durante esta sesión Veronica cuenta su historia de vida donde expresa mucho sufrimiento, maltrato y abuso. En todo este transcurso se trabajó en cuanto a la recapitulación de conflictos genéricos con el objetivo de lograr que el cliente haga una conexión etiológica significativa entre eventos del pasado y problemas de funcionamiento actuales" (Dungee, 1992). Para esto se fueron haciendo preguntas que conectaban el pasado con el presente de tipo: ¿Qué relación tiene esa historia con lo que sientes ahora?, ¿Cómo crees que esas experiencias han influido en quién eres ahora?, ¿Qué aprendizaje te han dado esas experiencias y cómo te han servido en el presente? Entre otras.

### **Relación terapéutica.**

El trabajo terapéutico fue enfatizado en la relación personal basada en el respeto, cariño y confianza, basada en la premisa de Carl Rogers que lo que ayuda a un cliente es la relación que se establece en la psicoterapia. A diferencia de otra relación cualquiera ésta tiene la diferencia de tratar asuntos íntimos y delicados para el cliente (Feixas y Miró, 1993). La relación presenta cierta carga emocional puesto que el cliente se ve afectado por algún trastorno o malestar y busca ayuda desesperadamente. La confianza existente en la relación es intrínseca a la psicoterapia (Feixas et al, 1993). Para que el proceso terapéutico funcione el cliente debe sentir la confianza necesaria para expresar sus problemas sentimientos, deseos, etc. (Feixas y Miró, 1993). Este factor más la sensación de pertenecer a un ambiente seguro, más el uso de

algunas técnicas terapéuticas usadas puede generar algunos cambios. En este caso se utilizaron en su mayoría técnicas humanistas de reflejo, clarificación y metáforas con el objetivo de lograr un mejor entendimiento de la problemática de la persona y a su vez que ella organice su narrativa y experiencias emocionales (Rogers, 1981); (Feixas et al, 1993).

Con una base sólida relacional es posible que la terapia evolucione positivamente y se trabajen algunos aspectos importantes. Específicamente en el caso de Veronica funcionó el haber expresado emociones y experimentar un arousal emocional, este proceso ayuda a que se descubra los sentimientos que son centrales para comprender la experiencia en relación sus problemas (Feixas et al, 1993). Para esto fue muy importante tomar en cuenta aspectos transferenciales en cuanto al estilo del paciente, en este caso inestable emocionalmente, tendencia al rechazo y mucha dependencia. Para no reforzar estos patrones fue necesario detectar dichas conductas transferenciales y evitar responder de la misma manera. En este sentido se cometió un error ya que en un inicio la paciente era muy demandante realizando llamadas telefónicas y enviando mensajes de texto al terapeuta. Este asunto también fue discutido en la terapia y la respuesta fue una necesidad de preocupación, apoyo y sentir que contaba con una persona en momentos difíciles. Lo importante de esto fue que se logró descifrar esta conducta y encontrar el significado a la misma. Lo que se logró con esto fue que el terapeuta y el cliente no hablen solamente de asuntos que le preocupan al paciente sino que el proceso interpersonal entre ambos debe provocar una solución a los conflictos que se están discutiendo (Kernberg, 1975). De esta forma el terapeuta le ayuda al paciente a generar un aprendizaje emocional en otros ámbitos de su vida en las que este reproduciendo sus conflictos (Kleinke, 2002). Al ir hablando de la relación terapéutica y manejando adecuadamente la transferencia y contratransferencia se evita cometer errores que mantengan el síntoma. Con los pacientes con TLP, y en general, es importante devolver la responsabilidad y decisión a cada persona. Con elementos sencillos y básicos como: "de qué te gustaría hablar hoy? O qué opinas

de lo que acabamos de hablar? De esa manera el cliente es el que toma la decisión del curso de la terapia y cada sesión.

Otro aspecto importante en cuanto a la relación terapéutica que se trabajó fue la validación de las experiencias y emociones de Verónica. Linehan (1993), "considera que la validación de los sentimientos de estos pacientes hacia el pasado y la reconstrucción del mismo es importante, ya que han visto de pequeños cómo sus emociones eran invalidadas por sus padres" (Rubio et al, 2004, pp. 43). El hecho de establecer una relación en la que el paciente puede experimentar ser aceptado y validado en cuanto a sus sentimientos produce un efecto positivo en el tratamiento.

Todo lo descrito anteriormente y la experiencia psicoterapéutica en general establecer una experiencia emocional correctiva. Esto se refiere a exponer al cliente a resolver situaciones emocionales que no ha logrado integrar a su narrativa. El paciente con TLP probablemente por primera vez experimentará un tipo de relación nueva donde se siente seguro, protegido, validado y valorado. Son experiencias nuevas que le proporcionan un elemento de referencia para el futuro. No es posible explicar una experiencia emocional correctiva, es necesario experimentar este fenómeno, para estos pacientes el contexto ideal puede ser en la terapia ya que en la vida cotidiana el tiempo de relaciones en las que se involucran no les permite beneficiarse de estas experiencias positivas. Como dice Linehan, "la terapia no es una explicación sino una experiencia, la experiencia emocional de sentirse comprendido" (Rubio et al, 2004, pp. 43), dicha experiencia es posible cuando el terapeuta realmente comprende, acepta y valora a su cliente lo cual suele en ocasiones resultar complejo. Es importante que el terapeuta logre entender y sentir genuinamente que el vivir con una inestabilidad emocional y perturbación psíquica es mucho más difícil para el cliente de lo que el terapeuta puede llegar a imaginarse (Dungee, 1992), este aspecto es el primer paso para lograr una relación empática, totalmente necesaria, con un paciente y el principio fundamental para cualquier tratamiento



psicoterapéutico en cuanto a una experiencia emocional correctiva. Este elemento fue el más significativo y el más trabajado en la terapia con el objetivo de lograr una experiencia emocional correctiva en la historia de Veronica, una relación sin abuso ni maltrato donde fue capaz de expresarse libremente, exponer sus emociones, miedos, pensamientos en un ambiente seguro y confiable donde fue aceptada, validada, valorada y respetada.

Constantemente se tomaba en cuenta cada cambio que se evidenciaba a nivel emocional, conductual o cognitivo que expresara un avance en la estructura nuclear de significados profundos con el fin de alentar al cliente al cambio, evidentemente posible. "Para asegurar el empoderamiento y el apropiarse del proceso terapéutico y tomar responsabilidad por el cambio se debe reconocer cualquier evidencia de crecimiento personal y utilizar en la terapia como ejemplo de crecimiento autónomo (Dungee, 1992, pp. 310). Se sabe que con los pacientes con personalidades límites es importante tener un marco de tratamiento estable en cuanto a horarios, terminación de las sesiones a tiempo, expectativas claras sobre el pago, entre otras (Rubio et al, 2004) ya que esto les brinda organización y límites en un proceso de reestructuración que de ser exitoso lo pueden reproducir en escalas pequeñas en su vida con el paso del tiempo. Al principio fue un factor que causó tensión ya que Veronica solía llegar bastante tarde a las sesiones o no llegaba. Estos aspectos también fueron discutidos en la terapia pero fueron difíciles de esclarecer. El terapeuta tuvo dificultad en poner límites en este sentido ya que podían ser interpretados como rechazo. A la final incluso estas conductas consideradas como "errores terapéuticos" resultaron contribuir en la mejoría de Veronica.

### **Relaciones Interpersonales.**

Después de algunas sesiones de trabajo en la relación terapéutica, al finalizar una de ellas se le preguntó a Veronica ¿Qué aprendes de ti el día de hoy y en qué quieres seguir trabajando? (Como en todas las sesiones previas y posteriores). Su respuesta fue: "Quiero investigar qué me atrae de un hombre. No es el sexo o el dinero. Qué es?!" Esta frase fue un

marcador en la terapia que sugería entrar en el tema de las relaciones de pareja. Para trabajar en esta orientación se utilizaron ejercicios prácticos de conciencia para posteriormente responder preguntas en cuanto a qué emociones se generan, en qué contextos, con quiénes surgen los problemas que le causa malestar y en qué posición queda ella.

Los primeros ejercicios realizados fueron los siguientes (Linehan, 2010):

- Siente tu espalda apoyada en el asiento. Esperar un momento. ¿Cómo se siente?
- Presta atención al aire que inhalas. Espera un momento. ¿Cómo se siente?
- Abrimos la ventana. Siente el aire en tu rostro. ¿Cómo se siente?

Se realizaron algunos ejercicios en este sentido. Separados por preguntas como: ¿Qué es lo que más te gusta?, ¿Qué es lo que menos te gustó?, ¿Qué emociones reconoces?. Una vez trabajado un poco el sentir, observar y describir las sensaciones corporales, emociones y pensamientos se pasó a realizar lo mismo en cuanto a las parejas. Se comenzó por la pareja actual pidiendo que imagine una sensación incómoda que la observe, la sienta y la describa. Estos ejercicios se realizaron muy pausadamente, con mucho cuidado y validando cada respuesta. Lo obtenido de estos ejercicios y de la comparación entre los momentos de disgusto con cada pareja fue una respuesta de: "siento mucho miedo y ansiedad cuando siento que me van a dejar. Es muy difícil de manejar y siento que pierdo el control. Así mismo Veronica explico que lo que le hace sentir feliz y estable es cuando se siente protegida y cuidada. A la final dijo "Busco que me quieran que me valoren, que me consideren, que me hagan sentir importante. No pido mucho. Soy feliz con tonteritas", "busco en los hombres que me protejan". A estas respuestas se fueron añadiendo comparaciones entre parejas anteriores y familiares. Admitió tener una sensación de vacío constante y tendencia a no valorarse dado que desde pequeña creció con el rechazo de su madre y el abuso de su padre.

La experimentación de emociones en psicoterapia comienza por identificar los sentimientos que se generan y a prestar atención a sí mismos y a lo que sus pensamientos les

está manifestando (Kleinke, 2002). Una vez que se reconoce la emoción es importante ponerle un nombre, comprender en qué contexto se manifiesta, contemplarla, hacer sentido de la misma y observar qué reacciones genera en cuanto a impulsos de conducta, a través de ejercicios para experimentar las emociones puesto que solo verbalizarlas no es suficiente, esto lleva a una toma de responsabilidad frente a los actos ya que afectan directamente a la persona. De esta manera es posible llegar a la modificación de respuestas afectivas disfuncionales (Greenberg et al, 1996). En el caso de los pacientes con TLP es un aspecto fundamental el trabajo emocional, reconocer sus emociones y poder manejarlas de alguna manera, primero en un ambiente sostenido como es la terapia. El expresar las emociones no es el terapéutico únicamente sino el poder hacer sentido de las mismas e incorporarlas a la experiencia general de malestar. En estos pacientes es fundamental para trabajar la inestabilidad e impulsividad emocional.

Estos ejercicios de tomar conciencia del cuerpo y observarlo fueron enviados como tarea para reforzar estas habilidades y mejorar el contacto entre el cuerpo y la mente para disminuir la impulsividad al no reconocer las emociones y no poder manejarlas.

### **Conductas destructivas**

Cuando el cliente llegó a la consulta tenía dificultad para solucionar algunos problemas dado que las estrategias utilizadas para controlar su inestabilidad emocional no eran las más adecuadas. Se trabajó en la terapia en el sentido de intentar que el paciente vea estos problemas desde una nueva perspectiva y contemplar la posibilidad de afrontar sus dificultades de otras formas que no fueron consideradas anteriormente, a esto se le llama ampliar la visión del mundo del cliente (Kleinke, 2002). En cuanto al TLP este aspecto de ampliar la visión del mundo se va construyendo en la terapia con la relación terapéutica al brindar seguridad, confianza y apoyo al paciente. Esta relación constituye la base para una experiencia emocional correctiva en cuanto a "no todos me van a hacer daño", "no todos abusan de mí", "alguien me

valora y escucha”, “soy importante para alguien”, etc. Sabemos que lo que dispara las conductas agresivas contra sí misma en Verónica es el temor intenso al abandono y la sensación de despersonalización en situaciones de un alto nivel de ansiedad. Por lo que una vez sólida la alianza terapéutica se pudo trabajar el tema de dichos comportamientos destructivos como el consumo de alcohol y conductas de riesgo como salir a altas horas de la noche esperando que algo malo le suceda. Retomando los ejercicios anteriores se trabajó en cuanto a tomar conciencia sobre el cuerpo específicamente frente a situaciones amenazantes. Se le pidió imaginar a Verónica situaciones que le produzcan un mínimo nivel de estrés y ansiedad, observar su cuerpo y describir lo que siente. Se realizó esto varias veces hasta llegar a un nivel un poco más alto de ansiedad. No se llegó a situaciones de ansiedad extrema dado el estado en el que llegó la paciente y dado la inestabilidad emocional que eso podía producir. Era necesario tener mucho cuidado ya que existen antecedentes de suicidio.

En este sentido se observó que la ansiedad que le causa la separación, abandono o pérdida de una persona importante en su vida le genera mucha ansiedad y es inmanejable para ella. En estos momentos ella empieza a consumir alcohol para evitar sentir ansiedad o se corta las manos. No se realizó un trabajo profundo en cuanto a emociones más bien se intentó estas técnicas a manera de una desensibilización con respecto a estas emociones en un contexto seguro. Estas emociones de ansiedad y extremo temor al abandono, van más allá de estas aproximaciones terapéuticas y requieren de un mayor cuidado y tiempo de trabajo.

Un aspecto importante de estas conductas autodestructivas es la sensación de falta de control e incompetencia frente al manejo de algunas situaciones que subyace a estos comportamientos. Uno de los objetivos de la terapia es lograr invertir la imagen del cliente de fracaso y falta de control a medida que supera sus dificultades y se enfrenta a emociones fuertes y temores profundos en un ambiente seguro, y empieza a apreciar la naturaleza de sus

problemas y posiblemente a solucionarlos de distinta manera (Feixas et al, 1993). A través de este proceso el cliente desarrolla un sentimiento creciente de confianza en uno mismo y la sensación de que es alguien capaz (Bandura, 1977 en Feixas et al, 1993). Evidentemente, frente a los resultados expuestos más adelante, fue uno de los cambios terapéuticos logrados en Veronica. La percepción poder manejar las situaciones que se le presenta, no por completo pero se observa un cambio en este sentido.

### **Lado sano, Trabajo y aficiones:**

Es evidente que algunos clientes muestran mayor dificultad en algunos niveles que en otros y en algunas áreas (Blarikom, 2008) lo que implica la importancia de identificar los rasgos sanos y los patológicos mas no etiquetar a la persona como enferma. Veronica presentaba bastante conflicto en el área relacional y en su estado de ánimo depresivo. Sin embargo, conforme la terapia iba avanzando se veía mucha motivación y entusiasmo por aprender y trabajar, en general se veía creatividad en cuanto a negocios.

La psicología humanista trata al cliente con TLP como una persona autónoma y responsable, incluso cuando no siempre se comporte como tal (Blarikom, 2008), basándose en los principios propios de este enfoque en cuanto a la capacidad de autorrealización de cada persona; el desarrollar habilidades para sentir satisfacción y dar sentido a su vida tomando en cuenta las limitaciones del medio (Cain en Cain y Seeman, 2008), se realizaron ejercicios de escritura de cartas para evaluar las voces críticas o qué relaciones se deben tratar en la terapia (Kellogg, 2006) y las emociones que siente junto con sus necesidades que no han sido atendidas (Kellogg, 2006). Veronica decidió escribirse cartas a sí misma expresando sus deseos de curarse, sentirse con más ánimo y salir adelante. Entonces se exploraron sus gustos y aficiones. "Me gusta trabajar. Tengo buenas ideas de negocios y soy perseverante pienso que eso es lo que empieza atrayendo a los hombres a mí y luego se abusan pero yo sigo

ayudándolos porque ellos fueron buenos conmigo”, “Me gusta aprender de todo”. Veronica expresó su gusto por el aprendizaje, relacionarse con muchas personas interesantes, conocer lugares, y en general sentirse útil. Para esta sesión Veronica ya se encontraba estudiando. No se realizaron más técnicas, solo se exploró junto con la cliente los gustos y deseos para el futuro. Después de esta sesión Veronica no volvió a la consulta.

### **Resultados terapéuticos del caso**

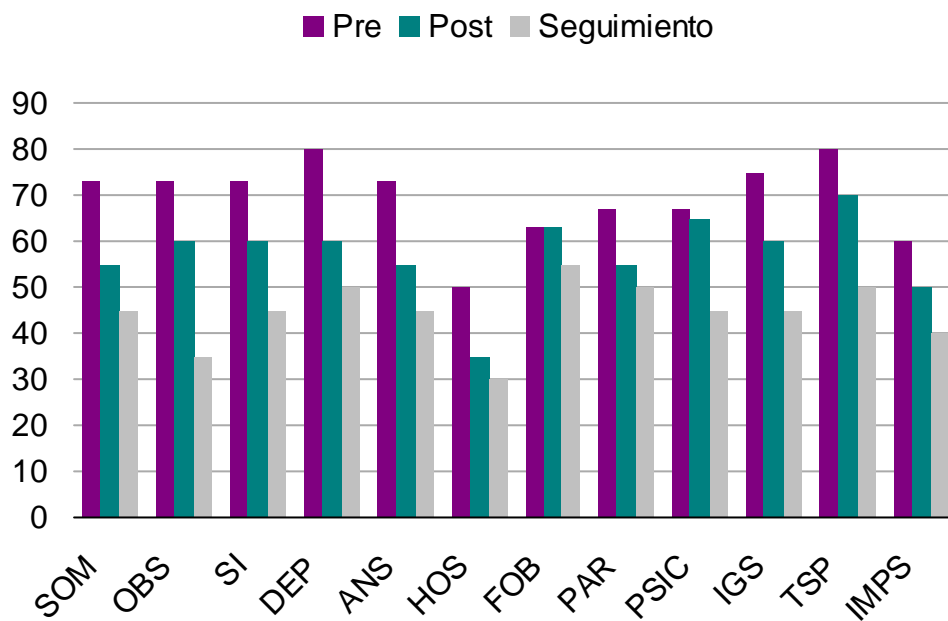
Se nota semana a semana algunos cambios en cuanto al estado de ánimo depresivo y la falta de energía. En ocasiones existen recaídas y se retomaba el tema que le causaba tanta ansiedad. Pero en general se podía ver diferencias desde la forma de vestir, gestos faciales, más energía y menos victimización.

Durante la sesión de seguimiento 6 meses después del tratamiento. Se le preguntó a Veronica sobre su estado en general y puntualmente qué aspectos de la terapia fueron útiles si alguno lo fue. Con respecto a la primera pregunta Veronica comenzó relatando la ruptura con su pareja anterior. Dijo sentirse mucho más estable y menos emocional, aunque no por completo. Aunque al principio tuvo miedo y ansiedad frente a la soledad manifiesta haber sentido sorpresa en el momento cuando su pareja decide terminar la relación y no sentir ganas de querer matarse, al contrario sintió alivio. Manifiesta sentir que puede tomar decisiones por sí misma, después de haberse enfrentado a una realidad que le causó mucho dolor que era el sentir que estaba enferma mentalmente. La primera decisión importante que tomó fue poner empeño para curarse y la segunda querer estar bien sin necesidad de un hombre. Siente que un cambio muy importante que se generó en este tiempo fue el de aceptación a sí misma. Y el darle más importancia a su salud. Este factor contribuyó a que Veronica se relacione con personas que no mantengan o aumenten esas sensaciones anteriores de inestabilidad, inferioridad o que se sienta abusada. “Desde que terminé con él clasifiqué más a la gente, poco a poco vi que la gente me

empezó a valorar y me he rodeado de gente buena". "Antes sentía mucho rechazo de la gente y percibía que me tenían lastima, pero era con las únicas personas que siempre me relacionaba". Asegura todavía sentir ansiedad y en momentos sentirse todavía "emocional e inestable" pero ya no siente un impulso por lastimarse o beber alcohol. Dice que cuando siente ansiedad tiene conductas de atracones o salir a comprar, reconoce que no son conductas saludables y dice que quisiera reemplazarlas con ejercicio. Una conducta nueva adquirida fue la lectura, ver películas "con un mensaje y significado" o viajar a conocer otros lugares. Veronica dice que estas actividades le brindan conocimientos, lo cual le motiva a cultivarse intelectualmente, ser mejor persona y además siente mucha tranquilidad con estas actividades.

En cuanto a los aspectos de la terapia que contribuyeron en algo, Veronica piensa que el hablar le ayudó mucho. No solo por desahogarse sino por hacer una recapitulación de todo lo que sufrió y ya no querer sentir eso en el presente ni futuro. Esto de alguna manera le brindó energía y ganas de seguir adelante. Hace mucho énfasis en la relación terapéutica siente que el haber sentido apoyo, cariño y preocupación de una persona le hizo pensar que tal vez otros también podrían hacerlo. Se sintió importante durante la terapia lo cual también ayudó a que se sienta más fuerte. Le gustó que la terapeuta fuera joven ya que sentía que era más comprendida y se sentía motivada por esa misma juventud, que ella traducía como una oportunidad para vivir. En cuanto al abandono del tratamiento, Veronica expresó pena y vergüenza por no haber asistido más a la consulta pero dijo que el seguir yendo al psicólogo le recordaba constantemente que estaba enferma y quería intentar mantenerse sana por su cuenta. Lo cual es un excelente indicador para la terapia.

El gráfico presentado a continuación refleja los resultados obtenidos de los tres cuestionarios realizados en cuanto a la sintomatología de Veronica.



Los resultados indican una disminución considerable de los síntomas desde la primera sesión hasta la sesión de seguimiento, en total 9 meses después. Al finalizar la terapia los síntomas también se ven disminuidos hasta el nivel mínimo de normalidad (Obsesividad, Sensibilidad, Depresión) que son los que representaban el malestar principal en la cliente, otros disminuyeron más (Somatización, Ansiedad, Paranoia) que refleja la preocupación y sensación de sentir abuso de las personas y la disminución de ansiedad en general. Algunos síntomas se mantienen altos después del tratamiento (Fobia, Psicosis) lo que puede indicar desconfianza, aislamiento social y la sensación de ser diferente de los demás, pero bajan seis meses después al igual que los demás. En esa medida se ven a todos los síntomas bajo la línea de anormalidad.

### Conclusiones

Como conclusiones del caso y del proceso en general se postula que lo más importante para un tratamiento psicológico no son las técnicas que se emplean sino el interés, apoyo, cariño, respeto, confianza, seguridad y aceptación que se le brinda a una persona. Es decir la relación que se establece con el cliente. Se pensó haber cometido varios errores en el



tratamiento, pero incluso esas conductas a la final resultaron ser beneficiosas para este caso. Posiblemente con otra persona pudo haber sido perjudicial y haber generado dependencia. Fue extremadamente importante la creencia honesta y genuina que Veronica es una persona extremadamente valiosa, fuerte para las situaciones que ha vivido, luchadora, perseverante y muy inteligente. Y la esperanza verdadera que saldría adelante.

Todavía existen conductas maladaptativas para compensar los estados emocionales perturbadores, pero ya no de automutilación o consumo de drogas. Actividades de lectura y otros pasatiempos son comportamientos nuevos que ayudan a bajar la ansiedad y manejar la soledad de una manera productiva y enriquecedora.

Pienso que el proceso terapéutico fue un éxito en cuanto produjo una experiencia emocional correctiva gracias a la aceptación incondicional. Esta experiencia de aceptación y valía por primera vez fue la que causó un cambio significativo en su percepción y por lo tanto comenzó a notarse en la manera en qué los demás la percibían. A su vez esto reforzó la sensación de valía y el círculo de abuso empezó a romperse.

Al trabajar algunos aspectos propios del trastorno de personalidad los síntomas de depresión fueron bajando ya que el problema de base resulta ser el primer trastorno. El trabajo terapéutico no fue concluido ya que Veronica abandona el tratamiento a las 8 sesiones. De haber continuado se hubiera trabajado mucho más en las emociones, una vez estabilizados los síntomas, en las experiencias traumáticas y en conductas adaptativas saludables. Cada uno en varias sesiones.

En trastornos complejos como el TLP que ha demostrado ser uno de los desórdenes psiquiátricos más difíciles de tratar (Kellogg et al, 2006) es necesario reconocer que es indispensable aplicar modelos de tratamiento integrales de ser posible. Sin embargo es aceptable que cada terapeuta juzgue la necesidad de distintas aproximaciones según la naturaleza de cada caso y las diferencias de cada persona.

En este caso no se ha "curado" a Veronica de un TLP. Se han reducido los síntomas clínicos, sobre todo el de depresión que era el que más le causaba malestar, y se ha logrado modificar algunos patrones de pensamiento y comportamiento que le permiten adaptarse de mejor manera al ambiente en el que vive. Con estas herramientas ella hará lo mejor que pueda para seguir adelante. Sería necesario tomar medidas de personalidad y realizar estudios en una población más grande con grupos de control para generalizar estos resultados.

### **Bibliografía**

- Ávila, A. Rojí, B. Saúl, L. (2004). Introducción a los tratamientos psicodinámicos. Universidad Nacional de Educación a Distancia. 1ra edición. Madrid.
- Baca, E. Álvarez, E. Bousoño, M. I, Eguiluz, M, Martin, M, Roca. M, Urretavizcaya. (2008). Manejo a largo plazo de la depresión. Actas Españolas de Psiquiatría. Suppl. 2. Universidad de les Illes Balears. Palma de Mallorca.
- Barlow, D. Durand, M. (2001). Psicología anormal: Un enfoque integral. Thomson Learning. 2da edición. México.
- Beck, A. Freeman, A. Davis, D. (2005). Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Paidós. 2da edición. Barcelona
- Bellino, S. Zizza, M. Rinaldi, C. Bogetto, F. (2007). Combined Therapy of Major Depression with Concomitant Borderline Personality Disorder. The Canadian Journal of Psychiatry. Vol 52 No. 11
- Blarikom, J. (2008). A person-centered approach to borderline personality disorder. Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 7.
- Cain, (D), Seeman, (J). Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice. American Psychological Association. 4th edition. Washington DC.
- Calderón, C. (2003). Psicoterapia Integrativa en el Tratamiento de Trastornos de Personalidad. Revista Psykhe. Vol 12 No. 1. Universidad de Valparaíso.
- Cancrini, L. (2007). Océano borderline: Viajes por una patología inexplorada. Paidós. Barcelona
- Dungee, D. (1992). Self Nurturing: A cognitive behavioral treatment approach for the borderline client. Clinica Social Work Journal. Vol 20. No. 3
- Esbec, E. Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. Actas Españolas de Psiquiatría Vol. 39(1). Universidad del País Vasco

Feixas, G. Miró, M. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Paidós. 15a edición. Barcelona

García, E. (2007). Tratamiento psicoterapéutico de los trastornos límite de personalidad TLP.

Clínica y Salud Vol 18 No. 3. Universidad Complutense de Madrid.

Goldman, R. Greenberg, L. Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*. Vol 16 (5).

Golier, J. Yehuda, R. Bierer, L. Mitropoulou, V. New, A. Schmeidler, J. Silverman, J. Siever, L. (2003). Relación entre el trastorno límite de la personalidad, el trastorno por estrés postraumático y los acontecimientos traumáticos. *Am J Psychiatry Ed Esp*. 7:2

Greenberg, (L). Rice, L. Elliott, R. (1996). Facilitando el cambio emocional. 1ra Edición.

Paidós. Barcelona

Kellogg, S. Young, J. (2006). Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. Vol 62 (4).

Kernberg, O. (1976). La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico. Paidós.

Buenos Aires

Kleinke, C. (2002). Principios comunes en psicoterapia. 4ta edición. Desclée De Brouwer.

Bilbao

Linehan, M. (2010). Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. 4ta edición. Paidós. Barcelona

McAdams, D. (1990). The person: An introduction to personality psychology. Harcourt Brace Jovanovich. Northwestern University.

Mueller, F. (2005). Historia de la psicología. Fondo de cultura económica. México

Neimeyer, R. Mahney, M. (1998). Constructivismo en psicoterapia. Paidós. 1ra edición.

Barcelona

Norcross, J. Golfried, M. (2005). Handbook of Psychotherapy Integration. Oxford Press. NY

- Oldham, J. (2008). Psicoterapia psicodinámica para los trastornos de la personalidad. *Am J Psychiatry Ed Esp*. Vol 11. No. 1.
- Rogers, C. (1981). *Psicoterapia Centrada en el Cliente*. Paidós. Barcelona
- Rubio, I. Pérez, A. Santos, J.M. Carrasco, J.L. Molina, R. Misiego, J.M. (2004). Psicoterapia de los trastornos de personalidad. *Actas Esp Psiquiatria*. Vol. 32
- Shub, N. (1998). *Una Metodología para el Tratamiento de Pacientes Borderline*. Gestalt Associates Press. USA
- Verney, M. (2010). *Las neesidades desatendidas: Refugiados colombianos en el Ecuador*. ACNUR.
- Wingenfeld, K. Mensebach, C. Rullkoetter, N. Schlosser, N. Schaffrath, C. Beblo, T. Driessen, M. (2009). Relationship between coping with negative life events and psychopathology: Major dipression and borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. The British Psychological Society. Vol 82.
- Zittel, C. Western, D. (2005). El trastorno límite de la personalidad en la práctica clínica. *Am J Psychiatry (Ed Esp)*. Vol 8:8

# ANEXOS