

**Universidad Santa María la Antigua
Vicerrectoría de Investigación y Postgrado
Doctorado en Psicología Clínica**

TESIS DOCTORAL:

**Creencias Cognitivas Distorsionadas y los
Efectos de la Psicoterapia Cognitiva
Conductual en dos Casos de Mujeres con
Trastorno Límite de la Personalidad**

**Directora Ponente:
Dra. Melva Palacios de Mon**

**Asesora Metodológica
Dra. Melva Palacios de Mon**

**Asesores Clínicos
Dr. Héctor Fernández Álvarez
Dr. Julio Obst Camerini**

**Presentada por:
Mariela Robles G.
Como requisito para optar por el título de
Doctora en Psicología Clínica**

Panamá, junio de 2009



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

ADVERTENCIA:

Las opiniones contenidas en la presente investigación son de responsabilidad exclusiva de la autora, y no representan necesariamente la opinión de la Universidad Católica Santa María La Antigua.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres y familiares a las actrices sociales del Centro Femenino de Rehabilitación de la Ciudad de Panamá, quienes participaron en este estudio y manifestaron el deseo de que se diera a conocer su caso, protegidas desde el anonimato, si esto lograba ayudar a otros.

AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer a todas las personas que depositaron en mí su confianza y contribuyeron a que esta investigación se realizara, especialmente al Centro Femenino de Rehabilitación (CFR) de la Ciudad de Panamá y a su Directora la Lic. Gisell Castillo, a su equipo de trabajadoras sociales y otras personas que allí laboran; quienes fueron diligentes en proporcionarme su apoyo.

Al Dr. Ramón Mon, Director del Doctorado en Psicología Clínica de la Universidad Santa María la Antigua; siempre mi agradecimiento y admiración.

A la Dra. Melva P. de Mon, Directora Ponente y Asesora Metodológica de esta investigación.

A mis asesores Clínicos, Dr. Héctor Fernández Álvarez, Director de la Fundación AIGLE en Argentina y en especial al Dr. Julio Obst Camerini Director de CATREC en Argentina; quien en todo momento estuvo anuente a mis solicitudes y me proporcionó material inédito de su libro por publicar.

ÍNDICE TEMÁTICO

Advertencia	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice Temático	v
Índice de Tablas	viii
Índice de Gráfica	viii
Índice de Mapas Conceptuales	viii
Prólogo	ix
Introducción	1
A. Justificación y Pertinencia del Tema.....	3
B. Planteamiento de las Preguntas de Investigación.....	4
C. Aspectos que Limitaron y Delimitaron	
La Investigación.....	4
I. Capítulo Fundamentos Teóricos del Enfoque Cognitivo Conductual	
1.1 Principales Conceptos Teóricos.....	13
1.1.1 Esquemas y/o Creencias Cognitivas.....	13
1.1.2 Pensamientos Automáticos.....	23
1.1.3 Distorsión Cognitiva.....	24
1.1.4 Tríada Cognitiva.....	26
1.1.5 Concepto de Sí Mismo.....	26
1.2 Perspectiva Histórica del Trastorno Límite de	
La Personalidad.....	28
1.3 Conceptuación del Trastorno Límite.....	30
1.4 Prevalencia y Etiología del Trastorno.....	34
1.5 Clasificación del Trastorno Límite	
De la Personalidad.....	38
1.5.1 Según el DSM-IV.....	38
1.5.2 Según el CIE-10.....	41
1.6 Co-Ocurrencia del Trastorno.....	45
1.7 Características Clínicas.....	46

1.8 Modelos de Intervención del Trastorno	
Límite de la Personalidad.....	53
1.8.1 Enfoque Psicodinámico.....	53
1.8.2 Enfoque Cognitivo-conductual.....	57
1.8.3 Terapia Dialéctica-Conductual.....	59
1.8.4 Terapia Centrada en los Esquemas de Young.....	60
1.8.5 Psicofarmacoterapia.....	61
1.9 El Proceso Psicoterapéutico.....	63
1.9.1 Primera Fase.....	64
1.9.2 Segunda Fase.....	71
1.9.3 Tercera Fase.....	76

II. Capítulo Procedimiento Metodológico

2.1 Metodología.....	79
2.1.1 Marco Epistemológico.....	80
2.1.2 Supuesto Ontológico.....	82
2.2 El Diseño Cualitativo.....	83
2.2.1 Estudio de Casos.....	84
2.3 Selección de las Participantes.....	85
2.4 Técnicas Cualitativas de Recolección de la Información....	87
2.4.1 La Entrevista a Profundidad.....	87
2.4.2 La Historia Clínica.....	88
2.4.3 Pruebas Psicológicas.....	89
2.4.4 Sesiones Terapéuticas.....	89
2.5 Análisis del Contenido.....	90
2.5.1 Unidades de Análisis.....	90
2.5.2 Zonas de Sentido.....	91
2.5.3 Unidades de Contexto.....	92
2.6 Recolección de la Información.....	92
2.7 La Triangulación.....	92
2.8 La Ética en la Investigación Cualitativa.....	94

III. Capítulo Presentación de Casos Clínicos y Evolución de la Psicoterapia	
3.1 Historia Clínica de los Casos Estudiados.....	98
3.1.1 Historia Clínica del Caso N° 1.....	98
3.1.2 Historia Clínica del Caso N° 2.....	108
3.2 Evolución de la Psicoterapia de los Casos Estudiados.....	119
3.2.1 Evolución del Caso N° 1.....	119
3.2.2 Evolución del Caso N° 2.....	142
IV. Capítulo Análisis de la Información	
4.1 Categorías Descriptivas y Subcategorías de las Unidades de Análisis de la Información.....	159
4.1.1 Análisis de la Información a través de la Triangulación (Caso N° 1).....	160
4.1.2 Análisis de la Información a través de la Triangulación (Caso N° 2).....	182
4.2 Respuestas a las Preguntas de Investigación.....	202
CONCLUSIONES Y HALLAZGOS.....	209
RECOMENDACIONES.....	213
GLOSARIO.....	215
REFERENCIAS.....	219
BIBLIOGRAFÍA.....	221
INDICE DE AUTORES.....	231
ANEXOS.....	236

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Perfil del Trastorno Límite de la Personalidad.....	18
Tabla N° 2: Las 14 Creencias (PBQ) Para el Trastorno Límite de la Personalidad.....	20
Tabla N° 3: Trastorno Límite de la personalidad: Criterios Diagnósticos del DSMIV.....	40
Tabla N°4: Trastorno de Inestabilidad Emocional de La Personalidad Tipo Impulsivo.....	43
Tabla N° 5: Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad Tipo Límite.....	43
Tabla N° 6: Comparación del DSMIV y el CIE-10 en Relación al Trastorno Límite de la Personalidad.....	44
Tabla N° 7: Ventajas y Desventajas de Maltratar a su Hija Según Yasury (Caso N° 1).....	138
Tabla N° 8: Generando Alternativas en la Resolución de Problemas (Caso N° 2).....	154
Tabla N° 9: Categorías Descriptivas y Subcategorías de las Unidades de Análisis de la Información.....	159

ÍNDICE DE GRÁFICA

Gráfica N° 1: Esquema del Modelo Cognitivo de Beck.....	10
--	----

ÍNDICE DE MAPAS CONCEPTUALES

Mapa conceptual N° 1: Diagrama de Conceptuación de Yasury....	107
Mapa conceptual N° 2: Diagrama de Conceptuación de Ana.....	118

PRÓLOGO

Esta investigación ha sido presentada, para obtener el título de Doctora en Psicología Clínica; por la Universidad Santa María La Antigua. Durante los años 2006 y 2008 realice la Práctica Clínica en el Centro Femenino de Rehabilitación (CFR), de allí nace la idea de efectuar el trabajo de tesis, con internas diagnosticadas, con un trastorno límite de la personalidad.

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es uno de los trastornos que más discusión causa; la combinación de los síntomas clínicos, su dificultad para conceptualizarlo; así como de una teoría que logre unificar los diversos planteamientos entre autores, han desembocado en desacuerdos y tratamientos que son eficaces para tratar algunos síntomas, pero deja por fuera otros síntomas que también deben ser tratados.

Este trabajo se enfoca en explicar, cómo son las creencias cognitivas en dos internas (estudio de casos) con trastorno límite de la personalidad y su intervención desde el modelo cognitivo conductual; con la finalidad de mejorar su padecimiento, con el fin de que puedan llevar sus vidas de manera más funcionales.

Esta tesis se presenta en cuatro capítulos. Además de los resultados del trabajo planteado en las conclusiones y los hallazgos, se exponen las respuestas a las preguntas de investigación.

INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de la personalidad, es uno de los trastorno que mayor reto demanda, por lo difícil que puede resultar su manejo y tratamiento. Comenzando porque no resulta fácil su diagnóstico y en ocasiones lo que ocurre es que se sobrediagnostica, o bien se diagnostica inadecuadamente. En adición, está el hecho de que muchos pacientes presentan una comorbilidad con otros trastornos que también requieren ser tratados.

La siguiente investigación nace del trabajo como voluntaria en el Centro Femenino de Rehabilitación, allí se brindaba asesoría y atención psicológica a las internas que estaban recluidas, pues existía una gran demanda de ayuda psicoterapéutica, pues para aquel momento no se contaba con un psicólogo clínico que estuviera todos los días.

Nuestro interés está en revelar las creencias cognitivas distorsionadas que subyacen en la cognición de las mujeres con un trastorno límite de la personalidad, que se encuentran internas en el CFR, y cómo el abordaje psicoterapéutico cognitivo-conductual puede coadyuvar al mejoramiento de los síntomas más pertinaces, que por albergar estas creencias han contribuido al caos en algunos aspectos de su vida.

Es complejo diagnosticar un trastorno de personalidad, debido a que los mismos contienen características similares y de comorbilidad como es específicamente el caso del trastorno límite de la personalidad y el antisocial de la personalidad, aunque no necesariamente esto tiene que ser siempre así.

Es frecuente que las personas con esta alteración desarrollen relaciones repentinas e intensas; y que dichas relaciones puedan resultar inadecuadas y desembocar en sentimientos de aflicción y rabia, sobre todo en el Centro Femenino de Rehabilitación, donde la baja tolerancia a la frustración es frecuente y los problemas de hostilidad y agresión es lo cotidiano.

En el primer capítulo de este trabajo se explica los fundamentos teóricos del modelo cognitivo conductual, desde sus cimientos con la filosofía, hasta la actualidad con sus principales exponentes. La conceptualización del trastorno borde de la personalidad y el proceso terapéutico que incluye una descripción de

las fases de la psicoterapia cognitiva, así como la estructura de las sesiones. Estas estructuras han sido adoptadas del modelo de Beck, el cual las ha utilizado exitosamente en sus intervenciones para tratar personas con trastorno límite de la personalidad.

En el segundo capítulo se aborda el procedimiento metodológico, el que contempla una descripción de la metodología cualitativa, las técnicas para la recolección de los datos y su respectivo análisis.

El tercer capítulo se enfoca en la presentación de los casos, en el que hacemos una historia clínica exhaustiva de los casos y la evolución de la psicoterapia presentada a través de la narrativa de las actrices sociales e intervenciones psicológicas de la terapeuta.

En el cuarto capítulo se analiza la información, basado en una categorización de los datos y se lleva a cabo una triangulación. Además se propone dar respuesta a las preguntas de investigación.

Finalmente la investigadora ofrece su posicionamiento, encontrado en las conclusiones y recomendaciones, basadas en la experiencia obtenida en el trabajo con las actrices sociales que presentan un trastorno límite de la personalidad.

Se espera que este estudio logre una mejor comprensión del trastorno, vista desde un escenario tan sensible como puede ser un centro penitenciario.

A. Justificación y Pertinencia del Tema

En los últimos años el trastorno límite de la personalidad, es diagnosticado de manera más habitual y a edades más tempranas. Nos encontramos con pocos especialistas y unidades adecuadas para el conveniente tratamiento de este trastorno tan complejo.

Muchas de sus sintomatologías son graves y entrañan un gran sufrimiento y desgaste no solo para los que padecen el trastorno, sino también para las personas que conviven con ellos. Además del costo social y económico debido al riesgo suicida, toxicomanías, delincuencia, absentismo laboral, problemas familiares.

En Panamá los estudios realizados quedan a un nivel descriptivo; realizándose solo caracterizaciones del trastorno. En consecuencia cuando planteamos nuestra investigación, juzgamos importante su realización, primero, porque a pesar de que es un tema que a nivel de la comunidad científica internacional, ha sido abordado por grandes teóricos, en nuestro país no se han realizado estudios que implique una metodología cualitativa; segundo, nos percatamos que los estudios sobre este tema con la población penitenciaria son inexistentes y tercero porque la población penitenciaria se percibe como poco atendida y no se invierte en políticas de Salud mental.

La población penitenciaria alcanza hoy de manera significativa, la más elevada población registrada en nuestro sistema desde la conformación de la República, y a su vez, proporcionalmente una de las más altas de Latinoamérica. (Ley N°55, 2003, p. 5).

Tenemos el anhelo de que puedan darse cambios en las mentalidades y hasta en las políticas gubernamentales de tipo penitenciarias, que pudieran salir de esta investigación; toda vez que a las personas con este tipo de trastornos se les ve únicamente como personas problemáticas, debido a que ellas no pueden controlar esa vorágine emocional y al no ser comprendido su trastorno se les castiga o se les considera una carga.

B. Planteamiento de las Preguntas de Investigación

Preguntas y Sub-Preguntas de la Investigación

1. ¿Cuáles son las creencias cognitivas distorsionadas halladas en el trastorno límite de la personalidad, según la teoría cognitiva y las observaciones clínicas de Aaron Beck?
 - 1.1 ¿Qué tipo de creencias cognitivas distorsionadas se encuentran presentes en Yasury y Ana, al explorar su organización cognitiva en el marco de una intervención terapéutica y el análisis con el PBO?
 - 1.2 ¿Cuál es el origen que las actrices sociales le atribuyen a los aspectos relacionados con sus creencias cognitivas?
2. ¿Cuáles son los síntomas clínicos encontrados en las actrices sociales con trastorno límite de la personalidad?
3. ¿Las actrices sociales participantes de este estudio, comparten comorbilidad con algún otro trastorno clínico?
4. ¿Qué efectos pudo tener la crianza de las actrices sociales en la aparición del trastorno límite de la personalidad?

C. Aspectos que Limitación y Delimitación la Investigación

El presente estudio abarco dos mujeres que se encuentran internas en el Centro Femenino de Rehabilitación de la Ciudad de Panamá, diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad, por lo que no se pueden generalizar los resultados a otras poblaciones con este trastorno.

El espacio físico se convirtió en una limitación; muchas veces no había cubículos para llevar a cabo las sesiones o bien había que desplazarse hacia otros cubículos en plena sesión.

El Sistema Penitenciario no cuenta con personal clínico suficiente para dedicarse a la atención clínica. Por otra parte se carece de medicamentos psicotrópicos que algunas requieren tomar, por lo que tienen que ser llevadas a Centros de Salud y en ocasiones se hace difícil obtener los medicamentos. En adición, el Centro Femenino de Rehabilitación no cuentan con psiquiatra para que los mismos sean recetados y se pueda trabajar en conjunto con el clínico.

I. CAPÍTULO FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1. Fundamentos Teóricos Del Enfoque Cognitivo Conductual

Los orígenes filosóficos más remotos de la psicoterapia cognitiva se remontan a los Estoicos, en particular a Zenón de Citio (siglo IV a.C.), Crisipo, Cicerón, Séneca, Epicteto, y Marco Aurelio y de las religiones orientales budistas y taoístas. Epicteto escribió: "Los hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que de ellas hacen".

El supuesto teórico que subyace es que los efectos y la conducta de una persona está en buena medida determinada por el modo que tiene esa persona de estructurar el mundo; es decir, que los significados que se le adjudiquen a un evento o suceso son el origen principal de nuestros actos.

La fenomenología inherente a la filosofía, presentes en las obras de Kant, Jaspers, Binswanger, así como la logoterapia de Frankl, las teorías de Mahoney, y las de Guidano y Liotti, en relación al constructivismo han tenido un importante papel en la formulación del modelo cognitivo. Toda vez que estos autores han hecho énfasis en la importancia de los factores cognitivos para encontrar significado a la vida y para promocionar el crecimiento personal.

Durante el siglo XX se produjo un grande desarrollo en el campo de la psicoterapia que contribuyó a la formulación de la terapia cognitiva. Los neofreudianos, como Adler, Horney, Alexander y Sullivan, se centraron en la importancia de la percepción del sí mismo y de la experiencia consciente. Otros aportes proceden de la psicología evolutiva Bowlby, con la teoría del apego, Piaget y Kelly con su teoría de los constructos personales. Estos autores señalaron la relevancia de los esquemas (modelos cognitivos) para la percepción, la asimilación y la aplicación de la información proveniente del entorno (Beck & Wright, 2001)

G. Kelly, teórico y clínico generó una teoría cognitiva del funcionamiento personal. Su tesis central es que las personas miran al mundo y a ellos mismos, a través de pautas o categorías cognitivas, los llamados "constructos personales", los cuales se utilizan para categorizar los acontecimientos y representan la forma personal de interpretar y construir la experiencia del sujeto. La terapia consistiría en una revisión de los constructos empleados por el paciente que se han convertido en disfuncionales y ayudarle a formular nuevos constructos más funcionales. (Ruiz, Imbernón & Cano, 1999)

Durante los años '60 en lo concerniente al área de la modificación de conducta, ya sea en lo referente a la psicología del aprendizaje como en la clínica, en términos de terapia de conducta, van surgiendo limitantes en cuanto al modelo conductista tradicional. Por una parte las teorías del aprendizaje estrictamente conductistas como forma de explicar el comportamiento humano y por otro lado, los métodos de condicionamiento para modificar actividades superiores como el pensamiento, actitudes, entre otros.

Para salvar las predecesoras limitantes de la psicología conductual, surge la teoría cognitiva, la cual dio paso a lo que hoy se conoce como terapia cognitiva-conductual.

Arnold Lazarus crea la llamada terapia multimodal que; aunque inicialmente relacionado a la terapia de la conducta, advirtió limitantes y planteó la necesidad de adaptar la terapia a las características personales de cada individuo.

La terapia multimodal es una terapia ecléctica técnicamente hablando, y una terapia cognitiva-conductual teóricamente considerada. Se trata de buscar un tratamiento en particular, analizando las características de cada caso; el tratamiento multimodal evalúa cada caso en siete dimensiones y sus relaciones mutuas. Dependiendo del tipo de relación que se establezca entre ellas y de su secuencia de funcionamiento o activación se buscará una estrategia de tratamiento a la medida. (Lazarus, 1992)

La terapia cognitiva conlleva una línea de intervención activa, directiva, estructurada y de tiempo limitado que se puede aplicar a diversas alteraciones psicológicas.

Ruiz & Cano (1999), señalan que la terapia cognitiva está especialmente interesada en la importancia del significado disfuncional sobre la psicopatología. La mayor parte del sufrimiento humano deriva de creencias irracionales, supuestos o significados personales adquiridos en la experiencia. La función del terapeuta cognitivo es enseñar al paciente a ser consciente de estos significados disfuncionales, a menudo de carácter inconsciente o preconsciente, y a modificarlos mediante varias vía de cambio.

Beck & Wright (2001), manifiestan que la terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia basado en las teorías sobre el procesamiento patológico de la información en los trastornos mentales. El tratamiento se dirige esencialmente a modificar las

cogniciones distorsionadas o desadaptativas y las alteraciones conductuales que conllevan.

Por ser la terapia de Beck una de las primeras en darle importancia al impacto del pensamiento sobre los afectos, la conducta, biología y la influencia ambiental, es natural que se le denominara cognitiva (Dattilio & Padesky, 1995).

La terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología que mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck, 1995).

Dattilio & Padesky (1995) destacan que; aunque la terapia se llama cognitiva, en realidad, se enfatiza la interacción entre cinco elementos: ambiente (que incluye la historia evolutiva y la cultura), biología, afecto, conducta y cognición.

Si bien es cierto que el modelo cognitivo trata de reducir un trastorno muy complejo a un número finito de conceptos, también lo es que cada paciente presenta un patrón de psicopatología idiosincrásico. Es más, no existe un formato estándar que se pueda aplicar sistemáticamente a todos los pacientes para obtener datos relevante y modificar los patrones idiosincrásicos (Beck, 1983).

La terapia cognitiva se vale de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales. Su objetivo es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente, cotejándola con su realidad.

El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de esquema cognitivo; y en el ámbito clínico el de supuestos personales. Equivalen también al sistema de creencias según la concepción de Ellis.

Con todos estos términos equivalentes nos referimos a la estructura del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los que conceptualizamos de forma idiosincrásica nuestra experiencia. Se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos, o no, ser conscientes. Los esquemas pueden permanecer inactivos a lo largo del tiempo y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), se activan y actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información

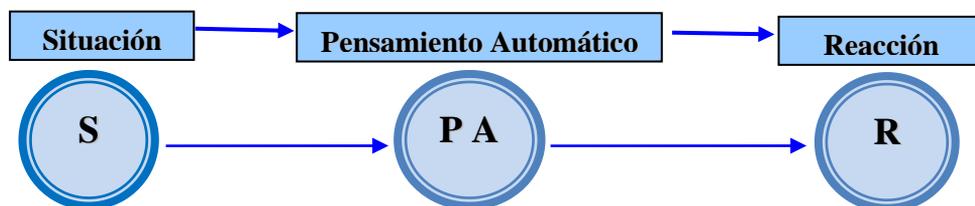
distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas.

A diferencia de los esquemas cognitivos, que surgen en forma situacional. Por cognición en terapia cognitiva se comprende los pensamientos o percepciones que fluyen de manera inconsciente, como son los pensamientos automáticos, aquellos pensamientos con gran contenido emotivo o pensamientos calientes, o cualquier percepción, memoria, expectativa, fantasía, sueño, imagen, símbolo, u opinión.

Entre los supuestos generales en los que se basa la terapia cognitiva, explica Beck (1983), se encuentran los siguientes:

1. La percepción y, en general, la experiencia son procesos activos que incluyen tanto datos de inspección como de introspección.
2. Las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.
3. El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente, por lo general, a partir de sus cogniciones (pensamientos e imágenes visuales).
4. Estas cogniciones constituyen la “corriente de conciencia” o campo fenoménico de una persona, que refleja la configuración de la persona acerca de sí misma, su mundo, su pasado y su futuro.
5. Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta.
6. Mediante la terapia psicológica, un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.
7. La corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejoría clínica.

Gráfica N° 1. Esquema del modelo cognitivo de Beck



Fuente: Julio Obst Camerini (2004)

Las reacciones pueden ser: emotivas, conductuales o fisiológicas (Obst Camerini, 2004)

El trabajo de Albert Ellis también ha representado un aporte importante en el desarrollo histórico de la terapia cognitivo-conductual. Con su psicoterapia racional-emotiva, subraya la idea de que es un método razonador, didáctico, persuasivo y cognoscitivo que enseña al paciente cuáles son sus filosofías irracionales básicas, que después le demuestra cómo estas premisas (muchas veces) infundadas e ilógicas, le llevan a una conducta perturbada emocionalmente, que debe ser debatida y transformada si desea que sea mejor. (Ellis, 2003)

Ellis sintetiza su teoría en lo que denominó el "ABC" recordando que entre A(acontecimiento activador) y C (consecuencias) siempre está B (sistema de creencias), se puede contemplar así "A" (por activating Event") representa el acontecimiento activador, o situación. Puede ser una situación o acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación, emoción, etc.) "B" (por "Belief System") constituye el sistema de creencias, e incluye el sistema cognitivo (pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofía de vida, entre otros) "C" representa la consecuencia o reacción en ocasión de la situación "A". Las "C" pueden ser de tipo emotivo (emociones), cognitivo (pensamientos) o conductual (acciones).

El concepto sustentado por la corriente cognitivo conductual, es que las emociones son muy importantes y cumplen funciones imprescindibles. Los seres humanos respondemos con emociones y conducta ante cada situación que se nos presenta y las mismas van a depender de nuestra interpretación. Todo depende de las diferentes interpretaciones que nos llevan a distintas consecuencias. O sea que algunas interpretaciones sobre algún acontecimiento pueden ser más funcionales y otras disfuncionales o también llamadas “auto-saboteadoras”.¹

Contrario a una concepción racionalista y objetivista, el modelo teórico define:

*“Aceptando que las personas tienden a dirigirse hacia sus metas, lo racional en la teoría de la TREC (Terapia Racional Emotiva Conductual) es lo que ayuda a la gente a alcanzar sus metas y propósitos básicos, en cuanto que “irracional” es lo que se los impide. Por lo tanto, la racionalidad no puede definirse en forma absoluta, sino que es relativa por naturaleza”.*²

Ellis define otro concepto desarrollado en la TREC, la intolerancia a la frustración (*no-soport-itis*)³ la cual indica no cambia la realidad y a veces autosaboteamos y perturbamos nuestra vida y esto no resuelve las cosas, más bien muchas veces, las empeora.

En cuanto al concepto de *demanda* hay que hacer la acotación que Ellis las denomino creencias irracionales, las creencias pueden ser racionales, preferenciales o irracionales y las demandantes. Ellis descubrió que, habitualmente, los pacientes se perturbaban por tener pensamientos que se basaban en una actitud demandante. Estas demandas que hoy podemos encontrar tanto en otras personas como en nosotros mismos, cada vez que nos perturbamos, pueden estar dirigidas hacia el mundo, hacia otras personas o hacia nosotros mismos (Obst Camerini, 2004).

Ellis ha señalado muchas veces que el sistema de creencias es obtenido en parte por la herencia, ya que como seres humanos heredamos una gran cantidad de predisposiciones hedonistas y un alto grado es enseñado.

¹ Este es un concepto de Ellis muy utilizado en su Teoría.

² Ellis y Dryden, 1987, citado por Obst Camerini, 2002, p. 24

³ Esta palabra utilizada por Ellis denota la demanda de “no soportar”, de ser insostenible. Op, cit, p. 70.

Con relación al concepto de autoestima Ellis considera que este involucra una autoevaluación o puntuación en una escala de valor originada a partir de: nuestros éxitos o fracasos con relación a metas o ideales y las opiniones (reales o supuestas) de otras personas (en especial las significativas) sobre nosotros.

En consecuencia, Ellis propone como alternativa el concepto de *autoaceptación*, el cual se refiere al amor incondicional a nosotros mismos, querernos y valorarnos por el hecho de existir, sin autocalificarnos.

La Terapia Cognitiva de Beck se yuxtapone con la TREC; pero se diferencia en algunos puntos. Beck utiliza las clasificaciones psiquiátricas convencionales, y relaciona explícitamente los estilos cognitivos desadaptativos de las diferentes categorías diagnósticas, especialmente en la depresión; pero también en trastornos ansiosos, histeria, trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos psicósomáticos, etc.

Existe una serie de elementos que conforman la formulación cognitiva:

1. La tríada cognitiva
2. Las suposiciones básicas
3. Los esquemas cognitivos
4. Las estrategias de adaptación
5. Las habilidades

Los datos primordiales para la terapia cognitiva consisten principalmente en las cogniciones de los pacientes, surgen esencialmente a partir de los pensamientos automáticos.

En la actualidad el modelo cognitivo ha alcanzado un gran reconocimiento. La incorporación al modelo cognitivo conductual de las técnicas y recursos de las corrientes humanistas y experienciales, especialmente del psicodrama y la terapia gestalt. También ha recibido en la última década muchos aportes como la terapia de los esquemas (Jeffrey Young) que aumentaron su eficacia en temas como los trastornos de personalidad y los rasgos resistentes al cambio.

Actualmente la Terapia Cognitiva en las mismas escuelas fundadoras ha superado algunas concepciones originales, ha

incorporado una visión constructivista, ha adoptado nuevos recursos y se puede considerar *post-racionalista*. (Obst Camerini, 2004)

Se puede afirmar que Aaron Beck y Albert Ellis son dos de los representantes principales en lo que atañe a la corriente cognitiva conductual. Ambos hacen énfasis en las influencias que el pensamiento ejerce sobre las emociones; aunque desde el inicio, admiten que no toda la vida emocional puede explicarse por el pensamiento.

Por otra parte, el pensamiento de un individuo refleja su sistema de interpretación del mundo, vale decir, un conjunto de creencias, supuestos y reglas subyacentes que por lo general no son plenamente conocidas por las personas (Dahab, Minici & Rivadeneira, 2007).

1.1 Principales Conceptos Teóricos

1.1.1 Esquemas y/o Creencias Cognitivas

Originalmente, Kant propuso la existencia de esquemas; el concepto fue luego adoptado por Piaget y su escuela, el término se ha empleado para designar las estructuras que integran y asigna significado a los hechos.

En los esquemas tenemos información de las experiencias vividas y vamos a percibir al mundo y a nosotros mismos en función de lo contenido en el esquema. (Heman, 2004).

Una de las formas más útiles en que se puede conceptuar y comprender los síntomas emocionales y del comportamiento del trastorno límite de la personalidad, es examinando el sistema de creencias mal adaptativas que corresponden típicamente a este desorden. El obtener una comprensión de cómo la gente con trastorno límite de la personalidad, construye y malinterpreta su situación de vida, su identidad, y sus relaciones con otros, nos ayuda a alcanzar, quizá de una manera más precisa, una visión más empática de su disturbio.

El modelo cognitivo define esquemas como elementos cognitivos tácitos y organizado, generalmente rígidos, compuestos de abstracciones (emociones y pensamientos) hechas sobre los atributos de un estímulo, persona, interacción u objeto. (Calderón, 2004)

Los esquemas son descritos también en función de su valencia, de su grado de activación que pueden ir entre los extremos de latente e hipervalente. Se dice que cuando los esquemas son latentes, no participan en el procesamiento de la información; en tanto que cuando están activados, canalizan el procesamiento cognitivo desde las primeras etapas hasta las finales.

Los esquemas típicos de los trastornos de la personalidad se asemejan a los activados en los síndromes clínicos; pero actúan con más continuidad en el proceso de la información.

La personalidad, indica Beck (2005), puede manifestarse como una organización relativamente estable compuesta por sistemas y modalidades. Los sistemas de estructuras entrelazadas (esquemas) son los responsables de la secuencia que va desde la recepción de un estímulo hasta el punto final de una respuesta conductual.

Los prototipos de nuestras pautas de personalidad pueden derivarse de la herencia filogenética; es decir, las estrategias genéticamente determinadas que, facilitaron la supervivencia y la reproducción fueron presumiblemente favorecidas por la selección natural. Derivados de estas estrategias primitivas pueden observarse en forma exagerada en los síndromes sintomáticos tales como los trastornos por ansiedad y la depresión, así como los trastornos de personalidad (Beck, 2005).

Algunas investigaciones han encontrado que el cerebro registra, almacena y revive el significado emotivo de los hechos traumáticos en la amígdala paralelamente e independientemente del procesamiento cognitivo consciente que se efectúa en el hipocampo y neocortex. Las respuestas emotivas pueden dispararse sin la participación de sistemas de procesamiento cognitivo consciente. (LeDoux, 1996)

Si aspectos emotivos y cognitivos de traumas, pueden estar registrados en distintos sistemas, se puede entender porque los esquemas no son modificables únicamente por métodos cognitivos.

Avanzamos a través de un continuum que puede ir desde las estrategias basadas en la evolución hasta la forma en que el procesamiento de la información, que comprende los procesos afectivos, antecede a la acción de esas estrategias.

La manera de evaluar una situación depende en parte de las creencias subyacentes pertinentes. Esas creencias están incrustadas

en estructuras más o menos estables, denominadas esquema, que seleccionan y sintetizan los datos que ingresan.

Al asignarle significados a los acontecimientos, las estructuras cognitivas inician una reacción en cadena que culmina en los tipos de conducta abierta (estrategias) que se atribuyen a los rasgos de la personalidad. Dichas pautas conductuales que mayormente adjudicamos a los rasgos de personalidad, por ejemplo: honesto, tímido, sociable. Supone entonces estrategias interpersonales desarrolladas a partir de la interacción entre las disposiciones innatas y las influencias ambientales (Beck, 1995).

Con independencia del origen final de los prototipos genéticamente determinados de la conducta humana, existen pruebas firmes de que ciertos tipos de temperamentos y pautas conductuales relativamente estables ya están presentes desde el nacimiento (Kagan, 1989). Lo mejor es considerar esas características innatas como tendencias que la experiencia puede o bien, acentuar o de otro modo, amoldar.

En el sistema cognitivo las situaciones que gatillan los pensamientos automáticos, pueden ser:

- Un acontecimiento externo
- Una sensación o perturbación física
- Una fantasía, imagen o un recuerdo

Las creencias más centrales o *creencias nucleares*, son una concepción de sí mismo o del mundo y son conjugables con el verbo ser, pueden ser disfuncionales cuando hacen alusión a aspectos denigrantes de nuestro yo: “Yo soy un inútil”. Todos tenemos creencias nucleares, algunas trabajan a nuestro favor y otras en contra.

Las personas muchas veces no las expresan ni siquiera a sí mismas y no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias desarrolladas desde la infancia, son absolutas y consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones fundamentales y profundas que las personas hacen de *sí mismas*, de las *otras personas* y de *su mundo*.

Las creencias nucleares representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación, que influye en los otros niveles.

Los pensamientos automáticos, las palabras e imágenes que están en nuestra mente, están relacionadas a las situaciones y representan el nivel más superficial de las cogniciones.

Algunas de las características de los esquemas, según Calderón (2004) son:

- Los esquemas como componentes de la memoria, son generalizaciones derivadas de experiencias específicas que hayamos tenido ó, conclusiones prototípicas de casos específicos que hayamos vivido.
- Los esquemas son construidos en la infancia en parte como patrones de conducta repetitivos aprendidos de los padres que luego son internalizados.
- Esquemas aparentemente disfuncionales tienen en realidad, o tuvieron, funciones adaptativas.
- En general uno no adapta su cosmovisión a las demandas de su entorno, en cambio, la gente modifica la interpretación de eventos de manera tal que éstos concuerden con el esquema personal.
- La terapia cognitivo conductual provee experiencias conductuales y oportunidades de aprendizaje incompatibles con esquemas, cambiándolos eventualmente por otros esquemas más funcionales.
- Esquemas comúnmente responsables de trastornos de ansiedad requieren que el mundo sea percibido como peligroso y que; por consiguiente, uno carezca de la capacidad de lidiar (o protegerse) efectivamente con él.

El concepto de de esquema cognitivo suele recibir otros nombres como el de estructura cognitiva y en el ámbito clínico el de supuestos personales. Equivalen también al sistema de creencias según la concepción de Albert Ellis.

Con todos estos términos equivalentes nos referimos a la estructura del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los cuales conceptualizamos de forma idiosincrática nuestra experiencia. Se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos, o no, ser conscientes.

Los esquemas pueden permanecer inactivos a lo largo del tiempo y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), se activan y actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas).

Las estructuras cognitivas, generalmente denominadas esquemas, que dan lugar a las evaluaciones y a las respuestas, son el resultado de predisposiciones genéticas y del aprendizaje generado a través de las experiencias vividas, propias de cada persona.

Tres niveles de cognición son discutidos: autoverbalizaciones, distorsiones cognitivas y creencias cognitivas. La modificación de autoverbalizaciones (o contenido cognitivo) se enfoca en la evaluación y en el cambio de los actuales pensamientos automáticos.

Las distorsiones cognitivas (o procesos cognitivos) son errores sistemáticos de la lógica y el razonamiento que dan resultado a pensamientos negativos automáticos. Las creencias cognitivas o esquemas son grupos de autoverbalizaciones cognitivas basadas en uno o más temas y que también se refieren a creencias condicionales o estructuras de conocimiento tácito (Thomas, 2007)

Muchas de las creencias básicas que se encuentran en los trastornos del Eje II se vuelven manifiestas cuando el paciente desarrolla un trastorno por ansiedad generalizada o una depresión mayor.

Existe un estudio pionero que examinó la relación general entre cogniciones disfuncionales y trastornos de personalidad O'Leary y otros (1991 citado en Beck, 2005) estudiaron las creencias y presupuestos disfuncionales en el trastorno límite de la personalidad. Los sujetos con TLP dieron puntuaciones significativamente más alta en cuanto a creencias disfuncionales que los del grupo de control y esas puntuaciones estaban entre las más altas de todos los grupos de diagnóstico recogidos hasta el momento. Además, sus resultados no estaban relacionados con la presencia o ausencia de una depresión mayor, el haberla padecido en el pasado o su situación clínica actual

A continuación se presenta un cuadro que enmarca un perfil que Beck (2005), expone como característico del trastorno límite de la personalidad:

Tabla N° 1. Perfil Característico del Trastorno Límite de la Personalidad

Trastorno de personalidad	Concepción de sí mismo	Concepción de los demás	Principales creencias	Estrategia principal
Límite	<p>Vulnerabilidad (al rechazo, Traición y a la dominación). Carente de un apoyo emocional que necesita.</p> <p>Privado de capacidad y fuerza.</p> <p>Fuera de control. Defectuoso Imposible de ser amado, malo.</p>	<p>Idealizados Capacitados.</p> <p>Dignos de amor, perfectos</p> <p>Devaluados controladores, traidores, que abandonan, que rechazan.</p>	<p>No puedo manejarme solo.</p> <p>Necesito a alguien en quien confiar.</p> <p>No puedo soportar los sentimientos desagradables</p> <p>Si me fío de alguien, me maltratará y abandonará.</p> <p>Lo peor que le puede pasar a uno es que lo abandonen.</p> <p>Me resulta imposible controlarme a mí mismo.</p> <p>Merezco que me castiguen.</p>	<p>Subyugar sus necesidades para mantener la relación.</p> <p>Protestar teatralmente, amenazar y ser violentos con aquellos que den signos de un posible rechazo.</p> <p>Aliviarse a través de la autolesión y</p> <p>Intentar el suicidio como una forma de escape o manipulación</p>

Fuente: Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad de Beck (2005)

La creencia de que el mundo es en general peligroso, lo lleva a la conclusión de que siempre es peligroso bajar la guardia, asumir riesgos, revelar la propia debilidad. Entonces aparecen una tensión y una ansiedad crónica, una actitud de alerta ante posibles signos de peligro, cautela en las relaciones interpersonales y malestar con las emociones difíciles de controlar (Beck, 1995).

Por su parte Pretzer encontró que existen tres temas predominantes en las creencias del trastorno límite de la personalidad:

“El mundo es peligroso y malévolo”, “no tengo capacidad y soy vulnerable”, y “soy inaceptable de forma inherente”.⁴

Basándose en la teoría cognitiva y en observaciones clínicas, Beck y Freeman (1995) formularon un índice de esquemas prototípicos para la mayor parte de los trastornos del Eje II. Se listaban creencias cognitivas y supuestos específicos que se piensan están asociados con cada trastorno de personalidad.

El conjunto de creencias que aparecía en la lista de su apéndice de (Beck y Freeman, 1995) no incluía un conjunto de creencias para el trastorno límite de la personalidad (TLP). En aquellos días se pensaba que esos pacientes acumulaban toda una suma de características de los demás trastornos de personalidad. De hecho hoy podemos encontrar que siguen compartiendo algunas creencias cognitivas que están presentes en otros trastornos de personalidad.

Posteriormente se llevó a cabo un estudio empírico con el PBQ (Personality Believe Questionnaire) que es una prolongación natural de la teoría cognitiva de los trastornos de la personalidad y fueron identificadas 14 creencias PBQ que discriminaba pacientes con trastorno límite de la personalidad. Estos hallazgos fueron validados de manera cruzada en dos muestras independientes con 42 pacientes con un TLP. Tras ello, las creencias correspondientes al TLP fueron incorporadas a una escala de creencias para el trastorno límite de la personalidad. (Beck, 2005)

⁴ Pretzer, 1990, citado por Beck y colaboradores, 2005.

A continuación se presenta un cuadro de las 14 Creencias (PBO) encontradas para el trastorno límite de la personalidad, según Beck.

Tabla N° 2. Las 14 Creencias (PBO) Para el Trastorno Límite de la Personalidad, Según Beck.

Creencias Cognitivas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las sensaciones desagradables van en escalada hasta que se hacen incontrolables.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ No puedo con las cosas como el resto de la gente.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La gente a menudo dice una cosa; pero quieren decir otra.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si los demás se acercan a mí, descubrirán mi yo “real” y me rechazarán.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una persona próxima a mí, puede ser desleal o infiel.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soy alguien necesitado y débil.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ No me puedo fiar de los demás.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tengo que estar constantemente en guardia.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Necesito que alguien esté siempre a mi alcance para ayudarme en lo que tengo que hacer; de lo contrario sucederá algo malo.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La gente se aprovechará de mí si le doy la oportunidad.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cualquier signo de tensión en una relación indica que la relación se ha estropeado; por lo tanto, debo cortar con ella.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si me dejan solo, no puedo valerme por mí mismo.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La gente sólo me prestará atención si actúo de manera extrema.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Me golpearán a mí, si no golpeo primero.

Fuente: Beck (2005)

Young & otros (2003) formularon una lista de esquemas tempranos desadaptados que se pueden percibir en las personas con trastorno límite de la personalidad:

a) Esquema de abandono

Muchas personas con trastorno límite de la personalidad son altamente sensibles a las pérdidas de las personas. Se sienten fuertemente apegados, independiente de que este apego sea sano o no. La gente entra, se incorpora y sale de nuestras vidas como parte natural del ciclo vital, y el hacer frente de manera eficaz a esta realidad es uno de las tareas y de los desafíos de la vida. Desafortunadamente, el esquema del abandono del paciente con trastorno límite de la personalidad, está sustentado por creencias tales como:

- Debo hacer lo que sea para aferrarme a ese amor;
- En cualquier momento, alguien puede dejarme, y debo estar vigilante, tomar medidas para prevenir esto;
- Cuando alguien me deja temporalmente, se siente como si fuera permanente;
- Cuando alguien me deja, representa un acto deliberado de crueldad
- si me abandonan, no podré hacer frente

Una de las áreas de investigación que ha estado sobre la experiencia de los pacientes con sus cuidadores a temprana edad, encontrando que éstos estaban ausentes de cierta manera. Los casos varían en situaciones en las cuales los pacientes tenían padres que eran mentalmente enfermos, químicamente adictos, hospitalizados por períodos largos, padres separados o muertos prematuramente.

b) Esquema de Desconfianza

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad, tienen dificultad para confiar, ellos necesitan poner a prueba a la gente por un tiempo. Basta que alguien cometa una sola transgresión para que ellos lo interpreten en términos de desconfianza. Tales personas aprenden que incluso la gente más cercana a ellos puede lastimarlos, causando desconfianza aun cuando a veces la evidencia indica que las intenciones de la persona son benignas. Obviamente, este fenómeno causara conflicto en las relaciones íntimas, así

como amistades, lazos de familia, e interacciones con los terapeutas. Los pacientes con trastorno límite de la personalidad, tienen a menudo historias de experimentar violaciones de la confianza por parte de adultos, incluyendo negligencia, abuso físico y sexual.

c) Esquema de Incompetencia

Frecuentemente tienen dudas acerca de sus habilidades, ellos piensan que no serán capaces de conseguir sus metas, los invade la incertidumbre y tienden a compararse desfavorablemente con otros. Piensan que no pueden enfrentar las demandas de la vida como pueden otros. Muchas veces se restringen de perseguir las oportunidades académicas o vocacionales avanzadas, creyendo que probablemente fallaran. Una hipótesis etiológica sostiene que el sentido del paciente de su incompetencia es el resultado de cuidados muy pobres, junto con una crítica excesiva a través de sus años en que dependía de los adultos. Estos jóvenes crecen careciendo de la suficiente dirección sobre cómo tomar el cuidado de sí mismos, cómo hacer funcionar eficazmente una casa, cómo hacer frente a la decepción, y cómo mantener la confianza en sí mismo a pesar de la adversidad.

d) Esquema de no ser amado, maldad y defectuosidad

Es común oír a pacientes con un TLP, lamentarse de que están fatales y que no son dignos de amor. Creen a menudo que no merecen conseguir cosas buenas, o ser tratados bien, y sabotean las cosas cuando van bien, incluyendo la terapia. Este esquema tiene que ver con los criterios de diagnóstico del trastorno de la identidad, de la labilidad emocional, de las relaciones inestables, y de los comportamientos recurrentes de daño hacia sí mismo, incluyendo gestos suicidas. Algunos pacientes con trastorno límite de la personalidad, manifiestan que provocarán deliberadamente la desaprobación de otros para crear una situación que sea más congruente con su sentido de la defectuosidad y de no merecer ser amado. De esta manera, su comportamiento disfuncional es nocivo a otros; pero se parece al sentido de sí mismos.

e) Falta de Individuación y Subyugación

Este esquema se parece relacionarse con el sentido malformado de su identidad, de sensaciones de vacío, de relaciones inestables, y de problemas generales con límites interpersonales. Careciendo de una comprensión de satisfacción, de qué son y de dónde están parados por ejemplo, pueden ser impulsivos sexualmente. Desafortunadamente, son también vulnerables a la manipulación y a ser abusados por la gente que detecta su carencia de una identidad estable, y están dispuestos a ejercer un control malsano sobre ellos.

f) Esquema de Evitación

Consiste en eludir los pensamientos o las situaciones que pudieran activar el esquema, como situaciones de intimidad, metas laborales, etc.

g) Esquema Defectuoso/Vergüenza

En un estilo de sobrecompensación: la persona con un trastorno límite de la personalidad crítica y rechaza a otros si parecen muy buenos o muy capaces.

Beck & Wright (2001) señalan que en enfermedades crónicas como los trastornos de personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria, los esquemas que pertenecen al sí mismo pueden estar constantemente presentes y resultar más resistentes al cambio que en la depresión o en los trastornos de ansiedad.

1.1.2 Pensamientos Automáticos

Los pensamientos automáticos serían los contenidos de las distorsiones cognitivas derivadas de la unión de la valoración de los eventos y los supuestos personales. Los mismos surgen de las creencias, las cuales son tomadas por las personas como verdades absolutas.

Son como diálogos internos que entablamos con nosotros mismos y que se expresan a través de pensamientos o imágenes que se conectan con estados emocionales intensos. Son diferentes a los pensamientos que se tienen en estados de ánimo de mayor sosiego.

Así, explica Obst Camerini (2000), “son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parece brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma verbal y/o visual” (p. 33).

No son resultado del razonamiento, la reflexión o el análisis, sino que ocurren como por reflejo, son relativamente autónomos; son la expresión de las actitudes y creencias aprendidas temprano en la vida y provienen de la familia, escuela y otras influencias sociales.

La meta inmediata, consiste en modificar la predisposición sistemática del pensamiento, a producir ciertos sesgos cognitivos (distorsiones cognitivas)

Los pensamientos automáticos se suelen recoger de tres fuentes principales (Ruiz & Cano, 2001):

1. informes orales del mismo paciente al expresar las cogniciones, emocionales y conductas que experimenta entre las sesiones y referidos a determinadas áreas problemáticas;
2. los pensamientos, sentimientos y conductas experimentados durante la terapia;
3. el material introspectivo o de autorregistro escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones.

1.1.3 Distorsión Cognitiva

Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos reciben el nombre de distorsiones cognitivas.

Los pacientes tienden a cometer persistentes errores en la forma cómo piensan. Con frecuencia se observa un desvío negativo sistemático en la forma de procesar el conocimiento en los pacientes que padecen un trastorno psicológico. (Obst Camerini, 2004)

Las distorsiones cognitivas surgen cuando acontecimientos estresantes en la vida desencadenan esquemas o creencias irreales. Cada individuo tiene un conjunto de vulnerabilidades idiosincráticas que predisponen a la persona a la angustia psicológica en una forma única. Estas vulnerabilidades parecen relacionadas con la estructura de la personalidad y el esquema cognitivo. (Engler, 1996)

Las distorsiones cognitivas más frecuentemente encontradas son las siguientes (Beck, 1995, Dattilio & Padesky, 1995, Peurifoy, 1999, Obst Camerini, 2004):

- 1) Pensamiento dicotómico, o en “blanco y negro”: las experiencias son codificadas como todo o nada, un completo éxito o un fracaso total. Esto se conoce como pensamiento polarizado.
- 2) Adivinación del futuro: es como si tuviera una bola de cristal que sólo le predijera a la persona tristeza o catástrofes
- 3) Descalificar o descartar lo positivo: es la persistente tendencia que tienen algunos sujetos en transformar las experiencias neutras o incluso positivas en negativas. No se trata sólo de ignorar las experiencias positivas, sino de transformarlas rápidamente en su opuesto.
- 4) Inferencia arbitraria: implica el extraer una conclusión específica sin evidencia que la apoye, aun cuando la evidencia dice lo contrario.
- 5) Razonamiento emotivo: se refiere a los pensamientos irracionales que se generan por las asociaciones inconscientes o creencias nucleares negativas.
- 6) Explicación sesgada: este es un tipo de pensamiento casi suspicaz en el que existe una suposición automática de que las otras personas tienen una razón para actuar, porque en el fondo quieren algo.
- 7) Rotulación, o “etiquetar”: el sujeto usa las imperfecciones y equivocaciones del pasado para definirse a sí mismo.
- 8) Magnificación/Minimización. (Magnificar lo negativo y minimizar lo positivo): un suceso o circunstancia se percibe bajo un prisma mayor o menor del apropiado.
- 9) Filtro Mental (“Abstracción selectiva”): se refiere a conceptualizar una situación con base en un detalle tomado de contexto e ignorar todas las demás explicaciones posibles.
- 10) Lectura de la mente: esta distorsión radica en creer que se es capaz de conocer lo que los otros están pensando sin comunicación verbal. La persona termina adjudicándole una intención negativa al otro.

- 11) Generalización o sobregeneralización: implica abstraer una regla general de uno o dos incidentes aislados y aplicarla con demasiada amplitud.
- 12) Personalización: se atribuyen sucesos exteriores a uno mismo cuando no existen suficientes pruebas para llegar a esa conclusión.
- 13) Exigencias, demandas (“debe” o “debería”): adopta la forma de un pensamiento o afirmación, que se identifica con palabras como deberías, debe, no puedes. Consiste en el hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre la forma en que deben suceder las cosas. Cualquier desviación de esas reglas u normas se considera intolerable o insoportable y conlleva alteración emocional extrema.
- 14) Visión en Túnel: ver sólo aquello que se desea o se ajusta a su estado mental.

Lo esencial es destacar que; aunque algunas distorsiones pueden ser específicas de determinados trastornos, lo normal es que estén implicados en diversos trastornos y estados emocionales alterados. Solo la organización cognitiva es idiosincrática y personal a cada individuo; aunque pueden encontrarse semejanzas en sus distorsiones y Supuestos personales.

1.1.4 La Tríada Cognitiva

Al inicio Beck usaba este concepto para referirse únicamente a los patrones de pensamiento que tenían que ver con la depresión.

Beck (1983), con un sentido más general, definen como tríada cognitiva a los significados o interpretaciones inadaptados o disfuncionales que la persona hace de:

- Sí mismo
- Su entorno contextual o sus experiencias
- Su futuro (metas)

1.1.5 Concepto de Sí Mismo.

Este concepto aparece en Beck, como creencia nuclear. Se refiere a evaluaciones que hace cada persona de sí misma referidas de alguna manera a ser, o no, querido y capaz. Su predominio negativo es causa integrante de algunas patologías (Obst Camerini, 2000).

El propio sentido del yo se forma mediante las observaciones de las reacciones de uno mismo y de los demás ante las propias acciones. Los prerequisites del desarrollo de la identidad son la consistencia emocional y la predictibilidad, a lo largo del tiempo y en situaciones similares.

Según Barudy (1998), los niños que han experimentado malos tratos, no solo tiene una mala imagen de sí mismo, sino que también pueden presentar en su vida ulterior, una visión desconfiada de los seres que le rodean, ya que una parte de su mundo, sus padres, le rechazan y porque el niño proyecta su hostilidad, frustración e inadecuación sobre el mundo exterior. Señala, que este tipo de personas, por el hecho de haber recibido poco de sus padres, esperan muy poco de los demás.

La tendencia de los individuos con TLP a inhibir o intentar inhibir respuestas emocionales también puede contribuir a una ausencia de un fuerte sentido de identidad. El entumecimiento asociado a la inhibición del afecto se experimenta frecuentemente como vacuidad y contribuye a la inadecuación y a la ausencia, a veces completa, del sentido del yo (Linehan, 2003).

Por otra parte, la causa y a la vez la consecuencia de una falta de coherencia cognitiva en cuanto a la inestabilidad afectiva e interpersonal, es en gran medida consecuencia de una estructura psicológica defectuosa, la ausencia de una identidad bien construida, de un sí mismo coherente y organizado. Experimenta su propia identidad como inmadura, nebulosa y vacilante (Belloch & Fernández Álvarez, 2005).

Davidson & otros (2000), han señalado que individuos con un TLP, tienen de base un núcleo de creencias relacionadas con una baja autoestima, manifestadas en expresiones tales como: "soy malo" o "no tengo valía". Estas creencias facilitan y refuerzan el desarrollo de estrategias de comportamiento en relación a la degradación de sí mismos y el autocastigo. El desarrollo de estas creencias repercute en el cuidado a sí mismos.

Es posible facilitar el desarrollo en el paciente de un sentido más claro de la identidad ayudándole a detectar sus características y logros positivos, proporcionando retroalimentación positiva a sus buenas decisiones y su comportamiento adecuado, y ayudándole a evaluar con realismo sus propias acciones (Beck, 1995).

Por su parte Ellis considera que el concepto de autoestima, tiene que ver con una evaluación que se da por nuestros éxitos o fracasos, las opiniones sean ciertas o supuestas de los otros, prefiere el término autoaceptación, pues éste hace alusión al amor incondicional a nosotros mismos.

A través de la evolución del hombre, el hacer una valoración de uno mismo tiene distintas ventajas, es una predisposición biológica y es difícil renunciar a ella; pero incluso una persona con un TLP, puede minimizarlo si son aceptados incondicionalmente por sus terapeutas y si se les enseña activamente a aceptarse a sí mismos (Ellis, 1994).

1.2 Perspectiva Histórica del Trastorno Límite de la Personalidad

Haciendo un poco de historia, la entidad diagnóstica "límite" fue reconocida ya desde principios de siglo XIX. En el año 1938 fue utilizado por primera vez el término "límite" por Stern para describir un grupo de pacientes externos que no obtenían provecho del psicoanálisis clásico y que no encajaban en las categorías estándar de "neurótico" o "psicótico". Stern a partir de estudios clínicos se refiere a una "hemorragia mental", definida como intolerancia al dolor mental. Tienen el sentimiento permanente de estar siendo heridos o lastimados.

Por aquellos años la psicopatología estaba conceptualizada en un continuo que iba de lo normal a lo neurótico y psicótico.

Melitta Schmeidler en el año 1947 estuvo entre los primeros clínicos que utilizaron el término "límite" en las publicaciones posteriores a la Segunda Guerra Mundial. Los caracterizó como sujetos incapaces de tolerar la rutina y adquirir alguna introspección, con tendencias a llevar vidas caóticas y con capacidad empática deficiente. Las personas con un TLP sufren alteraciones que afectan casi todas las áreas de su personalidad y su vida, en particular las relaciones personales y la profundidad de sus pensamientos (Millon, 2000).

Wolberg describió unas características clínicas que son muy parecidas a las que se pueden encontrar en la formulación del DSM-III. Ella destaca la ambivalencia de las personas con un TLP, de ser visto como un niño bueno por parte de sus padres y la resistencia a obedecerles; una constante necesidad de confirmación del amor, hipersensibilidad al rechazo anticipado de los demás, un creciente

sentimiento de fracaso personal, soledad y vacío, hostilidad sobre los demás, seguidas de arrepentimiento y culpa.

La contribución de Knight se centro en que sus escritos constituyeron un aporte esencial a la importancia de la debilidad del yo, considerándola un elemento crucial de la “estructura de personalidad límite” (Millon, 2000).

Dentro del modelo psicoanalista está Kernberg, el cual tuvo mucha importancia en su conceptualización. Como resultado de sus estudios se fue hablando cada vez más de una “estructura de personalidad límite”, como algo estable y diferenciable, tanto de la neurosis, como de la psicosis y; en consecuencia empezó a adquirir su propia identidad.

Según Kernberg (1998), una organización de personalidad límite, es “una personalidad inmadura que se caracteriza por una pobre integración de la identidad y el uso de unas defensas muy primitivas como el mecanismo de escisión, la identificación proyectiva, negación, omnipotencia y devaluación, con una prueba de realidad relativamente intacta”.

Phillips & Gunderson (2001), manifiestan que los conceptos del trastorno límite y narcisista de la personalidad se desarrollaron a partir del marco de las relaciones objetales.

Por su parte Gunderson y Singer introdujeron la primera definición operacional del trastorno límite de la personalidad. Esta definición tenía apoyo de sus trabajos empíricos de tal manera que se utilizó como base para la inclusión del TLP en el DSM-III. Actualmente esta definición todavía prevalece en el DSM-IV-TR. La esencia del concepto de trastorno límite de la personalidad que maneja el DSM-IV-TR es la inestabilidad en las relaciones interpersonales, la imagen del yo y los afectos, así como una importante impulsividad (Beck, 2005).

Millon (2000), es de la opinión que el término “límite”, continúa siendo ambiguo y no realiza una descripción, sino más bien un nivel de gravedad, aun cuando las descripciones clínicas, contenidas en el DSM-IV-TR, son ahora más claras, que las versiones anteriores; en consecuencia él propone otras denominaciones como: trastorno ambivalente de la personalidad, trastorno inestable de la personalidad, como la denomina la CIE-10, trastorno impulsivo de la personalidad.

1.3 Conceptuación del Trastorno Límite de la Personalidad

Para empezar a teorizar sobre lo que es un trastorno de la personalidad, se hace imperativo definir primero lo que connota el término. Entre las muchas definiciones del concepto de personalidad,

Allport la define como:

"La organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos".⁵

Por otra parte Pelechano & Hernández, la conceptúan como:

"Todo aquello que identifica al ser humano individual a lo largo del ciclo vital, por lo que debe integrarse en un modelo de personalidad desde la reactividad situacional hasta el estilo de vida, las motivaciones, creencias y concepciones del mundo".⁶

En suma podemos decir que es la integración de nuestras características del carácter, relacionado éste con nuestro ambiente y condicionadas por nuestra biología, herencia filogenética, que conforman nuestro temperamento, definen y caracterizan nuestros pensamientos y acciones característicos.

Cuando en este conjunto de rasgos figura una variante que no comporta lo comúnmente habitual en la mayoría de las personas y se tornan inflexibles, desadaptativos y disfuncionales, podemos hablar de un trastorno de la personalidad.

El punto medular y lo que conlleva que sean una perturbación importante es que se encuentran más o menos estables a lo largo del ciclo de vida, es parte de la forma de ser de la persona que lo sufre. Es por ello que muchos pacientes consideran sus síntomas como egosintónicos y muchos pacientes así lo expresan como: "esa es mi forma de ser", "es que yo siempre he sido así".

⁵ Allport, La personalidad su configuración y desarrollo. 8ª edición, Barcelona: Editorial Herder 1986, p. 47.

⁶ Pelechano y Hernández, Manual de psicopatología, Madrid: McGraw Hill Interamericana, 1995, p. 572.

Phillips & Gunderson (2001), expresan que debe ponerse de manifiesto una afectación en más de una de las siguientes áreas: cognitiva, afectiva, de control de los impulsos, de necesidad de gratificación y de forma de relacionarse con los demás. Además, debe haberse establecido de forma crónica desde la adolescencia o al principio de la edad adulta y ser persistente, manifestarse en una amplia gama de situaciones más que en una situación desencadenante concreta o en respuesta a un estímulo particular.

Uno de los tipos de trastorno de personalidad que algunos clínicos consideran como el más temido es el trastorno límite de la personalidad, conocido también como trastorno borderline.

Algunos clínicos mantienen pobres expectativas en relación a los cambios esperados en este tipo de paciente. Lo que Belloch llamó “pesimismo apriorista”.⁷ Surge entonces, el dilema de algunos clínicos en tratar al paciente e intentar cambiar algo, que, conceptualmente pareciese ser inmodificable.

El trastorno límite de la personalidad, tiene sus inicios en la adolescencia o al principio de la edad adulta; sin embargo, los síntomas pueden llegar a atenuarse con la edad y tiende a observarse una declinación a los 40 ó 45 años en lo que tiene que ver con la impulsividad. Algunos pacientes se estabilizan, o bien parecen manifestar cierta remisión, en tanto que otros se aíslan paulatinamente lo que probablemente termine en un deterioro de los aspectos interpersonales.

Según el modelo de Linehan, este establece que:

*“El principio fundamental de la teoría biosocial sostiene que el principal trastorno en el TLP es la desregulación de las emociones. La desregulación de las emociones es el resultado conjunto de cierta disposición biológica, cierto contexto ambiental y determinada transacción entre estos factores durante el desarrollo”.*⁸

⁷ Belloch, Psicoterapias cognitivas-conductuales en el tratamiento de los trastornos de personalidad, 2,000, p. 229.

⁸ Linehan, 2003, p. 21.

Los individuos con trastorno límite de la personalidad tienen dificultades en la regulación de sus emociones, la cual está producida por una vulnerabilidad emocional y por una ineficaz y poco adaptativas estrategias de modulación de las emociones.

La inclinación a la desregulación de las emociones tiene una base biológica (aunque no necesariamente hereditaria). Una disfunción en cualquier parte del muy complejo sistema de desregulación de emociones puede proporcionar la base biológica para una vulnerabilidad emocional (Linehan, 2003).

La disposición biológica puede ser diferente en cada persona y no es probable encontrar una anomalía biológica en la base de todos los casos del TLP.

Por otra parte la circunstancia ambiental fundamental en la desregulación de las emociones, es el ambiente invalidante. Definido como:

“La tendencia a responder errática e inapropiadamente a la experiencia privada (por ejemplo, a las creencias, pensamientos, sentimientos y sensaciones del niño) y, en particular, al ser insensible frente a la experiencia privada no compartida por el grupo”.⁹

En consecuencia, un ambiente invalidante coadyuva a la desregulación de las emociones porque falla al momento de enseñarle al niño a poner nombre y a modular la activación, a confiar en sus respuestas emocionales como interpretaciones válidas de los eventos.

Linehan (2003), manifiesta que el ambiente invalidante promueve el descontrol de la expresión emocional, especialmente la expresión del afecto negativo. Las experiencias negativas son trivializadas y atribuidas a rasgos negativos. Incluyen restricciones a las demandas que un niño puede hacer a su entorno y el uso del castigo para controlar su conducta. La persona desconfía de sus propios estados internos, lo que le lleva a una sobredependencia de los otros, y esto a su vez impide el desarrollo de un sentido del self cohesionado.

⁹ Op, cit, p. 23.

Young & otros (2003), teorizan que algunos estados patológicos de los pacientes con trastorno límite de la personalidad son una regresión a estados emocionales intensos experimentados de niños.

El modelo desarrollado por Young conceptúa el trastorno límite de la personalidad, como consecuencia de haber estado solo, en un mundo malévol, y un niño del que se ha abusado.

Las personas disponen de ciertos estilos de afrontamiento; pero no siempre los están usando. Estos esquemas o estilos de afrontamiento son llamados modos.

Según Young, existen cuatro modos que definen el TLP: protector distante, niño abandonado, infante enfadado y padre punitivo. Existe el modo de adulto sano, que es la parte sana del paciente.

Uno de los modos que más teme el paciente es el modo del niño enfadado/impulsivo. Este modo denota un estadio de rabia infantil o impulsividad autogratificante que, a la larga termina siendo dañina para el paciente y para sus relaciones (Young & otros, 2003).

Normalmente el paciente teme este modo, no sólo por la intensidad del dolor emocional sino también por la reactivación del trauma relacionado con los recuerdos y sentimientos, además de que a su activación le puede seguir una activación del modo padre punitivo.

Las formulaciones de Aaron Beck sobre el trastorno límite de la personalidad hacen énfasis en los supuestos básicos en el individuo, ya que influyen en la percepción e interpretación de los acontecimientos y las respuestas emocionales.

En las primeras formulaciones de Beck (1995), señalaba que en el TLP estaban activos muchos supuestos que se pueden contemplar en otros trastornos de personalidad. El indicaba tres supuestos básicos que se suelen encontrar y que parecen desempeñar un papel central en el trastorno: “El mundo es peligroso y malo”, “Soy impotente y vulnerable” y “Soy intrínsecamente inaceptable”. Los dos primeros supuestos conducían a una hipervigilancia y a una desconfianza interpersonal excesiva.

Posteriormente Beck (2005), se llevó a cabo un estudio empírico con el Personality Belief Questionnaire y fueron identificadas 14 creencias que discriminaban pacientes con trastorno límite de la personalidad (las 14 creencias se encuentran en la tabla nº 6 del capítulo de metodología).

Otras dos importantes características cognitivas en la conceptualización del trastorno límite de la personalidad, es el pensamiento dicotómico y un débil sentido de la identidad.

El pensamiento dicotómico contribuye a la tormenta emocional y a su propensión a tomar decisiones extremas. Su incapacidad para evaluar la vida con matices, contribuye a sus alternantes estados de ánimo.

Beck (1995), expresa que todas las personas tienen defectos y carencias y la mayoría de los individuos aceptan este hecho. En cambio, la categorización dicotómica que los sujetos con un TLP se aplican a sí mismos tanto como a los demás, en el sentido de que son perfectos o completamente inaceptables, les conduce a la conclusión de que, si tienen cualquier carencia, no valen absolutamente nada.

En relación a los demás, muchas veces no importa cuánto una persona haya hecho por ellos, una falla o una negativa de la persona, borra de forma inmediata, todo lo bueno que anteriormente hizo, para pasar a la categoría de mala persona.

Si una persona con trastorno límite de la personalidad percibe originalmente que alguien es bueno y no cumple una promesa, de inmediato aparece como alguien malo (Halgin & Krauss, 2003).

Un importante componente de la terapia es reducir en lo posible, reducir el pensamiento dicotómico de estos pacientes, lo que debe llevarse a cabo tan pronto como se establezca la relación paciente-terapeuta.

1.4 Prevalencia y Etiología Del Trastorno

No resulta sencillo el poder precisar la prevalencia de los trastornos de la personalidad. Se estima que la frecuencia de estos trastornos en la población en general está entre un 6-12%, y va aumentando en forma dramática entre la población que presenta algún trastorno mental, entre un 20-40% (Belloch & Fernández Álvarez, 2005).

Según su gravedad los mismos pueden ser clasificados a lo largo de un continuum en leves, moderados y graves. En muchas ocasiones los casos leves pueden pasar desapercibidos entre la población normal.

Según estimaciones de la APA (2001), el trastorno límite de la personalidad es el más común de todos los desórdenes de personalidad en la clínica. Se encuentra presente en el 10% de los individuos. Afecta a un 2 % de la población en general, es el trastorno de la personalidad que da mayores problemas psiquiátricos y que requiere más tratamiento. Representan el 10 % aproximado, de los pacientes psiquiátricos ambulatorios en los Centros de Salud Mental y el 20 % de los ingresos psiquiátricos.

Sarason & Sarason (2006), han señalado que alrededor de dos tercios de las personas con trastorno límite de la personalidad son mujeres.

Algunos investigadores sugieren que las diferencias en la biología y en las experiencias vitales puedan explicar el desequilibrio entre géneros. Las diferencias hormonales pueden explicar la disparidad.

El trastorno límite de la personalidad es el más propenso a conductas parasuicidas en comparación con otros trastornos de personalidad. De hecho es el único que incluye la conducta autodestructiva como uno de los criterios diagnósticos.

Un 70% de los TLP cometen algún intento de suicidio a lo largo de su vida. Un 50% de ellos repite, con una media de tres intentos por caso. Las conductas de riesgo, las autoagresiones y los gestos suicidas son aún más frecuentes, ya que afectan al 90% de los pacientes (Quaderns de Salut Mental, 2006).

En relación con la etiología los investigadores del modelo biopsicosocial consideran que el trastorno surge de la combinación de un temperamento vulnerable, experiencias traumáticas en la infancia y eventos desencadenantes en la adultez.

Las perspectivas biológicas apuntan a la posibilidad de que un abuso sexual a edades tempranas deje una huella en el cerebro del individuo lo cual provoca una hipersensibilidad en las vías noradrenérgicas (sistema nerviosos simpático), de modo que el individuo tienda a reaccionar de manera exagerada, en la vida adulta, ante experiencias de cualquier tipo (Halgin & Krauss, 2003).

Los conflictos parentales también se asocian con este trastorno, puesto que el niño inmerso en dicho conflicto tiende a sentirse dividido internamente y comienza a cuestionar supuestos básicos acerca de la estabilidad y los aspectos predecibles de la vida.

Los teóricos de las relaciones objetales han encontrado un patrón maternal perturbado, por una parte una madre demasiado involucrada con su hijo e inconsistente en sus respuestas emocionales. El individuo no logra tener un sentido de sí mismo saludable "real", que pueda sentar las bases para posteriores compromisos sanos y asertivos.

Barudy (1998), manifiesta que madres que fueron maltratadas en su infancia exigen que sus hijos le testimonien un amor incondicional, reparador de todo el sufrimiento que soportaron cuando niñas. Como ningún hijo puede responder a esta expectativa, se castiga al niño situándolos en el lugar de sus propios padres, que les hicieron daño, sin darse cuenta de lo injusto de sus actos, porque se encuentran en la imposibilidad de reconocerse y reconocer a sus hijos como víctimas de una misma tragedia.

Investigaciones empíricas han encontrado una alta frecuencia de abandono traumático temprano, malos tratos y abusos sexuales. Estas experiencias traumáticas se dan en un contexto de negligencia prolongada, en el cual el niño "prelímite" desarrolla ira permanente y autoaversión. La ausencia de un vínculo afectivo estable durante el desarrollo es el origen de su incapacidad para mantener un sentido estable de sí mismo o de los otros sin contacto simultáneo, es decir, con permanencia del objeto (Phillips & Gunderson 2001).

Parece existir una relación entre el abuso en edades muy tempranas, (sobre todo el abuso sexual) y la posibilidad de desarrollar un trastorno límite de la personalidad. Las investigaciones clínicas realizadas lo encuentran como un punto en común en las historias de los pacientes (Halgin & Krauss, 2003).

Beck (2005), indica que, algunas de las experiencias traumáticas pueden haber tenido lugar en edades muy tempranas, especialmente las de castigo, rechazo y atención de parte de los cuidadores, lo cual puede conducir a una desorganización afectiva.

El abuso temprano que posteriormente puede dar pie a la aparición del trastorno límite de la personalidad, puede provocar que resultado de estas experiencias los niños esperen que los demás los dañen.

Como señala Beck (2005), el estrés extremo resultante del abuso emocional, físico o sexual del niño, puede haber conducido a una liberación incondicionada de opioides endógenos. Dicho condicionamiento en la liberación de opioides se da en respuesta a estresores tales como la expectativa de la repetición del abuso.

El hecho de que las experiencias infantiles traumáticas tengan un papel importante en la patogénesis del trastorno límite de la personalidad, probablemente explicaría el por qué un gran número de pacientes manifiestan no sentir dolor cuando se automutilan. Un estrés elevado y descontrolado podría liberar ciertos opioides endógenos que reducen la experiencia de dolor.

Los individuos adultos con trastorno límite de la personalidad reportan que quienes los cuidaron se mostraron alejados emocionalmente de ellos, que los trataron de manera inconsistente, negando la validez de sus pensamientos y sentimientos, y que no cumplieron con su papel como padres, en términos de proporcionarles protección del abuso sexual de hombres que no eran sus cuidadores (Zanarini, 1997).

Barudy (1998), explica que el carácter esencial de la amenaza psicológica provocada por los actos de sus padres, es que éstos confrontan al niño a una situación de angustia extrema, ligada al hecho de ser destruido por el otro que a su vez es su única fuente de cuidados y protección. El niño debe por un lado idealizar a sus padres, reprimiendo facetas importantes de su personalidad y asumiendo la responsabilidad de ser la causa de los golpes que recibe. El hecho de representarse a sí mismo como “malo” y actuar de acuerdo con ello, será menos angustiante que simbolizar la idea de tener padres capaces de destruirle.

Por su parte Ellis (1994), es de la opinión que este tipo de personalidades presentan déficits orgánicos, que en gran parte son heredados. Parecen nacer con varias tendencias innatas, que convergen con sus experiencias y originan varias carencias. De ahí que a menudo sufran de déficit de atención, patrón rígido en su manera de pensar, falta de aptitud para poder organizarse, tener una forma de pensar impulsiva, falta de memoria, tendencia para exagerar el significado de las cosas, entre otras.

En estos momentos todavía no se cuenta con suficiente soporte empírico, como para determinar una causa específica del porqué del trastorno límite de la personalidad.

1.5 Clasificación del Trastorno Límite de la Personalidad

1.5.1 Según el DSM-IV

El sistema multiaxial permite que los pacientes sean categorizados en forma multidimensional, acomodando toda la información relevante acerca de su funcionamiento de modo organizado y sistemático (Halgin & Krauss, 2003).

El Eje II comprende una serie de trastornos que representan características permanentes de la personalidad de un individuo. Así este Eje II comprende los trastornos de personalidad y el retraso mental que; aunque no se considera un trastorno como tal, ejerce una influencia sobre la conducta y la personalidad del individuo.

El DSM-IV, organiza los trastornos de personalidad en tres grupos diferenciados como sigue:

- 1) Grupo A: Los extraños y excéntricos: incluye los trastorno de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico.
- 2) Grupo B: Los dramáticos, emocionales e impulsivos: incluye los trastornos de personalidad antisocial, límite, histriónico, y narcisista.
- 3) Grupo C: Los ansiosos y temerosos: incluye los trastornos de personalidad evitativa, dependiente y obsesivo-compulsivo.

Los criterios diagnósticos del DSM-IV para los trastornos de personalidad, son (APA, 1995):

- A. Patrón persistente de experiencia interna y conducta que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo.
 - 1. Cognición (por ejemplo, modos de percibir e interpretarse a sí mismo, a los demás y los acontecimientos).
 - 2. Afectividad (por ejemplo, gama intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional).
 - 3. Funcionamiento interpersonal.
 - 4. Control de impulsos.
- B. El patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia diversidad de situaciones personales y sociales.
- C. El patrón persistente produce angustia clínicamente significativa o deterioro a nivel social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento.
- D. El patrón es estable y de larga duración y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o al inicio de la edad adulta.
- E. El patrón persistente no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
- F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, abuso de una droga, un fármaco) o una condición médica general (por ejemplo, traumatismo craneal).

Criterios diagnósticos del DSM-IV para los Trastornos de Personalidad Límite (Apa, 1995):

Tabla N° 3. Trastornos Límite de la Personalidad: Criterios Diagnósticos del DSM-IV

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienza al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.
2. Un patrón de relaciones inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusado y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañino para sí mismo (por ej.: gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por ej.: episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (por ej.: muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Fuente: APA (1995)

1.5.2 Según la CIE-10

La clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª. Edición, (CIE-10) fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual incluye por primera vez los trastornos mentales en 1948, bajo la sexta edición de la CIE (Compas & Gotlib, 2003).

La décima edición del CIE incluye por primera vez un trastorno similar al TLP; no obstante, se denominó trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. La CIE-10 presenta dos subcategorías del trastorno límite de la personalidad, y los presenta bajo el nombre de trastorno de inestabilidad emocional de tipo impulsivo y trastorno de "inestabilidad emocional de tipo límite", mientras que el DSM-IV, lo clasifica como un solo tipo dentro de una caracterización clínica. Básicamente comparte los mismos criterios que plantea el DSM-IV.

Muchos autores son de la opinión que la clasificación CIE-10 es más acertada que la del DSM-IV. En primera instancia el nombre, trastorno de inestabilidad emocional, está más indicado por la esencia del trastorno que el histórico término de "límite", y continuando por los subtipos, ya que la clínica parece señalar que no hay un solo tipo, como dice la DSM-IV, sino dos como indica la CIE-10, uno en el que lo más destacado son los trastornos afectivos descritos; pero en el que no hay mucha impulsividad y un segundo tipo en el que los síntomas impulsivos dominan el cuadro. (Pérez Urdaniz, Rubio, Santos, & Rubio Larrosa, 2003).

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 para los trastornos de la personalidad, son (OMS, 1993):

Se requiere la presencia de una alteración de la personalidad no directamente atribuible a una lesión o enfermedad cerebral importante, o a otros trastornos psiquiátricos, que reúna las siguientes pautas:

- A. Actitudes y comportamiento marcadamente faltos de armonía, que afectan por lo general a varios aspectos de la personalidad, por ejemplo, a la afectividad, a la excitabilidad, al control de los impulsos, a las formas de percibir y de pensar y al estilo de relacionarse con los demás.

- B. La forma de comportamiento anormal es duradera, de larga evolución y no se limita a episodios concretos de enfermedad mental.
- C. La forma de comportamiento anormal es generalizada y claramente desadaptativa para un conjunto amplio de situaciones individuales y sociales.
- D. Las manifestaciones anteriores aparecen siempre durante la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez.
- E. El trastorno conlleva un considerable malestar personal; aunque éste puede también aparecer sólo en etapas avanzadas de su evolución.
- F. El trastorno se acompaña por lo general; aunque no siempre, de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social.

Para diagnosticar la mayoría de los tipos citados más abajo, se requiere a menudo la presencia de al menos tres de los rasgos o formas de comportamiento que aparecen en su descripción.

Criterios diagnósticos de la CIE-10 para los trastornos de Inestabilidad Emocional de la Personalidad (OMS, 1993):

Tabla N° 4. Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad Tipo Impulsivo
<ul style="list-style-type: none"> A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad. B. Al menos tres de los siguientes criterios, uno de los cuales debe ser el número (2): <ul style="list-style-type: none"> 1) Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias 2) Marcada predisposición a un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos propios son impedidos o censurados 3) Predisposición para los arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas 4) Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata 5) Humor inestable y caprichoso.
Tabla N° 5. Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad “Tipo Límite”
<ul style="list-style-type: none"> A. Debe cumplir los criterios generales de trastornos de la personalidad. B. Deben estar presentes al menos tres de los síntomas mencionados más arriba, además de al menos dos de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> 1) Alteraciones y dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y preferencias íntimas (incluyendo las preferencias sexuales) 2) Facilidad para verse implicados en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis sentimentales 3) Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados 4) Reiteradas amenazas o actos de autoagresión 5) Sentimientos crónicos de vacío

Fuente: OMS (1993)

Tabla N° 6 Comparación entre el DSM-IV y la CIE-10 en Relación al Trastorno Límite de la Personalidad		
Criterios diagnósticos	DSM-IV	CIE-10
Tipos	Lo clasifica en un solo tipo: trastorno límite de la personalidad.	Lo clasifica en trastorno de inestabilidad emocional y sus dos subtipos: el tipo impulsivo y el tipo inestable.
Relaciones inestables-devaluación e idealización	Se refiere a un patrón de relaciones inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre extremos de idealización y devaluación.	Lo presenta en el subtipo "límite" con facilidad para las relaciones intensas e inestables y no hace alusión a la idealización y devaluación. Características importantes que una mayoría de las personas con este trastorno presenta. Fenómeno al que Kernberg (2003) llama escisión y Beck (1990) se refiere a esto como pensamiento y comportamiento dicotómico.
Impulsividad	Especifica el tipo de impulsividad que presentan las personas con trastorno límite de la personalidad (ver criterio 4)	Únicamente habla de actos impulsivos de manera general (ver criterio 2 del tipo impulsivo)
ideación paranoide y los síntomas disociativos	Presenta como un criterio, la ideación paranoide y los síntomas disociativos en el trastorno de personalidad límite.	No presenta la ideación paranoide y los síntomas disociativos en ninguno de los dos subtipos que presentan

Confeccionado por Mariela Robles (2008)

1.6 Co-Ocurrencia del Trastorno

Existe una alta co-ocurrencia comúnmente asociada al trastorno límite de la personalidad que hace que el diagnóstico sea aun más complicado.

Muchas veces algunos pacientes llegan a consulta a tratar algunos síntomas que parecen estar asociados al trastorno, cuando hilamos fino, nos damos cuenta que el verdadero motivo de consulta termina siendo un trastorno de personalidad. Es por ello que se hace imperativo, no guiarse por la primera impresión, pues el trastorno puede estar soslayado y el terapeuta puede tener un diagnóstico desacertado de la fuente principal del problema.

Una buena guía es indagar como ha sido el patrón de comportamiento del paciente a lo largo de su ciclo vital. Precisar el tiempo de aparición y si se mantienen los síntomas.

Existe una gran variedad de trastornos que comparten co-ocurrencia con el TLP, como el trastorno del estado de ánimo que, como advierte Belloch & Fernández Álvarez (2005), es el primer grupo de trastornos con los que se necesita establecer un diagnóstico diferencial, ya que pueden presentar síntomas maníacos o hipomaniacos, lo que haría suponer que se trata de un trastorno bipolar.

Por otra parte, también puede compartir co-ocurrencia con algunos trastornos de personalidad como el trastorno histriónico, el narcisista, el trastorno antisocial y el trastorno de personalidad por dependencia.

En un estudio realizado por Becker, Grilo, Edell & McGlashan (2000), encontraron evidencia, de una alta co-ocurrencia del TLP, en un grupo de adolescentes, que abarcaban al grupo A y C de los trastornos de personalidad; en tanto que en el grupo de adultos por el contrario, el patrón de co-ocurrencia era menos amplio, encontrando co-ocurrencia solo en el trastorno antisocial de la personalidad.

Aunque los pacientes con un TLP, pueden compartir muchas características del trastorno de personalidad antisocial, como la temeridad e impulsividad, su comportamiento esta más encaminado a llamar la atención en las relaciones interpersonales y la búsqueda de apoyo, más que manipular para obtener ganancias materiales.

Con algunas excepciones el TLP, debería ser el principal diagnóstico cuando se encuentren presentes en comorbilidad con trastornos del Eje I. Algunas trastornos que pudieran quedar excluidos de esta regla son el trastorno bipolar, la depresión grave, los trastornos psicóticos (a excepción de la psicosis transitoria, relacionada con el estrés, el abuso de sustancias que necesita un tratamiento de desintoxicación, la hiperactividad/déficit de atención y la anorexia nerviosa (Beck, 2005).

La frecuente coexistencia, hasta un 25%, de características inherentes al trastorno antisocial de la personalidad entre los TLP es la causa de que estos pacientes adopten un patrón de conducta que conlleva problemas con la ley. Las implicaciones legales en las que se ven involucrados los TLP son significativas (Monzón & Giro, 2005).

En este sentido, cabe resaltar los delitos contra la salud pública como el consumo de sustancias, el escándalo público por las conductas explosivas, peleas, los delitos contra la seguridad vial, por la forma temeraria que a veces tienen de conducir e incluso la conducta violenta con daños a terceros

1.7 Características Clínicas

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad manifiestan una compleja manifestación de síntomas clínicos; no obstante, ciertos elementos se mantienen usualmente para una mayoría.

Clínicamente mantienen cuadros de inestabilidad y dicotomías (ambivalencia) que es lo que más sobresale en las personas con trastorno límite de la personalidad. A pesar de que la inestabilidad emocional es una de las características más notorias y básicas en el trastorno límite de la personalidad, se puede observar incongruencias en los otros aspectos de su comportamiento.

Como describe Millon (2000), su apariencia y su voz, pueden mostrar un patrón de vacilación y facilidad para el cambio. Un día van vestidos de forma bastante adecuada y atractiva; al día siguiente tienen un aspecto desastroso. Un día su voz es enérgica; al otro se expresan dubitativamente y con monosílabos.

Las características clínicas del trastorno límite de la personalidad de la personalidad, Millon (2000), las divide en tres grandes categorías:

- 1) Ansiedad por separación: las personas con TLP, son excesivamente dependientes; vulnerables a las separaciones de las fuentes de apoyo. Les aterran los menores signos de una posible pérdida y la anticipación de esta catástrofe provoca la distorsión de sus percepciones. Cuando devalúan su autoestima les cuesta creer que los demás pueden valorarles; en consecuencia temen en exceso que los otros les desprecien y abandonen. Cualquier acontecimiento que potencie estos sentimientos puede desencadenar un episodio psicótico o bien estados de depresión o excitación.
- 2) Conflictos cognitivos y sentimientos de culpa: tienen conflictos con sus necesidades de dependencia y suelen sentirse culpables cuando se comportan de forma autoafirmativa. Por otra parte sienten una ira intensa hacia aquellos de los que dependen debido a su poder para forzarles a la aprobación. Su resentimiento se convierte en una amenaza. Para estar a salvo de esta ira y de este resentimiento vuelven estos sentimientos hacia sí mismos y se transforman en personas muy autocríticas y autoculpabilizadoras. Empiezan a sentirse culpables por sus ofensas y su falta de valor. Se imponen a sí mismos los mismos juicios despreciativos que anticipan de los demás. La ira puede surgir de los desencadenantes inmediatos y el rencor alimentado durante los años en que se ha sentido limitado.
- 3) Inestabilidad afectiva y comportamental: la característica más llamativa de los pacientes con TLP, la constituyen la intensidad de sus estados de ánimo y la frecuencia con la que cambian sus comportamientos. Presentan períodos en los que pierden el control o en los que experimentan un episodio psicótico. Con frecuencia, estos pacientes presentan un estado de ánimo dominante, normalmente un tono depresivo que en ocasiones se ve interrumpido por breves episodios de agitación ansiosa.

Las personas con un trastorno límite de la personalidad suelen estar confusas acerca de su propia identidad o del concepto de lo que son. Ellos no están seguros de lo que desean de la vida y, a un nivel más profundo, carecen del dominio firme de su sentido de identidad (Halgin & Krauss, 2003).

Muchas veces los estados de ánimo tan cambiante los sumerge en tal situación que no les permite determinar qué es lo que quieren y planificar de manera sistemática sus metas y objetivos.

El entumecimiento asociado a la inhibición del afecto se experimenta frecuentemente como vacuidad y contribuye a la inadecuación y a la ausencia, a veces completa, del sentido del yo (Linehan, 2003).

Kaplan (2001), señala que los pacientes con un TLP, se quejan de sentimientos crónicos de vacío y aburrimiento y carecen de un sentido constante de la identidad, estos pacientes se quejan de lo deprimidos y aburridos que se sienten la mayoría del tiempo a pesar de la naturaleza tormentosa de sus otros afectos.

Phillips & Gunderson (2001), opinan que cuando los pacientes con un TLP, se sienten cuidados, sostenidos y apoyados, las características depresivas (concretamente de soledad y vacío) se hacen más evidentes. Ante la amenaza de pérdida de esta relación de apoyo, la maravillosa imagen idealizada del generoso cuidador es reemplazada por la odiosa imagen devaluada de un cruel perseguidor, cambio denominado escisión (splitting).

La ausencia de sostén, probablemente ponga de manifiesto experiencias disociativas, ideas de referencia o actos impulsivos desesperados (abuso de sustancias y promiscuidad).

Tal como señala Kaplan (2001), los pacientes con un TLP, no toleran la soledad, y prefieren la búsqueda frenética de compañía, por insatisfactoria que sea, a tener que soportarse a ellos mismos. Para aliviar la soledad; aunque sea por un corto período de tiempo, pueden aceptar a un extraño por amigo o comportarse de manera promiscua.

La APA (2001), señala que la cólera e impulsividad son características del trastorno límite de la personalidad y puede dirigirse a los otros, incluyendo el clínico. Esto puede ocurrir particularmente cuando hay una interrupción en las relaciones del paciente o cuando se siente abandonado (por ejemplo, hay un cambio en el clínico) o cuando el paciente se siente traicionado, acusado injustamente, o no muy bien comprendido y culpado por el clínico o otra persona significativa.

Millon (2000), ha encontrado que el paciente con un TLP, es más ambivalente en las relaciones interpersonales que la mayoría de los otros tipos de personalidad. Además, estos individuos han tenido menos éxito al satisfacer sus necesidades de dependencia y sufren una considerable ansiedad por separación.

Muchos individuos con un trastorno límite de la personalidad, son impulsivos en una o más áreas potencialmente perjudiciales para ellos, gastan el dinero irresponsablemente, apuestas de juego, se involucran en comportamientos sexuales inseguros y en el abuso de las drogas y el alcohol (APA, 2001).

De acuerdo a Marmar (2001), los pacientes con un TLP, tienden a experimentar deformación de las apreciaciones de los demás, que se perciben como caricaturas virtuales que son “totalmente buenas” o “totalmente malas. Este pensamiento de todo o nada se extiende hasta establecer un criterio exagerado también de los síntomas físicos, de modo que el paciente tiende a sentir que está totalmente bien o mortalmente mal.

El estrés es en especial problemático para las personas que sufren este trastorno. Durante experiencias estresantes, su vulnerabilidad se intensifica y provoca que se muestren sumamente suspicaces y desconfiados de los demás. Hasta el punto de comportarse de manera paranoide (Halgin & Krauss, 2003).

Muchos de los episodios psicóticos que presentan los pacientes con un TLP, son de corta duración (llamados episodios micropsicóticos), más que rupturas psicóticas completas, los síntomas psicóticos están casi siempre circunscritos o son efímeros (Kaplan, 2001).

Considera Linehan (2003), que la incapacidad para regular la activación emocional también interfiere en el desarrollo y mantenimiento del sentido del yo. La labilidad emocional conduce a una conducta impredecible y a una inconsistencia cognitiva que consecuentemente interfiere en el desarrollo de la identidad.

Belloch & Fernández Álvarez (2005), señalan que la inestabilidad y ambivalencia caracterizan al trastorno límite de la personalidad, en prácticamente todos los aspectos de sus vidas. Son personas impulsivas, impredecibles y a menudo explosivas, expresan:

- Su presencia no resulta cómoda para los demás porque éstos se sienten al borde del desastre inminente, esperando que el paciente se muestre malhumorado. Como se muestran tan volubles, manipuladores e impredecibles, a menudo provocan rechazo por parte de los demás, que es lo que más temen y evitan.
- Pueden presentar abruptos cambios en su estado de ánimo, que oscilan entre el abatimiento y la apatía extrema, ira, ansiedad o agitación. El abatimiento, la depresión y los comportamientos autodestructivos (suicidios y parasuicidios) son frecuentes.
- Se ofenden con facilidad por cualquier asunto sin importancia y fácilmente se sienten provocados por cualquier tontería. Son impacientes y se irritan con mucha facilidad cuando algo no funciona como o cuando ellos quieren.
- Se sienten faltos de cariño e incomprensidos.
- La ausencia de competencia social se manifiesta por una incapacidad para lograr una posición social, laboral o educativa acorde con sus capacidades intelectuales o socioculturales. Son frecuentes las rupturas familiares, laborales y escolares.
- Pueden tener una presencia de episodios psicóticos reversibles. Caracterizados por la pérdida de contacto con la realidad acompañados de ausencia de control cognitivo y emocional. A lo largo de toda su vida estos episodios de caída y recuperación cíclicos pueden ser constantes.

Las conductas impulsivas son un elemento clínico muy característico en este trastorno. Linehan (2003) es de la opinión que la conducta impulsiva y especialmente la parasuicida, puede ser entendida como poco adaptativa; pero muy eficiente como estrategia de regulación de las emociones.

Aunque no está claro cuál es el mecanismo por el cual la automutilación ejerce propiedades reguladoras del afecto, es muy común que los individuos con trastorno límite de la personalidad hablen de un alivio sustancial de la ansiedad y otros estados negativos tras estos actos.

Para las personas con un trastorno límite de la personalidad, la conducta de automutilación, en ocasiones sirve para probar si en realidad están vivos, concepto que la mayor parte de la gente da por hecho; pero que se convierte en fuente de incertidumbre para estos individuos (Halgin & Krauss, 2003).

Kernberg (1998), manifiesta que clínicamente la conducta automutilante y/o los gestos suicidas surgen en momentos de ataque de rabia intensa o rabia mezclada con brotes temporales de depresión. A menudo destinados a establecer o reestablecer control sobre el entorno al evocar sentimientos de culpa en los demás.

Con gran frecuencia los pacientes con un trastorno límite de la personalidad, hacen intentos suicidas con el fin de manipular a los que están a su alrededor y esto también incluye al terapeuta, provocándole una sensación de urgencia, por el temor a que se dañen a sí mismos o a otros.

En ese sentido Sarason y Sarason (2006), expresan que es necesario hacerle entender que no puede manipular al terapeuta con amenazas suicidas y que debe esforzarse por comprender estas necesidades autodestructivas sin ponerlas en práctica.

La desilusión a menudo se convierte en ira, que puede ser dirigida hacia otros, en ataques verbales o físicos, o dirigida hacia sí mismo en intentos de suicidio o conductas autolesionantes (Castán, 2005).

Por su parte, Ellis explica que:

"(...) los tipos de "personalidad límite", presentan verdaderas deficiencias cognitivas, a menudo tienden a tener celos y a sentir hostilidad hacia personas menos conflictivas, insistirán en la idea de que los demás individuos no deben tener más ventajas de las que ellos tienen".¹⁰

Los celos pueden provenir de la gran ira que les provoca el pensar que ellos han tenido unas vidas llenas de dificultades, maltratos y toda clase de carencias, y creen que los otros con sus vidas más afortunadas tienen ventaja sobre ellos. Agreden a las demás personas, porque realmente ellos están conscientes de sus deficiencias, en el sentido de las características del TLP.

¹⁰ Ellis, 1994, p. 4.

Teorizando una serie de caracterizaciones del trastorno límite de la personalidad, Ellis (1994), plantea una serie de niveles del trastorno, que ayudan a comprender las causas y consecuencias principales de dicho trastorno, como sigue:

- Nivel 1: las personalidades del tipo del TLP, generalmente tienen una predisposición innata (y probablemente genética) a presentar deficiencias cognitivas, emocionales y de comportamiento. Algunos comportamientos del TLP, podrán tener su origen en estas deficiencias, como sin lugar a dudas ocurre con sus carencias personales y sociales.
- Poseen unas tendencias innatas y adquiridas que les demandan triunfar en el trabajo, en el amor y en el juego y se castigan cuando fracasan, insisten en que no deben sentirse frustrados o estar en desventaja con respecto a los demás y tener baja tolerancia a la frustración, sentir autocompasión e indignación cuando se les impide seguir su camino. Es entonces cuando tienden a ser al menos tan o probablemente más neuróticos y autoderrotistas que las personas sin trastornos de personalidad.
- Debido a su innato deterioro cognitivo, emocional y de conducta y a su autoderrotismo y baja tolerancia a la frustración, los tipos de “personalidad límite”, son más psicobiológica y disfuncionalmente deteriorados; es entonces cuando su propia desaprobación neurótica y su malestar por el deterioro que sufren hace que se sientan más perjudicados, trastornados y deteriorados.

Ellis cree que se puede aliviar parcialmente este círculo vicioso si se ayuda a los tipos de “personalidad límite” a minimizar su autodenigración y su baja tolerancia a la frustración.

Castán (2005), estudiando los aspectos educativos y laborales, encontró que:

- El trastorno suele desencadenarse en la adolescencia o en la primera juventud, justo en las etapas donde se están formando y preparando social y profesionalmente. Como consecuencia, es posible que la historia curricular de la persona esté escindida y sea poco clara, mostrando, un retraso desproporcionado en la finalización de sus estudios, un abandono de los mismos antes de su

terminación y la realización de numerosos trabajos por corto tiempo.

- Pueden alternar entre sentirse llenos de sentimientos o bloquearse dando una imagen de apatía total y absoluta.
- Algunos de ellos pueden mostrar una “competencia aparente”, es decir, en un primer contacto se suele sobrevalorar sus capacidades, suelen proyectar una imagen muy convincente de lo que quieren o pueden; pero en realidad existen miedos enmascarados muchas veces no reconocidos ni aceptados.
- Cambios laborales: frecuencia en los cambios de estudios y/o trabajos y la tendencia a ser cada vez más esporádicos y menos cualificados. No dan tiempo a las primeras estructuras ocupacionales. Les cuesta entender e identificarse en el rol de trabajador. Porque para entender y procesar qué se espera de él como trabajador se necesita una adecuada capacidad introspectiva para comparar obligaciones e intereses, deseos, valores, habilidades y limitaciones, una empatía para entender a través de los otros que supone trabajar y no idealizar estas obligaciones sobredimensionando el estatus que puede reportar.

Beck (1995), concluye que de las características clínicas presentes en este trastorno, uno de los rasgos que más impresionan son la intensidad de sus reacciones emocionales, la inestabilidad de sus estados de ánimo y la gran variedad de síntomas que presentan. Ya que las personas con este trastorno pueden pasar abruptamente de un ánimo profundamente deprimido a una agitación ansiosa o a una ira intensa; también emprenden de modo impulsivo acciones que más tarde reconocen como irracionales y contraproducentes.

1.8 Modelos de Intervención del Trastorno Límite de la Personalidad

La mayoría de los enfoques poseen algunos puntos en común sobre todo en lo que se refiere a la contención del paciente, la alianza terapéutica, las conductas acting-out, el manejo de las emociones, la integración laboral y las relaciones interpersonales. Seguidamente se revisan algunos modelos de intervención mayormente utilizados para tratar este trastorno.

1.8.1 Enfoque Psicodinámico

Este tipo de psicoterapia basan sus postulados en una combinación de diferentes modelos teóricos, como la psicología del self, las relaciones objetales y los teóricos del yo.

Su objetivo es lograr que el paciente tome conciencia de sus formas de funcionamiento inconsciente para incrementar la tolerancia a los afectos, dotar de capacidad de retraso a las acciones impulsivas, proporcionar conocimiento sobre problemas relacionales, aumentar la función reflexiva, integrar aspectos disociados, aumentar la fortaleza del yo (Quaderns de Salut Mental, 2006).

Magnavita (2000), alude que en ciertos individuos con trastornos de la personalidad, como en el límite, antisocial, y el narcisista, uno observa, generalmente, funciones del superyó subdesarrollado. Esta es una de las características que hace preciso establecer diagnósticos diferenciales entre el trastorno límite de la personalidad y estos últimos mencionados.

Desde la perspectiva de la psicología del yo, la hipótesis de Peter Fonagy de mentalización y autorreflexión en cuanto a las regresiones transferenciales severas, es que los pacientes con TLP tienen unas representaciones desorganizadas de sus apegos. En la relación infante-madre, la función materna normal incluye: su internalización empática de la experiencia del infante, su capacidad para formular dicha experiencia y transmitírsela al infante, indicándole al mismo tiempo la relación diferenciada que ella mantiene hacia la experiencia (Fonagy & otros, 1996).

La premisa de Fonagy es que la madre del futuro paciente con un TLP, es incapaz de aceptar empáticamente la comunicación del infante e incapaz de elaborarla, dejando al infante solo con lo que se convierte en una experiencia psíquica insoportable, abrumadora, que no puede mentalizarse adecuadamente.

Winnicott (1996) expresa que la función materna esencial le permite a la madre conocer las más tempranas expectativas y necesidades de su infante y hace que esté personalmente satisfecha cuando el infante se siente bien. En

virtud de esta identificación con su hijo, ella sabe como sostenerlo, de modo que la criatura empieza existiendo y no reaccionando.

Por otro lado, estos pacientes se protegen de una relación de cariño donde el otro pasaría a ser indispensable y tendría que destruirlo, puesto que al no haber tenido nunca figuras “*suficientemente buenas*” (Winnicott), que no les abandonen o les amen de una forma “sana”, sienten que se va a repetir de nuevo ese tipo de relación con los demás y también con el terapeuta. Por eso lanzan mensajes de odio y rechazo, porque huyen del miedo a ser queridos.

La agresividad que sostienen en el odio puede ser protectora frente al afecto o frente a la presencia del afecto que señala la ausencia de haber recibido el mismo (Monzón & Girol, 2005).

La búsqueda de una figura inventada o un objeto mágico, permite por el momento, que empiecen a buscar una representación simbólica de cuidado y protección, primero desde fuera, a través de los demás, para después poder cuidarse a sí mismo e internalizar esa figura de protección. (Monzón y Girol, 2005).

Se trabajan los sentimientos crónicos de vacío, que vienen igualmente de la incapacidad de poder crear una imagen tranquilizadora de sí mismo, así como de las enormes necesidades afectivas que tienen de los demás.

Kernberg (2003), hace hincapié en la interpretación como un aspecto esencial en la terapia psicoanalítica. Considera que las asociaciones libres es el canal de comunicación más importante. Con el tiempo, se descubren los temas dominantes afectivamente en su discurso, así como los derivados de conflictos inconscientes en el interjuego entre las operaciones defensivas, los derivados de los impulsos y las formaciones de compromiso.

Kernberg ha descubierto que algunos pacientes parecen utilizar el paso del tiempo para destruirse a ellos mismos y al tratamiento discretamente. Pierden el tiempo en las sesiones, negando implícitamente el valor y la naturaleza transitoria de la propia vida.

Una actitud general que puede resultarle útil al terapeuta es combinar una paciencia a largo plazo para trabajar con las mismas cuestiones una y otra vez, con un claro sentimiento de impaciencia en cada sesión, interpretando una y otra vez los esfuerzos del paciente por eliminar la significación de cada uno de los encuentros con el terapeuta.

Kernberg opta por tratar a los pacientes con un TLP, frente a frente en sesiones intensivas tres o más veces por semanas. El terapeuta desempeña un papel más activo del que es frecuente encontrar en el psicoanálisis clásico. Al inicio de la psicoterapia es importante darle énfasis a la conducta actual del paciente en vez de a los acontecimientos pasados.

El terapeuta debe describir con claridad y discutir las distorsiones aparentes de la realidad del paciente, tales como una percepción distorsionada del paciente.

Kernberg (1998), introduce el concepto de *escisión*, es la división de los objetos buenos externos en “completamente buenos” y “completamente malos” hay una falla en consolidar las experiencias positivas y negativas entre el individuo y las demás personas. Los intentos por clarificar, confrontar e interpretar los aspectos contradictorios del sí mismo y de las representaciones objetales, activan el mecanismo de escisión en la interacción del aquí y ahora. Dicha disociaciones de los objetos en buenos o malos, protege al amor y la bondad de la contaminación por el odio y la maldad predominantes.

Gunderson & Gabbard (2002), aseveran que el abandono en la terapia se reduce, prestando atención a lo que espera el paciente en cuanto al terapia, definiendo los papeles y los objetivos, estableciendo una estructura determinada que es la forma inicial de alianza, a la que llaman contractual.

El terapeuta debe tener la convicción de poder jugar un papel esencial en el logro del bienestar del paciente; estar dispuesto a asumir una responsabilidad importante en ese terreno; sentir que el paciente tiene interés y que puede mejorar; percibirle con comprensión; pensar que las hostilidades, la impulsividad y los síntomas aparecen por alguna razón; sentir que le puede ayudar; estar dispuesto a perseverar, pese a ser criticado u ofendido; estar dispuesto a

trabajar en colaboración con otros y a recurrir a supervisión y a consultas.

En cuanto a las cualidades personales de los terapeutas Gunderson & Gabbard (2002), indican que Kernberg y Linehan son un buen ejemplo de esas cualidades, en virtud de que ambos son autoritarios, seguros, enérgicos y claros. Se muestran impertérritos ante los conflictos e incluso parecen disfrutar de las discusiones y el desacuerdo. Transmitiéndole al paciente la sensación de que están presentes, comprometidos y que son indestructibles.

Kernberg (1998) señala que el tratamiento del paciente con TLP, es en general un proceso lento, incierto y repetitivo de exploración de significados, confrontación, comprobación de hipótesis interpretativas, y de trabajo elaborativo de los patrones autodestructivos del carácter más que experiencias de descubrimiento repentino o un darse cuenta catártico.

1.8.2 Enfoque Cognitivo-conductual

La terapia está basada en mejorar las creencias y los supuestos inadaptados del paciente.

En el trabajo de Beck destaca su aportación para mejorar el entendimiento de las creencias disfuncionales que controlan las respuestas emocionales y comportamentales patológicas de las personas con un trastorno límite de la personalidad. (Millon, 2000)

Como explica Beck (1995), los supuestos básicos del individuo desempeñan un papel central, al influir en la percepción e interpretación de los acontecimientos y conformar la conducta y las respuestas emocionales.

En la terapia cognitiva de pacientes con un TLP, se suelen encontrar tres supuestos básicos que parecen desempeñar un papel medular en el trastorno: "el mundo es peligroso y malo, "soy impotente y vulnerable", y "soy intrínsecamente inaceptable".

La creencia de que el mundo es en general peligroso, lo lleva a la conclusión de que siempre es peligroso bajar la guardia, asumir riesgos, revelar la propia debilidad. Entonces aparecen una tensión y una ansiedad crónica, una actitud de

alerta ante posibles signos de peligro, cautela en las relaciones interpersonales y malestar con las emociones difíciles de controlar (Beck, 1995).

La creencia del paciente de ser débil e incapaz, mientras los demás son fuertes y capaces, y los supuestos paranoides de no poder confiar en los demás, alimentan una conducta interpersonal inestable y extrema del TLP (Beck, 2005).

Beck (1995), señala que a causa de la intensidad de las creencias de estos pacientes, suele ser muy eficaz recurrir a experimentos conductuales para poner a prueba la validez de las creencias, y pensar en ir desmenuzando poco a poco las creencias, el lugar de intervenir intensivamente y eliminarlas en unas pocas sesiones.

La relación terapéutica desempeña un papel importante en la terapia cognitiva-conductual, sobre todo en los inicios, cuando se requiera establecer una buena alianza para que el paciente confíe en que el terapeuta sabe lo que está haciendo y lo puede realmente ayudar, porque comprende su sufrimiento, su historia de vida, que realmente el paciente es importante, que esta persona es más que sus exabruptos.

Beck (2005), señala que esta conexión interpersonal con el terapeuta le ayuda a rechazar la creencia de que a nadie le importa, que la expresión de sentimientos negativos será respondida con castigos o abandono y, en definitiva, a crear una relación segura.

El pensamiento dicotómico, es el foco fundamental, en el trabajo terapéutico con estos pacientes. Este es un concepto muy parecido al de escisión de Kernberg. Este pensamiento dicotómico desempeña un papel importante en las relaciones extremas y en los cambios del estado de ánimo del TLP. Ellos perciben las cosas en blanco o negro y no son capaces de percibir los matices de gris que normalmente perciben las personas en sus interacciones con otros seres humanos.

El pensamiento dicotómico contribuye a la vorágine emocional y a su tendencia de tomar decisiones extremas. Su incapacidad para evaluar las cosas con matices, contribuye a los cambios de estado de ánimo extremos.

Beck (2005), sugiere que al momento de escoger que problemas trabajar con los pacientes, se le debe dar prioridad a los esquemas de la vida y de la muerte, por ejemplo, los impulsos suicidas y otras conductas peligrosas como amenazar la vida de los demás, especialmente la de los niños dependientes de ellos.

Cuando se trabaja con el paciente con un TLP, estrategias y esquemas sanos, puede resultar complicado, porque muchos pacientes con TLP no tienen ni idea de qué son unas estrategias y visiones de la realidad sanas. Aquí se requiere mantener una postura activa y educativa, capaz de explicar por qué ciertas posturas y concepciones son más sanas que otras (Beck, 2005).

Los avances más recientes en el tratamiento de los trastornos de la personalidad implican estrategias cognitivo conductuales. Estas estrategias suelen estar más focalizadas y estructuradas que las terapias psicodinámicas y ofrecen formas de intervención más independientes y limitadas en el tiempo (Phillips & Gunderson, 2001).

1.8.3 Terapia Dialéctica-Conductual (TDC)

Marsha Linehan desarrollo una terapia conductual a la que denomino terapia conductual dialéctica.

Linehan (2003), manifiesta que “la dialéctica” como terapia conductual, tiene dos significados: define una naturaleza fundamental de la realidad y hace referencia a un diálogo y una relación persuasiva. La dialéctica, como visión del mundo posición filosófica, constituye la base de la TDC” (p. 20).

En la TDC, la agenda depende de lo que día a día lleve el cliente a la terapia; es decir, los problemas actuales que presenta el cliente.

La relación terapéutica en la TDC procede principalmente del trabajo con individuos suicidas. Linehan piensa que a veces es esa relación la que mantiene con vida estos individuos.

En cuanto al estilo, la TCD combina una actitud realista, un tanto irreverente y a veces extravagante frente a las conductas parasuicidas con una destacada calidez, flexibilidad, atención al paciente y una autorrevelación estratégica del terapeuta.

La TDC hace énfasis en cuatro áreas (Linehan 2003):

- 1) La aceptación y validación de la conducta tal como se presenta en el momento.
- 2) El tratamiento de las conductas que interfieren en la terapia tanto por parte del cliente como del terapeuta.
- 3) La relación terapéutica como parte esencial del tratamiento.
- 4) Los procesos dialécticos.

Por otra parte los componentes de la terapia son:

- Psicoterapia individual y de grupo
- Tareas de entrenamiento en habilidades psicoeducativos
- Consultas telefónicas
- Supervisión terapéutica

La TDC está desarrollada en cuatro módulos de formación de habilidades:

- 1) Habilidades básicas de conciencia
- 2) Habilidades de efectividad interpersonal
- 3) Habilidades de regulación de las emociones
- 4) Habilidades de tolerancia al malestar

La formación de habilidades intenta que la persona adquiera las habilidades y la psicoterapia individual, sacarlas a la luz.

Es importante destacar que la terapia dialéctica conductual de Linehan es una terapia que ha alcanzado pruebas de eficacia como tratamiento empíricamente validado.

1.8.4 Terapia Centrada en los Esquemas de Young

Dentro del modelo cognitivo conductual se ha desarrollado un enfoque terapéutico nombrado terapia de esquemas, cuyo exponente es Jeffrey Young. El cual ha resultado muy valioso para el tratamiento de pacientes con trastornos de personalidad.

Dicho modelo se gesta a partir de las concepciones teóricas de Aaron Beck, quien podríamos afirmar que es uno de los máximos exponentes del modelo cognitivo-conductual.

La terapia de Young se enmarca dentro de dos etapas:

- 1) La identificación de los esquemas y aprendizaje
- 2) Proceso de cambio

El objetivo primordial de la primera etapa es identificar adecuadamente los esquemas, el temperamento, los estilos de afrontamiento y los modos del paciente.

Algunos recursos pueden ser:

- El Cuestionario de Esquemas de Young.
- Los ejercicios de imaginación reviven las emociones que perturba y hace que surja el esquema en la terapia.
- Las preguntas y reportes
- La conducta en la terapia, tanto del paciente en relación con sus esquemas; así como los modos del terapeuta.
- El relato de la historia del paciente, las cosas que le ocurrieron, es otra manera de acceder a los esquemas.

En relación con el proceso de cambio se requieren una serie de técnicas cognitiva, emocionales y conductuales.

En cuanto a la relación terapeuta-paciente de la terapia de los esquemas, existen dos elementos a considerar (Young & otros, 2003)

- 1) La confrontación empática que consiste en comprender el punto de vista del paciente, mostrarle esa empatía para poder mostrarle la disfuncionalidad de sus estilos conductuales.

- 2) La re-actuación parental limitada que consiste en proporcionarle al paciente dentro del encuadre terapéutico las necesidades emotivas insatisfechas de la infancia, y que son los causantes de sus esquemas tempranos inadaptados.

1.8.5 Psicofarmacoterapia

La elección de un esquema psicofarmacológico para tratar el trastorno límite de la personalidad, puede hacerse según la relación entre los síntomas más relevantes y el comportamiento, los afectos y las cogniciones.

Los fármacos son utilizados en el trastorno límite de la personalidad, para tratar sobre todo esa inestabilidad afectiva que caracteriza el trastorno.

Se entiende por inestabilidad afectiva:

*“Una respuesta afectiva intensa y desproporcionada ante todo tipo de acontecimientos, tanto positivos como negativos. Las personas con inestabilidad afectiva son muy sensibles, todo les afecta mucho, incluido nimiedades”.*¹¹

Es importante acotar que la utilización de los medicamentos psicotrópicos, sí bien ayudan a manejar ciertas conductas y disminuir síntomas asociados al trastorno, de ninguna manera puede, en sí, ser un tratamiento único en el manejo del paciente con un trastorno límite de la personalidad.

Tanto las conductas impulsivas y agresivas como la depresión estarían asociadas a una alteración de la función serotoninérgica. Este hecho es congruente con el empleo de fármacos que aumentan la neurotransmisión serotoninérgica para tratar estas condiciones. Entre dichos fármacos, los más utilizados son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS).

¹¹ Pérez Urdaniz y colaboradores, *Trastornos de la personalidad en atención primaria*, 2003, pp. 13-14

APA (2001), indica que en el trastorno límite de la personalidad, los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), pueden ser efectivos para tratar síntomas de desregulación afectiva y descontrol, impulsividad comportamental, cambios del humor, la cólera, y la agresión impulsiva, incluyendo las conductas de automutilación.

Marmar (2001), manifiesta que durante la psicosis reactiva breve pueden ser de utilidad las dosis bajas de antipsicóticos; pero no suelen ser auxiliares para el régimen terapéutico, puesto que estas crisis con mayor frecuencia son limitadas y de duración breve. Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina son útiles para la regulación de estado de ánimo y el control de impulsos.

Se ha encontrado que la fluoxetina (prozac) provoca el incremento de la serotonina. Este medicamento elimina los cambios de carácter, la cólera crónica, el dolor emocional crónico y el sentimiento de vacío y aburrimiento que presentan la mayoría de los pacientes con TLP. (Heller, 1991)

APA (2001), sugiere que el tratamiento para los síntomas del comportamiento impulsivo, agresión, la automutilación o los comportamientos perjudiciales (ejemplo, promiscuidad sexual, abuso de sustancias), pueden ser tratada con dosis bajas de neurolépticos, así como los síntomas cognoscitivo-perceptivos, cuyos pacientes exhiben, pensamiento de referencia, ideación paranoica, desrealización, despersonalización, o síntomas alucinantes.

El uso continuado de neurolépticos puede reducir los síntomas del TLP; pero hará imposible un tratamiento profundo, por lo cual no es recomendable (Beck, 2005).

Heller (1991), ha identificado ciertos medicamentos que deben evitar ser utilizados en los pacientes con trastorno límite de la personalidad, tales como el Xanax (alprazolamina), pues puede empeorar de forma destacable el descontrol de la conducta del enfermo. El Elavil (amitriptilina) aumenta las amenazas de suicidio, dependencia y tendencias asaltantes así como la ideación paranoide.

De acuerdo a Gunderson & Gabbard,

“En pacientes con trastornos de personalidad, los fármacos deben considerarse, como mucho, complementos útiles de la psicoterapia. Ningún fármaco puede tratar con eficacia un trastorno de la personalidad sin una intervención psicoterapéutica asociada”.¹²

1.9 El Proceso Psicoterapéutico

Tomaremos como plataforma para el desarrollo del proceso psicoterapéutico, el modelo cognitivo, principalmente el de Aaron Beck y sus colaboradores, por contar éste modelo de terapia con suficiente respaldo científico y metodológico, para la consecución de los objetivos terapéuticos.

Es importante resaltar que si bien el modelo cognitivo trata de reducir un trastorno de personalidad tan complejo en sesiones terapéuticas con temáticas definidas. Se toma en cuenta que cada paciente presenta un patrón de psicopatología característico.

Por lo tanto se hace necesario adaptarlo a la individualidad de cada paciente. El proceso terapéutico se conceptuará en tres fases como siguen

1.9.1 Primera Fase:

Objetivos de la Primera Fase:

La Evaluación

Dentro de la descripción de los objetivos tenemos la entrevista inicial, como punto inicial para la **Evaluación**, la que nos permite recoger información relevante sobre el paciente.

Señala Judith Beck (1983), que una entrevista bien llevada proporciona información relevante sobre: el diagnóstico del

¹² Gunderson & Gabbard, 2002, p. 67.

paciente, su historia clínica, su situación actual, los problemas psicológicos, su actitud hacia el tratamiento. Además de ofrecerle al paciente una cierta objetividad en relación con su problema.

Los métodos empleados en la terapia cognitiva son múltiples, esta investigación utilizó la entrevista, historia clínica, pruebas psicológicas tanto de tipo cognitivo-conductual como psicométricos (ver metodología).

La Conceptuación Cognitiva permite al terapeuta planear intervenciones más detalladas.

Una conceptualización cognitiva señala Judith Beck (1995), le provee al terapeuta el esquema que le permite comprender al paciente. Al inicio del proceso una buena formulación debe partir con preguntas tales como:

- ¿Cuál es el diagnóstico del paciente?
- ¿Cuáles son los problemas actuales, como se han desarrolla y se han mantenido?
- ¿Qué pensamientos disfuncionales y creencias están asociadas con el problema? ¿Qué reacciones (emocionales, psicológicas y conductuales) están asociadas con su pensamiento?

Establecer la alianza terapéutica

Se requiere una relación terapéutica cálida y de confianza en el manejo del paciente con trastorno límite de la personalidad.

Beck (2005), manifiesta que con los pacientes con trastorno límite de la personalidad, se requiere un mayor esfuerzo para ganarse la confianza del paciente y establecer los límites razonables. Una gran parte de la terapia se dedica a familiarizarse con la vida del paciente: hijos, esposa, trabajo historia personal e intereses.

Lo que hace el terapeuta es alimentarse de su propia experiencia de vida de las observaciones de los demás para formular posibles soluciones a los problemas, y para educar al paciente sobre la naturaleza de las relaciones íntimas.

Con el transcurrir el terapeuta se convierte en una especie de rol, en alguien que puede imitar cuando se trata de demostrar consideración, tacto, gratitud y comprensión en su propio círculo de amistades.

Los pacientes pueden manifestar que han aprendido a no reaccionar en exceso a la decepción, pensar antes de actuar gracias a la observación del terapeuta.

La relación a nivel de la terapia es todo un reto emocional, pues mucha de la energía del terapeuta está puesta en conceptualizar y trabajar con la interacción entre paciente y terapeuta, puesto que también está presente entre las sesiones la psicopatología interpersonal del paciente. Para que la terapia avance, se requiere revisar: el objetivo de un ámbito interpersonal ampliado y las atribuciones sobre las causas de la dificultad en la cooperación y el progreso.

La historia del paciente incide de manera directa sobre el proceso y también sobre los resultados del tratamiento, mientras que la historia del terapeuta incide de manera directa sobre el proceso y de manera indirecta sobre los resultados (Belloch & Fernández Álvarez, 2005)

El énfasis de la alianza terapéutica con el trastorno límite de la personalidad, como uno de los primeros pasos en la terapia, se hace porque la alianza en estos trastornos es muy frágil y constantemente está en situación de amenaza.

Las emociones del paciente

El terapeuta señala Beck (2005), debería permitir la presencia de reacciones negativas o positivas hacia su persona; pero no provocarlas o ignorarlas deliberadamente. De hecho, debe estar vigilante a la aparición de signos de ira, enfado y frustración en la relación terapéutica. Igualmente estar alerta de la excesiva idealización o alabanzas, o de cualquier intento de desviar la atención del trabajo terapéutico.

Un error muy común que se da en la terapia cognitiva es apartarse demasiado rápido de las emociones que expresa el paciente acerca de la terapia o del terapeuta. Lo cual puede ser una gran fuente de información.

Las emociones del terapeuta

Para guiar el proceso de descubrimiento de los pensamientos y emociones del paciente, el terapeuta necesita comprender y expresar sus propias emociones.

Para captar esas emociones el terapeuta puede usar una grabación magnetofónica en la que se pregunta acerca de la situación terapéutica con el paciente.

Otra forma puede ser llevando un diario de notas en relación con las emociones despertadas por el paciente y cómo el terapeuta se siente al respecto y si necesita alguna reestructuración cognitiva para reducir la intensidad desafecto negativo o para mantener su atención en relación con los objetivos terapéuticos.

Cuando el terapeuta ha hecho el diagnóstico, es mejor evitar etiquetas y pensar en términos de creencias, reacciones predecibles, significados, conductas, entre otras.

Beck (2005), manifiesta que si intentamos ponernos en la piel del paciente, imaginándonos sus hipersensibilidades, desesperanzas y vulnerabilidades, podremos entender mejor al paciente. Al mismo tiempo el terapeuta debe tener cuidado de no involucrarse demasiado pues perdería su objetividad.

Fuera de las sesiones terapéuticas es considerablemente importante dedicar tiempo para uno mismo, para relajarse y disfrutar del contacto social.

La reactuación parental limitada

Conlleva un vínculo importante paciente-terapeuta. Se le proporciona al paciente dentro de la relación terapéutica las necesidades emocionales insatisfechas por sus padres. Puede decirse que el terapeuta se convierte en una figura parental transitoria, con características distintas a la original con respecto a las características causantes del trauma. Una figura parental, que comprende; pero también sabe poner límites.

Beck (2005), indica que se requiere que los terapeutas se sientan seguros a la hora de poner límites. En un enfoque reparental es esencial frustrar al paciente poniéndole límites personales, como sucede con los padres normales.

El objetivo es que esta nueva experiencia, de gran valor emotivo por el vínculo establecido, permitirá una nueva forma de percibir las conductas de otros, de situarse en el mundo y de prever el futuro (Obst Camerini, 2006).

La confrontación empática

Implica el comprender la perspectiva del paciente, en función de esa relación empática ayudarlo a descubrir sus estilos de afrontamiento. Mantenerse empático con el paciente; pero mostrarle la causa de sus problemas.

Estructura de las Sesiones:

1. Estructura de la Primera Sesión

- Establecer la agenda terapéutica: la preparación de las agendas le permite al terapeuta planificar cada sesión y el proceso terapéutico, además desde la primera sesión frecuentemente se le introduce al paciente en el modelo cognitivo, lo cual implica mostrarle la relación entre su pensamiento-su afecto y su conducta. Además es importante explicar la hoja de autorregistro. Se debe establecer que la duración de la terapia para problemas clínicos como: el trastorno límite de la personalidad, pueden emplear 80 ó más sesiones e inclusive hasta dos veces por semana, por lo menos en las etapas iniciales. La confección de la agenda del día debe ser discutida con la paciente. Sobre todo porque en este tipo de trastorno hay que centrarse mucho con lo que día a día trae el paciente a la sesión.
- Chequear el estado de ánimo (puede incluir las escalas de depresión y ansiedad de Beck): los inventarios pueden proporcionar un reporte rápido de cómo está el ánimo de la paciente; no obstante, las verbalizaciones por parte de la paciente son de mayor importancia.
- Revisar brevemente el problema presente y obtener una actualización (desde la evaluación inicial): es este punto el terapeuta le hace un resumen y revisa con el paciente los problemas presentados.

- Identificar los problemas y establecer metas: el terapeuta revisa con el paciente los problemas que presenta e identifica si hay riesgos suicidas, si los hay el terapeuta debe centrarse en las sesiones iniciales en este problema. El terapeuta también guía al paciente para que especifique sus objetivos globales.
- Educar al paciente acerca del modelo cognitivo: como hemos reiterado, es fundamental enseñarle al paciente como los pensamientos afectan como el paciente se siente.
- Discutir con el paciente las expectativas para la terapia: algunas veces puede que el paciente no se sienta con habilidades para la comprensión del proceso. El terapeuta cognitivo le explica las bondades de la terapia y que ellos pueden conseguir sentirse mejor, resolver problemas y aprender herramientas que pueden aplicar después por sí mismos.
- Educar al paciente acerca de su desorden: cuando se trata de un trastorno límite de la personalidad pudiese ser conveniente no ser tan específico y comunicarle en forma general sobre el trastorno, ya que lo contrario, sobre todo al inicio aumentaría la autocrítica en el paciente.
- Establecer tareas: las tareas de autoayuda son de gran relevancia para el proceso terapéutico y así hay que explicárselo a la paciente. Hay que explicarlas con toda claridad y revisar encada sesión que las mismas se cumplieron.
- Proveerle un resumen: es importante darle al paciente resúmenes intercalados en determinados momentos e irle preguntando al paciente si es correcto lo que está expresando el terapeuta. En adición se le pide a la paciente que haga un resumen breve sobre lo que piensa que la terapeuta desea comunicarle.

- Proporcionarle retroalimentación: esta es primordial porque es el vehículo que le permite al terapeuta averiguar si paciente y terapeuta están en sintonía, logrando con ello corregir las posibles interpretaciones erradas que puedan surgir. Se le anima a la paciente a que exprese lo que siente o piensa.

2. Estructura de la Segunda Sesión:

- Breve actualización y chequeo del humor (medicación, alcohol y el uso de otras drogas, si aplica)
- Hacer un puente entre las sesiones previas
- Fijar la agenda
- Revisar la tarea
- Discutir el contenido de la agenda, fijar nuevas tareas y hacer periódicamente los sumarios
- Sumario final y la retroalimentación

La segunda sesión es usada como un formato que se repite para las subsecuentes sesiones.

Los objetivos terapéuticos durante la segunda sesión, es ayudar a la paciente a seleccionar un problema o una meta a alcanzar, reforzar el modelo cognitivo y la identificación de los pensamientos automáticos. Trabajar en la colaboración, proveer retroalimentación en la terapia, seguir trabajando en la alianza terapéutica y proporcionar alivio a los síntomas.

■ Identificar los Pensamientos Automáticos, los Significados Asociados Idiosincráticos y las Distorsiones Cognitivas.

▪ Identificación de los Pensamientos Automáticos:

Para identificarlos hay que hacer que el paciente describa una situación problemática, después que transcurre un tiempo en que el paciente esta experimentado la emoción respecto al problema, se procede a preguntarle en relación a esto.

También el uso de la imaginería puede ayudar para describir la situación específica. Se le puede preguntar: ¿qué

es lo que estas pensando?, ¿qué pasa por tu mente?, ¿estás recordando alguna cosa?

Si se requiere se puede utilizar el psicodrama para una interacción específica y allí averiguar acerca del problema en cuestión.

- **Identificando Una Situación Problema:**

Algunas veces hay situaciones problemáticas que pueden estar asociadas con la emoción.

- **Descripción de los Pensamientos Automáticos:**

Es importante explicarle al paciente qué son los pensamientos automáticos, enseñarle a identificar los pensamientos automáticos, dado que en el TLP el paciente tiene muchos errores en su pensamiento y fallas en su razonamiento. El proceso es reconocer el pensamiento automático en situaciones específicas.

- **Distinguir los Pensamientos Automáticos de las Emociones:**

Muchos pacientes no parecen tener muy claro la diferencia entre lo que ellos están pensando y cuáles son sus emociones o que es lo que están sintiendo. Es por ello que se hace importante que el terapeuta conceptúe en categorías el material del paciente siguiendo el modelo cognitivo de situación-pensamientos automáticos-reacciones (emociones, comportamientos y respuestas psicológicas). El terapeuta debe estar alerta de si el paciente confunde el pensamiento con las emociones.

- **Identificando las Distorsiones Cognitivas:**

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad, tienden a tener “errores en sus pensamientos”. Cuando el paciente expresa un pensamiento automático el terapeuta toma nota de esto.

1.9.2.1 Segunda Fase:

Objetivos de la Segunda Fase:

Seguir trabajando en los pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y otros problemas del aquí y el ahora planteados por el paciente en la agenda.

Identificar y Modificar las Creencias Cognitivas Intermedias, Nucleares y Formulando Nuevas Creencias.

■ *Identificando las Creencias Intermedias del Paciente:*

- Reconocer cuando una creencia nuclear esta expresada en un pensamiento automático.
- Proveerle en primera instancia de una asunción.
- Utilización de técnicas cognitivas
- Examinar con el paciente los pensamientos automáticos y mirar los temas comunes, con el fin de detectar creencias nucleares.
- Revisar el cuestionario de creencias completado por el paciente.

■ *Modificando las Creencias Cognitivas y Formulando Nuevas Creencias Cognitivas:*

Usualmente no es posible o bien el terapeuta no requiere reducir el grado de las creencias a un 0%, sobre todo en pacientes con TLP, que han vivido con estas creencias toda su vida.

Generalmente las creencias están suficientemente atenuadas cuando el paciente está dejando de modificar solo un 30% y cuando está modificando su comportamiento disfuncional (Judith Beck, 1995).

Algunas estrategias utilizadas para lograr este objetivo está:

- El cuestionamiento socrático
- Los experimentos conductuales
- Role-play
- Utilizar a personas como puntos de referencia para modificar las creencias
- Descubriendo el sí mismo
- Actuando como si.

■ Educar al Paciente Acerca de las Creencias Nucleares

Habiendo identificado una creencia importante y comprobando que el paciente la cree fuertemente, el terapeuta puede entonces decidir educar al paciente sobre la naturaleza de la creencia.

Es importante que el paciente comprenda los siguientes puntos sobre sus creencias:

- Que sus creencias no necesariamente tiene que ser verdad.
- Que sus creencias pueden ser sometidas a prueba.
- Que paciente y terapeuta pueden trabajar juntos todo el tiempo y utilizar una variedad de estrategias, en donde el paciente pueda verse a sí mismo de una manera más realista.

■ Utilizar Estrategias Cognitivas, Emocionales y Conductuales:

Estrategias Cognitivas:

- **Develar las creencias cognitivas:**

Se le insta al paciente a construir un diario de las emociones, pensamientos y conductas, para que desarrolle la habilidad de identificar los pensamientos que causan sus emociones y conductas disfuncionales. Igualmente que puedan tener claro que los esquemas juegan un rol y que les ayuda a reducir la confusión y ganar control sobre su conducta.

- **Combatir el pensamiento dicotómico:**

Los pacientes con TLP presentan dicotomías en el pensamiento, lo que les provoca experimentar sus emociones de forma extrema, el no poder ver los matices de la vida los lleva a tomar decisiones impulsivas y extremas. El terapeuta debe ayudar al paciente a tomar conciencia de esta forma de pensar y las repercusiones negativas a su vida. Un ejercicio puede ser escribirles en un tablero la diferencia entre el

pensamiento blanco o negro y el equilibrado, donde incluye los matices de ese pensamiento equilibrado.

▪ **Combatir el pensamiento suicida:**

Se le puede enseñar al paciente a que haga un corte y distracción del pensamiento negativo que lo está llevando al intento suicida. En esta técnica cuando el pensamiento perturbador llega, le hace un alto y lo distrae con actividades que permitan disipar la idea. Puede ser llamar a una amiga, salir a caminar, escuchar música, escribir notas acerca de la terapia y observar los puntos fuertes que tiene y lo que ha conseguido.

▪ ***Cuestionamiento de la Evidencia:***

Se usa para buscar evidencias con el fin de retar el mantenimiento de pensamientos y creencias. A través de:

- Discusiones empíricas: buscando la verificación de los hechos. (p.e. ¿qué pruebas tiene usted para mantener que absolutamente nadie le quiere?).
- Discusiones lógicas: buscando la coherencia de lo que se asevera (p. e dónde está escrito que los cónyuges debe estar todos los domingos con usted, de lo contrario eso diría que ¿no la quiere?
- Pragmática: comprobando si la creencia sostenida le es útil para resolver las situaciones de forma funcional. (p.e ¿te sirve de algo exigir que esto sea de la manera que tu quieres para que esto suceda?

▪ ***Estilos de Intervención del Terapeuta:***

Para la discusión o refutación de las creencias, el terapeuta puede usar los siguientes estilos:

- Estilo Socrático: lleva a las conclusiones a través de preguntas orientadas, utilizando la mayéutica, estilo de extraer respuestas a través de preguntas.
- Estilo Didáctico: Es más de tipo educativo, el terapeuta le brinda al paciente enseñanzas, explicaciones. Este estilo se utiliza mucho con los pacientes con TLP.
- Estilo Humorístico: Se le muestra al paciente la evidencia a través de lo cómico, del sentido del

humor. Se puede utilizar si el paciente tiene buen sentido del humor y está establecida una buena alianza. La broma siempre debe estar dirigida a la creencia irracional y no a la persona del paciente.

- Estilo Autorevelador: se le presentan los argumentos con ejemplos de su propia experiencia personal.
- Estilo Metafórico: se le exponen los conceptos con metáforas “es como si tu...”

■ **Utilizar las Inferencias y Opciones Alternativas:**

Se utiliza para que el paciente se percate de que los acontecimientos pueden ser interpretados desde otras conductas de afrontamiento a ciertas situaciones (p.e su vecino se paso al lado y no le habló, usted pensó que debía de estar enojado con usted y no le saludó, ¿se pudo deber a otras causas, pudo usted comprobarlo?, ¿cómo?). Se le puede pedir al paciente que opte por un pensamiento alternativo, es decir, aun en el peor de los casos que este enojado conmigo, lo voy a sentir; pero puedo vivir con eso, de hecho voy a vivir con eso.

■ **Examen de Ventajas y Desventajas del Mantenimiento de Una Creencia:**

Un método que revela los significados no tan razonables que influye en las personas cuando se enfrentan a una determinada creencia o dilemas, radica en hacer una lista con los pros y los contras de cada opción. Con la ayuda del terapeuta, el paciente confecciona una lista de ventajas y desventajas de cada alternativa y trata de asignarle un peso numérico a cada uno de esos ítems.

■ **Técnicas Referenciales:**

Se alienta al paciente ha hacer un listado de aspectos positivos de una característica o conducta suya, con el fin de evitar generalizaciones polarizadas.

■ **Técnicas Paradojales:**

Para individuos con problemas en su razonamiento dialéctico las contradicciones, paradojas, resultan muy efectivas. Las intervenciones paradojales se pueden considerar intervenciones cognitivas en tanto tomen en

cuenta el marco de opiniones personales del paciente. Básicamente consiste en reformular la resistencia de modo positivo (atribución positiva) y prescribirla, de modo que si el paciente se opone a su realización deja de utilizarla, o si la sigue se pone bajo la guía del terapeuta.

- **Técnicas Experienciales:**

Reescritura del pasado y role play histórico. Es una poderosa técnica para conseguir cambiar los recuerdos infantiles dolorosos que sostienen algún esquema es la reestructuración imaginaria del recuerdo. Se realiza tomando un sentimiento negativo presente como puente mnésico para llegar a un recuerdo de la infancia que el paciente va recordar con los ojos cerrados. Cuando el paciente puede ver el recuerdo doloroso en su mente y se activan los sentimientos negativos, el terapeuta entra en la escena e interviene y detiene los malos tratos, rescata al niño y le pregunta qué necesita y el paciente conectado con la emoción de ese momento en el tiempo le va expresando al terapeuta lo que necesita.

- **Estrategias Emocionales:**

- ***Experimentar Emociones:***

Están los *ejercicios de escritura*, en donde el paciente escribe una carta al antiguo maltratador en la que se expresan todos los sentimientos. Es un ejercicio que permite al paciente bajo un ambiente terapéutico contenedor expresar la ira.

- **Escuchar Canciones y/o Construcción de Textos:**

Se anima al paciente a escuchar canciones y a construir textos racionales y de distanciamiento humorístico de los irracionales

- **Autodescubrimiento:**

El terapeuta puede revelar que también son humanos y han tenido problemas parecidos a los del paciente, para así

originar un acercamiento y evidenciar que; aunque puede ser un modelo también el terapeuta en falible.

- ***Estrategias Conductuales:***

- ***Role play o escenificación:***

Esta técnica es útil para enseñarle al paciente habilidades sociales, como la asertividad o el expresar sentimientos hacia otra persona.

- ***Experimentar con nuevas conductas***

Una buena forma de reforzar los nuevos esquemas y estrategias es pedirle al paciente que se comporte según los mismos. Muchas veces el paciente siente que todavía no ha integrado las nuevas conductas; pero la práctica lo va a ir ayudando.

1.9.3 Tercera Fase:

Objetivos de la Tercera Fase:

- Preparación Para la finalización de la terapia
- Seguimiento
- Prevención de la recaída

Es importante que el paciente se le vaya preparando paulatinamente para el final de la terapia. Esto es algo que la terapeuta realiza en conjunto con el paciente, para que pueda irse preparando y teniendo conocimiento de cuando finaliza la terapia.

Judith Beck (1983), ha encontrado que una de las frecuentes preocupaciones del paciente es la de no estar completamente curado. Se le puede explicar al paciente que nadie está 100% sano, ya que la salud no es un constructo dicotómico, sino un continuum integrado por diversos puntos.

Por otra parte se debe clarificar adecuadamente los sentimientos y las creencias negativas acerca del final de la terapia. En adición sería conveniente confeccionar una lista de problemas que todavía no se hayan solucionado y las opciones disponibles para tratarlos.

Una vez acabada la terapia puede ser útil darle un seguimiento a través de algunas sesiones de supervisión a lo largo del tiempo que pueda comprobar que el paciente no ha tenido recaídas.

Algunas sesiones pueden ser útiles en la prevención de situaciones de riesgo. Algunos terapeutas utilizan sesiones grabadas o notas para el recuerdo.

Es conveniente que el seguimiento postterapéutico se realice de forma gradual; como por ejemplo, una a los tres meses, luego a los seis meses y finalmente al año. Se le deja la puerta abierta al paciente, ofreciéndole la posibilidad de seguir con el tratamiento cuando lo requiera o hacer alguna cita para tratar algo puntual.

II. CAPÍTULO PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

2.1 Metodología

La elección de una determinada metodología contempla la elección de conocimiento y de ciencia, estamos hablando de una opción epistemológica previa, que a su vez es inherente con una opción ontológica.

Martínez (1995), define estas opciones cuando acentúa que los dos eslabones de la cadena que más frecuentemente se soslayan están constituidos por la *opción epistemológica*, que define lo que entendemos por "*conocimiento*", y la *opción ontológica*, que determina el concepto general de la "*realidad*" a investigar. La primera opción está más relacionada con el sujeto y la segunda con el objeto.

El proceso de conocimiento debe comprenderse como una relación personal y compleja entre sujeto y objeto. Entendiendo por sujeto a la persona (o equipo de personas) que adquiere o elabora el conocimiento para alguien, pensado por alguien, en la conciencia de alguien (Sabino, 2002).

No podemos concebir un conocimiento sin sujeto, y sin que él mismo sea captado por una determinada conciencia; la cual percibe un conocimiento respecto a algo, o a alguien. Aquello que logra ser conocido es el objeto de conocimiento.

En el proceso de conocimiento debe existir una relación articulada entre ambos, ya que la misma no se establece en primera instancia de manera definitiva, sino que requiere de continuos acercamientos. Toda vez que como investigadores también somos objeto de análisis de nuestras propias emociones, sensaciones y pensamientos nos toca adoptar una actitud reflexiva, en donde nosotros también estamos inmersos como un objeto más de conocimiento.

La metodología no debe seguir siendo una especialidad separada que aísla método y objeto y reduce la construcción teórica a una manipulación técnica.

Señala Jiménez (2000), que hay que asumir la complejidad social en forma equivalente y saber que el análisis empírico no puede sustituir la reflexión crítica y el análisis teórico.

Es la metodología cualitativa la opción más adecuada para esta investigación, pues al referirnos a las creencias cognitivas

distorsionadas en mujeres con trastorno límite de la personalidad, es la metodología cualitativa la que permite precisamente, crear ese intercambio intersubjetivo.

2.1.1 Marco Epistemológico

Al abordar los aspectos metodológicos-epistemológicos, conviene conceptuar el término, dado que el mismo es usado en una pluralidad de sentidos. La palabra epistemología se compone de una raíz griega (episteme) que significa conocimiento, y puede definirse inicialmente como “tratado de los métodos del conocimiento científico, en general o de determinada ciencia”¹³

El conocimiento es una producción que es constructiva e interpretativa. Su carácter interpretativo, emerge de la necesidad de dar sentido a las expresiones de las actrices sociales. El conocimiento re-construye la realidad social por lo que es propiamente humano: el mundo de significaciones.

Como señala Mejía Navarrete (2002), se desarrolla un principio epistémico de relación en lugar de lo individual, lo que nos permite construir conocimientos de la realidad social.

La interpretación no está referida a ninguna categoría universal, inmutable, es un proceso que se realiza a través de la unicidad y complejidad del sujeto estudiado.

Según González Rey (2000), la interpretación es un proceso diferenciado que da sentido a las manifestaciones de lo estudiado y los vincula con momentos particulares del proceso que está orientado a la construcción teórica, misma que es dada por la dialéctica surgida entre las actrices sociales y la investigadora, tomando en perspectiva que la misma debe tomarse como temporaria.

“El objeto de investigación se desplaza al encuentro de nuestras explicaciones, no solo porque modificamos la realidad al estudiarla sino porque tienen un carácter provisional, es un conocimiento transicional, resultado de un momento determinado”¹⁴

¹³ Moliner, 1984, citado en Valles, 1997, p.47

¹⁴ Ibáñez, 1986 citado en Mejía Navarrete, 2002, Objetividad Científica 3

Esta investigación pretende integrar, reconstruir y construir las diversas unidades de texto, que van surgiendo durante el proceso de extraer las creencias cognitivas, los cuales se van articulando y formando categorías, mismas que no tendrían sentido si se tomaran de forma aislada.

Los momentos informales que surgen durante la comunicación son relevantes para la producción teórica; por consiguiente la interacción que se dio entre la investigadora y las participantes, es de gran importancia por los diálogos que de allí surjan y se desarrollen, en los cuales las actrices sociales se involucran emocionalmente en un proceso reflexivo de gran significado; en donde el conocimiento es el resultado de la dialéctica surgida entre ambas partes

La expresión individual de las actrices sociales tiene gran significancia en el conocimiento producido para comprender aquellos elementos que surgen como indicadores presentes en las creencias cognitivas de las mujeres con TLP, actrices participantes. Se rompe el principio epistémico de individuo y realiza un principio epistémico de relación, que vayan edificando conocimientos sobre la base de la realidad social.

La teoría cognitiva conductual, presta atención a esta forma de conocimiento científico y cambios de paradigmas, que considera semejante a la construcción de esquemas, y a los requisitos o condiciones necesarias para modificarlos.

En este sentido Kuhn (1971), señaló que los científicos no abandonan fácilmente sus paradigmas. Ellos lo hacen sólo cuando uno o más de las siguientes razones están presentes:

1. *“Cuando hay un importante número de datos empíricos que indican que las inferencias deducidas del paradigma son falsas*
2. *Cuando hay una importante incongruencia lógica con el paradigma*
3. *Cuando el paradigma carece de valor pragmático, en que fracasa en resolver importantes problemas; y, finalmente*
4. *Cuando existe un paradigma alternativo que es mejor que el existente para explicar los hallazgos empíricos y resolver los problema”.*¹⁵

¹⁵ Kuhn, La estructura de las revoluciones científicas. México: Fondo de Cultura Económica, 1971, p.175

2.1.2 Supuesto Ontológico

Cuando decimos que algo es ontológico, hacemos referencia a nuestra interpretación de las dimensiones constituyentes que todos compartimos en tanto seres humanos y que nos confiere una particular forma de ser.

Desde la perspectiva ontológica es importante resaltar el papel que tienen las actrices sociales de la investigación en la construcción de la realidad social. Se busca observar de cerca como ocurre cada hecho y lo que significa para las participantes que se encuentran involucrados en éste.

“ya no se piensa que la realidad es inequívoca y fundamentalmente objetiva sino que se le ve como una red de procesos pluridimensionales entrelazados, articulados simultáneamente en múltiples niveles de interacción”¹⁶

El objeto, especialmente por la complejidad de su propio sistema que en sí encierra, tiene que ser visto y evaluado desde el conjunto de variables biopsicosociales que lo constituyen.

En general, señala Martínez (1996) se considera que toda realidad, desde el átomo hasta la galaxia, está configurada por sistemas de muy alto nivel de complejidad, donde cada parte interactúa con todas las demás y con el todo.

Los significados intersubjetivos que van construyendo las participantes, a través de lo que va surgiendo en las entrevistas, historias clínicas y las sesiones de psicoterapia y que nos permite crear significados teóricos y que toman forma en función de cómo se interpretan las subjetividades de las actrices sociales, mismas que son vistas desde su perspectiva o visión de vida.

Rogers (1988), al respecto, señala que:

*“La filosofía operacional de un individuo, su conjunto de objetivos, no es una cosa fija e inmutable, sino una organización fluida, en evolución. Cuando nos acercamos al individuo sin un conjunto preconcebido de categorías a las que esperamos que se ajuste, no sólo resulta una comprensión más vívida del significado de su conducta, sino que se amplían al máximo las oportunidades para un nuevo aprendizaje”.*¹⁷

¹⁶ Guidano, 1986, citado en Balbi, 2004, p. 296.

¹⁷ Rogers, Psicoterapia centrada en el cliente. Paidós, México, 1988, pp.33-421

Cada participante tiene su propia filosofía de vida y va levantando su sistema de creencias cognitivas en función de esa filosofía única; por consiguiente es difícil encontrar un conocimiento objetivo, porque el conocimiento va a surgir de las interpretaciones que le demos a lo que va emergiendo de lo que las participantes van expresando y esto es algo que tienen un matiz completamente subjetivo, porque responde a la unicidad de cada una de ellas y articula su realidad en los aspectos biopsicosociales de cada una de las participantes.

2.2 El Diseño Cualitativo

La filosofía de la ciencia en que se apoya la metodología cualitativa, tiene como fundamento el modelo dialéctico, en virtud de que el conocimiento es la consecuencia de la dialéctica que ocurre entre el sujeto (actrices sociales) y objeto, conocer su discurso, tanto de lo que dicen como de lo que no dicen. Se opera representaciones simbólicas de la realidad social, la vivencia de las participantes, experiencia, sentimientos, creencias cognitivas, propósitos de vida (muchas veces inexistentes), significados entre otras características del mundo subjetivo.

Según la (Organización Panamericana de la Salud, [OPS], 2005) existen factores que inciden en la selección de una metodología cualitativa, como son:

- El punto de interés lo constituye lo que las personas piensan y perciben.
- Se necesita estudiar el tema a profundidad.
- El problema de la investigación no se conoce bien.
- Los conceptos y variables pertinentes no están bien definidos.
- Se necesita ser flexible para poder descubrir relaciones o conceptos inesperados.

Se ha escogido la metodología cualitativa porque se basa en un diseño de investigación que permite identificar de forma exploratoria las creencias cognitivas que se encuentran en las mujeres con trastornos límite de personalidad, conocer cuáles son sus sistemas de creencias, percepciones, actitudes, emociones. Por otra parte nos permitió obtener una comprensión más amplia y holística de un tema tan complejo como es el trastorno límite de la personalidad.

Desde el punto de vista cualitativo, la investigación siempre tiene un carácter fenomenológico que expresa la relación dialéctica que surge en la relación intersubjetiva entre las personas que conforman la unidad de estudio. Ruiz Olabuénaga (1996).

Todo investigador cualitativo lo perciba o no, está comprometido en la vida social, lo cual lo lleva a asumir un papel reflexivo y crítico.

La perspectiva metodológica cualitativa que concibe la realidad como una totalidad social tienen un alcance ideográfico de la realidad social: la búsqueda de significados de la acción humana (Mejía Navarrete, 2002).

Permite interpretar la acción mediante el discurso de las representaciones simbólicas de las actrices sociales, dando sentido a sus acciones.

Burns y Grove (2004), observan que la personalidad del investigador es un factor clave en este tipo de investigación. Se trabajan habilidades como la empatía y la intuición.

En ese juego de intersubjetividades que emerge cuando participantes e investigadora mantienen una interrelación dialéctica, nacen significados y se van creando nuevos datos. Las participantes con frecuencia intervienen en la determinación de las preguntas de investigación, guían la recogida de datos, y en la interpretación de los resultados.

2.2.1 Estudio de Casos

El diseño cualitativo empleado para nuestra investigación es el estudio de casos. Al referirnos al estudio de casos hacemos alusión al estudio exhaustivo y profundo, de uno o pocos actores sociales, con el propósito de obtener un conocimiento lo más completo y detallado posible.

El término estudio de caso es frecuentemente usado por las implicaciones que conlleva en cuanto a las bondades en la recogida de los datos, quizás por la forma en que estos son analizados (Hammersley, Gomm y Foster, 1998).

Usualmente un estudio de caso, se refiere a investigaciones que toman uno o pocos casos y los estudian con una considerable profundidad; no obstante, su finalidad no es la generalización.

Un estudio de casos es también un examen holista de lo único, lo que significa tener en cuenta las complejidades que lo determinan y definen (Stake, 1994 citado en Laboratorio Para el Análisis del Cambio [LACE], 1999).

El diseño de estudios de caso es útil para profundizar en el entendimiento de la situación y el significado para los involucrados. (Merina, 1998 citado en Aranda, 2006). Se pueden incluir varios casos dentro de una misma investigación lo cual puede producir grandes cantidades de datos para analizar.

La comprensión de cada caso requiere escuchar las historias, problemas, dilemas, perplejidades que las participantes que forman parte de la investigación, nos cuenten. El ir día a día, entrando en la vida de estas actrices sociales requiere un legítimo interés por conocer y comprender cómo piensan, interpretan y asimilan el escenario social en el que viven y se desarrollan.

Esta investigación se constituyó de todo el material de análisis que las actrices sociales presentaron en las sesiones de terapia, sus creencias cognitivas, la problemática perse del trastorno límite de la personalidad, lo expresado desde su propio referente, los significados que salgan en ese intercambio dialéctico actrices sociales-investigadora, además de la historia clínica y de todo el material teórico para el estudio.

2.3 Selección de las Participantes

El escenario utilizado para la selección de las participantes fue el Centro Femenino de Rehabilitación (CFR) de la República de Panamá, que pertenece a la unidad administrativa denominada Dirección General del Sistema Penitenciario, la cual está adscrita al Ministerio de Gobierno y Justicia.

Desde el año 2004, la investigadora llevaba apoyando al CFR, en la atención psicológica a algunas internas; por consiguiente se procedió con mayor viabilidad con los respectivos permisos por parte de la institución para que se pudiera realizar un estudio de casos en mujeres internas que fuesen diagnosticadas con trastorno TLP.

Un equipo formado por licenciado(a)s en Psicología que se encontraban efectuando su práctica profesional de la maestría en Psicología Clínica de la Universidad de Panamá, colaboró con la

investigadora en la selección de los casos, los cuales siguieron el sucesivo procedimiento:

- Se revisaron los expedientes y fueron seleccionándose los posibles casos
- Una vez seleccionadas las posibles participantes, la investigadora procedió con la entrevista clínica a las actrices sociales que participarían en la investigación.

A través de la Entrevista Clínica, el Inventario Clínico Multiaxial (MCM-II) de Theodore Millon y el Manual Diagnóstico Y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) se realizó el diagnóstico. Se buscó la siguiente descripción para la selección teórica de las participantes:

- Mujeres con un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.
- Mujeres que estuviesen recluidas por lo menos un año en el CFR, con el propósito de que una vez seleccionada, se mantuvieran dentro del tratamiento por su condición de internas.

La investigadora, además de los dos casos clínicos de la investigación, estuvo atendiendo otros casos clínicos en el CFR, algunos tenían un diagnóstico de TLP; no obstante, no se incluyeron dado que presentaban características leves del trastorno. En adición Se le proporcionó atención psicológica a otros casos que presentaban diferente diagnóstico del antes mencionado, como un apoyo, en virtud de que el CFR, carecía para ese momento de psicólogos clínicos de planta.

En un inició la selección de las participantes estaba conformada por cinco mujeres que reunían las características anteriormente descritas; no obstante, tres no continuaron en la terapia. Dos fueron beneficiadas con una libertad condicional (habían cumplido dos tercios de su condena) salieron en libertad y la otra se retiró de la terapia.

Finalmente, el estudio quedó conformado por dos participantes; cuyas edades eran 25 y 28 años respectivamente. La primera proviene de un área urbana y la segunda creció en un área rural del interior del país.

El Centro Femenino de Rehabilitación proporciona el lugar para la atención terapéutica, la cual se realizó dos veces por semana, en su etapa inicial e intermedia y luego una vez por semana, por espacio de un año y 4 meses.

2.4 Técnicas Cualitativas de Recolección de la Información

2.4.1 La Entrevista a Profundidad

La entrevista es una forma de conversación sistemática, que por lo general es de tipo verbal, entre dos seres humanos, en el cual uno es el entrevistador y el otro el entrevistado.

La mayoría de las entrevistas tienen como objetivo obtener alguna información referente a algo o alguien. Así por ejemplo, un tratamiento psicológico es una serie de entrevistas, cuya finalidad es el restablecimiento del paciente (Pardinas, 1977).

Taylor y Bodgan la definen como:

“(...) reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes [actrices sociales] encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de propias palabras”.¹⁸

En la entrevista a profundidad la investigadora está buscando lo que es importante y significativo en la mente de las participantes, sus significados e interpretaciones, la manera en que las participantes se ven, discriminan y vivencian su mundo.

La entrevista comprende un esfuerzo de re-inmersión por parte del entrevistado frente a, o en colaboración con, el entrevistador que asiste activamente a este ejercicio de reposición cuasi teatral. Comprende, asimismo, un cierto grado de intimidad y familiaridad que haga más llevadera y justificada esta inmersión teatral (Ruiz Olabuénaga, 1996).

Dentro de los tópicos tratados en la entrevista están:

- Datos Generales

¹⁸ Taylor y Bodgan, 1994, p. 101.

- Antecedentes Biográficos
- Evaluación Psicopatológica
- Historia Toxicofílica
- Problemas con la ley
- Relaciones Interpersonales
- Funcionamiento Laboral y Familiar
- Las creencias cognitivas sobre sí misma
- Las creencias cognitivas sobre los demás
- Las creencias cognitivas sobre el mundo
- Tipos de estrategias ante la ira
- Empatía y comprensión hacia los demás
- Relación con la terapeuta
- Pensamiento dicotómico
- Susplicacia frente a los demás
- Amenazas suicidas
- Conductas autolíticas
- Identidad del sí mismo

2.4.2 La Historia Clínica (El Modelo cognitivo de Aaron Beck)

La historia clínica en que nos basamos para reunir información sobre las creencias cognitivas, es la utilizada por la terapia cognitiva conductual de Aaron Beck y otros teóricos cognitivos. La misma recoge información relevante concerniente a:

- Datos generales
- Motivo de consulta
- Historia de la enfermedad actual
- Antecedentes psicopatológicos
- Historia personal y social
- Historial médico
- Estado mental
- Diagnóstico según DSMIV
- Formulación del caso
- Plan de tratamiento
- Curso del tratamiento

2.4.3 Pruebas Psicológicas

- **Inventario Clínico Multiaxial (MCM-II) de Theodore Millon**

Esta es una prueba que contiene 175 elementos, el cual a través de sus escalas (fiabilidad y validez, escalas básicas de personalidad patológica, síndromes clínicos de gravedad moderada y síndromes clínicos de gravedad severa) evalúa tanto las patologías de la personalidad, según el DSM-IV, como los trastornos de estados más prevalentes.

- **El Cuestionario de Creencias Cognitivas de la Personalidad (PBQ) de Aaron Beck.(Traducido al español por Roberto Mainieri y Anabelle Barsallo)**

Esta es una prolongación natural de la teoría cognitiva de los trastornos de personalidad. Basándose en la teoría cognitiva y en observaciones clínicas, Beck y otros (1990) propuso un índice de esquemas prototípicos para los trastornos del Eje II. El PBQ contiene nueve escalas que pueden ser administradas juntas o separadas. Cada escala comprende 14 ítems lo que resulta en un total de 126 ítems. El cuestionario original esta en inglés. Cada escala ha sido validada reiteradamente por Beck y su grupo en diversos centros clínicos y en el Beck Institute for Cognitive Therapy en Filadelfia. Cabe aclarar que esta investigación utilizó el cuestionario en español, únicamente para fines clínicos y contemplando solo los ítems que guardaban relación con la escala de personalidad límite, las puntuaciones del PBQ todavía no se han estandarizado en muestras hispanoamericanas. El PBQ puede usarse clínicamente de dos maneras: para proporcionar un perfil cognitivo e identificar creencias disfuncionales que puedan ser atendidas durante el tratamiento. Los pacientes pueden también ser dirigidos por el terapeuta para determinar las ventajas y desventajas relativas de llevar a cabo estas creencias y poder desarrollar así, creencias alternativas más adaptativas.

2.4.4 Sesiones Terapéuticas

Las etapas iniciales y media de las sesiones terapéuticas, tuvieron una duración de dos veces por semana durante las primeras fases, hasta paulatinamente quedar en una vez por semana, en la última fase. Desde marzo de 2006 hasta abril de 2007.

2.5 Análisis del Contenido

El análisis de contenido nos permite investigar sobre la naturaleza del discurso. Es una metodología que nos permite analizar los componentes de la comunicación humana. Puede analizarse con

detalle y profundidad el contenido de la comunicación humana, sean estos código lingüístico oral, icónico, gestos.

Para muchos autores, el análisis de contenido viene a ser una técnica de investigación, en tanto que para otros es un método de investigación.

De acuerdo con Díaz y Navarro:

“Puede concebirse como un conjunto de procedimientos que tienen como objetivo la producción de una meta texto analítico en el que se representa el corpus textual de manera transformada. (...) O, dicho de otro modo, ha de concebirse como un procedimiento destinado a desestabilizar la inteligibilidad inmediata de la superficie textual, mostrando sus aspectos no directamente intuitivos y; sin embargo, presentes”.¹⁹

Lo importante de todo esto es que realmente el análisis de contenido se adecue a los intereses y exigencias de una determinada investigación, lo cual implica tomar en cuenta su carácter particular y único.

Dentro de los usos posibles del análisis de contenido destaca la identificación de actitudes, creencias, deseos, valores, objetivos, las metas de las personas y de los grupos.

2.5.1 Unidades de Análisis

Estas vienen a ser los segmentos que al investigador le interesa investigar del contenido de los mensajes escritos, y que luego entonces podrán ser reflejadas y desglosadas en categorías (zonas de sentido) y subcategorías.

Como señala Duverger:

“Pueden ser de base gramatical como vocablos, con el estudio de todas las palabras o bien de algunas consideraciones simbólicas o claves; y de frases o párrafos definidas gramaticalmente o por tema de acuerdo con el significado de un grupo de palabras. O bien base no gramatical, como el documento integro, las unidades de medidas espaciales o temporales y los personajes y sus caracteres”.²⁰

¹⁹ Díaz y Navarro, 1998 citado en Fernández, 2002, p. 37.

²⁰ Duverger, 1986 citado en Fernández, 2002, P. 38.

2.5.2 Zonas de Sentido

Las zonas de sentido²¹ son los significantes que los actores sociales manifiestan a través de los textos que se van vinculando hasta convertirse en un significado; es decir, con cada signo que se va manifestando a través de las entrevistas, sesiones terapéuticas de las actrices, hasta configurarse en nuevas zonas de sentido. También son llamadas categorías y en ese sentido pueden ir construyéndose una cantidad ilimitada de categorías. Podríamos decir que cada análisis puede contener en sí muchas categorías. Resulta efectivo decir que de ellas se desprende el resultado del análisis.

Según Porta y Silva (2003), la categorización es un proceso que requiere tres operaciones:

- La clasificación de las unidades de significado asignado a cada unidad de registro para establecer una cierta organización de los mensajes. El resultado de esta operación es la elaboración de un sistema de categorías.
- La codificación como tarea de asignación de códigos a cada categoría del sistema anterior, para poder clasificar las unidades de registro de los documentos a analizar, clasificando de esta forma el material escrito para su posterior descripción e interpretación.
- El inventario en el que se aíslan las unidades de significado dando contenido empírico a las categorías del sistema.

2.5.3 Unidades de Contexto

Las unidades de contexto se definieron en base al criterio textual, ya sea en relación a algunas características del tipo sintáctica, semántica o pragmática del entorno de las unidades de análisis.

²¹ La acepción zonas de sentido es de Fernando González Rey y se ha utilizado para trabajar las categorías, 2005

Fernández (2002), señala que:

*“Las unidades de contexto son bases de sentido localizables dentro del texto, constituyen el marco interpretativo de lo sobresaliente de las unidades de análisis, se delimitan de acuerdo con ellas y en función del planteamiento teórico metodológico de cada investigación en particular”.*²²

2.6 Recolección de la Información

Durante las primeras sesiones se intentó utilizar grabadora; no obstante, por cuestiones de seguridad y como parte de las reglas del CFR, no se me permitió seguir llevando la grabadora, por lo que únicamente fue utilizada dos veces.

Para recoger la información se utilizó un diario donde una vez que se terminaban las sesiones, se procedió a escribir todo el intercambio que surgió en el dialogo durante las intervención terapéutica entre la investigadora y las actrices sociales.

Posteriormente se procedió a transcribir las sesiones, para luego codificarlas. Se le asigno un código a cada categoría con su respectiva subcategoría, con la finalidad de analizar la información, construyendo zonas de sentido que le dieron significado al texto para proceder finalmente a la interpretación.

2.7 Triangulación

Existen algunas estrategias que se utilizan para garantizar el rigor en la investigación cualitativa, como es la triangulación.

Cuando hablamos de la autenticidad en la investigación hacemos referencia al rigor metodológico con que ha sido diseñada y desarrollada, y a la confianza que, como consecuencia de ello, podemos tener en la certeza de los resultados conseguidos.

Taylor y Bodgan (1994) abogan por este rigor, como otro enfoque en relación con el método. La triangulación puede ser concebida como un modo de protegerse de las tendencias del investigador y de confrontar y someter a control recíproco relatos de diferentes informantes. Con el objeto de encontrar convergencias

²² Op, cit, p. 35.

desde diferentes ángulos, este estudio se valió de la triangulación, con el propósito de conseguir la legitimidad del estudio.

La confiabilidad de los resultados cualitativos se apoya, en criterios como la credibilidad que, según Jiménez (2000), la credibilidad se logra por la observación intensiva [entrevista en profundidad] y la triangulación.

Para esta investigación se triangulo de la siguiente manera:

1. Teoría/perspectiva, en la cual la teoría sirve para ponderar los datos. Además de la teoría se utilizó,
2. La prueba de Creencias Cognitivas de Aaron Beck, y de las concepciones cognitivas de los trastornos de personalidad.
3. Igualmente triangulamos con las fuentes de los datos del investigador, en el cual la historia clínica, los test psicológicos y las sesiones terapéuticas, fueron nuestro punto de apoyo en este aspecto, con el fin de determinar si las creencias cognitivas estudiadas con diversos elementos o en la interacción de las personas con dichos elementos, seguían siendo las mismas.

Beck (2005), afirma que es básico que se consideren múltiples fuentes de información cuando se evalúan las creencias disfuncionales de los pacientes y que ese proceso se vaya realizando durante toda la terapia. Es decir, la prueba de las creencias cognitivas se corrobora con lo que el paciente expresa durante los diferentes momentos del proceso terapéutico.

Las historias evolutivas de los pacientes, los problemas y síntomas actuales y las conductas durante la entrevista proporcionan claves para sus creencias disfuncionales. La relación terapéutica misma proporciona un importante contexto para evaluar algunas creencias propias de los trastornos de la personalidad.

2.8 La Ética en la Investigación Cualitativa

La ética como el estudio de la moral, esta filosóficamente comprometida en el planteamiento de problemas. La ética, como una rama de la filosofía, está considerada como una ciencia normativa, en virtud de que la misma se ocupa de las normas que rigen la conducta humana.

La ética se ha convertido en una parte cada vez más importante de la capacitación de los psicólogos debido al inherente

peligro del comportamiento poco ético para pacientes, estudiantes y quienes participan de la investigación. Tales peligros incluyen daño, explotación y falta de respeto (Cullari, 2001).

Los problemas éticos se suscitan en una investigación porque se está tratando con vidas humanas en los que hay que discernir entre lo que es moralmente y/o legalmente aceptable en cada acto, es decir, todo lo que hacemos o decimos. Toda vez que se está interactuando socialmente con las participantes, al entrar en sus escenarios y espacios vitales.

Por todas estas razones, anteriormente planteadas es que es insoslayable el seguir un código de ética, que va más allá de los procedimientos metodológicos, investigativos y personales.

(LACE, 1999), señala que la metodología nos puede ayudar a asegurar la bondad y veracidad de nuestro análisis; pero en ningún caso la justicia de nuestras investigaciones.

Por otra parte, como ha puesto de manifiesto Jiménez (2000), se dejan de lado las implicaciones éticas de participación y compromiso con la población afectada, en procesos guiados por una pretendida externalidad.

Algunos modelos de evaluación para la discusión ética que son respaldados por González Ávila (1999) contiene aspectos de los cuales señalaremos los que a nuestro juicio son los más relevantes para esta investigación:

1. Valor social o científico. Para ser ética una investigación debe tener valor, lo que representa un juicio sobre la importancia social, científica o clínica de la investigación. La investigación debe plantear una intervención que conduzca a mejoras en las condiciones de vida o el bienestar de la población o que produzca conocimiento que pueda abrir oportunidades de superación o solución a problemas.
2. Validez científica. La mala ciencia no es ética. La búsqueda de la validez científica establece el deber de plantear:
 - a) Un método de investigación coherente con el problema y la necesidad social, con la selección de los sujetos, los instrumentos y las relaciones que establece el investigador con las personas;
 - b) Un marco teórico suficiente basado en fuentes documentales y de información;

- c) Un lenguaje cuidadoso empleado para comunicar el informe;
 - d) Un alto grado de correspondencia entre la realidad psicológica, cultural o social de los sujetos investigados con respecto al método empleado y los resultados.
3. Selección equitativa de los sujetos. La selección debe asegurar que estos son escogidos por razones relacionadas con las interrogantes científicas. La selección de sujetos debe considerar la inclusión de aquellos que pueden beneficiarse de un resultado positivo.
 4. Consentimiento informado. La finalidad del consentimiento informado es asegurar que los individuos que participan en la investigación propuesta sólo cuando ésta es compatible con sus valores, intereses y preferencias; y lo hace voluntariamente con el conocimiento necesario y suficiente para decidir con responsabilidad sobre sí mismos. El conocimiento informado se justifica por la necesidad del respeto a las personas y a sus decisiones autónomas. Cada persona tiene un valor intrínseco debido a su capacidad de elegir, modificar y proseguir su propio plan de vida.
 5. Respeto a los sujetos inscritos. Los requisitos éticos para la investigación cualitativa no concluyen cuando los individuos hacen constar que aceptan participar en ella. El respeto a los sujetos implica varias cosas:
 - a) La reserva en el manejo de la información debe ser respetada con reglas explícitas de confidencialidad;
 - b) En reconocimiento a la contribución de los sujetos debe haber un mecanismo para informarlos sobre los resultados y lo que se aprendió de la investigación;
 - c) El bienestar del sujeto debe vigilarse cuidadosamente a lo largo de su participación y, si es necesario, debe recibir las atenciones necesarias incluyendo un posible retiro de la investigación.

En relación con lo anteriormente expuesto, se puntualizan algunas reflexiones éticas que fueron ponderadas en la investigación y que por la delicadeza de las mismas merecen una especial consideración.

Desde las primeras entrevista, se procedió a explicar a las participantes, de que trataba la investigación, que además de participar con reserva de sus nombres, podían beneficiarse de una psicoterapia y que la participación era voluntaria.

Conforme se iba desarrollando las sesiones terapéuticas se les iba informando a las actrices sociales sobre los resultados de las mismas.

En compromiso con las participantes, se les expresó que podrían continuar con las sesiones terapéuticas, fuera del marco de la investigación doctoral; pero sí dando continuidad a nuevos datos en la investigación en el plano personal.

**III. CAPÍTULO PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS
 Y EVOLUCIÓN DE LA PSICOTERAPIA**

3.1. Historia Clínica de los Casos Estudiados

A continuación se presenta la historia clínica de los casos.

3.1.1. Historia Clínica del Caso N° 1

A. Datos Generales:

Yasury es una mujer de 25 años de edad, de piel trigueña, su estado civil, unida. Tiene una hija de 10 años, la cual vive con su bisabuela materna. El nivel de instrucción de Yasury es hasta sexto grado. Actualmente Yasury se encuentra recluida en el Centro Femenino de Rehabilitación por robo.

B. Motivo de Consulta:

Yasury buscó ayuda psicológica porque afirmaba que estaba deprimida, ya que algo horrible le estaba pasando, estaba en crisis, lloraba y manifestaba que se sentía morir, ya que a principios del año 2006 le habían comunicado que era portadora del HIV. Por otra parte, era una de las internas que estaba en lista de espera para ser atendida por sus constantes peleas con otras internas, sus autoagresiones y por haber manifestado a su trabajadora social asignada que se iba a matar.

C. Historia de la Enfermedad Actual:

El ser portadora de HIV, fue el detonante que desencadenó en Yasury, la expresión del Trastorno Límite de la Personalidad, debido a que los síntomas manifestados por Yasury, evidenciaban que lo que subyacía era un TLP. Sus conductas sexuales erráticas le habían hecho contagiarse del HIV.

Señala que en el año 1996, cuando tenía 15 años se fue a vivir con el novio (que no es el padre de su hija) y éste la golpeaba, al principio ella se dejaba; pero sus amigas le aconsejaron que no se dejara. Entrando los dos en un cuadro de violencia, donde ambos se golpeaban. Estuvo hasta los 21 años con él. Ella piensa que fue él quien la contagió, ya que consumía drogas y era promiscuo al igual que ella. Cabe recalcar que

este hombre murió de SIDA, así que es muy probable que así haya sido.

Posteriormente se entera que tenía HIV *“se me vino el mundo encima todos los recuerdos cuando era pelaíta, sufría tanto, por mi mente pasaban tantas cosas: odio, rencor, rabia, dolor de todo”*. Expresa que al ir acumulando todo eso, reventaba y va destrozando todo lo que encuentra en el camino.

Yasury expresa que: *“todos mis arrebatos empezaron cuando tenía 14 años”* que salió embarazada de su hija y su mamá la boto de la casa, según ella, tuvo que refugiarse donde su abuela que también la largaba cada vez que el hijo de ésta (de la abuela) tenía una pelea con Yasury, según ella, no trabajaba y era un vicioso. Manifiesta que a partir de que la botaron de su casa ha tenido que velar por ella y su hija porque el padre de su hija no se hizo cargo de su paternidad.

En las citas iniciales (marzo de 2006), los síntomas incluían:

Emocionales: Tristeza, aburrimiento constante, ira, impulsividad, muestras de autoestima devaluada, labilidad emocional, sentimientos crónicos de vacío.

Cognitivos: pensamientos suicidas, ideación paranoide, episodio psicótico breve, autocrítica y autoculpabilización, desvalorización de sí misma y de los demás.

Conductuales: poca competencia social en relación a lo laboral y educativo. Peleas físicas, episodios de intensa irritabilidad en donde se golpea la cabeza contra la pared, se hala el cabello, tira las cosas.

Fisiológicos: sudoración y temblor en las manos por la ira.

D. Antecedentes Psicopatológicos:

Expresa que fue en la adolescencia donde comenzó su impulsividad, y sus “arrebatos”, Manifiesta que ella siempre se defendía de los que se metían con ella; pero *“no tenía esa cabriación que siento ahora”*.

Expresa que cuando estaba en la primaria ella peleaba porque le buscaban pelea y su mamá le pegaba porque le decía que ella no iba a la escuela a pelear, *“entonces me volví boba y me dejaba pegar y mi mamá me pegaba porque me dejaba pegar”*. Sus manifestaciones parecen expresar los mensajes ambivalentes que su madre le enviaba su madre. Primero te pego porque pegas y luego te pego, porque te dejas pegar.

E. Historia Personal y Social:

Yasuri es la mayor de tres hermanos. Sus padres se separaron cuando ella tenía 10 años. Piensa que a pesar de ser la única hija mujer de su mamá, que debió tratarla como su niña, no fue así y lo que recibió fue maltratos.

“Pienso que soy así por tanto palo que me dio mi mamá” a la cual describe como una mujer sumamente agresiva, que le decía cosas horribles y que era inestable, la golpeaba por cualquier cosa a ella y a sus hermanos; pero que a pesar de todo el hermano más pequeño era su preferido, según Yasury porque como se portaba mal y su madre tenía que estar más pendiente de él.

Cuando Yasury tenía 11 años empezó a ser molestada sexualmente por su padrastro, expresa que a *“él le gustaba tocarme los senos y mis partes, Cuando mi mamá se iba el empezaba a pellizcarme por la barriga, una vez estaban todos dormidos y él me toco por mis partes, yo no grite porque yo le tenía miedo a mi mamá. Ya me tenía bien cabreada y yo ya estaba maquinando apuñalarlo o algo así”*.

Manifiesta que cuando tenía 12 años su mamá le tiró un martillo de cortar hielo y le cayó en un ojo lo cual según Yasuri, le causó cierta pérdida de la visión en el ojo golpeado.

Afirma que a los 15 años cuando se salió embarazada de su hija, su mamá la boto de la casa y tuvo que buscar albergue donde su abuela que a cada momento la largaba de su casa. El padre de la criatura no se hizo responsable y manifestó que la niña no era de él, a pesar de que según Yasury *“éste fue mi primer hombre”*. Ella expresa que le dio mucho coraje y no quiso saber nada de él. Esporádicamente se prostituía los fines de semana. Informa que anteriormente trabajaba en un salón de belleza y de mesera en un bar, hasta que se le venció el contrato.

Expresa que nunca ha consumido drogas, y que no consume alcohol, además que *“eso de quedar regado por ahí haciendo espectáculo y que los demás se burlen de mí, jamás”*.

Actualmente está en la escuela telebásica del Sistema Penitenciario terminando su primer ciclo.

F. Historial Médico:

Expresa que el año pasado le comunicaron que es portadora del HIV, por lo que según Yasury estuvo más deprimida y amargada que nunca. Reportó sufrir de anemia falsiforme, asma y sinusitis.

G. Examen del Estado Mental:

Al momento de efectuarse el examen mental se encontraba orientada en tiempo y espacio, a pesar de que se encontraba con un estado de ánimo deprimido por la noticia de su enfermedad (HIV) su discurso era coherente, aunque con una cierta agitación motora y suspicacia en relación a las preguntas de la terapeuta. Con episodios psicóticos durante los acting out.

H. Diagnóstico del DSMIV:

Eje I: [296.21] Trastorno Depresivo Mayor; episodio depresivo mayor único con gravedad moderada.

Eje II: [303.83] Trastorno de Personalidad Límite

Eje III: HIV, anemia falciforme, asma y sinusitis.

Eje IV: Problemas relativos a la interacción con el sistema legal (condenada por robo).

Eje V: EAG= 15 (al inicio de la psicoterapia)

EAG= 79 (al final de la psicoterapia)

I. FORMULACIÓN DEL CASO**A. Agentes Precipitantes:**

El enterarse que era portadora del HIV y el hecho de estar encarcelada ha sido un predisponente para que los síntomas relacionados con su trastorno límite se exacerbaban, debido a que su capacidad para tolerar los síntomas del TLP, está constantemente a prueba, porque el entorno carcelario se vuelve un detonante constante; aunque afirma que estando fuera tuvo varios estallidos de violencia, peleas recurrentes y la sensación de aburrimiento, teniendo la creencia cognitiva de no tener mucha valía, de que los demás se quieren aprovechar de ella, de no ser capaz.

B. Análisis Transversal de las Cogniciones y Conductas Actuales:

Un problema actual común es que Yasury se ponía furiosa cuando su marido no podía ir a la visita. En esos momentos ella tenía los siguientes pensamientos automáticos: *“Ha decidido no venir a verme más”, ya no me quiere, a lo mejor está con otra mujer, porque ¿quién lo espera a uno en la cárcel?”*.

Emocionalmente sentía tristeza que luego se tornaba en rabia y provocaba que fuera al teléfono, lo llamara e insultara, sin previamente dejarlo explicarse. Situación que se repitió en varias ocasiones.

Una segunda situación es que Yasuri piensa que cuando ella no se defiende a través de *“tirar la mano”* cuando discute en el hogar. Sus pensamientos automáticos pueden ser, *“Si me quedo callada y no les formó bulla, pensarán que soy boba, sino peleo, pensarán que soy floja y que me pueden agarrar de conga”*.

Un tercer pensamiento automático es que si ella le dice a la gente que es portadora del HIV, o si otra persona lo pueda llegar a decir, ella piensa, *“La gente me rechazará, sentirá que les doy asco, se alejarán de mí”*. Esto la ponía triste y se ponía muy ansiosa, las manos le sudaban profusamente, ella pensaba que los demás la miraban porque ya sabían de su enfermedad.

C. Análisis Longitudinal de las Cogniciones y Conductas:

Yasury creció en una familia donde el abuso físico y sexual, las explosiones de violencia fueron sus modelos familiares. En donde las mujeres de su familia son las encargadas de criar a sus hijos y los padres no se hacen responsables de los mismos. Modelos intergeneracionales que se repiten en su familia. En el caso de Yasury: un padre emocional y económicamente distante e irresponsable al que la madre, según Yasury: *“tenía que corretear con boletas de la corregiduría para que diera algo”* y una madre emocionalmente distante, abusiva y cruel, que la golpeaba constantemente y le decía cosas terribles.

De forma temprana, Yasury desarrolló la creencia de que no valía nada y de no ser querida, de ser débil y de que la gente quiere abusar de ella, las cuales fueron reforzadas por el hecho de que no importa que tan bien se portara Yasury, su madre solo tenía críticas para ella, la hacía sentir que no tenía valía, y le repetía que era una inútil. El abuso sexual perpetrado por su padrastro hace que Yasury perciba el mundo con suspicacia y maldad, donde *“hay que estar alerta porque la gente es mala y siempre quiere abusar”*.

Ella desarrolló las siguientes presunciones claves: “Si no me defiendo del mundo y manifiesto mi ira con violencia, los demás pensarán que soy boba, que no valgo nada y abusarán de mí”, “Si me defiendo del mundo, me respetarán”. Sus estrategias conductuales compensatorias eran: los golpes, peleas contantes por cualquier conflicto, aliviarse a través de la conducta autodestructiva.

D. Fortalezas:

La fortaleza de Yasury son sus redes de apoyo. La hija que es el motor que la impulsa a querer cambiar, por ser *“la persona que más quiero en el mundo”*. Su marido que la apoya emocional y económicamente. Su abuela que la apoya, visitándola en la cárcel y cuidando de la hija de ésta. Algunas amistades que son importantes para ella. La habilidad que posee para hacer amistades rápidamente.

E. Hipótesis de Trabajo:

Se comprende que Yasury se vea a sí misma sin valía y no querida, por aquellas circunstancias que rodearon su infancia y adolescencia. Una madre con un descontrol emocional, posiblemente también con un trastorno límite que no le prodigó el cuidado físico y emocional que todo niño(a) necesita, los abusos físicos y sexuales, un padre casi inexistente, parejas abusivas, establecieron bases y reforzaron en Yasury una visión negativa de sí misma y del mundo. Esta visión negativa se activa en situaciones donde ella percibe que quieren abusar de ella y en donde se percibe sin valía.

Ella estableció los siguientes supuestos de funcionamiento para enfrentar al mundo:

“Si me defienden del mundo me respetaran”, “Si no muestro mi valía me agarraran de conga”.

Para ejecutar estas reglas, ella desarrollo las siguientes estrategias compensatorias: *“Dejo que los demás peguen primero, así no dicen que yo comencé”.*

II. PLAN DE TRATAMIENTO

A. Lista de Problemas:

1. Desvalorización de Yasury. (sentir que no tiene valía, que la rechazan)
2. Aburrimiento: que son los sentimientos crónicos de vacío que tiene que ver con los síntomas del TLP.
3. Impulsividad
4. Pensamientos suicidas
5. Conductas autolesivas (halarse el cabello, golpearse la cabeza contra la pared).
6. Abuso físico de ella hacia su hija
7. Pensamiento Dicotómico (especialmente con las personas importantes para ella)
8. Su enfermedad (HIV)

B. Metas de Tratamiento:

1. Reducir las pensamientos disfuncionales: en relación a su poca auto valía.
2. Reducir la impulsividad: en relación a las peleas constantes, discusiones verbales.
3. Incrementar la competencia laboral y educativa: que logre terminar su primer ciclo y buscar trabajo.
4. Enseñarle formas de manejarse y corregir a su hija que no sean los golpes.
5. Reducir el pensamiento dicotómico.
6. Aprender técnicas para manejar la tolerancia a los síntomas que causan su aburrimiento.
7. Modificar sus creencias cognitivas.
8. Reducir sus pensamientos suicidas y conductas autolesivas.

C. Planificación del Tratamiento:

El plan de tratamiento se basó en la reducción de algunos síntomas del TLP, a través de ayudarlo a confrontar sus

pensamientos automáticos, especialmente aquellos que se conectan con su creencia de no ser valiosa, poner en práctica algunas estrategias (ver evolución de la psicoterapia) para reducir la impulsividad y la manera en que puede corregir a su hija sin maltratarla. Poner a prueba las ventajas y desventajas de mantener algunas creencias y la visión de que el mundo la percibe como boba.

Se continuó trabajando sus creencias nucleares e intentando modificar su visión defectuosa de que tiene poca valía y el mundo quiere abusar de ella.

III. CURSO DEL TRATAMIENTO

A. Alianza Terapéutica:

En un principio ésta pareció ser frágil, porque Yasury manifestaba suspicacia y parecía que constantemente estaba probando a la terapeuta a ver hasta cuando podía tolerar sus embates de ira. Yasuri tenía la creencia de que si se ponía muy agresiva, la terapeuta dejaría de atenderla. Creencia que se examinó, al manifestarle la terapeuta que no importaba como se sintiera, si estaba aburrada o enojada, podía decir lo que quisiera, lo único que no estaba permitido era agredir física ni verbalmente a la terapeuta.

B. Intervenciones /Procedimientos:

1. Las intervenciones estaban dirigidas a enseñarle a Yasury herramientas cognitivas que le permitieran afrontar algunos de los problemas relacionados con la sintomatología del TLP. Examinar sus pensamientos automáticos, lo cual le permitió descubrir las distorsiones cognitivas, tales como el pensamiento dicotómico, la generalización, la lectura de mente, la abstracción selectiva.
2. Que Yasury pudiera ver que toda acción tiene consecuencias, en especial las relacionadas con sus pensamientos suicidas, sus conductas autolíticas. Revisando las ventajas y desventajas del descontrol de su persona.
3. El cuestionamiento de la evidencia de que ella no tenía valía, por lo tanto los demás pensaban que era tonta, así mismo el uso de tarjetas educativas o de afrontamiento que Yasury pudiera percatarse cuando

se sintiese con los síntomas de aburrimiento e intolerancia al malestar. Se confeccionó una lista de cosas que ella pudiera hacer, entre esa la que más efectiva escuchar música y bailar bachata, porque es algo que la pone contenta y le cambia el humor.

4. Plantearle técnicas paradójales en algunas situaciones, como cuando ella corrige a su hija con golpes. Mostrarle a través del razonamiento socrático y las técnicas emotivas, como puede ella aplicar correctivos a su hija y que sean cónsonos con el comportamiento de un niño de su edad.

C. Obstáculos:

Cuando Yasury no le iba bien porque algo no salía como esperaba, se desesperanzaba y pensaba que su impulsividad nunca iba a reducirse, ella pensaba que ésta tenía que desaparecer totalmente, de lo contrario no habría mejoría.

La medicación fue un problema en todo el curso de la terapia, pues al no contar con psiquiatra, el personal médico no podía recetar medicamentos psicotrópicos para reducir algunos síntomas como el descontrol de la ira, la sensación de vacuidad, entre otros. Solo le programaron una cita al Centro de Salud para psiquiatría, por los recursos limitados de la Institución. Todo lo expuesto hizo que se trabajará solo con psicoterapia, haciendo más difícil la reducción de síntomas y más ardua la intervención en sí.

D. Resultado:

Algunos síntomas de Yasury relacionado con su trastorno límite de la personalidad se redujeron, hasta alcanzar la remisión total, en lo que respecta a su pensamiento suicida y sus conductas autolíticas. Su pensamiento dicotómico se redujo notablemente, se le enseñó que tenía que pensar, procesar lo que pensaba y luego emitir una respuesta, sino lo hacía así, las probabilidades de buscarse problemas eran altas.

Sus síntomas de aburrimiento que tiene que ver con tolerar el malestar se redujo muy poco, todavía persiste y hay que seguir trabajándolo.

Mapa conceptual N° 1
Diagrama de Conceptuación de Yasury
Edad: 25 años, Sexo: Femenino

DATOS RELEVANTES DE SU HISTORIA DE VIDA

Una madre maltratadora, posiblemente con trastorno límite de la personalidad; un padre negligente en proveer económica y emocionalmente; un padrastro abusivo sexualmente. Con historia de constantes maltratos físicos y emocionales por parte de la madre, quien era ambivalente en sus mensajes.

CREENCIA NUCLEAR

“...No valgo nada...”. “...No sirvo...”. “Soy una estúpida”. “No soy querible”

SUPUESTOS

Supuesto negativo: “Si no me defiendo del mundo y manifiesto mi ira con violencia, los demás pensarán que soy boba, que no valgo nada y abusarán de mí”
 Supuesto positivo: “Si me defiendo del mundo, me respetarán”

ESTRATEGIA COMPENSATORIA

Automutilación para aliviar la ira. Dejar que los demás peguen primero, para que no digan que comienza primero. Amenazar y ser violenta ante los conflictos, con el fin de obtener respeto.

SITUACION # 1

“...Un día en el hogar me dejaron sin comer, para rematar no había comido nada ese día...”

SITUACIÓN # 2

“...El miércoles, mi marido no vino a la visita, yo lo estaba esperando...”

PENSAMIENTO AUTOMÁTICO

“...Desgraciadas, esas perras me dejaron sin comer...” “...No soporto más esto...”
 “...La tienen contra mí...”

PENSAMIENTO AUTOMÁTICO

“...No quiere venir, yo sabía que no iba a venir...”

SIGNIFICADO DEL PENSAMIENTO AUTOMÁTICO

“...Piensan que uno es basura...”
 “...Me arrebató y me golpeó...”

SIGNIFICADO DEL PENSAMIENTO AUTOMÁTICO

“...Ya no me quiere, no le importo para nada...”

Emoción: Ira

Reacción Fisiológica: sudoración, hormigueo, palpitación.

Conducta: golpearse la cabeza, halarse el pelo, gritar, insultar.

Sentimiento: frustración, odio,

Emoción: ira

Reacción Fisiológica: agitación motora

Conducta: llorar

Sentimiento: tristeza

3.1.2. Historia Clínica del Caso N° 2

A. Datos Generales:

Ana es una mujer de 28 años de edad, de raza blanca, afirma tener 4 hijos, ha tenido varias uniones de hecho, actualmente tiene un novio que la visita. Su nivel de instrucción es hasta primer año incompleto. De religión Evangélica. Ana se encuentra recluida en el Centro Femenino de Rehabilitación, por ser supuestamente cómplice de homicidio.

B. Motivo de Consulta:

Ana llegó pidiendo asistencia psicológica porque se sentía deprimida y por sus comportamientos e ideaciones suicidas.

En el 2004 le revocaron una medida cautelar por incumplirla. Al ser trasladada al CFR, Ana se deprimió e hizo varios intentos suicidas, amenazaba con cortarse con una Gillette y peleaba con otras internas. Reportaba que no quería comer y estaba teniendo insomnio, aunque lo que más le molestaba era su estado de ánimo, pues se encontraba deprimida.

C. Historia de la Enfermedad Actual:

En el año 1998, Ana es abusada sexualmente por su primo y producto de este abuso quedó embarazada, expresa que el primo pasaba frente a su casa y ella lo percibía como una burla por parte de él. Ana le comenta a sus padres; pero los mismos fueron indiferentes al hecho. Ella desarrolló síntomas depresivos (tristeza, llanto, autocrítica e ira). En ese mismo año y según reporta Ana, por venganza acusa al primo de ser el homicida de una mujer cuyo cuerpo fue encontrado en un matorral en el área oeste de Panamá, afirmando que ella había estado allí cuando éste asesinó a la mujer. El cuerpo nunca fue reclamado por ningún familiar. La PTJ la detiene y después de un tiempo le dan una cautelar, misma que le fue revocada en el año 2004 por incumplimiento, al no presentarse a firmar. Es trasladada al CFR y en los primeros meses de estar allí, su depresión empeoró tuvo que ser conducida al hospital por haber ingerido varias tabletas de Buscapinas y óvulos vaginales, estuvo 1 mes y 8 días en el hospital. A partir de allí ha hecho varios intentos suicidas, amenaza con hacerse cortes en las manos con una Gillette (hasta la fecha no se ha cortado)

y en el mes de enero de 2006, tuvo una discusión con otras internas, que incitaron a una de las que discutió con ella para que la agrediera, en la madrugada, estando dormida la interna le propinó 7 puñaladas con unas tijeras, expresa que gritaba pidiendo auxilio, tratando de levantarse de la cama para poder defenderse y que la dejara de apuñalar. Ana reporta que cuando tiene ira, pierde el control y quiere hacerse daño o agredir a la persona con quien discute.

Durante las citas iniciales, los síntomas comprendían:

Emocionales: Tristeza, pérdida de interés en sus actividades, ira, labilidad afectiva, baja autoestima, impulsividad, sentimientos crónicos de vacío.

Cognitivos: ideación suicida, síntomas disociativos, pensamientos de desvalorización, autocrítica, autoculpabilización.

Conductuales: conductas suicidas, poca competencia laboral, peleas recurrentes, conductas autolíticas e irritabilidad, en donde manifiesta querer hacerse cortes en las manos con una Gillette, golpearse contra la cama, arrojar objetos al piso.

Fisiológicos: Insomnio, brotes de acné debido al estrés.

los mayores estresores de Ana es la falta de apoyo familiar y sus creencias cognitivas en relación a no ser capaz, cuando ella tiene un problema y piensa que no lo puede resolver, se aísla y recurre a las conductas autolíticas.

D. Antecedentes Psicopatológicos:

El primer episodio depresivo de Ana ocurrió cuando ésta tenía 14 años y fue abusada sexualmente por su padre, comenta que en Chorrera la trabajadora social que la atendió le pidió a la mamá de Ana que se hiciera responsable de ella *“mi mamá dijo que no y yo caí en el hospital con depresión”*, luego fue llevada al Tutelar de Menores, donde lloraba mucho. En ese entonces le recetaron Diazepam, para los nervios, porque realizó varios intentos suicidas.

Ana expresa que en su niñez *“yo nunca tuve una conducta rebelde, después de lo de mi papá (el abuso), yo quedé así, era como rabia, mucho odio en mi corazón y después porque no tenía donde vivir y me llevaron para el Tutelar de Menores”*.

A los 18 años cuando es conducida al CFR por el caso de “cómplice de homicidio”, continuó con sus conductas autolíticas y depresión. Es llevada para atención psiquiátrica y el diagnóstico según la psiquiatra indica en el informe: es un “trastorno maniaco depresivo”, a partir de allí, ha tomado psicofármacos de forma irregular.

Ana regresa en el 2004 al CFR y es atendida por una psiquiatra que le recetó un antipsicótico, la Olanzapina (Ziprexa) y Amitriptilina (Elavil) para su depresión; pero Ana consideraba que tenía un efecto sedante, dormía mucho, después ella manifestaba sentirse muy agresiva con el medicamento, sin falta de apetito y no desea seguir tomando la Amitriptilina; sin embargo, la psiquiatra se negó a cambiarle el medicamento.

Ana expresó que *“yo no sé si esto es hereditario o que; pero mi mamá también tiene problemas nerviosos y mi hermano”*.

E. Historia Personal y Social:

Ana es la primera hija de tres hermanos. Sus padres eran oriundos de la región de Azuero, con los años se trasladaron a vivir al área de Panamá Oeste.

Ana se considera a sí misma como *“una persona débil, que no es capaz”*. Señala que *“la gente piensa que no soy capaz de nada”, “la gente me aísla”*. Expresa que sus padres la trataban diferente a como trataban a sus hermanos. Su papá le decía que ella era la *“oveja negra de la familia”*.

Manifiesta que cuando tenía 14 años su padre comenzó a abusar sexualmente de ella, ella le contó a su madre; pero ésta en lugar de defenderla, no le creyó y se lo dijo a su padre, éste la golpeó con un garrotillo. Expresa que no pudo más y lo acusó, el padre estuvo preso por un año.

Describió a su padre como *“un hombre sinvergüenza, agresivo, que abusaba de ella sexual y físicamente”*. Dice que sus hermanos *“lo ven como un santo porque ellos no sufrieron lo que yo sufrí”*.

Recuerda que cuando tenía 8 años tenía que buscar agua porque no la tenían cerca y ella cargaba esos tanques de agua

pesados. La gente le decía al padre que no la pusiera a cargar cosas tan pesadas, que le saldría una hernia, a lo que según Ana él contestaba *“déjenla que sepa lo que es trabajar”*, no le daba dinero para la merienda, ella tenía que vender comida para darles el dinero a ellos. *“y mis hermanos estaban en la casa muy tranquilos, a pesar de todo yo los quiero”*. Ella recuerda que en su casa la castigaban hincando las rodillas sobre piedritas.

A su madre la describe como *“una persona débil, sinvergüenza”*, indiferente a todas sus necesidades, nunca fue afectiva con ella, *“le apadrinaba todo a él (su padre) y nunca hizo nada para evitarlo”*. Según su madre hacía lo que el papá de Ana decía, porque sino la maltrataba a ella.

A los 15 años producto del abuso sexual de su padre, Ana tiene a su primera hija, la cual da en adopción.

A los 17 años afirma que un primo suyo abuso de ella, *“él se paseaba frente a mi casa como si fuera una burla”*, decidió vengarse e inventó una historia que había leído en el periódico y lo inculpó en un asesinato, quedando ella también involucrada por haber sido, supuestamente testigo ocular del crimen. Tiene a su segundo hijo, expresa que era de su primo, el cual abusaba de ella cuando *“le daba la gana”*. Queda libre con una cautelar. *“Cuando tenía dos meses de embarazo, yo no sabía y me le tiré a un carro para que me atropellara”*. Ana señala que su padre la tiró a la calle *“con todo y mi barriga”*. Luego el sacerdote de la comunidad habló con su padre, lo reprendió y la aceptaron de nuevo en la casa; *“pero me humillaban”*. Luego se fue a vivir con un muchacho que según Ana le crió a su hijo hasta los tres años; sin embargo, peleó con él y se dejaron.

Posteriormente Ana tuvo dos embarazos más y el último también lo dio en adopción.

Ana no cuenta con el apoyo de su familia, su papá murió de un infarto el año pasado. Tiene una prima lejana que es la que la apoya económicamente y un novio que está dispuesto a darle el apoyo que ella necesita. No obstante; Ana en el tiempo que la terapeuta tiene de estar atendiéndola le ha conocido varios novios y ella misma se considera inestable en las relaciones de pareja, ya que no logra mantener una relación sin que surjan problemas y de por terminada la relación.

En sus relaciones interpersonales afirma que ella le da toda su confianza a la gente y la traicionan, por eso es que anda sola; pero cuando esta sola se siente mal, no lo puede tolerar.

Expresa que nunca había consumido drogas; no obstante, en la cárcel consumió marihuana por un par de semanas, la terapeuta le expresó que si seguía consumiendo marihuana o cualquier droga suspendería la terapia, aparentemente dejó de consumirla.

F. Historial Médico:

No presentaba ninguna enfermedad médica que tuviera influencia en su funcionamiento psicológico o en el proceso de tratamiento.

G. Examen del Estado Mental:

La apariencia general de Ana era normal en lo concerniente al aspecto físico, el vestido y el cuidado de su persona. Se encontraba orientada en tiempo y espacio, aunque en las primeras sesiones Ana expresaba que escuchaba una voz que le decía, cosa como “eres una boba”, manifestaba sufrir de “doble personalidad”. A medida que las sesiones fueron avanzando, la terapeuta le explicó a Ana que la doble personalidad no se presenta con síntomas como los que ella describía. Ana dejó de exponer sus señalamientos en relación a este tipo de disociación. Presentaba episodios psicóticos breves; pero las mismas estaban relacionadas con sus ataques de ira.

H. Diagnóstico del DSMIV:

Eje I: [300.4] Trastorno Distímico; de inicio temprano

Eje II: [303.83] Trastorno de Personalidad Límite

Eje III: Ninguna enfermedad médica reportada

Eje IV: Problemas relativos a la interacción con el sistema legal (en espera de juicio); problemas relativos al grupo primario de apoyo.

Eje V: EAG= 11(al inicio de la psicoterapia)

I. FORMULACIÓN DEL CASO

A. Agentes Precipitantes:

Los abusos sufridos por Ana repercutieron en el desarrollo del trastorno límite de la personalidad. No obstante; el estar interna y sin el apoyo de su familia nuclear, ha precipitado una serie de situaciones que aluden a la sintomatología límite.

El trastorno distímico es de inicio temprano, debido a los acontecimientos, estresores psicosociales vividos por Ana. El estar encarcelada precipita que aumente su baja tolerancia a la frustración y no pueda manejar las situaciones que se le presentan a diario.

B. Análisis Transversal de las Cogniciones y Conductas Actuales:

Una situación problemática actual es que cuando Ana se le presentaba un problema, o se sentía sola, ella tenía los siguientes pensamientos automáticos: *“no soy capaz como el resto de la gente”, “no valgo nada”, “la gente me aísla”, “pienso que la gente no me trata porque piensan que estoy loca”*. Esto la ponía triste y su conducta era aislarse, hacer intentos de suicidio, amenazar con automutilarse (manifestaba que se iba a cortar las manos), mentir.

Un segundo hecho es que entabla relaciones prematuras, aparentemente de noviazgo con muchachos que no conoce lo suficiente. Ella piensa que *“si digo la verdad me rechazarán”*, dice mentiras y luego termina las relaciones abruptamente.

Una tercera situación es que cuando ella discute con alguien en el hogar se enfrasca en peleas, ella piensa que *“la gente cree que no valgo nada”*

C. Análisis Longitudinal de las Cogniciones y Conductas:

Ana se crió en una familia que emigró del interior del país hacia Chorrera. Su padre fue un hombre abusivo, déspota y muy crítico con ella y su madre emocionalmente distante, negligente e indiferente con Ana.

A medida que fue creciendo, ella desarrolló las creencias de ser una persona débil e incapaz, ella se ve a sí misma de esta manera por el hecho de que cuando tiene un problema, piensa que no puede resolverlos como lo hacen las demás personas, sino que se descontrola y explota. También tiene la creencia de que la gente quiere abusar de ella, que las personas son traicioneras, de que a veces dicen una cosa y hacen otra, las cuales fueron reforzadas por el abuso sexual del que fue víctima por parte de su padre y de su primo, esto hace que Ana perciba el mundo como malo.

Ella desarrolló las consiguientes presunciones: “si confío en alguien, me maltratará y traicionara”, “no puedo manejar sola, porque soy débil y no puedo afrontar los problemas como los demás”, “sino actúo o me muestro fuerte, la gente abusará de mi”. Sus estrategias incluían: no confiar en nadie, decir mentiras como forma de enfrentar la situación, aliviarse a través de la autolesión, intentar el suicidio como una forma de escape a la situación angustiante o conflictiva, recurrir a las peleas físicas.

D. Fortalezas:

Ana, a pesar de tener un TLP, puede ser una persona carismática y simpática, lo que hace que ella casi nunca este sola y tenga a su lado personas dispuestas a ayudarla (el pastor de la iglesia evangélica, una prima lejana e internas), tiene gran facilidad para expresarse, es inteligente, logra asimilar y comprender con rapidez lo tratado en psicoterapia.

E. Hipótesis de Trabajo:

Podemos entender que Ana se ve a sí misma como débil y sin valía, además de desconfiar de las intenciones de la gente, que percibe como mala, desencadenado por las circunstancias que rodearon su infancia. Un padre abusivo y crítico, con parejas algunas abusivas, inestables y una madre prácticamente ausente. Sus padres favorecieron a sus hermanos y le dieron a ella un trato diferente que el que recibieron sus hermanos. Estos sucesos establecieron las bases y reforzaron la visión negativa con que ella se percibe a sí misma. Esta visión es activada en las relaciones interpersonales, donde ella se percibe sin poca valía, y que la gente quiere abusar de ella. Estableció las siguientes reglas de funcionamiento como forma de afrontar el mundo:

“Si no miento, no podré afrontar un problema”, “Si no me defiendo y desconfío, la gente abusará de mi”

Para realizar estas reglas, Ana efectúa las siguientes estrategias: mentir, autolesionarse, peleas físicas, intentos suicidas.

II. PLAN DE TRATAMIENTO

A. Lista de Problemas:

1. Autocrítica (sentirse rechazada y no querida)
2. Intentos suicidas
3. pensamientos suicidas
4. conductas autolesivas (golpearse, amenazar con cortarse las manos)
5. Desvalorización de Ana (pensar que no vale nada)
6. Distimia
7. Pensamiento Dicotómico
8. Impulsividad
9. Falta de competencia laboral

B. Metas de Tratamiento:

1. Reducir sus intentos suicidas y conductas autolesivas
2. Reducir la impulsividad en relación a sus peleas y afrontamiento de situaciones difíciles
3. Ayudarle a incrementar la competencia laboral que pueda mantener el trabajo.
4. Reducir el pensamiento dicotómico
5. Trabajar sus creencias cognitivas
6. Trabajar su autovalía

C. Planificación del Tratamiento:

El plan de tratamiento estaba enfocado en reducir la conducta suicida y el pensamiento suicida, a través de ayudarle a responder a sus pensamientos automáticos (especialmente aquellos conectados a su esquema de poca valía y de ser débil), que la llevaban a pensar que no podía encontrar soluciones y afrontar los problemas como las demás personas. Que Ana aprendiera algunas competencias o habilidades que pudiera efectuar para aumentar su competencia laboral y pudiera mantenerse en el trabajo,

debido a que la incapacidad para percibir las consecuencias de sus acciones la hace actuar impulsivamente y abandonar el área de trabajo. Trabajarle algunas creencias cognitivas, sobre todo la que tiene que hacen alusión a su poca valía y su debilidad. Trabajar con conductas alternativas a la automutilación.

III. CURSO DEL TRATAMIENTO

A. Alianza Terapéutica:

Al inicio de la psicoterapia Ana repetía los mismos comportamientos que había tenido con otros terapeutas, mentía, llegaba tarde o se enojaba o bien no venía a la terapia. Hubo que confrontarla en algunas ocasiones porque estaba mintiendo a partir de allí, dejó de hacerlo, manifestando que eso era lo que hacía con las otras personas (psicólogas, trabajadoras sociales), porque consideraba que solo querían tomar su historia y no la ayudaban.

Posteriormente Ana y la terapeuta lograron establecer una buena alianza. Llegando incluso a expresar que la terapeuta era familia suya. Ana nunca se manifestó agresiva con la terapeuta, ni siquiera en los momentos en que se le confrontaba.

B. Intervenciones /Procedimientos:

1. Se trabajó con Ana para que pudiera reducir sus intentos suicidas y conductas autolíticas a través de la revisión de sus pensamientos automáticos cuando ella quería tomar una acción drástica en relación a su persona, la cual le permitió descubrir alguna de sus distorsiones y redujo sus intentos suicidas.
2. Se revisó con Ana la evidencia en relación a su creencia de que ella es una persona débil e incapaz.
3. Se le enseñó herramientas cognitivas que ella pudiera examinar y responder, cuando se enfrentara a un problema.
4. Se le mostró la evidencia, en cuanto a que no es culpa suya, si a veces se siente con un estado de ánimo depresivo, enseñarle que además de los acontecimientos que influyeron en su síntomas, esta la parte química del cerebro por los largos periodos que ha pasado deprimida.

C. Obstáculos:

Cuando Ana tenía momentos difíciles o que las cosas no le iban bien, ella se desesperaba y había un retroceso en lo que se había avanzado, teniendo que regresar, reestructurar y recalcar puntos ya trabajados.

El hecho de no tener un esquema farmacológico adecuado para sus sintomatologías, debido a estar tomando medicamentos que no eran los adecuados para ella, hacía difícil el trabajo terapéutico.

D. Resultado:

Los intentos suicidas de Ana se redujeron, sin embargo; continua presentando ideaciones suicidas. A pesar de que constantemente amenazaba con cortarse, durante la terapia no realizó ninguna conducta de automutilación. Logró reinsertarse a trabajar unas horas. Aunque no es constante en los trabajos y ya ha cambiado varias veces de trabajo, se mantiene sin peleas cuando está en un hogar tranquilo.

Para el análisis de la información, se usaron los datos recogidos de la historia clínica, la entrevista y de las sesiones terapéuticas, así como del cuestionario de creencias cognitivas de la personalidad. Igualmente triangulamos basándonos en ciertos fundamentos teóricos que permitieron clarificar los significados y verificar la veracidad y consistencia de la información, así como proporcionar un mayor alcance en la comprensión de los casos.

Mapa conceptual N° 2
Diagrama de Conceptuación de Ana
Edad: 28 años, Sexo: Femenino

DATOS RELEVANTES DE SU HISTORIA DE VIDA

Un padre abusivo sexual, físico y emocionalmente y una madre negligente e indiferente con Ana. Con historias de incesto (el padre y un primo). Se percibe como una persona incapaz y con poca valía. Con dificultad para confiar en las personas, a las que considera traicioneras. Recurrentes automutilaciones.

CREENCIA NUCLEAR

“Soy débil. No soy capaz como el resto de la gente”. “No valgo nada”. “las personas no son dignas de confianza”

SUPUESTOS

Supuesto negativo: “Si confío en alguien, me traicionaré”
 Supuesto positivo: “Si no reacciono con violencia y me defiendo, abusarán de mí”.

ESTRATEGIA COMPENSATORIA

Intentar aliviarse a través de la autolesión y la conducta autodestructiva
 Protestar y ser violenta cuando percibe un posible rechazo o abandono.

SITUACION # 1

“...Confíe en Raisa y me defraudó”.

SITUACIÓN # 2

“...Una licenciada me acusó de robarme un papel”.

PENSAMIENTO AUTOMÁTICO

“Es una sucia, una hipócrita”
 “Una amiga no debería defraudar”

PENSAMIENTO AUTOMÁTICO

“Piensa que soy una ladrona”

**SIGNIFICADO DEL
PENSAMIENTO AUTOMÁTICO**

“La gente es mala y se aprovecha de los demás”

**SIGNIFICADO DEL PENSAMIENTO
AUTOMÁTICO**

“No puedo seguir soportando esto”

Emoción: Ira.
Reacción Fisiológica: ansiedad, insomnio
Conducta: llorar
Sentimiento: depresión

Emoción: Ira, menosprecio.
Reacción Fisiológica: agitación motora
Conducta: abofetear a la licenciada, automutilarse.
Sentimiento: desesperanza, depresión.



3.2 Evolución de la Psicoterapia de los Casos Estudiados

La evolución de la psicoterapia se fue examinando en base a tres fases; la primera fase, la intermedia y la fase final. A continuación se presentará la evolución de la psicoterapia para los casos estudiados, según las particularidades y problemas que presentaba cada caso.

3.2.1. Evolución del Caso N° 1 (Yasury)

Supervisor: Julio Obst Camerini y Héctor Fernández Álvarez

Número de sesiones: 62

Periodicidad de la atención: dos veces por semana en la etapa inicial e intermedia y una vez por semana en la final.

Duración de las sesiones: 2 horas en las etapas inicial e intermedia y 1 hora en la final.

Escenario: Centro Femenino de Rehabilitación (CFR)

Yasury es una mujer de 25 años que se encuentra recluida en el Centro Femenino de Rehabilitación por robo.

Buscó ayuda psicológica porque afirmaba que estaba deprimida, que se quería morir, le habían comunicado que era portadora del HIV. Fue referida para atención psicológica por sus constantes peleas con otras internas, sus autoagresiones y por haberle manifestado a su trabajadora social que se iba a suicidar.

En las primeras sesiones de psicoterapia manifestó que se sentía deprimida y que si se iba a morir, que fuera de inmediato, pues ella misma se iba a quitar la vida.

El objetivo de la primera fase se centró en la entrevista e historia clínica que proporcionara información sobre aspectos relevantes de su vida y la evaluación de los síntomas concernientes al, en establecer una alianza terapéutica, identificar los pensamientos automáticos y sus distorsiones cognitivas, así como los problemas que presentaba la paciente en la actualidad.

En primera instancia esta fase inicial fue conducida a través de la entrevista, que se realizó a manera de conversatorio, de tal forma que pudiera Yasury expresarse con plena amplitud, comodidad, y confianza.

Las sesiones iniciales tenían que ver con sus síntomas depresivos debido a que pensaba que por ser portadora de HIV, todas las personas la rechazarían y la vida seguiría siendo injusta con ella y para continuar así, ella prefería quitarse la vida.

Expresa que es la primera vez que está detenida. Su expediente indica que su grado delincencial es primario, o sea que en efecto es la primera vez que está en el Centro Femenino de Rehabilitación.

El motivo por el que Yasury se encuentra detenida es por robarle a un chino. Reporta que ella estaba en un bar y que un asiático le preguntó en su idioma que si podían tener sexo, ella le dijo que sí y salieron; sin embargo, cuando iban a tomar el taxi, el chinito se arrepintió y le dijo que no y eso la molestó. Inmediatamente su conducta impulsiva surge y tiene el pensamiento automático de que los demás piensan que es boba.

T: Por qué te molestaste, que fue lo primero que pensaste.

P: “Que ese chinito me iba a hacer pasar pena [quedar como boba] y no lo iba a permitir. Me dio mucha rabia y lo agarre por el cuello y luego le metí la mano en el pantalón al chinito y le robe, un taxista avisó a la policía y me llevaron detenida”.

“Es la primera vez que me pasa algo así. Yo peleaba con la gente; pero no pasaba nada”.

Se le aplicó el Inventario Clínico Multiaxial (MCM-II) de Theodore Millon, con el fin de constatar el diagnóstico, los resultados reportan una puntuación alta en el trastorno límite de la personalidad, sin embargo; la fiabilidad es reservada. Esto puede deberse a que Yasury después de un tiempo de estar respondiendo los ítems me dijo que estaba aburrida, la terapeuta le ánimo a terminar la prueba. Sin embargo; este factor hay que considerarlo. No obstante; el diagnóstico esta corroborado por las entrevistas, la historia clínica, los criterios del DSMIV y todas las características clínicas presentes en la paciente.

En la prueba de creencias cognitivas de la personalidad, se utilizó con Yasury, únicamente la escala que tenía relación con el trastorno límite de la personalidad. Se discutió con ella los ítems a los cuales puntuó alto. Esta prueba se usó solo para discusión clínica con la paciente, en la cual la creencia de ser débil, de estar alerta porque el mundo es peligroso, la necesidad de actuar de manera

extrema para que le den atención, la deslealtad de la gente, fueron las creencias más sobresalientes y las que se observaron a lo largo de la psicoterapia.

Yasury llevaba un cuaderno de notas (técnicas experienciales), en el cual cada vez que se sentía triste o enojada escribía sobre sus pensamientos y sentimientos. Dichas anotaciones presentan una buena auto-descripción de sus síntomas y permitieron recabar mucha información de la historia clínica y su diagnóstico, pues sus síntomas reúnen los criterios del DSMIV para el trastorno límite de la personalidad de la personalidad. Así como algunas caracterizaciones clínicas.

Yasury Escribe:

“Hoy es un día que estoy cabriada, estoy estresada y miro las carriolas para ver si pueden conmigo; pero no tengo el valor para hacerlo, me siento que no valgo nada; pero cuando pienso eso y pienso en hacer algo lo primero que se me viene a la mente es mi hija, tal vez yo no valga nada; pero ella vale más que el mundo entero y por ella no hago más de cuatro cosas que muchas veces quiero hacer, porque yo la quiero, aunque yo se que le he fallado en el sentido de que le he pegado mucho y ella se priva de hablar conmigo porque no me tiene confianza; pero algún día ella me la va a tener porque yo estoy viva”.

“Yo creo que si no tuviera una hija hace tiempo me hubiera quitado la vida. Ya estoy cansada de este juego, ya no se qué hacer, necesito ayuda, me estoy volviendo loca, me han tenido que dar pastillas para dormir en la clínica porque a veces me da la locura y me jalo el pelo, lloro, le pego a la pared, al frizer, estrello las cosas, hasta me han dicho que se me viran los ojos para arriba, me estrello la cabeza contra la pared”.

“A veces estoy brava por nada, rabias incomprensibles y no me gusta hablar con nadie mis cosas, porque se burlan de mí”.

“Yo quisiera hablar con alguien que me comprenda y me entienda que me dé un consejo bueno, me metí en la escuela dizque para no pensar; pero que va, sigo igual, es la cárcel que me tiene así y aparte mi enfermedad [HIV], más cabriada ando de este encerramiento”.

“En la calle por lo menos podía salir a bailar a distraer la mente y no pensar tanto; pero aquí no hay nada de esos caminos y das al mismo lugar y más cuando se acerca la hora de entrar, más me trauma, porque me siento enjaulada, si yo siempre he sido una

persona liberal, hago lo que yo quiero y aquí te dicen que hacer, ya no aguanto más”.

Un aspecto relevante de esta primera etapa y que continuó siendo importante, a lo largo de todo el proceso es la alianza terapéutica, que en sus inicios Yasury se mostraba muy agresiva con la terapeuta, en algunas ocasiones parecía que la alianza colgaba de un hilo, por sus constantes iras.

Me advierte que ella no siempre esta de humor; pero igual iba a asistir a la terapia:

P: “Lo que pasa es que cuando estoy de malas, le digo sus groserías al que sea; pero a usted yo nunca le voy a decir ninguna palabra sucia aunque este brava”.

A esto se le contestó:

T: *Yasuri, hagamos un trato, no importa si estas enojada o no tuviste un buen día o no amaneciste de humor, de todas formas ven a la terapia, que igual te voy a atender si estas de buen humor o de mal humor, igual te atiendo si tu quieres, dentro de límites de respeto y sin violencia.*

A medida que transcurría la terapia y a pesar de que nunca hubo agresiones físicas, depositaba su ira en la terapeuta:

P: “Hay personas que preguntan mucho y no dan nada. Porque en una ocasión estaba necesitando unos útiles escolares y expresaba que los señores de aquí de la cárcel mandan llamar a uno y no dan nada”.

“Yo soy muy buena persona, pero estoy cansada que abusen de mi”.

T: *En qué sentido, porque en este caso te ves beneficiada con la terapia que recibes, las psicoterapias son costosas y pienso que si no tienes que pagar el costo y la aprovechas, te puedes beneficiar mucho. En ese sentido eres afortunada. Aquí hay muchas mujeres que están esperando ser atendidas desde hace tiempo.*

P: “Sí, yo sé”.

Continuaba con su hostilidad hacia la terapeuta y en algunas ocasiones parecía tener cierta envidia, posiblemente por lo que ella consideraba una vida de ventajas, en relación a la suya. La terapeuta fue sostenedora; pero al mismo tiempo enérgica en sus intervenciones:

P: *“Yo no soy como algunas que son todas delicaditas, flaquitas, que se ven finas y no saben lo que es pasar necesidades ni lo difícil de la vida, yo sí lo sé porque lo he vivido”.*

T: *Y que te hace pensar que los demás no lo saben, hay personas que han tenido vidas menos difíciles que otras; pero eso no dice que no han tenido que luchar en la vida y que no han sufrido.*

En otras ocasiones se volvía atenta y parecía que idealizaba a la terapeuta. Tanto la idealización como la devaluación se derivaban de la polarización que la paciente hacía en sus interacciones con la terapeuta:

P: *“Es la primera vez que yo voy a un psicólogo. Es que yo no oigo consejo de gente igual a mí que me pueden enseñar, nada. Yo voy a escuchar a gente que sepa más que yo; pero otro pendejo igual a mí, no”.*

En sus notas escribió:

“Estoy asistiendo donde una psicóloga y creo que me va un poco mejor porque ya no pienso tanto, tengo con quien hablar y que me comprende mis cosas. Yo quisiera que con la ayuda de esta persona yo cambiara mi vida, porque mi vida es un problema serio, no veo ni creo en nadie y quisiera cambiar mi temperamento, mi forma de hablar para cuando mi hija sea una señorita, yo pueda enseñarle cosas buenas y que no sea como yo era porque ya no voy a ser así. No quiero esta vida, tengo que cambiar, quiero un trabajo honrado para darle a demostrar a la gente y a mí misma que sí puedo. Aunque hay algo que me impide ser feliz”.

Durante las sesiones, expresó:

P: *“¿Usted le gusta el mango? Le voy a traer un mango. Quisiera darle algo.*

T: *No te preocupes por eso”.*

En otras ocasiones llegaba tarde o faltaba a la cita, y se trabajaba con la paciente siendo a veces didáctico, y en otras en una

forma quizá socrática, para hacer que se diera cuenta de su conducta y tuviera un sí mismo más autoobservador.

T: ¿Qué pasó que no viniste a la cita anterior?

P: “Es que me quede dormida. Yo pensé que usted no me iba a mandar a buscar más”.

P: Yo tengo un compromiso contigo; pero te digo algo suponte que yo tengo que estar en el banco a la 1:00pm y no llegó porque me quedé dormida, que diría eso de mí.

P: “Que es irresponsable”.

T: Ahora imagínate que yo tengo una cita contigo y no vengo porque decidí quedarme durmiendo ¿qué tú pensarías? Más bien ¿Cómo te sentirías?

P: “Diría que está mal que no haya venido porque como no va a cumplir.

T: Bueno eso te digo yo a ti, porque si uno espera de los demás consideración, también la tiene que dar uno.

P: Ella ríe

Se fue trabajando con Yasury sus pensamientos automáticos en relación a que ella percibía que los demás pensaban que era una boba.

Su pobre control de impulsos se activa cuando ella tiene pensamientos automáticos en relación a que los demás quieren abusar de ella y manifiesta síntomas de labilidad emocional.

Describe que cuando se enoja se pone agresiva que no lo puede controlar y que a veces está bien y otras veces esta de mal genio.

P: “En el hogar cuando me dejan sin comer agarro mucha ira y me golpeo la cabeza contra la pared y no quiero que nadie me diga nada”.

Su marido es una buena red social para ella y para el avance en la terapia, ya que la apoyaba emocional y económicamente; pero al menor signo de pérdida, percibida por ella, le desencadenaba sentimientos de tristeza que terminaban en explosiones de ira y la impulsividad de llamarlo e insultarlo. Los aspectos contradictorios del sí mismo se manifiestan en ese pensamiento dicotómico que hace

que mantenga una integración pobre de los demás, cuya polaridad la paciente falla en unificar, a pesar de que el marido ha estado allí para ella.

P: “Estoy brava porque mi marido no vino a verme hoy. Me duele el alma. En el hogar me preguntaron que me pasaba, yo les dije que estaba triste porque mi marido no vino y pensé que a lo mejor no iba a venir más. Que me lo diga porque lo que yo más odio es la persona hipócrita, me gusta que la gente sea bien sincera, como yo, que digan lo que son, que sí soy racataca; pero que digan lo que son. Yo tenía una amiga aquí; pero le quite el habla a mi amiga, porque era falsa”.

T: ¿No te parece que puedes estar sacando conclusiones apresuradas? El hecho de que tu marido no vino a verte se puede deber a muchas cosas que tú desconoces; pero lo primero que piensas es que no va a venir más. ¿Qué otra causa crees que pudo ocasionar su ausencia?

P: “A lo mejor le salió un camarón y por eso no vino”.

T: Eso puede ser una posibilidad; pero no puedes “boicotearte”, pensando la primera cosa negativa que se te viene a la cabeza.

Su hija de 10 años, también constituye un gran apoyo para su avance terapéutico, ya que reiteradamente ha señalado que es por ella que la vida tiene sentido. Otro problema encontrado es la manera en que maltrata a la niña para corregirla por algún comportamiento inadecuado. La terapeuta empezó a utilizar técnicas paradójales, de forma sensible; pero directa, de tal manera que la paciente pudiera tolerarlo. Yasury estaba repitiendo los mismos patrones de apego que utilizó su madre con ella, no había logrado tener un buen espejo materno a través de una madre suficientemente buena que le permitiera empatizar con su hija y asumir su rol de madre.

P: “...a mi hija yo le pegaba con puñete, le jalaba el pelo, le pegaba con lo que tenía en el momento y yo me sentía como ella (como su mamá) y cuando mi marido llegaba le preguntaba a la niña y yo le respondía que: yo le pegué ¿algún problema?”.

T: Será que tu hayas correcta la forma como tu mamá te trató, que quieres repetir la fórmula con tu hija.

P: *“Queeee...Para nada, es que esta familia ha sido de loco: mi abuelo le pegaba a mi abuela. Mi abuela fue muy paciente muy boba. Yo no sé si hago bien en decirle esas cosas a usted porque no sé si alguien mayor que usted como un fiscal, usted se lo de, lo lea y me digan maltratadora de niña”.*

Otra sintomatología clínica encontrada es su suspicacia, que utilizaba como estrategia para protegerse contra su creencia de que el mundo es malo y peligroso, por lo tanto hay que desconfiar y estar alerta.

P: *“La fiscalía de familia le hizo una citación a mi abuela y le preguntaron por mí, mi abuela les dijo que yo estaba en la cárcel y la trabajadora social dijo que si no salía rápido se iban a llevar a la niña y la pondrían en un hogar adoptivo. No le había querido decir nada porque esas cosas son de mi familia y no quiero que se estén enterando”.*

T: *A mí me parece que tú tienes recelo o temor de que yo cuente algo de lo que me dices. Te vuelvo a decir lo que en otra ocasión te explique: nada de lo que aquí se diga puedo yo usarlo, ni lo usaría para que tú te vieras perjudicada, mi cuaderno de notas o grabaciones yo los llevo conmigo y cuando me voy me los llevo.*

En relación a su enfermedad (HIV), Yasury pensaba que si las personas se enteraban la rechazarían y era muy agresiva en relación con el tema:

P: *“Por desgracia de la vida nada más que sabe usted y la trabajadora social”.*

T: *¿Por qué dices por desgracia?*

P: *“Porque yo no quería que nadie supiera, bueno a mi padre yo se lo dije, si él me hubiera criado no sería lo que soy, porque él no me hubiera dicho que me prostituyera, que buscara un marido que me mantuviera, cuando mi madre a los 12 años me lo dijo; pero bueno lastimosamente tuvimos la misma desgracia. Ojalá no me muera como ella cuando salga de la cárcel”.*

T: *No necesariamente tiene que ser así.*

Estaba anuente a someterse a un tratamiento para su enfermedad; pero continuaba siendo suspicaz y agresiva al respecto, pensando que los demás le rechazarían si se enteraban.

P: *“Si yo me entero que algunos aquí dicen que yo tengo SIDA van a saber lo que es bueno, voy a repartir palo, yo parqueo sola, imagínate que sepan que yo tengo SIDA me menosprecian, me rechazarían”.*

T: *Algunas personas sí lo harían; pero otras te tratarían igual, porque aquí hay bastante gente con HIV. ¿Tú piensas seguir un tratamiento?*

P: *“Sí, aquí estoy esperando el examen para ver cuántos virus tengo o si se me ha desarrollado o no, para entonces que los médicos me digan el tratamiento. Yo no quiero morirme, yo quiero vivir muchos años más aunque sea con la enfermedad y quiero ver a mi hija crecer y conocer a mis nietos y que tenga un trabajo así como el suyo”.*

La terapeuta le expresa que ha tenido casos similares en cuanto a la enfermedad VIH y no tiene porque ser una sentencia de muerte inmediata.

T: *Yo conozco gente que tienen más de 10 años de tener la enfermedad y con su tratamiento y cuidados médicos, cambiando eso sí, el estilo de vida están vivos, además ningún humano sabe realmente cuando va a morir, lo único que sabemos es que unos tienen más probabilidades que otros de morir primero.*

P: *“Yo le digo a la gente que yo soy mente sobre materia, a mí nadie me echa cuento, cuando me dijeron que tenía el HIV yo lloraba todos los días, después yo empecé a comer y a comer y engorde, porque lo que mata a uno no es la enfermedad sino los pensamientos de tanto pensar y pensar”.*

Se le manifiesta que está en libertad de tomar la decisión que mejor la haga sentir; pero de todas formas hay que tomar el riesgo de confiar, pues no todas las personas son iguales ni todas susceptibles de desconfiar, hay personas confiables y que la pueden ayudar.

P: *“La vez pasada me llevaron al médico para mi cita. Yo le dije al policía que donde le diga a alguien que tengo HIV lo apuñaleo, le corto la yugular con una gillette. Yo le dije a mi doctor que esos policías son unos bochinchosos, estoy cabriada que anden hablando cosas de uno”.*

T: *No pienses solo en agredir, recuerda que eso te va complicar más la situación.*

P: *“Pero eso es solo para intimidarlo, nada más para que no bochincheen. A veces yo no quiero decirlo; pero es que da rabia licenciada”.*

T: *Entiendo.*

P: *“Porque tú sabes que la gente te rechaza y tu sabes que yo soy alegre y la gente me quiere y toman en mi vaso, si fuera por mi yo le digo a todo el mundo; pero ¿si me rechazan?”.*

T: *Si tú prefieres mantenerlo en secreto por ahora hazlo.*

Es mejor tratar al paciente en términos de sus pensamientos automáticos, sus creencias cognitivas y su sintomatología presente, en lugar de estar pensando continuamente en su diagnóstico TLP, pues así evitamos etiquetarlo y que su vulnerabilidad y autodenigración aumenten:

P: *“Yo nunca le dije a mi mamá, mamá. Sí la quise; pero no encuentro el motivo de por qué no le decía mamá. Una muchacha que está en el hogar me dijo que yo era así, con ese temperamento que tengo, por cosas que yo viví con mi mamá y mi papá. Yo quiero saber si eso es verdad”.*

T: *Tú tienes un temperamento muy fuerte, pierdes el control, me dices que siempre fuiste así o por lo menos desde el sexto grado. El temperamento es heredado; pero el carácter es producto del ambiente y tu carácter le fue dando forma a tu temperamento, a esto contribuyó el ambiente difícil de tu infancia, ya que me has contando todos los maltratos que viviste, el abuso sexual del que fuiste víctima por parte de tu padrastro. Todas esas rabias e impotencias contenidas, porque en ese momento eras un ser indefenso que acumulo en su Yo muchos sentimientos de ira, odio, tristeza, miedo...Es como una olla de presión tú has visto que le ponen la tapa y si no tiene válvula por donde salga el vapor y la cierran va a llegar un momento que va a hacer explosión. Bueno algo parecido es lo que te pasa. Aunque hayas acumulado iras y tengas tantas reacciones negativas, eso no te hace una mala persona, sino que esos descontrolos emotivos te hacen más daño a ti, porque te sientes mal, luego tienes que andar pidiendo disculpa o te metes en problemas. Unido a la parte heredada.*

La madre de Yasury, además de ser una madre maltratadora físicamente, tenía una falta de empatía con relación a los sentimientos de su hija:

P: *“Mi mamá me decía que si yo fuera negra, ella me hubiera ahogado en una tina de agua y yo empecé a cogerle rabia a los negros; pero después Dios la castigo con un marido negro”.*

A pesar de todas las memorias tan crueles que Yasury tiene de las palabras que su progenitora le decía, una parte de ella la justifica y a su padre que no la maltrató físicamente; pero fue negligente y un proveedor inestable. A pesar de eso, al padre lo justifica en todo momento, expresando que su padre pasaba irregularmente la pensión porque no tenía trabajo fijo, además de que tenía otra familia e hijos. Desilusionarse del todo y verlos tal como son, probablemente la harían sentirse absolutamente abandonada y vulnerable, sin esperanza de que haya algo bueno en ellos. Por otra parte y algo que consideramos sostuvo psíquicamente a Yasury del abuso sexual por parte del padrastro fue la defensa de su padre ante el hecho, contrario a la actitud de la madre

P: *“Como a los 10 años me puso padrastro, si yo me hubiera criado con mi papá sería diferente, en parte mi mamá tiene culpa si no me hubiera dado tanto palo, aunque si no lo hubiera hecho realmente sería como piedra o algo así”.*

P: *“Mi mamá se fue a hacer su vida con mi padrastro, a mi no me gustaba estar sola con él porque a él le gustaba tocarme los senos y mis partes. Por eso yo cuidó mucho a mi hija y no la dejó sola con ningún hombre. Yo se lo he dicho a P. dime si alguien te hace algo, no tengas miedo por mi reacción, porque yo soy tu mamá y te voy a crear. Ella me responde que no mamá, nadie me ha hecho nada”.*

T: ¿Qué tu pensabas que iba a decir tu mamá si se lo decías?

P: *“Yo pensaba que me iba a pegar, yo se lo dije a mi papá y mi papá casi mata a ese negro y mi mamá no creyó. No entiendo porque si su hermano también la molestaba a ella y mi abuela no le creía a ella, porque como eran hermanos”.*

T: *Lo que tu padrastro te hizo estuvo muy mal, un niño siempre estará en desventaja frente a un adulto. Está bien que cuides a tu hija y la aconsejes; pero no piensas que por repetírselo a cada momento, pudiera entonces empezar a tener ciertos temores en ese sentido.*

P: *“Lo que pasa es que de repente yo fui tan maltratada, si mi propia madre me decía cosas horribles. Cuando yo conocí a mi marido, yo le decía que tenía el corazón de piedra”.*

En la fase intermedia de la terapia se continuó trabajando con los pensamientos automáticos, sus distorsiones cognitivas sobre todo con el pensamiento dicotómico hasta llegar a los pensamientos nucleares:

T: *¿Cómo te has sentido con la terapia?*

P: *“Me ha ayudado a valorar lo único que tengo, que es la familia y que el hogar se debe tener unido. El no tener amor y discutir, en una de esas nos podemos matar. Yo quiero arrastrarlos conmigo que busquen de Dios”.*

T: *A mí me parece fabuloso tu entrega a Dios, que haya tocado tu corazón; pero me gustaría en este momento, que nos concentráramos más en lo que tú piensas. ¿Me comprendes?*

P: *“Sí, yo te estoy comprendiendo perfectamente (se molesta un poco, cualquier cosa dicha donde ella se sienta amenaza por insignificante que sea se molesta)”.*

P: *“Tantas veces en la preventiva pidiendo un psicólogo y nada, tuve que contarles, a la trabajadora social de mi enfermedad para que me atendiera. Me alegra que me haya tocado usted, porque me tiene paciencia”.*

Yasury asistía a la Iglesia evangélica del CFR, esto fue de gran ayuda en la psicoterapia, porque la espiritualidad le proporcionó mucha fuerza, base y guía para la vida, por lo tanto fue un elemento utilizado en la terapia:

T: *A pesar de que se que Dios toco tu corazón, Yasuri, hay cosas que quedaron pendientes y que te toca a ti resolver en este mundo terrenal. Acuérdate que la palabra dice que Dios lo ayuda a uno; pero que uno tiene que ayudarse también, esforzarse. Te acuerdas que Dios le ordena a Jonás que se esfuerce y sea valiente. En tu caso todavía quedan aspectos por trabajar y eso es independiente de lo que Dios transformó en ti.*

Su pobre control de impulsos la hacía cometer actos impulsivos de los cuales se arrepentía y nuevamente pedía disculpas:

P: *“A mí se me metió el yo en estos días en la escuela nos pusieron en grupo y teníamos que resolver algo. En el grupo hice una*

grosería y como me puse molesta no pude resolver nada, fallé; pero no me atrevo a pedir perdón y me fui directo al culto. Al día siguiente le pedí disculpa a la maestra y a todo el grupo. Yo quiero que me tengan un poco de paciencia, porque a veces uno esta que amanece mal y así; pero yo quiero cambiar”.

Una de las distorsiones cognitivas de Yasuri que estaba ligada a su creencia de que ella tenía poca valía era la magnificación, dándole más importancia al hecho de lo que en realidad tenía. La terapeuta le revela a través de la técnica del autodescubrimiento que ha tenido problemas parecidos a los de ella y que los seres humanos podemos compartir problemas similares:

P: “Hay personas que no me hablan, yo les hablo y después no me hablan, eso me molesta, porque no se qué les pasa”.

T: Eso pasa con algunas personas, a mi me ha pasado. Hay veces que uno le habla a una persona y otro día la persona no le saluda; pero eso puede ser muchas cosas, a lo mejor no me vio, o no tuvo un buen día, o tiene problemas y no está concentrada. En el peor de los casos que no quisieron hablarte, ¿qué puedes hacer tú? Eso te va a matar, ¿no crees que puedas seguir viviendo?

P: “Yo no le voy a estar rogando nadie para que me hable. Yo me quedó en mi esquina”.

T: Así es. Es preferible llevarse bien con la gente; pero si no te hablan que puedes hacer, seguir con tu vida.

Discutiendo con Yasury lo racional del pensamiento, frente a los problemas por su falta de control de impulsos:

P: “Estuve en la máxima, porque una interna me mentó la madre y le di dos puñetazos; me pueden decir lo que sea zorra, bembona; pero no mentarme la madre y me metieron tres días en la máxima. La otra interna se cortó”.

T: Si hay alguien que te mienta la madre y te dice hija de tu madre. De quién eres hija, sino de tu madre. Sigues el razonamiento.

P: “Pero si me dicen hija de puta, entonces sí, porque mi madre no es puta”.

T: *Pero si te lo está diciendo alguien que dice atorrancias, porque prestarle atención si solo es un atorrante.*

En cuanto al descontrol emocional, Yasury lo describe en el siguiente diálogo:

T: *Ese descontrol emocional. ¿Son como tormentas?*

P: *“Son como remolinos”.*

En esta etapa y con una alianza terapéutica más fortalecida, se siguió trabajando la confrontación paradójica para la reducción del control de los impulsos, porque en ella parecía funcionar bien, mostrándole que toda acción tiene una consecuencia.

P: *“Ya estoy cabriada de portarme bien, aquí no agradecen nada”.*

T: *¿Y por qué tendrían que agradecerte algo?*

P: *“Porque aquí hay gente que se porta mal y más no la pueden querer y hasta miedo le tienen”.*

T: *Entonces, si tú piensas que te debes portar mal, pórtate mal, al final esa es una decisión tuya, en la vida los únicos responsables de nuestros comportamientos somos nosotros mismos y las consecuencias de las decisiones que tomemos sean buenas o no, las vamos a cargar nosotros, los que están afuera, tu familia se pueden entristecer, molestarse; pero ellos no van a pagar una condena aquí contigo. La vida que llevaste es verdad que fue difícil, tu infancia fue traumática y comprendo que te sientes mal, lamentablemente no se puede volver el tiempo atrás, ni juzgar si tu madre fue buena o no, lo que no estuvo para nada bien fueron los maltratos, posiblemente ella vivió cosas difíciles; pero no la podemos resucitar, lo que si podemos hacer es trabajar con todo lo que tú piensas y como eso te hizo sentir.*

Observación de la terapeuta: *Yasury se quedó en un largo silencio.....no quiso decir nada más, me dio la sensación de que estaba muy enojada y desilusionada; pero no respondió nada.*

Un elemento al cual se le dio énfasis fue el debatir el pensamiento suicida y las conductas autoagresivas. La terapeuta fue muy reiterativa y persistente en estos temas regresando sobre los mismos una y otra vez, ya que caracterizaban mucho su cuadro clínico:

T: Tú dices que no te cortarías las manos, sino que te guindarías de las carriolas. Tu sabes que hay gente que se ha intentado matar así y las han bajado a tiempo; pero como les faltó oxígeno al cerebro, las personas quedaron como un vegetal, o no pueden memorizar nada o hacer las cosas que antes hacían.

P: “Yo deajo una carta diciendo que si me pasa eso, que me dejen morir”.

T: Y quién te va dejar morir si aquí en Panamá la eutanasia no es permitida.

P: “Mmm... ¿qué es eso?”.

T: Es la muerte asistida por alguien cuando la persona se encuentra enferma o en coma y la ayudan a que se muera.

P: “Entonces le digo a mi familia que lo haga”

T: Tú te mueres y tu familia viene a parar directo aquí, a la cárcel, ¿quieres eso para ellos?

Guardo silencio...

Reduciendo el pensamiento dicotómico, Yasury hace una comparación de cómo era ella antes y como es ahora en el trato con su marido:

T: ¿Cómo has estado?

P: “Bien, aunque un poco triste porque mi marido no vino el miércoles a la visita, otras veces me ponía deprimida y refunfuñaba y lo llamaba, lo insultaba y le decía su poco de vulgaridades. Esta vez lo llame y no le dije nada. Yo me imagino que él se quedo extrañado porque le pregunte: ¿cómo estás?, ¿Por qué no viniste? y él se quedo un minuto en el teléfono callado, estaba como impactado porque no lo insulte. Yo le dije papi estas bien , que te paso que no viniste ayer, me dijo que fue que le salió otro trabajo en la construcción y se alegro porque (él) sintió que sus oraciones Dios las está escuchando”.

T: Que bueno, de eso se trata de pensar primero, procesar en la mente lo que a uno le dicen y luego responder, porque si uno responde con lo primero que viene a la mente, entonces vienen los problemas.

P: *“Es que si uno va a cambiar, uno tiene que cambiar de verdad, yo no digo que no se me ha salido el cobre; pero poco a poco”.*

Expresa que cuando estaba fuera de la cárcel no valoraba a su marido y era bastante agresiva con éste.

P: *“Soy yo la que le pegaba y le decía cholo patirrajao, el salía bravo de la casa y en una ocasión que lo insulte y lo golpee, prefirió darle un puñete a la pared, irse de la casa para no tener que pegarme a mí”.*

En la reducción del descontrol de los impulsos, las situaciones conflictivas para poner a prueba su control de impulso aparecían en su interrelación con las otras internas, así como el poder tener un insight emocional de lo que las otras personas pueden sentir:

P: *“Se me perdió un collar de plata que estaba rifando, fui y pregunté y me di cuenta que una de las internas de mi hogar se lo quería robar. Ella dice que se lo había encontrado, me dieron ganas de entrarle a puñete; pero me controle”.*

T: ¿Cuándo ella te dijo que lo tenía?

P: *“Sí, me dieron ganas de golpearla; pero me controle, no sé qué me hizo controlarme. Yo le prometí a Dios no robar nada, porque pensando me dije: porque estas fuera de orden”.*

P: *“Si una persona no se va a comer el saco de pan que queda en el hogar, yo lo agarro, yo sé que eso es robar; pero el pan se iba a perder. Porque dígame usted, ¿a quién Dios va a castigar de las dos? ¿Quién hizo mal?”.*

T: *A quien va a castigar no sé, eso es cosa de Dios y quién hizo mal, pienso que las dos porque independientemente de que el pan se vaya a dañar no se debe robar, en todo caso pedirlo y ella, porque si el pan se va dañar, lo puede regalar.*

P: *“Ahora me estoy dando cuenta que cuando tú tienes algo de tu pertenencia y te lo roban te duele”.*

T: ¿O sea que tú pudiste poner en el lugar de otra persona?

P: *“Sí. A los clientes a veces le cogía la cartera y se las piqueaba (le sacaba el dinero)”.*

Constantemente se le mostraba las consecuencias de sus acciones, Yasury tomaba como un agravio personal que la autoridad le llamara la atención, porque sentía devaluada su autoestima cuando le llaman la atención frente a las otras internas:

P: “Amanecí mal, me duele todo el cuerpo, la cabeza, la nuca, estoy cabriada, tuve un problema con una custodia porque estaba acostada y la custodia me hizo un informe diciendo que yo no quería levantarme y que fui grosera. Yo nunca le he salido con una atorrancia; pero ahora si quiero romperle la cara”.

T: Es posible que ella piense que eres grosera porque no le explicas lo que te pasa y le respondes de forma golpeada.

P: “Yo hablo así y al que no le gusta mala leche, porque yo soy así. Si ese es mi carácter, que quieren que yo haga, lo que yo no estoy dispuesta es que me digan floja porque hasta con hombres me he embolillado en la calle. Es verdad que a veces yo amanezco mal y otras bien y la gente me saca de quicio. Usted ni se imagina como es esta cárcel”.

T: Pienso que debe ser desagradable; pero si te arrebatas con la custodia y le pegas, tú sabes las consecuencias que te vienen. Van a quitarte la visita por un tiempo, te meten a la máxima y te hacen un informe.

P: “Yo creo que yo no voy a reclamar nada porque mi libertad vale más que eso”.

T: Haces bien. Por otra parte es normal que te sientes mal, es común escuchar a las otras internas decir lo mismo que tu sobre la cárcel y cómo se sienten. Tu poca tolerancia hace que te desesperes más, este lugar hace que la gente se deprima, porque el lugar contribuye y es poco en ese sentido lo que se puede hacer, lo que si podemos es trabajar en ti, ya que no se puede cambiar el ambiente; pero si puedes cambiar la forma como te sientes.

Cuando por algún motivo tenía que esperar porque se presentaban inconvenientes, su poca tolerancia le hacía ponerse agresiva, con poca capacidad para esperar y postergar:

P: “Ya no voy a esperar más, la he estado esperando mucho, me voy”.

T: Yo tengo toda la disposición de atenderte; pero tú sabes cómo es esto aquí; los retrasos no dependen de mí, si a pesar de saber eso te quieres ir, esa es tu decisión, yo no puedo hacer nada.

P: “A mí nunca me ha gustado esperar eso es lo malo”.

T: A mí tampoco; pero esa es la vida, a mí me ha tocado esperar horas a una persona, porque ha sido necesario.

P: “Mmm, usted sabe que cuando yo me pongo impertinente me pongo”.

T: Sí, me consta.

P: “Vaya y atiende a la otra señora...Dele...dele...dele...yo espero aquí”.

Yasury piensa que con su forma de ser le ha hecho daño a los seres que ama y quiere resarcirlos, pidiéndoles perdón:

P: “Ayer hice algo muy bonito para mi futuro. En el culto la pastora decía que uno tiene que perdonar a las personas que te han hecho daño y me cayó a mí, porque yo he sido grosera con mi abuela, le he pegado a mi hija, a mi esposo y lo he ofendido. Entonces pensé que llegó el momento de pedir perdón siempre lo había pensado; pero nunca lo hacía. Primero les dije que tenía algo importante que hacer”.

P: “Mi hija llegó y me dijo que se cortó el cabello, a mí no me gusta que se lo corte, sentí que algo se me subía en el pecho; pero pensé en Cristo y me calme”.

T: Te reprendiste.

P: “Sí. Entonces le hable a mi hija de que tiene que caminar recta por el buen camino, aunque el camino sea largo; pero es el que es. Que tiene que disciplinarse, a mí me están disciplinando aquí. Primero le pedí perdón a mi abuela y ojalá Dios ablande su corazón como una olla de presión y mi abuela lloró. A mi hija me le quede mirando, como que yo no podía creerlo de mí, le di un besito y le dije que perdón por los malos tratos, por los golpes y después a mi marido, le dije que tantas cosas que te he hecho, te he maltratado, te he apuñalado. Me dijo que él ya me había perdonado. Yo le dije que no me perdonara de los dientes para afuera, que me perdonara de corazón. Siento que me liberé”.

La terapeuta continuaba utilizando la autorrevelación, narrando episodios de su vida, cosas cotidianas que pudieran ser parecidas a las que le estuvieran ocurriendo. Experiencias comunes, que no la ofendieran o malinterpretara la información, sino más bien como una forma de experiencia compartida que puede ser de gran ayuda para mantener la alianza y compartir lo emotivo:

P: “¿Qué usted hace cuando está enojada, bien enojada, dígame la verdad?, porque no me la imagino brava”.

T: Generalmente soy muy reservada; pero si estoy enojada, yo le digo a la gente lo que pienso; pero si siento que estoy poniéndome furiosa, me doy la vuelta y me voy. Un día hasta deje a una persona con la palabra en la boca porque me di cuenta que estaba empezando a ponerme muy furiosa, esta persona me hablaba y yo la ignore y seguí caminando. Después me di un baño, y se me paso.

P: “A veces yo hago eso; pero a veces no me aguanto. Ahora tengo un palo guardado cuando cojo rabia saco el palo y en vez de halarme el cabello doy palazos a la pared”.

Para combatir los síntomas de vacío y aburrimiento que fue de los más reacios a disminuir, pues casi siempre los sentía, se revisó con Yasuri actividades placenteras que pudieran despejarla y hacerle distraer de sus síntomas. Haciendo una evaluación junto con ella, sobre las diferentes medidas que puede adoptar para disminuir su malestar. Esto le ayudaba a experimentar que es posible razonar incluso bajo un estado de emotividad y expresar una respuesta distinta:

P: “Cuando estoy aburrida, yo hablo sola y estoy refunfuñando. Ayer le dije a una compañera que hasta el viento me molestaba; pero eso es un decir. Claro que le estoy dando a entender que no me joda, porque todo me molesta”.

T: Cuando estas aburrida tu puedes hacer aquellas cosas que más te gusten, tú dices por ejemplo que lo que más te gusta es la bachata y que tu puedes estar haciendo cualquier cosa, y si escuchas esa música, los pies sin que te des cuenta, se mueven solitos.

P: “Porque cuando uno mueve el pie ya va despejando la mente, ya, ya se me va pasando la cosa y las muchachas del hogar me piden que baile y ya se me pasa la cosa”.

En la fase intermedia de la terapia en que se encontraba Yasury se podía explorar con ella las ventajas y desventaja de maltratar a su hija y buscar otras alternativas:

P: “Yo pensaba que mi mamá no me quería porque siempre me maltrato, era golpe y golpe; pero no escuchaba te quiero, entonces yo pensaba que me pegaba porque no me quería. Por eso cuando yo le pego a mi hija yo le digo por qué, por eso es que muchos jóvenes se suicidan, porque piensan que sus padres no los quieren. No es la mejor manera de corregir a sus hijos con golpes porque el mejor castigo es castigándolo por ejemplo: si mi hija le gusta ver la novela, porque ella es novelera, yo no la dejé; pero después veo que se asoma a la ventana y me da lástima y la dejo que vea la novela por eso no puedo castigarla. Entonces le pegaba”.

T: ¿Y no crees que eso sea peor? Me parece que el correctivo de castigarla es mejor te evitas alterarte y así no andas golpeando a la niña.

P: “Yo me voy a mentalizar que no puedo maltratarla, es mi única hija y lo único que va a recibir es golpe, no puede ser.

Revisemos las ventajas y desventajas que te trae golpear a tu hija.

Tabla N° 7. Ventajas y Desventajas de maltratar a su hija Según Yasury (Caso 1)

Ventajas de Castigo Físico	Desventajas de Castigo Físico
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que no se porta mal ▪ Que hace lo que le digo, porque tiene miedo que le pegue 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que es por el gusto, porque entre más le pego, más hace las cosas. ▪ Que si le pego, ella se trauma por el miedo que le tiene a uno.

Fuente: Mariela Robles (2008)

T: Y si se trauma. ¿Qué otra desventaja podría tener?

P: “Yo siento que entre más le pego, peor se pone, porque mira que mi mamá me pegaba y mira quién soy yo; pienso que si no me hubiera pegado hubiera sido una grande; pero que va, era palo y palo”.

T: *Y a nivel emocional, conectándolo con el pensamiento. ¿Qué tú crees que pudiera pasar en ella, que puede pensar?*

P: *“Que no la quiero”.*

T: *Cuando en realidad no es así, porque sabemos que sí la quieres.*

P: *“Así mismo es; pero como uno hace para no pegarle”.*

T: *Lo primero es que tú aprendas a no perder el control, que reconozcas las señales que tu cuerpo empieza a sentir, y que aprendas una respuesta corporal distinta, como hemos ensayado.*

P: *“Cuando siento que me estoy poniendo rabiosa puedo decirle a P. que se vaya. Y vamos a suponer que se me está subiendo el Pérez a la cabeza le digo P. tengo un ojo cerrado vete para allá y regresa como dentro de una hora y cuando se va yo me desahogo, lo que le voy a decir a ella se lo digo al viento.*

P: *“...Las veces que yo le pegaba, después le pedía disculpa por los golpes que le daba”.*

T: *No piensas que pudieras estar mandándole un mensaje equivocado. Después cuando se case puede aceptar los golpes del esposo, porque éste llega pidiéndole perdón y viene la luna de miel y la reconciliación y así se va formando el ciclo de la violencia.*

P: *“Pero yo le digo que yo soy la única que le puede pegar y que el hombre que pega es porque no te quiere”.*

T: *Eso es verdad; pero las creencias cognitivas se forman temprano y quedan bien en lo profundo de la mente, básicamente forman parte de ella sin que muchas veces se percate.*

Cuando Yasury tenía un problema, ella se decaía y pensaba que nunca iba a cambiar, entonces la terapeuta continuamente le hacía una recapitulación de todo lo que había conseguido en la terapia:

T: *Yo lo sé. A veces la vida es injusta y muchas veces no encontramos porque pasan las cosas; pero a pesar de todo lo que viviste y de tus malestares, has alcanzado muchas cosas. Revisemos: estas consiguiendo sacar tu primer ciclo, realmente eres mejor madre de lo que tu mamá fue contigo, te preocupas por los demás, estás trabajando ese pensamiento de ver la vida en blanco o negro y se ha*

reducido, al punto que tú has conseguido ver los matices de la vida y eso ha beneficiado la relación con tu hija, con tu marido y con las otra personas con las que tratas. Has logrado controlar bastante tus impulsos y ya no piensas en matarte ni tampoco te agredes. Que todavía te llegan los síntomas de aburrimiento y cabriación, como dices, está bien, tú no tienes que cambiar un 100%; pero si revisamos desde que llegaste hasta ahora, pienso que has cambiado un 70% por ponerle un número, que tampoco es necesario. Recuerda que tú has vivido con todas estas creencias, era lo que conocías, tu cerebro se acostumbró a sentir así y por eso parece que a veces sin ningún motivo te fastidias o deprimes; pero no necesariamente tiene que ser siempre así.

Poniendo a prueba la tolerancia de Yasury:

T: *Yasuri se me olvidaron los útiles escolares que me encargaste. ¡Ayala! [Expresión de la terapeuta], no sé cómo se me olvidó.*

P: *“No se preocupe, si usted me trae cosas y no se le olvidan, además se le quedó hasta su pluma hoy, y está escribiendo con lápiz, imagínese que ni de sus cosas se acordó”.*

T: *...esa era una broma para ver nada más que tú decías, claro que te traje tus cosas, las puse junto con mis llaves para que no se me quedaran; pero mi pluma si se me quedó porque cambie de cartera.*

P: *(Se sonríe). “A uno también se le pueden olvidar las cosas, más usted que tiene tantas cosas importantes en que pensar”.*

En la fase final se tocaron temas que en las fases anteriores habíamos trabajado, sin embargo; se quería reforzar. Se le fue preparando para la finalización.

Con relación a la desilusión que Yasury sintió por el trato que su madre le dio y sus muchos abusos:

P: *“A los 12 años me gustaba un muchacho y mi mamá me hablaba duro, que andas con tu arrechera con ese muchacho, palabras que... santo, para yo ser una niña ella no me tenía que hablar así. A pesar de que está muerta yo la quiero mucho; pero mi mamá era un caso. Después ella quería cambiar; pero para mi sentido, ya era tarde, porque ya nosotros éramos grandes. Se metió en la Iglesia y cambió bastante, porque sí, es cierto que cambió bastante”.*

T: *¿Tú sentías que ya era tarde para eso?*

P: *“Sí, ya era tarde”.*

Reflexiona sobre las palabras ofensivas que empleaba para tratar a su hija y como ella logra validar y empatizar con su hija, percatándose que sus palabras podían formar creencias que pudieran afectar la autoestima de su hija, como le ocurrió a ella con su madre:

P: *“Muchas veces le he dicho a P., inútil; pero yo me pongo a ver que mi hija no es ninguna inútil, ella se hace muchas cosas sola, si llega del colegio y mi abuela no está, se fríe unas tajadas, o se hace un huevo”.*

P: *“Yo recuerdo que mi mamá por todo me decía inútil y esa es una palabra que se la repetía a P. (a su hija).”*

T: *Nosotras hemos revisado la evidencia de que tú has logrado muchas cosas que un ser inútil no lograría, en todo caso, no creo que alguien sea 100% inútil en todo, como tampoco es 100% hábil en todo.*

P: *“A veces tengo miedo de que cuando salga de aquí, vuelva a ser la misma y a ver si puedo poner en práctica todas estas cosas, especialmente por mi P.”*

T: *Eso es normal que tengas temor; pero una vez que salgas, en el diario vivir es que te darás cuenta si lo estas poniendo en práctica. De todas formas recuerda que tienes unas citas de seguimiento. Hay que trabajar algunas cosas que son importantes y que todavía te afectan, la relación que tuviste con tu mamá y tus síntomas de vacío, el aburrimiento, tu impulsividad que todavía hay algo allí. Además debes conseguir un empleo, me dijiste que ya tienes pensado algunas cosas.*

P: *“Yo quiero que cuando salga de aquí usted también vea a mi hija, porque me gustaría saber ¿qué es lo que ella piensa de mí?, si me tiene miedo, todas esas cosas”.*

T: *Puedo verla y después hacer una reunión las tres; pero recuerda lo que te he dicho, la cura del niño está en el hogar y quien está en el hogar es la madre, así que, si tu estas bien, ella también estará bien porque tiene una madre que la quiere, la cuida, y protege de forma sana. Es mi deseo que siempre tengas presente eso.*

La terapeuta le sugirió un ejercicio: que cargara a su hija, la recostara en su regazo, y mantuviera un contacto con ella, como cuando su hija era una bebe.

3.2.2. Evolución del Caso N° 2 (Ana)

Supervisor: Julio Obst Camerini y Héctor Fernández Álvarez

Número de sesiones: 57

Periodicidad de la atención: dos veces por semana en la etapa inicial e intermedia y una vez por semana en la final.

Duración de las sesiones: 2 horas en las etapas inicial e intermedia y 1 hora en la final.

Escenario: Centro Femenino de Rehabilitación (CFR)

Ana de 28 años de edad, se encuentra recluida en el Centro Femenino de Rehabilitación por supuesta complicidad en un homicidio. Manifestó a las autoridades que un primo de ella cometió un crimen y ella fue testigo del mismo. Luego cambió su versión a las autoridades alegando que había mentido por venganza, para hacerle daño a su primo porque éste había abusado sexualmente de ella.

Anteriormente Ana había sido atendida en el CFR, por estudiantes universitarias que estudian psicología y por trabajadoras sociales, además de haber sido atendida en el pasado por psiquiatras y haber estado recluida un sin número de veces en el Instituto Nacional de Salud Mental de Panamá (INSAM), por su depresión e intentos suicidas.

Fue referida por parte de la Directora del CFR, por encontrarse deprimida y por sus ideaciones suicidas, amenazas de querer cortarse las manos con una Gillette y porque en un descontrol le dio una bofetada a una de las trabajadoras sociales, según Ana ésta la acusó de haberle sustraído unas cosas de su oficina. Ana afirma que esto era mentira, ella trataba de explicarle; pero la trabajadora social insistía hablándole fuerte, pensó que la humillaba frente a todos y le propinó una bofetada.

Durante las sesiones iniciales de psicoterapia expresaba que se sentía constantemente deprimida, que el problema con ella era que a veces estaba bien y otras mal, que no se sentía capaz de afrontar los problemas, y que era entonces cuando le venían las ideaciones suicidas e intentaba suicidarse o cortarse.

Se le aplicó la prueba de creencias cognitivas de la personalidad, administrándosele, solo la escala (C) límite. En la revisión que se hizo con Ana de los ítems; la creencia de no ser capaz, y que piensa que tanto ella, como la gente la perciben como un ser incapaz, que tiene poca valía y la desconfianza en la gente, fueron

las creencias en las que Ana mayormente enfatizó y las que se discutieron en la psicoterapia.

Se le administró el Inventario Clínico Multiaxial (MCM-II) de Theodore Millon, lo que permitió corroborar el diagnóstico clínico; ya que mostró puntuaciones altas en las escalas (C) Límite y la escala (CC) de Depresión, lo que se evidenció, tanto en las entrevistas, como en la historia clínica. Por otra parte Ana reúne los criterios del DSMIV, para el trastorno límite de la personalidad y para el trastorno distímico.

El propósito de la fase inicial se concentró en la entrevista y la historia clínica, buscando recabar información en relación a temas importantes de su vida, que nos sirvieran como criterios específicos que pudieran ser considerados como indicadores del trastorno límite de la personalidad, dichas características debían ser duraderas en el tiempo.

En las etapas iniciales, la alianza terapéutica y la confianza básica fue un objetivo de gran importancia para la terapeuta, pues estas serían de gran ayuda durante el proceso terapéutico. Antes de entrar a debatir sus pensamientos automáticos y sus distorsiones cognitivas, la terapeuta consideró indispensable revisar con Ana los problemas que ella presentaba en la actualidad y que la hacían incurrir en las mismas dificultades y conflictos una y otra vez.

En la primera cita llegó tarde y ya la terapeuta estaba atendiendo a otra persona por lo que no la pudo atender de inmediato. Se puso furiosa, expresando que *“de todas maneras yo no tenía ganas de ir para allá”*.

Cabe recalcar que una vez iniciadas las sesiones con Ana, se estableció una buena alianza terapéutica, durante todo el tiempo que duró la terapia, no hubo ningún tipo de agresión, más bien se mostraba atenta, cooperadora, y sus verbalizaciones eran claras y fluidas. No obstante; con otras personas, en algunas ocasiones podía ser grosera y agresiva físicamente, fueran estas figuras de autoridad o no.

Manifestó que no se llevaba bien con su trabajadora social, cuando se le preguntó por qué, dijo que no sabía:

P: *“no me cae bien”*. Expresaba que *“usted la ve a ella y es igual a mi mamá, físicamente son igualitas”*,

T: Es posible que esa sea la razón por la cual no te agrada,

P: “pues yo pienso que sí, porque son idénticas, solo que mi mamá es un poquito más agarrada”.

Un problema que expresó la trabajadora social y que Ana reconocía, era que, cuando se sentía que no sabía cómo salir de una situación difícil recurría a la mentira.

Durante las primeras sesiones Ana le expresó a la terapeuta que tenía un problema de “doble personalidad”. Durante la sesión fingió entrar en una disociación y expresó que se llamaba Greta, que era la parte mala y que no era Ana que es débil. Que Greta es fuerte y agresiva. Ana expresa que esa voz es fuerte y no la puede dominar, en esta supuesta identidad disociativa solo alberga una personalidad aparte de la personalidad anfitrión.

La terapeuta le explicó que es psicóloga clínica, que tiene que ver con todo lo referente a los trastornos mentales. La terapeuta le explica a Ana que en las disociaciones los contenidos de la parte supuestamente disociada, son inaccesibles al resto de la parte consiente de la persona. La terapeuta le dijo que no había necesidad de mentir, pues la podía ayudar más si decía la verdad. Esa fue la última vez que Ana fingió tener un trastorno de identidad disociativo. Las disociaciones de Ana ocurrían cuando por algún motivo ella tenía accesos de ira; pero no del tipo antes descrito.

Ana explica cómo era ella en su niñez y qué considera que cambió su vida:

T: Cuando eras una niña ¿cómo era tú forma de ser?

P: “Yo era estudiosa, tenía buenos promedios, tanto que cuando iba para primer año, me iban a conseguir una beca; pero a mitad de año, mi papá me fue a buscar y me sacó de la escuela; pero de niña, yo nunca tuve una conducta rebelde, después de lo de mi papá... (El abuso sexual), yo quede así, era como rabia, mucho odio en mi corazón y después yo no tenía donde vivir y me llevaron para el tutelar de menores”.

El hecho de que Ana pudiese tener experiencias positivas de apoyo y confianza básica en la relación terapéutica a través de esta reactuación parental, proporcionaba una base para que ésta pudiera irradiarse hacia otras personas, mostrándole que sí existen otras

personas que pueden ser confiables a pesar del trato recibido por sus padres.

Ana hacía intentos autolíticos de forma constante, había que llevarla con urgencia porque se había tomado varios paquetes de Ibuprofeno. Un año antes de que la terapeuta la atendiera había estado hospitalizada por ingerir buscapinas y óvulos vaginales, con la intención de suicidarse y continuaba con sus intentos suicidas cuando ella consideraba que no encontraba salida a sus problemas o ella deseaba algo y sus peticiones no eran atendidas de manera inmediata:

T: Cuéntame lo de la Gillette, ¿qué pasó?

P: "Que yo estaba brava, desesperada y no sabía nada de nada".

T: ¿Y tú realmente te ibas a cortar?, dime la verdad.

P: "Sí, tenía ganas de cortarme".

T: Pero una cosa es que tengas ganas y otra cosa es que lo hagas.

P: "No...No...No lo iba a hacer, pero tenía ganas".

En ocasiones Ana le expresa a la terapeuta que se sentía más reanimada, ella manifiesta que:

P: "Antes sentía que no le importaba a nadie, que no tenía valor mi vida, ahora yo me miro al espejo y me veo bonita. Mi novio quiere que termine la escuela"

T: Realmente, ¿hasta qué año llegaste?

P: "Sinceramente hasta sexto grado, iba a empezar el primer año".

T: "Viste que es mejor decir la verdad, es más sencillo para que estar inventando cosas, no hay necesidad de eso, de esta manera te puedo ayudar mejor, si me dices la verdad".

P: "Es que me daba pena porque yo tengo 27 años cuando voy a terminar la escuela, cuando este chocheando".

Con Ana ocurría que cuando parecía que la terapia estaba funcionándole y avanzaba y podía tener mejor control de sus impulsos, ocurría algo y retrocedía. Las mejorías y cambios en Ana no pueden ser contempladas de manera lineal, puesto que por momentos podía estar bien, habiendo alcanzado resolver ciertos problemas del aquí y el ahora, posteriormente parecía que retrocedía en los objetivos alcanzados.

Estuvo en el psiquiátrico porque se puso mal cuando le avisaron que su papá se murió:

P: “Allí dormí por tres días, yo me sentía desesperada y me dijeron que me iba a ahorcar, cuando desperté estaba amarrada, me inyectaron para que durmiera, me puse agresiva”.

T: Ana el asunto aquí es que cada vez que tienes un problema, te quieres matar.

P: “No puedo afrontar los problemas”.

P: “En el psiquiátrico me dijeron que me iban a hacer electroshock. ¡Ay no! Yo no quiero que me den electricidad en la cabeza, no me pueden hacer eso”.

T: Tu sabes que pasa Ana, que como tienes la idea tan persistente de quererte matar, por eso te quieren hacer electroshock, para quitarte del todo la idea.

Durante toda la terapia la medicación fue un problema, porque los medicamentos le causaban efectos secundarios, otras veces pasaba tiempo sin tomarlos porque no había psiquiatra que se los recetara o bien ella no los quería tomar por los efectos que le causaban, aun así la psiquiatra del Centro de Salud, no quiso cambiarle el medicamento que le causaba los efectos secundarios:

P: “La doctora me vio y yo le dije que usted me sugirió que hablara con ella porque usted no me podía medicar y a mí ese medicamento me ponía mal; pero ella insistió que era mejor que continuara con la Amitriptilina”.

Por otra parte, más que empezar a trabajar sus pensamientos automáticos que por su propia inestabilidad se hizo muy difícil, hubo que abocarse más a la parte emocional de Ana y reafirmarnos sobre esto, ser reiterativos una y otra vez sobre asuntos previamente discutidos.

En una ocasión la terapeuta le hizo un llamado de atención a Ana y lo toleró muy bien, inclusive se excusó, lo que sorprendió mucho a la terapeuta, porque después de haberle hecho un llamado de atención, pensó que Ana le diría una grosería, pero no fue así. Fue una agradable sorpresa para la terapeuta, confirmar que esas partes escindidas de Ana podían estarse integrando, era capaz de tolerar y de unir lo bueno y lo desagradable que tenemos los humanos.

Su vida había estado sumergida en el caos; por consiguiente que la terapeuta le estableciera límites a través de la reactuación parental como lo haría una buena madre, que corrige y guía, posiblemente fue percibido como una señal de que le importaba a la terapeuta y que no era indiferente:

Algunos pensamientos automáticos de Ana que posteriormente se identificaron:

P: “no soy capaz como el resto de la gente”, “no valgo nada”, “la gente me aísla”.

P: “A veces pienso que la gente no me trata porque piensan que estoy loca; pero yo sé que no es así, no sé porque la gente piensa que no soy capaz”

T: ¿Por qué piensas eso?

P: “si están reunidos para hacer algo, la gente no me va a tomar en cuenta porque piensan que no voy a poder hacer el trabajo”.

Muchas de sus creencias provienen de la forma en que sus padres la trataban, haciéndola sentir que tenía poca valía. Ana también hace un insight emocional sobre el doble discurso manejado por su padre, quien por una parte la insultaba; pero por otra era demandante económicamente con ella, lo narra con enojo:

P: “Mi papá me decía que yo no servía, que yo no era nada, que estaba enferma, que era una loca; pero no estaba loca cuando les mandaba dinero o cajetas de comida y para su cumpleaños le mandaba sus regalos y su dulce”.

Ana no cuenta con el apoyo familiar. Manifiesta que su madre en el tiempo que tiene de estar interna, nunca la ha ido a visitar, ni sus hermanos, su padre fue una vez.

Su padre un hombre abusivo sexualmente y violento y su madre una mujer muy indiferente a las necesidades de Ana. Desde muy niña sufrió toda clase de vejámenes por parte de ambos. Además de relatar que un primo suyo también la abuso sexualmente:

P: “A los 14 años empezó a abusar de mí, yo le contaba a mi mamá y no me creía, ella se lo contaba a mi papá y él lo que hacía era que me pegaba con un garrotillo. Hasta que ya no pude más y un día salí con el uniforme de la escuela, tomé el bus y llegué a Panamá donde me preguntaban que para donde iba, le dije lo que me estaba pasando al chofer del bus, él llamó a un policía y me llevaron a medicatura forense”.

Su papá estuvo preso por un año y la madre en lugar de apoyarla, estaba disgustada con ella, indiferente a lo sucedido y en una completa negación del abuso sexual. Sus tías y el resto de la familia le pidieron que retirara la acusación, que sus hermanos y su madre estaban sufriendo, hasta que finalmente no soporto la presión y procedió a retirar la acusación, inclusive sus hermanos no le creen:

P: “...Yo le decía a mi hermanita, si mi papá te toca o te hace daño dímelo, ella me decía; pero estas loca...si ese es mi papá y ellos no creen...”.

“...El día que yo me entere que le hizo algo, yo voy a ir a una cárcel; pero con justificación y mi mamá me regaño, yo le dije a mi mamá: usted perdóneme; pero usted es una sinvergüenza que le apadrina todo y nunca hizo nada”.

T: Y ¿qué te respondió?

P: “Dijo que era una malcriada, altanera, grosera. Quizá por eso es que estoy sola y a la defensiva con la gente”.

P: “...Desde muy chica mi mamá no me dio el apoyo. En Chorrera una trabajadora social me atendió y le dijo a mi mamá que se hiciera responsable de mí, mi mamá dijo que no y yo caí en el hospital con depresión, tenía 16 años...”.

Afirma que la jueza la tuvo en su casa por 15 días; pero le explicó que no podía tenerla por más tiempo, así que la llevó al Tutelar de Menores, Ana lloraba mucho así que decidieron ubicarla en un hogar sustituto, donde estaban las niñas embarazadas que sus familias no las apoyaban.

La indiferencia de la madre de Ana hacia ella nos hace entender porque a su vez Ana tiene dificultades en el apego con sus hijos, porque ella misma no estableció una buena relación parental con sus figuras primarias. Una madre que no fue instrumental en satisfacer las necesidades físicas y emocionales de Ana; es decir, una madre no suficientemente buena, por lo cual no puede adaptarse a las exigencias del ambiente.

Ana manifiesta que la niña que tuvo, era de su padre, nació sietemesina y por cesárea. Relata que le dio pecho como por 3 meses, la bebe estuvo 2 meses en el hospital. Allí conoció según ella, a una amiga que le propuso que se la diera en adopción. Ella se la dio en adopción:

T: ¿Cómo te sentiste con todo eso?

P: “Después yo me arrepentí; pero ya no podía hacer nada. Con el tiempo caí presa estando nuevamente embarazada; pero me dieron una cautelar, porque tenía sangrados”.

P: “Es más, yo soy honesta, yo no pienso ni en mi otro hijo que esta con su papá, porque sé que el papá es responsable y lo tiene bien”.

Durante la etapa intermedia la alianza terapéutica aun en esta etapa continuó consolidándose y siendo muy importante en la evolución terapéutica de Ana. Las relaciones interpersonales entre terapeuta y paciente le brindaron a Ana la capacidad de discriminar entre personas confiables y no confiables.

El vínculo terapéutico que estableció Ana con la terapeuta coadyuvo a mejorar la confianza y la valía, pues una de sus creencias cognitivas era la desconfianza que ella tenía hacia la gente. Aun cuando los cambios no siempre ocurrieron de forma lineal. Con la terapeuta Ana siempre se mostró muy cuidadosa de que el vínculo no se rompiera, y la terapeuta valoraba cada paso dado por ella como un gran logro.

En una ocasión se enojó con la terapeuta y dejó de asistir a las sesiones como forma de protesta. En este caso decidí intervenir porque sabía que algo le estaba pasando y podía afectarse la alianza terapéutica y la confianza, una de sus creencias es que considera que: si confía en alguien se aprovechara de ella y la abandonara. Ella piensa que el mundo la ha defraudado y las personas no son dignas de confianza.

T: Ana que fue lo que pasó que no querías venir a la terapia, estaba decidida a irte a buscar al hogar

P: “De verdad usted iba a ir hasta allá a buscarme”

T: Pues sí, estaba preocupada por ti, porque tu no faltas a las citas.

P: “Yo no vine por el problema que se formó con Guadalupe, alguien me dijo que ella le contaba todo a usted de mí y que se ponían a hablar cosas de mi”.

T: Primero, eso no es cierto, en ese sentido, tú me conoces, no ando haciendo comentarios de la gente y mucho menos de lo que me dicen. Cualquier comentario me lo tienes que preguntar a mí, así evitas ponerte brava por algo que no es, porque a mí me parece que en parte estabas creyéndole, tu sabes cómo son las cosas aquí, de todo se forman comentarios.

P: “Yo sé, al principio estaba brava; pero las muchachas me dijeron eso, que usted no es así, además eso fue un altercado que tuve con ella”.

La terapeuta le fue proporcionando a Ana una reactuación parental, que le brindara dentro de la relación terapéutica, las necesidades emocionales no satisfechas en la infancia. El insight emocional a través de dicha reactuación, son experiencias distintas de obtener el cambio, teniendo la terapeuta características diferentes a las figuras parentales originales, pudo proporcionarle experiencias reparadoras. Nuestro posicionamiento es que con este tipo de trastorno no se debe dejar todo al pensamiento y al cuestionamiento racional.

El lidiar con la autodestrucción de Ana, fue uno de los problemas que más dificultades le causaron a la terapeuta. Sus reiterados esfuerzos por autodestruirse, provocaba en ocasiones desesperanza y por el otro un sentimiento de responsabilidad.

La impulsividad crónica que Ana presentaba aumentaba el riesgo de suicidio, sobre todo cuando estaba en un episodio depresivo; por consiguiente fue necesario hacerle entender que debía esforzarse en comprender esa necesidad de autodestruirse y a la responsabilidad que tiene sobre sus actos.

Después de tantos intentos suicidas, la terapeuta le expresa a Ana lo que piensa y siente:

T: Ana estoy verdaderamente interesada en ayudarte; pero cuando creo que lo estoy consiguiendo, me encuentro con la noticia de que te quieras matar, constantemente estas pensando en irte para el otro mundo, quiero decirte que si lo haces, eso me pondría triste; pero es una decisión tuya.

*Ana me tomó las mejillas con las dos manos y expresó:
“Yo jamás haré nada que le haga daño a usted”.*

Los medicamentos continuaron siendo un obstáculo en la psicoterapia, en diversas ocasiones me manifestó que sentía que la Amiptrilina la deprimía más y se sentía como una “zombi”. Algunas veces el medicamento se agotaba y dejaba de tomarlo por un tiempo porque demoraban para comprarlo perdiendo así la continuidad que los medicamentos requieren.

T: Ana ¿qué paso con los medicamentos?

P: “No me han dado nada. Yo estoy que no quiero hacer nada con mi vida, ando alterada”.

T: En parte es porque en estos momentos no estás tomando los medicamentos. Te explico que, a veces eso les ocurre a muchas personas que tienen tiempo sufriendo estos desbalances anímicos, el cerebro también se puede condicionar, es decir, que se acostumbra y de vez en cuando te pueden dar esos bajones de ánimo, sin que en ese momento haya una causa aparente. Eso tiene que ver con unas sustancias químicas del cerebro que se llaman neurotransmisores; pero un medicamento adecuado puede ayudar mucho.

Ana puede reconocer que algunas conductas le han ocasionado problemas y que hay consecuencias si se actúa por impulso y no se piensa primero bien las cosas:

P: “Yo he aprendido con la terapia que las mentiras llevan a otra, una mentira chiquita, luego vino una más grande y otra grandota. Las mentiras me llevaron a esto y traen más problemas”

Su poca capacidad para dilucidar adecuadamente un asunto la llevaron a tener un pobre control de sus impulsos como parte de la naturaleza de su sintomatología clínica:

P: “El problema era que yo pegaba mentira porque tenía miedo y lo hacía para tapar cosas, cuando acuse a mi primo (de cometer un homicidio), en parte yo hice eso para llamar la atención de mi papá y mi mamá; pero ahora sé que no fue la mejor manera”.

En cuanto a las diversas relaciones de pareja que ha tenido, la narrativa de Ana sugiere que ha empezado a darse cuenta e integrar que parte de las rupturas se debían a su comportamiento impulsivo y a la ira que no estando trabajada psicoterapéuticamente, salía de forma abrupta:

P: “Mi segunda relación la terminamos por mi comportamiento, porque yo pensaba que todas las personas eran malas”.

“Con las parejas que he tenido he fracasado, porque todo lo que me ha pasado, mi ira yo la descargo con mis parejas. Yo tenía un muchacho que era mi pareja, me metí con él estando embarazada. Ese muchacho me crió mi hijo hasta los tres años; pero peleé con él y nos dejamos”.

“...Un día estaba calentando agua para hacer unas arvejas y él me fue a alcanzar por la cintura, yo le eche el agua caliente, mi suegra me quería matar, yo le decía que lo dejáramos hasta aquí, que nos separáramos...”.

Cuando Ana tenía accesos de ira intensa, era cuando surgían los síntomas disociativos en los cuales parecía desconectarse de los demás y de su propia conciencia, como cuando se peleó en el hogar con otra interna:

P: “...Ella empezó a decirme, loca, loca, esquizofrénica, yo la agarré por el cuello y todo el mundo gritó, a mi me dijeron, porque no recuerdo, yo sólo recuerdo que lleve el café caliente y la agarré por el cuello, de allí no supe más nada y me agarraron, sino me agarran y me empujan, le hubiese tirado el café; pero yo no recuerdo, sólo hasta que me tenían en la camilla...”.

“...Llega el momento en que mi mente se bloquea, que ya no pienso, se me pone en blanco la mente...”.

La culpa fue algo que se trabajó con Ana, ya que en ocasiones salía a flote cuando se sentía deprimida, la generalizaba a otros aspectos de su vida, porque depositaba la responsabilidad en ella, de

algunos acontecimientos que marcaron su vida y parte de su discurso giraba en torno a esto.

P: *“Me siento mal, porque mi hermano me culpa de la muerte de mi papá”.*

T: *¿Y por qué tendrías la culpa? Tu papá murió de un ataque al corazón, eso es repentino, no avisa, ¿cómo hubieses podido tu evitarlo?*

P: *“Sí; pero él dice que mi papá sufría mucho porque yo no lo había perdonado, por todo. Yo quisiera que se pusieran un poquito en mi lugar y me entendieran, no fue a ellos que le hizo daño”.*

T: *Después de todo lo que pasaste con tu papá y mamá, es comprensible que sientas ira. Otras veces, como dices, sientes culpa cuando piensas que no está bien lo que sientes y a veces piensas, “que bien que se murió”; pero por el hecho de que todos te digan que lo perdones, no va a ocurrir, todo tiene un tiempo, primero las heridas deben sanar y ese tiempo de perdón solo tú puedes ir dándote cuenta, cuando la ira y el dolor empiezan a ser procesados, además la forma como ellos perciben a tu padre, está basado en la experiencia que tuvieron con él, que fue muy distinta a la tuya y esto hace difícil que ellos lo entiendan.*

Ana intenta nuevamente una conducta autolítica, le manifesté que todo parece indicar que cuando ella tiene una situación difícil de resolver o se siente sola, ella recurre a la autoagresión. Toda la ira Ana es volcada hacia adentro. Ella no logra darle una adecuada perspectiva a las cosas, porque la vorágine emocional que la invade no le permite auto observarse y generar alternativas:

T: *¿Qué pasaría si tú le pides a alguien algo para resolver tu problema?*

P: *“Yo le iba a decir a una custodia; pero no le tengo confianza”.*

T: *¿Qué situaciones podrías encontrar?*

P: *“Por ejemplo llamo a mi familia”.*

T: *¿Supongamos que una persona que está en una situación similar te pide un consejo, qué le aconsejarías?*

P: “Yo no le puedo aconsejar nada, porque estoy en una situación que estoy mal”.

T: Pero supongamos que tu estas bien. Vamos a hacer una lista de cosas que le dirías. Tú eres una mujer inteligente. Dime.

Tabla N° 8. Generando Alternativas en la Resolución de Problemas (Caso 2)

Cosas que le diría a una amiga en situación similar:

- Que lo tomara con calma
- Que confíe en Dios
- Que si tiene una amistad o alguien que pueda llamar, que le pida que la ayude, que ahorita está en una situación difícil. Que necesita que le brinden el apoyo.

En la fase final se continuó trabajando sobre los problemas que presentaba en la actualidad. Se le fue preparando para la terminación de la terapia y se continuaron discutieron algunas creencias cognitivas, aun cuando no se pudieron discutir las mismas con más profundidad, por la vorágine emocional que muchas veces presentaba y porque requiere de más tiempo de psicoterapia, a más largo plazo, porque en los inicios de la terapia nos enfocamos en afianzar la alianza terapéutica, en los problemas del aquí y el ahora, sus pensamientos automáticos.

El sentimiento de culpa fue algo que se continuó discutiendo, debido a que era necesario que ella comprendiera que no puede pasarse la vida sintiendo una culpa de la cual no es responsable:

P: “Cuando yo no me atendía con usted, yo sentía culpa y aprendí a perdonarme”.

T: Es que tú no tienes que perdonarte, porque las cosas que pasaron no fueron tu culpa.

P: “Yo fui una víctima y no una culpable”.

El percibirse como una persona débil, la conectaba con su creencia nuclear de poca valía, volvía a escindir partes buenas de sí misma que necesitaba integrar y que se le ayudó, siendo reiterativos y recordándole las cosas buenas que ella hizo por ella y su familia:

T: Tú no eres débil porque te encargaste de tu familia desde muy temprana edad.

P: “Pero de que valió, si ellos no lo vieron así”.

T: Que no lo vean así, no dice que no lo hiciste y que te preocupaste por ellos y los mantuviste.

Se continuó trabajando la confianza básica, haciéndole ver que hay personas que eran confiables y la estimaban; pero se le valoró el hecho de que su discurso de desconfianza era racional, porque había tenido motivos a lo largo de su vida para ser desconfiada, sin embargo; otras experiencias de la vida le habían dado razones para confiar.

P: “...Hay gente buena que se que me estiman; pero antes yo tenía ese concepto de pensar que la gente era mala...”.

T: Bueno, tú tenías razones para desconfiar, por todo lo que te paso con tu padre y con tu familia... todas esas cosas hicieron que tu percibieras al mundo como muy peligroso, es cierto que hay que tener cuidado; pero me parece que en la vida hay gente en la que se puede confiar.

Las conductas de automutilación de Ana, durante el tiempo que duró la terapia no pasaron de amenazas. Sin embargo; todavía continuaba con las ideaciones suicidas, y la depresión lo que hacía que de inmediato la referían al hospital psiquiátrico donde permanecía por unos días hasta que nuevamente regresaba, no se pudo lograr que le cambiaran la medicación. Ana confía en que podrá continuar con la psicoterapia una vez que deje de estar interna, porque la parte sana de Ana pide ayuda y quiere sanarse:

P: “...yo quisiera sanarme porque lo que me ha pasado...”

La reactuación parental que se dio durante la terapia, le permitió a tener experiencias positivas e integrar que pueden haber gentes con malas intenciones; pero que en la vida también hay personas buenas, en las que se puede confiar:

P: "Usted me da cariño, me escucha, me ha demostrado que me estima, me quiere, me ha dado el tiempo que usted gasta conmigo, que no lo hacían ellos (sus padres), yo tengo la confianza de decirle la verdad, porque yo soy una buena persona, me ha dado la confianza que no tuve. Cuando yo salga de aquí quiero estudiar y ya no depender de un medicamento".

La alianza terapéutica se sostuvo en todo la terapia, hubo una consolidación de la misma desde el inicio lo que constituyó una experiencia emocional correctiva para Ana en algunos aspectos de su vida, con una relación positiva con la terapeuta, que le permitieron examinar situaciones no experimentadas antes con sus padres, que le animó y le dio la esperanza, de que las pasadas frustraciones y sufrimientos pueden ser superadas por ella.

Uno de los aspectos favorables para Ana es que tiene una excelente capacidad para hacer insight, además de que comprende las cosas rápidamente.

Ana a pesar de sentir tristeza tomó de forma madura la finalización de la terapia, manifestando el duelo por lo que termina, siendo capaz de internalizar y aceptar que la terapia tenía un ciclo de finalización y que la terapeuta tenía que irse; pero con la esperanza de continuar en otro momento la psicoterapia con la terapeuta:

P: "...Así la sentí yo a usted y la esperaba todas las semanas como quien está esperando un familiar querido que lo viene a ver...".

IV. CAPÍTULO ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis de la información, se usaron los datos recogidos de la historia clínica del paciente, la entrevista psicológica y las sesiones terapéuticas, así como el cuestionario de Creencias Cognitivas de la Personalidad (PBO) de Aaron Beck.

Se efectuó un análisis cualitativo de la información, mediante el método de triangulación teórica, se utilizó los fundamentos teóricos planteados en el marco teórico, lo que permitió clarificar los significados, corroborar y verificar la consistencia de la información, así como proporcionar un mayor alcance en la comprensión clínica de los casos.

A continuación se presenta una tabla que resume las categorías y subcategorías descriptivas de las unidades de análisis de la información. Posteriormente se analiza esta información desde una perspectiva clínica con el apoyo de diversos teóricos que clarifican los conceptos aquí vertidos.

4.1. Categorías Descriptivas y Subcategorías de las Unidades de Análisis de la Información.

A continuación se presenta una la tabla N°9 que expone las categorías y subcategorías descriptivas de las unidades de análisis de la información, con las que posteriormente se procederá a realizar la triangulación cualitativa.

Tabla N° 9
Categorías Descriptivas y Subcategorías de las Unidades de Análisis de la Información.

Categorías Descriptivas	Subcategorías
Alianza Terapéutica	Relación emocional con la terapeuta
Ideación suicida	Pensamiento suicida
Conductas Autolíticas	Automutilación Intentos suicidas
Abuso en la Infancia	Experiencia de abuso sexual intrafamiliar Experiencia de abuso emocional Experiencia de maltrato físico
Conductas Impulsivas	Peleas recurrentes Explosiones de ira Conducta sexual errática Mentiras
Creencias cognitivas	Creencias cognitivas distorsionadas en relación a sí misma Creencias cognitivas distorsionadas en relación a los demás y/o el mundo
Vulnerabilidad	Temor al abandono Susceptibilidad a la idea de ser traicionada
Pensamiento dicotómico	Pensamiento en blanco y negro
Sentimientos crónicos de vacío	Constante Aburrimiento
Empatía	Falla empática de su madre Falla empática hacia su hija.
Disociación	Episodios disociativos
Psicofarmacología	Consumo de medicamentos

Fuente: Mariela Robles (2008)

4.1.1 Análisis de la Información a Través de la Triangulación

Caso #1: Yasury

Yasury, mujer de 25 años diagnosticada con trastorno límite de la personalidad. Según la historia clínica narrada por ella, fue víctima de abuso sexual, emocional y maltrato físico durante su infancia. A los 15 años salió embarazada. Fue contagiada con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (V.I.H). Desde el 2006 se encuentra recluida en el Centro Femenino de Rehabilitación (CFR) por el delito de robo. (Ver historia clínica en capítulo anterior)

4.1.1.1 Subcategoría: Relación emocional con la terapeuta

Teóricamente se sustenta que antes de entrar a la psicoterapia propiamente dicha se requiere el fortalecimiento y progreso de la alianza terapéutica. En el caso que nos ocupa esta alianza era puesta a prueba por Yasury, a través de la relación ambivalente que la paciente mostraba a la terapeuta, lo que indicaba la presencia de síntomas propios de la patología del trastorno límite de la personalidad como lo es: la conducta dicotómica. No obstante, la confianza demostrada a la terapeuta redujo esta sintomatología, la comunicación clara, asertiva y el indagar con la paciente sus dificultades, permitió que confiara en la terapeuta. Los déficits en su razonamiento cognitivo, probablemente la llevaban a fallar en la elaboración de una cohesión y mejor utilización de sus recursos internos y en la aplicación de estrategias de afrontamiento adecuadas:

“Vine hoy a pesar de mi cabriación”.

“...yo pienso que quien da amor recibe amor, pero quien da patadas recibe patadas; pero usted dice que me acepta con mis atorrancias, que como sea, como quiera, brava o no brava, me acepta...”

Beck (2005), señala que esta conexión interpersonal con el terapeuta le ayuda a rechazar la creencia de que a nadie le importa, que la expresión de sentimientos negativos será respondida con castigos o abandono y en definitiva, a crear una relación segura:

“...yo no soy como algunas que son todas delicaditas, flaquitas, que se ven finas y no saben lo que es pasar necesidades, ni lo difícil de la vida, yo sí lo sé, porque lo he vivido...”.

Por otra parte el establecimiento de límites, estuvo presente desde el inicio de la terapia. La intervención clínica con esta paciente, se caracterizó por ser coherente y firme hasta el final. La modificabilidad cognitiva tuvo presente al referirse a la conducta de la paciente y no realizar calificaciones con respecto a su carácter, que pudiese activar la creencia de ser inaceptable. Resultó positivo para la paciente, debido a que le permitió darse cuenta que el poner límites es una forma de no actuar con indiferencia como lo hacían sus padres:

“...yo nunca le haría daño a usted”

Beck (2005), indica que se requiere que los terapeutas se sientan seguros a la hora de poner límites. En un enfoque reparental es esencial frustrar al paciente poniéndole límites personales, como sucede con los padres normalmente.

La presencia de creencias de abandono, parecían estar presentes permanentemente en el discurso de Yasury, manifestado a través de un temor a ser abandonada por la terapeuta. Durante la psicoterapia, se le reactivaban antiguas experiencias de abandono. El pensar que la terapeuta podía abandonarla, le causaba mucha rabia. Es posible que sus experiencias de vida relacionadas con desilusiones en sus relaciones personales y familiares precipitaran estas disfunciones emocionales.

Como comentó en su discurso:

“Ana me dijo que usted se fue y no se despidió de mí y eso me dio rabia. Yo tenía cólera y me decía: no se despidió de mí. Pasó el tiempo y me llevaron un papelito y leí que era usted y me eche a reír”.

Beck (2005), expone que el enfoque cognitivo conductual requiere que el terapeuta sea capaz de tolerar un nivel muy alto de emociones negativas, especialmente la ira dirigida hacia su persona y también la tristeza y la desesperación.

La cólera e impulsividad son características del trastorno límite de la personalidad y puede dirigirse a los otros, incluyendo al clínico. Esto puede ocurrir particularmente cuando hay una

interrupción en las relaciones del paciente o cuando se siente abandonado (por ejemplo, hay un cambio de terapeuta) o cuando el paciente se siente traicionado, acusado injustamente, o no muy bien comprendido y culpado por el clínico o otra persona significativa (APA, 2001).

4.1.1.2 Subcategoría: Pensamiento suicida

Esta segunda subcategoría “pensamiento suicida”, fue una de las sintomatologías clínicas de mayor presencia durante el inicio de la intervención terapéutica, expresándole a la terapeuta y escribiendo sus deseos de quitarse la vida. En ocasiones Yasury se mostraba enojada sin causa aparente, otras veces cuando no podía manejar el estrés, volcaba su ira contra sí misma, como una forma de autodestrucción.

En ese sentido Sarason y Sarason (2006), expresan que es necesario hacerle entender que no puede manipular al terapeuta con amenazas suicidas y que debe esforzarse por comprender estas necesidades autodestructivas sin ponerlas en práctica.

Se puede apreciar fragmentos del discurso de Yasury:

“...yo creo, que si no tuviera una hija hace tiempo, me hubiera quitado la vida...”

“...estoy estresada y miro las carriolas para ver si pueden conmigo... pero no tengo el valor para hacerlo...”

“...ayer estaba brava, me quería tomar un paquete de pastillas que había en el hogar, eran un montón de vitaminas, entonces la señora D. me dijo, deja de estar inventando cosas muchacha y ponte a hacer algo...”

A medida que la terapia avanzó, y sus pensamientos suicidas fueron disminuyendo, expresaba:

“...eso de pensar en suicidarme era antes, ya no”.

Al momento de finalizar la terapia, no expresaba la idea del suicidio.

4.1.1.3 Subcategoría: Automutilación

Se consideró esta subcategoría “automutilación”, luego de observar su constante aparición en la narrativa de la paciente. A

pesar de todas estas conductas autolesionantes, parecía no sentir dolor al golpearse, probablemente la autoagresión, era el mecanismo a través del cual Yasury descargaba su ira y; en consecuencia liberaba el dolor.

Es posible que el estrés extremo liberado a través de autoinfligirse dolor, pueda ser comprendido a la luz de los procesos de condicionamiento. Tal como lo explica Beck (2005), el estrés extremo resultante del abuso emocional, físico o sexual del niño, puede haber conducido a una liberación incondicionada de opioides endógenos. Dicho condicionamiento en la liberación de opioides se da en respuesta a estresores tales como la expectativa de la repetición del abuso.

En los siguientes fragmentos del discurso de Yasury se ilustró esta subcategoría:

“...es que cuando yo tengo rabia le pego a la pared, a lo que encuentre, no cojo mi rabia con nadie, sino conmigo misma...”

“...cuando agarro mucha rabia, me estrello la cabeza contra la pared y no quiero que nadie me diga nada...a veces me da la locura y me jalo el pelo...”

La desilusión a menudo se convierte en ira, que puede ser dirigida hacia otros, en ataques verbales o físicos, o dirigida hacia sí mismo en intentos de suicidio o conductas autolesionantes (Castán, 2005).

Yasury logró abandonar sus conductas automutilantes, ya que junto con la terapeuta se reestructuraron cogniciones que condujeron a pensamientos racionales y; por consiguiente a comportamientos y emociones más funcionales.

Beck (2005), expresa que el terapeuta requiere mantener una postura activa y educativa, como si fuésemos unos buenos padres, no moralistas, pero capaz de explicar por qué ciertas posturas y concepciones son más sanas que otras.

“...ya tengo rato que no sé lo que es una rabia o estar golpeándome contra la pared...”

4.1.1.4 Subcategoría: Experiencia de abuso sexual intrafamiliar

En la siguiente subcategoría, la “experiencia de abuso sexual”, fue revelada durante las sesiones psicoterapéuticas. La paciente señalaba la forma en que fue abusada, la angustia experimentada ante tales abusos, la impotencia sentida, la desdicha de no ser escuchada por su madre, formaban una constelación de expresiones dolorosas, producto de haber vivido trágicamente el área de la sexualidad durante su infancia.

A continuación algunos trozos del relato de Yasury:

“...él (su padrastro) le gustaba tocarme los senos y mis partes, Cuando mi mamá se iba él empezaba a pellizcarme por la barriga. Una vez estaban todos dormidos y él me tocó por mis partes, yo no grité porque le tenía miedo a mi mamá...”

“... pienso que mi mamá no me creyó cuando le dije que mi padrastro me tocaba, porque siguió con él...”

Los individuos adultos con trastorno límite de la personalidad reportan que quienes los cuidaron se mostraron alejados emocionalmente de ellos, que los trataron de manera inconsistente, negando la validez de sus pensamientos y sentimientos, y que no cumplieron con su papel como padres, en términos de proporcionarles protección del abuso sexual de hombres que no eran sus cuidadores (Zanarini, 1997)

Dadas las reiteradas experiencias de abuso sexual en su preadolescencia es de esperar que surjan distorsiones cognitivas acerca de las relaciones de confianza con los demás y con el mundo. Yasury aún sigue desconfiando acerca de la verdadera intención de una persona que la aborda. En la mayoría de los casos asume que la aproximación es de tipo sexual y pocas veces que hay un genuino interés para con ella como persona. Esto es extensivo a la relación que mantiene con personas de su mismo género, en cuanto a sentir una marcada desconfianza y suspicacia ante relaciones nuevas o bien establecidas previamente.

4.1.1.5 Subcategoría: Experiencia de abuso emocional

Las experiencias de abuso emocional recibidas por Yasury, por parte de sus cuidadores, desarrollaron en ella la creencia de un mundo malo, en el que tenía que estar vigilante, en un constante estado de alerta. Todas estas experiencias, presuntamente desarrollaron en ella una percepción e interpretación de un mundo en el cual no hay algo bueno que esperar y deduciendo que si sus padres no la cuidaron satisfactoriamente, por qué lo harían los demás, así pues, probablemente la paciente esperaba que los demás le hicieran daño y se mantenía a la defensiva.

Como se ilustra en los siguientes relatos:

“Mi mamá me decía que si yo fuera negra, ella me hubiera ahogado en una tina de agua”.

“Mi mamá me hablaba duro, que andas con tu arrechera, palabras que... santo, para ser yo una niña ella no me tenía que hablar así”

Barudy (1998), acota que, el niño mal amado no sólo tiene una mala imagen de sí mismo, sino que desarrolla una visión del mundo que le es amenazante y poco segura; esta vivencia depresiva se explica porque una parte de su mundo, sus padres, el más importante para él, objetivamente le rechaza, y además porque el niño tiende a proyectar sus sentimientos de frustración, hostilidad, inseguridad e inadecuación sobre el mundo exterior.

4.1.1.6 Subcategoría: Experiencia de maltrato físico

En la subcategoría “experiencia de maltrato físico”, se puede teorizar, en términos cognitivos, que en Yasury, las experiencias traumáticas recibidas a tan temprana edad, pudieron haberla llevado a determinadas interpretaciones infantiles, a la agresión y a conflictos.

Los conflictos que se generaban, posiblemente provocaban aun más las respuestas negativas por parte de sus cuidadores, situación que en su proceso de crecimiento, llevó al establecimiento de creencias cognitivas distorsionadas y estrategias patológicas con

las que enfrentó su diario vivir, teniendo que recurrir a mecanismos dicotómicos, fragmentando así su Yo.

Las siguientes frases son fragmentos de su discurso, indicadores de la experiencia de maltrato físico:

“Pienso que soy así, por tanto palo que me dio mi mamá...no sé porque me golpeó tanto, si mi abuela dice que no la trataba así...”

“Mi madre me tiraba al piso y me ponía el pie en el pescuezo para que no pudiera escapármele”

“Cuando yo era niña, mi mamá me tiró un picahielo en el ojo, por eso no veo bien por ese ojo”.

“...yo pensaba que mi mamá no me quería, porque siempre me maltrato, era golpe y golpe, pero no escuchaba te quiero, entonces yo pensaba que me pegaba porque no me quería...”

Beck (2005), indica que, algunas de las experiencias traumáticas pueden haber tenido lugar en edades muy tempranas, especialmente las de castigo, rechazo y atención de parte de los cuidadores, lo cual puede conducir a una desorganización afectiva.

El niño debe por un lado idealizar a sus padres, reprimiendo facetas importantes de su personalidad y asumiendo la responsabilidad de ser la causa de los golpes que recibe. El hecho de representarse a sí mismo como “malo” y actuar de acuerdo con ello, será menos angustiante que simbolizar la idea de tener padres capaces de destruirle. (Barudy, 1998)

4.1.1.7 Subcategoría: Peleas recurrentes

Esta subcategoría, “peleas recurrentes”, se evidenció con frecuencia en su narrativa, en la que se observaban frecuentes desbordamientos emocionales que la llevaban a los acting out de los que luego se arrepentía; probablemente esto estaba asociado a su incapacidad para tolerar asertivamente las frustraciones que la vida impone y a su creencia cognitiva distorsionada, de que: “la gente se aprovechará de mí si les doy la oportunidad”. Cuando dicha creencia aparecía, generaba ira y dificultad para controlar la misma, lo que la conducía desafortunadamente, hasta las peleas físicas con cualquier persona que considerara amenazante.

Fue importante ensayar formar diferentes de reaccionar ante las situaciones negativas o adversas.

A continuación, ilustraciones de la subcategoría “peleas recurrentes”, contempladas en su exposición:

“...estuve en la máxima porque una interna me mentó la madre y le di dos puñetazos...me metieron tres días en la máxima”.

“...le dije su poco de cosas a la muchacha que reparte la comida, casi no me sirvió comida sabiendo que yo le doy de eso a mi hija cuando viene a visitarme; por eso es que yo me arrebato, porque nadie se arrebata por arrebatarse”.

“...porque yo hasta con hombres me he embolillado”

Belloch y Fernández Álvarez (2005), han señalado que las “personalidades límites”, se ofenden con facilidad por cualquier asunto sin importancia y fácilmente se sienten provocados por cualquier tontería. Son impacientes y se irritan con mucha facilidad cuando algo no funciona como o cuando ellos quieren.

4.1.1.8 Subcategoría: Explosiones de ira

La subcategoría “explosiones de ira”, como expresión de análisis clínico y de saturación, fue una de las caracterizaciones clínicas más destacables, al encontrarse recurrente en Yasury, tanto en su discurso como en la Prueba de Creencias Cognitivas.

Se evidenció en Yasury la intensidad de sus reacciones emocionales, en cuanto a que podía pasar de una agitación ansiosa o bien deprimida a una ira intensa; en ocasiones sus reacciones parecían ser desproporcionadas en relación al hecho que provocó su ira. Posiblemente esto se deba a la manera en que ella percibe los acontecimientos de su vida; en cuanto a la forma polarizada de sus sentimientos y de tener dificultades para regular las emociones.

Un hallazgo que llamó la atención en la Prueba de Creencias Cognitivas de Beck, son las respuestas indicadoras de creencias distorsionadas, como: *“la gente pondrá atención si actúo en forma extrema”.*

Desde el punto de vista clínico, se puede interpretar que, además de las explosiones de ira, que desencadenaban su descontrol,

al no poder soportar las situaciones que para ella eran frustrante, estaba la creencia cognitiva distorsionada: la única forma en que me han prestado atención es cuando me arrebato y me golpeo contra la pared, me arranco el pelo de la rabia, o intento agredir a otros”.

Sus experiencias tempranas fueron moldeando su temperamento. Agredida constantemente por su madre, y habiendo sufrido todo tipo de abusos, sin poder defenderse y sintiéndose desprotegida. Las caracterizaciones clínicas que enmarcan la psicopatología del trastorno límite de la personalidad, se convirtieron para Yasury en estrategias adaptativas. Al tener cuidadores incapaces de protegerla, donde el ambiente de terror era el que imperaba, utilizaba la ira como un mecanismo de respuesta y de defensa, frente al ambiente inseguro que vivió.

Se puede contemplar en su discurso indicadores que ejemplifican esta subcategoría explosiones de ira:

“...afuera por cualquier cosa me daba rabia, si iba a los almacenes y la ropa no que me quedaba, me daba rabia, hasta insultaba a las muchachas porque tenía que medirme muchas cosas”.

“...es que el ser humano es así, tiende al error, pero yo soy de la persona que cuando tengo rabia, pienso lo que sea y digo cosas por decir, pero cuando se me pasa la rabia ya soy otra persona” (ella ríe).

“...él (su pareja) nunca me ha levantado la mano, soy yo la que le pego y le digo cholo patirrajao, él sale bravo de la casa...”

“...cuando no entiendo algo me monstruoso, se me sale el monstruo”

El DSM-IV ha indicado que es frecuente que los sujetos con trastorno límite de la personalidad expresen ira inapropiada e intensa o que tengan problemas para controlarla. Pueden mostrar sarcasmo extremo, amargura persistente o explosiones verbales. Frecuentemente, la ira es desencadenada cuando consideran a una de las personas que se ocupa de ellos o a un amante negligente, represor, despreocupado o que le abandona. Estas expresiones de ira suelen ir seguidas de pena y culpabilidad y contribuyen al sentimiento que tienen de ser malos. (APA, 1995)

Como señala Millon (2000), esta ira puede surgir de los desencadenantes inmediatos y de la reserva de animosidad, alimentada durante los años en que se ha sentido limitado.

4.1.1.9 Subcategoría: Conducta sexual errática

En cuanto a la subcategoría “conducta sexual errática”, se le explicó a Yasury como el comportamiento sexual errático puede provocar consecuencias desafortunadas, la terapeuta se dirigía a la conducta sexual errática y no a juzgar o atacar la persona de Yasury. En este sentido hay que tener cuidado, pues enfocarse en lo que la persona hace, puede llevarle a pensar que, “porque soy mala, por eso me ocurren cosas malas”

Como lo expresa en su discurso:

“Por andar de arrecha, quien me manda”.

“Ahora yo le digo a la gente que se cuide porque tú no sabes quién es quién y el que tu menos crees, puede estar picado (contagiado), que usen condón”.

Tal como señala Kaplan (2001), los pacientes con TLP, no toleran la soledad, y prefieren la búsqueda frenética de compañía, por insatisfactoria que esta sea, a tener que soportarse a ellos mismos. Para aliviar la soledad, aunque sea por un corto período de tiempo, pueden aceptar a un extraño por amigo o comportarse de manera promiscua.

La propia impulsividad, rasgo clínico de este trastorno, la llevaba a intimar rápidamente con los demás y probablemente a confundir intimidad con cercanía o amistad.

“...los novios que tenía, terminaban conmigo al tiempo, solo me querían para tener sexo, a mi no me importaba si eran casados o no. Lo que quería era cariño, amor”.

Muchos individuos con trastorno límite de la personalidad, son impulsivos en una o más áreas potencialmente perjudiciales para ellos, gastan el dinero irresponsablemente, apuestas de juego, se involucran en comportamientos sexuales inseguros y en el abuso de las drogas y el alcohol (APA, 2001).

4.1.1.10 Subcategoría: Creencias cognitivas distorsionadas en relación a sí misma

Esta subcategoría fue saturada en base a las respuestas dadas por Yasury, al Cuestionario de Creencias Cognitivas Para el trastorno límite de la personalidad de Beck, y en su narrativa durante las sesiones. De estos resultados se extrajeron tres respuestas que se

pueden considerar material clínico, respecto a las “creencias cognitivas en relación a sí misma”:

- “Estoy necesitada y débil”. (Ítem # 15)
- “Necesito que alguien esté siempre a mi alcance para ayudarme en lo que tengo que hacer; de lo contrario sucederá algo malo”. (ítem # 16)
- “Debo estar en guardia todo el tiempo”. (Ítem # 116)

Se puede observar de qué manera estas creencias en relación a sí misma se traducen a la luz de los eventos tempranos que ocurrieron en su vida y que dejan traslucir su devaluación, la baja autoestima reflejada en cómo se percibe. Estas creencias en sus diversas temáticas, salieron a la luz en diferentes momentos entre la terapeuta y Yasury; ya sea en la entrevista clínica o en la psicoterapia. Se observó una falta de confianza en sus capacidades para superar la inadaptación y en los propios mecanismos de supervivencia.

La creencia de que su madre no la quería y de un padre negligente, se puede considerar como un factor que estructuró en ella, la idea de que no merecía ser amada, de que algo malo debía tener su sí mismo. Todas estas creencias arraigadas a muy temprana edad, desarrollaron una visión debilitada y de poca valía de sí misma.

Por su parte Pretzer (1990), encontró que existen tres temas predominantes en las creencias del trastorno límite de la personalidad: “el mundo es peligroso y malévolo”, “no tengo capacidad y soy vulnerable”, y “soy inaceptable de forma inherente”.

Una de las creencias que surgía constantemente en Yasury, era el de estar necesitada, débil y en constante estado de alerta. Esto parecía estar relacionado con su creencia nuclear de poca valía, que pudo haberse configurado como consecuencia directa de las reiteradas ocasiones en que su madre le manifestaba que era una inútil e inepta, afectando; por consiguiente el concepto de sí misma en relación a su valor como persona. Se evidencia que su madre, le proporcionó escasos reforzadores positivos, así como pocas muestras de amor y cariño. Según el relato de su historia de vida, Yasury creció en un ambiente eminentemente invalidante.

Lo antes descrito, se ilustra en los siguientes fragmentos de su discurso:

“...lo que pasa es que, de repente, yo fui tan maltratada, que hasta mi propia madre me decía cosas horribles. Por cualquier cosa

me llamaba inútil. Cuando conocí a mi marido, le dije, que yo tenía el corazón de piedra...”

“...tal vez yo no valga nada...”

Linehan (2003), manifiesta que el ambiente invalidante, promueve el control de la expresión emocional, especialmente la expresión del afecto negativo. Las experiencias negativas son trivializadas y atribuidas a rasgos negativos, estas incluyen restricciones a las demandas que un niño puede hacer a su entorno y el uso del castigo para controlar su conducta. La persona desconfía de sus propios estados internos, que le lleva a una sobredependencia de los otros, y esto a su vez impide el desarrollo de un sentido del self cohesionado.

4.1.1.11 Subcategoría: Creencias cognitivas distorsionadas en relación a los demás y/o el mundo

La siguiente subcategoría se saturó a través de los indicadores dados por Yasury, al Cuestionario de Creencias Cognitivas Para el Trastorno Límite de la Personalidad de Beck y corroboradas en las sesiones terapéuticas a través de su discurso. Se obtuvieron tres respuestas para el análisis clínico, respecto a las siguientes “creencias cognitivas en relación a los demás y/o el mundo”:

- “Una persona cercana a mí puede ser desleal y traicionera”.
(Ítem # 126)
- “La gente pondrá atención si actúo en forma extrema”.
(Ítem # 97)
- “Las personas se aprovecharán de mí, si les doy la oportunidad”. (ítem #119)

Desde una perspectiva clínica, se puede inferir que la forma como Yasury fue construyendo su visión de un mundo malo, se originó a partir de una serie de eventos y escenas desafortunadas que a su vez alteraron su percepción de sí misma, de los demás y del mundo.

La manera como interpretó algunos sucesos, los significados que le dio a los mismos y que posteriormente desarrollaron sus creencias cognitivas distorsionadas de un mundo malo, esto no le permitió a Yasury desarrollar relaciones basadas en la confianza, sino en un juicio anticipado de las personas en las que hay que desconfiar y estar alertas, para que no le hagan daño.

Todo lo expuesto anteriormente, fue articulándose de tal forma que coadyuvó al desarrollo de su trastorno límite de la personalidad.

He aquí fragmentos del discurso de Yasury, que ejemplifican sus creencias cognitivas distorsionadas:

“...estoy cansada de ser boba y que me agarren de boba...”

“...lo que yo más odio es la persona hipócrita, me gusta que la gente sea bien sincera, como yo, que digan lo que son, que si soy racataca, pero que digan lo que son. Yo tenía una amiga aquí pero le quite el habla a mi amiga porque era falsa...”

La creencia de que el mundo es en general peligroso, lleva al paciente con trastorno límite de la personalidad, a la conclusión de que siempre es peligroso bajar la guardia, asumir riesgos, revelar la propia debilidad. Entonces aparecen una tensión y una ansiedad crónica, una actitud de alerta ante posibles signos de peligro, cautela en las relaciones interpersonales y malestar con las emociones difíciles de controlar (Beck, 1995).

4.1.1.12 Subcategoría: Temor al abandono

Se puede contemplar en esta subcategoría “temor al abandono”, como Yasury manifestaba ser sensible a las pérdidas de las personas. Sobre todo con las que establecía vínculos afectivos que ella consideraba importantes. Estas creencias de abandono estaban sustentadas por las experiencias tempranas en que posiblemente experimentó el abandono. Cuando Yasury encontraba un apego que percibía como seguro y protector, el hecho de poder perderlo la atemorizaba y lo expresaba a través de la forma en que aprendió a manifestarse, con ira y agresividad.

Los siguientes fragmentos ilustran el temor al abandono experimentado por Yasury:

“...la considero como mi hermana, pero en realidad es mi amiga, nosotras nos hemos peleado, por mi carácter, usted me entiende, porque me pongo grosera, pero a pesar de todo, ella nunca me ha gritado en la cara lo de mi enfermedad, por eso yo tampoco le

grito que la he ayudado cuando le mato el hambre porque no quiero que nada ni nadie dañe esa amistad tan bonita. Ella es la única persona que me ha dado buenos consejos y me dice que cambie mi forma de ser...nadie me había hablado así, porque mi vida siempre fueron los golpes y la pelea...”

“...imagínate que aquí sepan que yo tengo SIDA, me menospreciarían, me rechazarían”.

Según el DSM-IV, la percepción de una inminente separación o rechazo, o la pérdida de la estructura externa, pueden ocasionar cambios profundos en la autoimagen, afectividad, cognición y comportamiento. (APA, 1995)

Millon (2000), subraya que el paciente con TLP es más ambivalente en las relaciones interpersonales, que otros tipos de personalidades. Además, estos individuos han tenido menos éxito al satisfacer sus necesidades de dependencia y sufren una considerable ansiedad por separación.

4.1.1.13. Subcategoría: Susceptibilidad a la idea de ser traicionada

En esta subcategoría “susceptibilidad a la idea de ser traicionada”, se aprecia cómo Yasury se va conectando con sus creencias distorsionadas de desconfianza en la gente y reacciona con amenazas. Deconstruyendo lo que la paciente expresaba en relación a lo traicionera que pueden ser las personas, se le validó el hecho de que, de alguna manera su mecanismo adaptativo de desconfianza del mundo se debía a sus desafortunadas experiencias en relación con la confianza.

Durante las sesiones terapéuticas se modificaron sus estructuras cognitivas generalizadoras hacia formas de pensar más congruentes con lo que en realidad ocurre en la vida cotidiana, acerca de la confianza y desconfianza. Una nueva forma de pensar, elaborada en el proceso terapéutico, fue: “el que algunas personas me hayan hecho daño no significa que todas son malas y que hay que no puedo confiar en alguien”. De esta manera se elaboró con ella, una nueva perspectiva más adaptativa y realista.

Estos eran los relatos de Yasury, en relación a la subcategoría, “susceptibilidad a la idea de ser traicionada”:

...“¿usted tiene eso apuntado aquí en su expediente?...”

“...si yo me entero que algunas aquí dicen que yo tengo SIDA van a saber lo que es bueno, voy a repartir palo...”

“Yo no sé si hago bien en decirle esas cosas a usted porque no sé si alguien mayor que usted como un fiscal, usted se lo de, lo lea y me digan maltratadora de niña”.

“Por desgracia de la vida, nada más usted y la trabajadora social saben que tengo SIDA...”

El estrés, es en especial problemático para las personas que sufren el trastorno límite de la personalidad. Durante experiencias estresantes, su vulnerabilidad se intensifica y provoca que se muestren sumamente suspicaces y desconfiados de los demás, hasta el punto de comportarse de manera paranoide (Halgin y Krauss, 2003).

Según Barudy (1998), los niños que han experimentado malos tratos, no solo tiene una mala imagen de sí mismos, sino que también pueden presentar en su vida ulterior, una visión desconfiada de los seres que le rodean, ya que una parte de su mundo, sus padres, le rechazan y porque el niño proyecta su hostilidad, frustración e inadecuación sobre el mundo exterior. Señala, que este tipo de personas, por el hecho de haber recibido poco de sus padres, esperan muy poco de los demás.

4.1.1.14 Subcategoría: Pensamiento en blanco y negro

Esta subcategoría, “pensamiento en blanco y negro”, llevaba a Yasury a percibir a las personas de manera polarizada y; en consecuencia afectaban sus relaciones interpersonales con el resto de la gente, pues tornaba las relaciones interpersonales inestables y difíciles; al no conseguir advertir los grises o matices que se pueden suscitar en la interacción con otros seres humanos, entraba en conflicto rápidamente. Esto no le permitía pensar y actuar en términos de dimensiones continuas.

Esta característica clínica es central en las personas que sufren este trastorno. Al respecto Beck (2005), indica que el pensamiento dicotómico contribuye a la tormenta emocional y a su tendencia de tomar decisiones extremas. Su incapacidad para evaluar las cosas con matices (no sólo o blanco o negro) contribuye a los cambios de estado de ánimo extremos.

A continuación se identificaron ciertos indicadores que aparecieron durante el proceso psicoterapéutico, en relación a esta dicotomía:

“...a veces pienso por qué mi carácter es demasiado rebelde. Antes yo le salía con groserías a mi marido cuando no me traía plata, ya no, porque yo sé que no dejé afuera una mina de oro y eso lo entiendo. Antes yo me ponía brava y lo trataba mal, ahora cuando viene yo le digo: tienes el pelo bonito, estas guapo”.

“Antes lo llamaba por teléfono y lo insultaba y lo mandaba para la mierda y él me regañaba porque decía que estaba haciendo el esfuerzo y que él no me mandó a hacer lo que hice y que yo no cambio, que si hubiera sido otro hombre me hubiera abandonado, pero que él no es así”.

“...las veces que yo le pegaba (a su hija), después le pedía disculpa por los golpes que le daba”.

Si una persona con un trastorno límite de la personalidad percibe originalmente que alguien es bueno y no cumple una promesa, de inmediato aparece como alguien malo (Halgin y Krauss, 2003).

En algunas ocasiones los comportamientos dicotómicos se irradiaban en su relación con la terapeuta, a la que a veces agredía y otras, la percibía como buena:

Como se evidencia en su discurso:

“...yo hablo así y al que no le gusta mala leche, porque yo soy así. Si ese es mi carácter, que quieren que yo haga”.

“Me alegra que me haya tocado usted porque me tiene paciencia”.

Se redujo el pensamiento dicotómico, en cuanto a que Yasury pudiese integrar las cosas buenas y desagradables que las personas tienen, y no verlas solamente como totalmente buenas o totalmente malas; se trabajó con ella, que lograra reconocer los matices de la vida, en relación a que las personas pueden ser buenas y también pueden poseer características o comportamientos que no siempre son agradables. No obstante, esto no las hace malas y merecedoras de nuestro desprecio. En ese sentido, la psicoterapia le proporcionó a la paciente, a través de repetidas reconstrucciones cognitivas y muchas veces emocionales, el que pudiese visualizar e integrar estos

eventos, no solo en términos dicotómicos, sino que además le facilitó la reorganización que Yasury pudo hacer de su historia de vida.

El DSM-IV señala que, estas “personalidades límites”, pueden idealizar a quienes se ocupan de ellos o a sus amantes las primeras veces en que interactúan y pedirles que estén mucho tiempo a su lado y compartir muy pronto los detalles más íntimos. Sin embargo, cambian rápidamente de idealizar a los demás a devaluarlos, pensando que no les prestan suficiente atención, no les dan demasiado o no están lo suficiente. (APA, 1995)

4.1.1.15 Subcategoría: Constante aburrimiento

Esta subcategoría, “constante aburrimiento”, eran expresados por Yasury como un vacío, tristeza, manifestados durante el proceso psicoterapéutico a través del recurrente discurso de estar frecuentemente aburrída. Se puede suponer que estos sentimientos crónicos de vacío y aburrimiento, expresaban una forma de depresión, la cual deja traslucir en su discurso. La sintomatología de su cuadro clínico expresa estos cambios en su estado de ánimo que son propios del trastorno límite de la personalidad.

Al no estar Yasury tomando medicamentos, tornó difícil el manejo de alguna de sus sintomatologías, en especial las que hacían referencia a su “constante aburrimiento”; sin embargo durante la psicoterapia, se integraron técnicas psicoeducativas y cognitivas conductuales, para trabajar este sentimiento de vacío y aburrimiento y le ayudaran a reducir su malestar.

Los siguientes fragmentos evidencian esta subcategoría:

“Me siento a veces como aburrída, cansada, no quiero hablar con nadie”.

“Yo estoy un rato mal, otro rato bien. No todo el mundo es así, pero yo soy con la luna y no quiero que nadie me diga nada. Es triste estar aburrído siempre, triste... y eso no me gusta, se rebajan los ánimos a veces no quisiera ni estar viva porque uno pasa tantos páramos. Yo he cambiado de eso que pensaba, de querer morirme; me puse a pensar que si me muero, quién va a cuidar a mi hija, porque mi abuela ya está mayor y mi mamá está muerta, mi tío es un borrachín y mis hermanos están en su mundo”.

“...tengo un carácter, yo rara vez estoy bien, generalmente estoy aburrida, mis compañeras me dicen que soy rara, a veces no hay un motivo, un rato amargada, otro rato contenta, otro triste”

“...me siento así como aburrida, pero estoy batallando con esto, en la lucha...”

“...estoy asistiendo a unos seminarios llamados “camino a la felicidad”, esta pritty, trata de las personas que son como yo que sufren de aburrimiento, que son miedosas, apáticas que andan como que no les vale nada. Hicimos un drama de una persona que tiene miedo...”

Belloch y Fernández Álvarez (2005), advierten que los pacientes con trastorno límite de la personalidad, pueden presentar grandes cambios en su estado de ánimo, con períodos de abatimiento y apatía extrema, entremezclados con episodios de ira, ansiedad o agitación. El abatimiento, la depresión y los comportamientos autodestructivos (suicidios y parasuicidios) son frecuentes.

El DSM-IV, indica en sus criterios diagnósticos que los sujetos con trastorno límite de la personalidad, pueden estar atormentados por sentimientos crónicos de vacío. Se aburren con facilidad y están buscando siempre algo que hacer. (APA, 1995)

En Yasury, hubo poca mejoría en cuanto al control del malestar de los síntomas de vacío y aburrimiento. Después del proceso psicoterapéutico que desarrollamos, ella manifestó conductas impulsivas, no obstante, aprendió a reconocer las señales fisiológicas que su organismo le enviaba antes de estallar en ira y con ello desarrolló la capacidad de ponerse “tiempo fuera”, antes de que la ira tomara control de los hechos.

Fue de gran importancia, enseñarle a Yasury que aprendiera a diferenciar entre la rabia y el enojo. Esto se logró mediante un trabajo dirigido especialmente a su mundo emocional y no únicamente con recursos cognitivos-conductuales para el manejo de la ira. Se le validó las razones que tenía para estar desilusionada y enojada con la vida; sin embargo, se le mostró otras alternativas más funcionales para afrontar la ira recurrente en el día a día.

Lo antes expuesto, se considera como el desarrollo de una buena alianza terapéutica que a su vez permitió, seguir trabajando sobre estos síntomas.

4.1.1.16 Subcategoría: Falla empática de su madre

En la subcategoría “falla empática de su madre”, Yasury expresó en su historia clínica que tantos recuerdos dolorosos no le permitieron “ser feliz”.

Es probable que la madre de Yasury, no lograra establecer una buena relación empática con su hija. Al no cumplir una función de soporte del yo en la paciente, devaluó su autoestima, perdiendo la paciente no solo su confianza en sí misma, sino en el mundo.

La presencia de la madre en la vida de Yasury, así como sus recuerdos, según Yasury, fue mayormente dolorosos. Una madre con un estado de ánimo alterado, agresiva, incapaz de poder responder y tolerar las necesidades de su hija, posiblemente con trastorno límite de la personalidad; trajo como consecuencia en Yasury, una ausencia de un esquema organizado sobre sí misma, posiblemente porque el referente que fue su madre, no logró cumplir con la función de soporte del yo de su hija.

Como lo refiere Winnicott (1996), si el cuidado materno no es lo suficientemente bueno el infante en realidad no llega a entrar en la existencia, puesto que no hay continuidad de ser; en lugar de ello, la personalidad se establece sobre la base de reacciones a la intrusión ambiental.

Winnicott (1997), manifiesta que la madre también cumple un papel de espejo para el niño. Se trata de la función de soporte que el yo de la madre aporta al yo del niño. Para muchas madres no es fácil desempeña este papel; entonces, la madre refleja su propio estado de ánimo y la rigidez de sus propias defensas, e incluso, no responde a lo que el bebé le está dando. Por lo tanto, se atrofia la propia capacidad creativa del niño, que no tiene ningún reflejo de sí mismo, haciendo imposible el comienzo de un intercambio con el mundo exterior.

Como lo muestran los siguientes relatos de Yasury:

“...mi recuerdo de mi infancia es que me daban palo. Le conté que mi mamá un día me tiro un martillo de picar hielo en el ojo, casi quedo tuerta. Ese día nos pegó porque estábamos saltando en la cama. Por una tontería ah?”.

“...cuando mi madre a los 12 años me dijo que buscara un marido que me mantuviera...”

“...Imagínate que yo me acuerdo de los primeros zapatos de Kinder, como no me acordaría que ella (su madre) me hubiera dicho que me quiere”

Winnicott (1996), señala que la función materna esencial le permite a la madre conocer las más tempranas expectativas y necesidades de su infante y hace que esté personalmente satisfecha cuando el infante se siente bien. En virtud de esta identificación con su hijo, ella sabe como sostenerlo, de modo que la criatura empieza existiendo y no reaccionando.

4.1.1.17 Subcategoría: Falla empática hacia su hija

En esta subcategoría “falla empática hacia su hija”, se puede evidenciar que, al no tener Yasury, ese sostén y referente en su relación empática con su madre, hay una falla en el cuidado materno de yasury hacia su hija; posiblemente porque el comportamiento materno son derivaciones de una identificación (imagen incorporada de la madre) desarrollada con la madre.

Yasury tendía a mostrar con su hija, trazos de memoria de su propia niñez, no pudiendo proporcionarle a su niña un cuidado suficientemente bueno, probablemente debido a que ella, no lo tuvo:

“Cuando mi hija era una bebe, no quería limpiarla y le decía a la niña que se limpiara ella misma porque me daba asco hasta las heces de mi propia hija. Ahora que tengo esta enfermedad me digo que di me enfermo quien me va limpiar y le pregunto a mi hija que si me enfermo, ¿ella me limpiaría? Mi hija es tan buena que me responde que sí, si tú eres mi mamá y esto es como si mi hija me diera una gaxnatada en la cara”.

Como advierte Winnicott (1996), las madres que espontáneamente proporcionan un cuidado suficientemente bueno, pueden mejorarlo si ellas mismas son cuidadas de un modo que reconozcan la naturaleza esencial de su tarea.

En cuanto a la función del cuidado materno, especialmente el sostén, Winnicott (1996), ha destacado que en el estado real de la relación infante-madre, cuando el primero aún no ha separado un self del cuidado materno, el infante necesita satisfacer sus

necesidades fisiológicas; la fisiología y la psicología aún no son distintas y es confiable, pero no mecánicamente confiable; sino en cuanto indica empatía de la madre.

Barudy (1998), manifiesta que madres que fueron maltratadas en su infancia exigen que sus hijos le testimonien un amor incondicional, reparador de todo el sufrimiento que soportaron cuando niños. Como ningún hijo puede responder a esta expectativa, se castiga al niño situándolos en el lugar de sus propios padres, que les hicieron daño, sin darse cuenta de lo injusto de sus actos, porque se encuentran en la imposibilidad de reconocerse y reconocer a sus hijos como víctimas de una misma tragedia.

A continuación se presentan ilustraciones del discurso de Yasury:

“...eso fue estando en la visita, agarre a golpes a P. (su hija) y las custodias se metieron y me dijeron que si seguía golpeándola así, me iba a meter en la máxima...”

“A mi hija yo le pegaba con puñete, le jalo el pelo, le pegaba con lo que tenía en el momento y yo me sentía como ella...”

“...le hice una promesa a Dios, que nunca más iba a golpear a mi hija y que si lo hacía que se me secara la mano, hice esa promesa porque después que le pego me arrepiento, no puedo estar maltratando a mi única hija”.

“...mi hija llegó y me dijo que se cortó el cabello, a mi no me gusta que se lo corte, sentí que algo se me subía en el pecho, pero pensé en Cristo y me calme”.

Yasury, posteriormente logró establecer una buena relación empática con su hija. La abrazaba y besaba con más espontaneidad.

4.1.1.18 Subcategoría: Episodios disociativos

En esta subcategoría “episodios disociativos”, se evidencia que los mismos parecían ocurrir cuando Yasury estaba bajo un fuerte estrés o bien ira, ya sea hacia su persona o bien hacia los demás. La paciente tendía hacia la disociación del evento ocurrido, luego las personas le contaban lo ocurrido y le ayudaban a integrar lo sucedido, pues ella no lo recordaba.

“...hasta me han dicho que se me viran los ojos para arriba”

Kaplan (2001), expresa que muchos de los episodios psicóticos que presentan los pacientes con trastorno límite de la personalidad, son de corta duración (llamados episodios micropsicóticos), más que rupturas psicóticas completas, los síntomas psicóticos están casi siempre circunscritos o son efímeros o dudosos.

4.1.1.19 Subcategoría: Consumo de medicamentos

En esta subcategoría “consumo de medicamentos”, se observó como la falta de un encuadre de intervención terapéutica que incluyera los psicofármacos, hizo más resistente que algunos síntomas mejoraran.

El no tomar medicamento para su impulsividad, sus síntomas de vacuidad, así como para su desregulación emocional, los cuales formaban parte de su cuadro clínico, dificultaron la psicoterapia, toda vez que no tenía en sangre los inhibidores de la recaptura de serotonina y dopamina, que la ayudaran con su sintomatología.

Algunos relatos expuestos por la paciente:

“...me han tenido que dar pastillas para dormir en la clínica porque a veces me da la locura y me jalo el pelo...”

“...no tomo pastillas porque solamente me han llevado una vez a psiquiatría y ya...”

APA (2001), indica que en el trastorno límite de la personalidad, los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), pueden ser efectivos para tratar síntomas de desregulación afectiva y descontrol, impulsividad comportamental, cambios del humor, la cólera, y la agresión impulsiva, incluyendo las conductas de automutilación.

4.1.2 Análisis de la Información a Través de la Triangulación

Caso #2: Ana

Ana de 28 años presenta un trastorno límite de la personalidad y distimia, comorbilidad que complica más su diagnóstico. Fue abusada sexualmente por su padre y su madre se mantuvo indiferente ante el abuso, no protegiéndola de este abuso y de la vergüenza sentida. Ana presenta una impulsividad crónica, recurre a intentos suicidas cuando se le presenta una situación que no sabe cómo salir de ella. Actualmente se encuentra recluida en el CFR por cómplice de homicidio, cargos que niega, ya que afirma que acuso a su primo de matar a una mujer porque sentía mucha rabia ya que éste en una ocasión había abusado sexualmente de ella. (Ver historia clínica en capítulo anterior)

4.1.2.1 Subcategoría: Relación emocional con la terapeuta

Durante el tiempo que duró la psicoterapia en muy pocas ocasiones, esta se vulnerabilizó. Hubo casi desde el inicio una muy buena conexión entre la terapeuta y Ana. Es posible que las características personales de la terapeuta muy disímiles a la de sus padres, haya influido para darle esa re-parentalización durante la terapia de aquellos aspectos que no percibió o no le fueron dados por sus padres.

Durante la primera cita no se le pudo atender por cuestiones de espacio y pensando que se le estaba rechazando, comentó:

“De todas maneras yo no tenía ganas de ir para allá (a la psicoterapia)”.

Un aspecto encontrado es que entre las pacientes muchas veces había ciertos celos porque la terapeuta tuviese preferencia por una más que por otra y muchas veces adoptaba una actitud infantil como una niña que no le habla a su madre y de esa forma decirle que esta enojada, pero con el cuidado de no perder la buena relación con la terapeuta.

Tal como Ana manifiesta en su narrativa:

“... no vine por el problema que se formó con Guadalupe, alguien me dijo que ella le contaba todo a usted de mí y que se ponían”

a hablar cosas de mí...Yo sé, al principio estaba brava, pero las muchachas me dijeron que usted no es así, además eso fue un altercado que tuve con ella...”

“Yo jamás haré nada que le haga daño a usted”.

“...usted me da cariño...”

“...yo me siento bien, con su terapia me siento más reanimada. Antes sentía que no le importaba a nadie, que no tenía valor mi vida...”

Los estudios sugieren cada vez más que la mejoría se relaciona no con la adquisición de introspección, sino con la experiencia correctora derivada de una relación estable y fiable con un terapeuta que no tome represalias en respuesta a las conductas perturbadoras e iracundas de estos pacientes (Phillips y Gunderson, 2001)

Como señalan Tiscornia y Ferrés (2007), la relación terapéutica parece ser un marco e instrumento adecuado para reconstruir limitadamente las relaciones interpersonales de estos sujetos.

4.1.2.2 Subcategoría: Pensamiento suicida

En esta subcategoría “pensamiento suicida”, se evidenció que la exposición a eventos traumáticos, los abusos reiterados y tempranos en su vida, sus vínculos afectivos inestables, posiblemente coadyuvaron a que su vida psíquica se desorganizara y que se percibiera como un ser sin valía con un constante deseo de autoaniquilación.

En Ana, más que rumiar en torno al pensamiento suicida, ella era afectada por la intensidad de sus afectos; por consiguiente mediaba poco el pensamiento suicida y los acting outy eran más frecuentes, ya que se iba directamente a la conducta suicida, con lo que lograba que las personas a su alrededor estuviesen hipervigilantes y en ocasiones sintiesen pena y culpa en el caso de pensar que pudieran haberle expresado algo que la alterara.

La ausencia de un vínculo afectivo estable durante el desarrollo es el origen de su incapacidad para mantener un sentido estable de sí mismo o de los otros sin contacto simultáneo, es decir, con permanencia del objeto (Phillips & Gunderson 2001).

A continuación, el discurso de Ana:

“Sí, tenía ganas de cortarme”.

“...yo me metí en la iglesia y le pedí al Cristo de Esquipula que no me dieran malos pensamientos para mi y mi hijo, porque yo tenía un hijo en el vientre...si yo no hubiese tenido ese niño dentro, me hubiera matado...”

4.1.2.3 Subcategoría: Automutilación

Se puede entender fenomenológicamente, como las percepciones y pensamientos de Ana alternaban drásticamente de un extremo a otro, pasando por estadios de amor, ira o bien culpa por sus acciones, convirtiéndose en algo cíclico, lo cual creaba su entorno voluble y confuso, con un pobre control inhibitorio que la llevaban a conductas autodestructivas; lo que mantenía a las personas a su alrededor cuidándola y preocupados por la integridad física de Ana.

Cuando ella recurría a conductas de automutilación, recibía la atención de los demás, lo cual probablemente hacía que con frecuencia utilizara estos comportamientos extremos. Clínicamente se puede entender que era una forma de expresar su existencia a los demás, debido a que no tuvo la atención de sus padres.

Indicadores que ejemplifican esta subcategoría “automutilación”:

“...yo iba a abrir la carterita para sacar una Gillette y cortarme...”

“...agarré y me di con la punta de la cama y me hice un moretón, tengo días que no voy a trabajar, estoy intolerante, ni agua tomo, me la paso todo el día sin comer...”

Kernberg (1998), manifiesta que clínicamente la conducta automutilante y/o los gestos suicidas surgen en momentos de ataque de rabia intensa o rabia mezclada con brotes temporales de depresión. A menudo destinados a establecer o restablecer control sobre el entorno al evocar sentimientos de culpa en los demás.

El DSM-IV, ha encontrado que la automutilación puede ocurrir durante experiencias disociativas y a menudo les proporciona un alivio por el hecho de reafirmarles en su capacidad para sentir o por servirles de expiación de su sentimiento de maldad. (APA, 1995)

4.1.2.4 Subcategoría: Intentos suicidas

Esta subcategoría “intentos suicidas”, fue una de las sintomatologías clínicas, más acentuadas en su cuadro clínico.

Se puede contemplar como la tristeza, las rabietas descontroladas y el resentimiento hacia los demás, hacían alejar a las personas, en lugar de atender sus necesidades, como fue el caso de su madre, quien no pudo establecer un vínculo materno con Ana, situación que la enfurecía, los abusos reiterados de su padre y otras personas significativas a ella; posiblemente al no poderlos verter sobre ellos, depositaba los impulsos hostiles hacia sí misma, en lugar de expresarla de forma asertiva y cuando lo hacía eran desproporcionadas al hecho ocurrido.

Como una forma de llamar su atención, de pedirles que la quisieran, recurría a los intentos suicidas, lo que lamentablemente causaban el efecto contrario, pues con frecuencia suscitaba más el rechazo que el apoyo.

Una ilustración de esta subcategoría, se encuentra en los siguientes fragmentos:

“...cuando yo tenía 2 meses de embarazo yo no sabía y yo me le tire a un carro allá en Penonomé y me aceptaron en la casa...”

“...una vez me encerré en mi casa y le prendí fuego, mi mamá llamó a los bomberos y ellos tumbaron la puerta, me dejaron en la sala psiquiátrica por 2 semanas en observación...”

“...me fui para un rancho donde mi abuela y me iba a ahorcar, un tío me cortó la sogá...”

“...Otro día fue con unas pastillas, me hicieron un lavado estomacal, me tomé más de 50 Diazepam, yo había discutido con mi tía porque ella me decía que yo tenía que perdonar a mi mamá. Pero yo cuando me descontrolo no le hago daño a nadie, sino a mi misma...”

“...eso fue cuando recién llegué al Femenino (CFR), me tuvieron que llevar a la Policlínica, porque me tragué unos óvulos vaginales (según su expediente estuvo un mes y 8 días hospitalizada en el Santo Tomás)...”

“Allí dormí por tres días (en el INSAM), yo me sentía desesperada y me dijeron que me iba a ahorcar, cuando desperté estaba amarrada, me inyectaron para que durmiera, me puse agresiva”.

“...me tragué una aguja y se me quedo trancada en la garganta...le dije a la trabajadora social yo era depresiva y que si me hacía algo, iba a ser responsabilidad suya...”

El DSM-IV en sus criterios diagnósticos, ha señalado que los sujetos con trastorno límite de la personalidad presentan comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes. El intento de suicidio recurrente es con frecuencia uno de los motivos por los que estos sujetos acuden a tratamiento. Estos actos autodestructivos suelen estar precipitados por los temores a la separación o al rechazo, o por la expectativa de tener que asumir una mayor responsabilidad. (APA, 1995)

4.1.2.5 Subcategoría: Experiencia de abuso sexual intrafamiliar

La familia disfuncional en la que creció Ana, con roles familiares y establecimiento de límites, poco establecidos y; en consecuencia mal definidos, donde el padre no parecía tener ningún referente comportamental ni emocional, en donde se hiciera la separación generacional y su rol de padre estuvo posiblemente inexistente, al igual que el de la madre, lo que creó el escenario para que el incesto se diera.

Barudy (1998), las describe como familias “Sexualmente Abusivas o Incestuosas”. En donde los patrones relacionales no han delimitado fronteras gestuales y verbales. En los casos más graves, continua Barudy, en que la víctima ha recibido abusos durante largos períodos de tiempo, y sobre todo con violencia física, mostrarán con mayor frecuencia explosiones de cólera, la mayoría de las veces imprevisibles. Se evidencia en Ana como estos ataques de ira surgen en momentos en que se siente “abusada” y las emociones desencadenadas por la frustración, le son difíciles de controlar.

Las posibles causas de las perturbaciones en la personalidad son múltiples. Sin embargo, el abuso sexual independientemente de cualquier otro factor (incluso cuando no se detecte ningún daño físico o psicológico en el niño), es considerado como de gravedad máxima; pues la integridad básica del niño está en peligro. (Arruabarrena & De Paúl, 1999).

Ana recibió dos tipos de abuso sexual incestuosos: uno por parte del padre y otro por parte del primo, dentro de una atmósfera de secreto e indolencia, donde no solo no fue protegida por su madre, sino que la misma mantuvo una actitud de indiferencia, en donde la descalificación del discurso y la negación de los hechos, implicaban activamente a la constelación familiar. Toda esta situación posiblemente la llevó a la perturbación psicológica, en cuanto al trastorno límite de la personalidad que Ana padece.

Ilustraciones que ejemplifican su discurso:

“...a los 14 años empezó a abusar de mí (su padre), yo le contaba a mi mamá, pero no me creía, lo que hacía era que se lo contaba a mi papá y él me pegaba. Hasta que ya no pude más y un día salí con el uniforme de la escuela, tomé el bus y llegué a Panamá donde me preguntaban que para donde iba, le dije lo que le estaba pasando al chofer del bus, éste llamó a un policía y la llevaron a medicatura forense. En medicina forense se dieron cuenta que mi papá me celaba...”

“... papá estuvo preso por 1 año y mi tía me pidió que retirara la acusación...”

“...cuando todos se iban, el aprovechaba y tenía relaciones sexuales conmigo...”

“De niña, yo nunca tuve una conducta rebelde, después de lo de mi papá... (El abuso sexual), yo quede así, era como rabia, mucho odio en mi corazón”.

“...mi primo abuso de mí, yo le conté a mi papá y mi mamá, pero ellos no hicieron nada...”

Las perspectivas biológicas apuntan a la posibilidad de que un abuso sexual a edades tempranas deje una huella en el cerebro del individuo lo cual provoca una hipersensibilidad en las vías noradrenérgicas (sistema nervioso simpático), de modo que el

individuo tienda a reaccionar de manera exagerada, en la vida adulta, ante experiencias de cualquier tipo (Halgin y Krauss, 2003).

4.1.2.6 Subcategoría: Experiencia de abuso emocional

La fenomenología de la constelación familiar de Ana, determinan como la “experiencia de abuso emocional”, además de los diferentes tipos de malos tratos sufridos, probablemente prepararon el terreno para las manifestaciones patológicas que posteriormente desarrollaría.

Fragmentos de la narrativa de Ana:

“Mi papá me decía que yo no servía, que yo no era nada, que estaba enferma que era una loca.

“...mi papá me amenazaba y me echaba de la casa...”

“...pero me humillaban, tenía que dormir en el suelo con mi barriga. No me daban comida, yo se lo reclamé a mi mamá y ella me dijo que si mi papá se daba cuenta la maltrataba a ella; yo le respondí que entonces para que me tuviste, porque no me abortaste, porque me humillas así...”

“...mi papá me decía que yo me portaba mal, que yo era la oveja negra de la casa...”

“...no me daba dinero para la merienda, mas, sin embargo, yo tenía que vender comida para darles el dinero a ellos...”

Como indica Barudy (1999), las situaciones de negligencia psicoafectiva provocan no solo sufrimiento en el niño, sino que al mismo tiempo lo obligan a invertir una parte de su energía psíquica en el desarrollo de comportamientos adaptativos. Pueden presentar trastornos de comportamiento para llamar la atención, sobre todo con las personas que le pueden servir de fuente de cuidados. Las estrategias pueden ser, desde comportamientos de bebé, incluso hasta automutilarse.

El abuso psicoafectivo sufrido por Ana, posiblemente coadyuvo al desarrollo de un sentimiento de minusvalía, de tristeza crónica y de un sentimiento de inadecuación. Sus estrategias de afrontamiento y las características que distinguen su personalidad están dirigidas hacia el deseo de ser cuidada, aun cuando este implique actos manipulativos; como las conductas autodestructivas.

4.1.2.7 Subcategoría: Experiencia de maltrato físico

Es posible que el padre de Ana impusiera el terror como forma de mantener a todos bajo su control. En donde independientemente de su comportamiento, era vista por sus padres como la “hija problemática”, indistintamente de todo lo que esta hacía por ellos y de que Ana estaba respondiendo sintomáticamente a los abusos y devaluación, perpetrados por su padre, que era el que inflingía el castigo físico en el hogar.

Trozos del discurso de Ana, que ejemplifican esta subcategoría:

“Él (su padre) lo que hacía era que me pegaba con un garrotillo”

“...en mi casa me castigaban hincando las rodillas sobre piedritas...”

“...no teníamos el agua cerca y yo cargando esos tanques de agua, la gente le decía a mi papá que me iba a salir una hernia por cargar cosas tan pesadas y él les decía déjenla que sepa lo que es trabajar...”

El modelo cognitivo-conductual afirma, que existen esquemas cognitivos preexistentes, en cuanto a las expectativas no realistas del comportamiento y las creencias específicas relacionadas con las características de sus hijos (como más problemáticos, agresivos...), estos padres tienen dificultades en la capacidad perceptiva para distinguir entre comportamientos positivos y negativos de sus hijos. (Arruabarrena & De Paúl, 1999)

4.1.2.8 Subcategoría: Peleas recurrentes

Se puede contemplar en esta subcategoría “peleas recurrentes”, como la extrema reactividad de Ana, las fluctuaciones, percepciones y pensamientos ambivalentes y confusos, característico de sus procesos primarios de pensamiento, en cuanto a una falla en la estructura del razonamiento cognitivo, la llevaban a constantes enfrentamientos físicos y verbales con las otras personas, lo cual suscitaba en los demás reacciones conflictivas, tendientes a responder de igual forma a las agresiones que Ana mostraba y que respondían a sus expresiones impulsivas de malhumor y descontrol emocional que caracterizaban su cuadro clínico.

Como se ejemplifica en estos fragmentos del discurso de Ana:

“...el sábado iba a pelear, yo estaba conversando y me dijo una de las mujeres que me iba a romper la boca, yo no le respondí, pero otra se metió y me amenazó con la punta de un lápiz. Yo le dije que chucha te pasa, hasta cuándo van a abusar de mí...”

“...en el incidente donde fui apuñalada con unas tijeras (por una interna), yo no le había hecho nada, no sé porque ella me atacó mientras estaba dormida, fueron las otras muchachas que en venganza contra mi le metieron cosas para que me apuñalara...”

El DSM-IV, ha señalado como el estado de ánimo básico de tipo disfórico de los sujetos con trastorno límite de la personalidad suele ser interrumpido por períodos de ira, angustia o desesperación, y son raras las ocasiones en las que un estado de bienestar o satisfacción llega a tomar el relevo. Estos episodios pueden reflejar la extremada reactividad de estos individuos al estrés interpersonal. (APA, 1995)

4.1.2.9 Subcategoría: Explosiones de ira

Las Explosiones de ira intensa que Ana expresaba de forma inadecuada, es probable que surgieran de todo el enojo que Ana experimentaba por sus padres y por las personas que ella considera abusaron de ella o no la cuidaron. Fue importante trabajar esa rabia y culpa por sentir ira hacia sus padres y otras personas que le hicieron daño. Se le expresó lo perjudicial que puede resultar volcar esa ira hacia sí misma como forma de defensa y para protegerse de no exteriorizarla, ya que cuando lo hacía, posteriormente se sentía mal consigo misma.

Ilustraciones de su discurso, ejemplifican esta subcategoría:

“...con las parejas que he tenido he fracasado, porque todo lo que me ha pasado, mi ira yo la descargo con mis parejas...”

“Un día estaba calentando agua para hacer unas arvejas y él (su pareja) me fue a alcanzar por la cintura, yo le eche el agua caliente, yo le dije que lo dejáramos hasta aquí, que nos separáramos...”

“...una trabajadora social me acusó de robarme un papel, me enoje mucho porque ella me estaba levantando falsos testimonios, yo no soy ninguna ladrona, me dio tanta ira que la abofeteé, me castigaron unos días en la máxima...”

“...por lo más sagrado que yo tenía tanta rabia que agarre la Biblia y la rompí...”

Como Millon (2000), ha indicado, esta ira puede surgir de los desencadenantes inmediatos y de la reserva de animosidad, alimentada durante los años en que se ha sentido limitada.

Halgin y Krauss (2003), han señalado que en ocasiones su intenso enojo puede llevarlos a expresar violencia física en contra de los demás. Después de sus ataques de rabia, pueden sentirse avergonzados y culpables, lo que los convence de “su naturaleza maligna”.

4.1.2.10 Subcategoría: Conducta sexual errática

En esta subcategoría “conducta sexual errática”, se observó como Ana utilizaba su sexualidad para obtener cosas materiales que cubrieran como un intercambio de cosas que tenía que pagar por recibir la atención de ellos, probablemente para “conservar el afecto de sus padres”.

El temor a la pérdida de vínculos emocionales, a ser abandonada y su sensación de vacío, le llevaba a no darse un tiempo entre una y otra relación que finalizaba, y al constante cambio de parejas que la conllevaba a las relaciones sexuales impulsivas o promiscuas.

Ilustraciones del discurso de Ana, en cuanto a la subcategoría “conducta sexual errática”:

“...yo tenía una pareja, era un policía, pero lo queme con su mejor amigo...”

“...mi jefe le soy honesta hasta me tenía que acostar con él, porque mi mamá me llamaba diciéndome que no había pagado la casa, que no tenían para la comida. El judío me decía que pidiera lo que necesitara para mí y mi familia, yo mandaba ropa para mi mamá y mis hermanos y ese sinvergüenza que era mi papá.

“... pesar de todo cuando mi papá no tenía trabajo, yo tenía que acostarme con un noviecito para que me diera plata y darle a él...he tenido que manchar mi vida, hacer cosas que no quería y a ninguno de ellos le ha importado nada...”

“...anduve con un doctor que me dijo si te portas bien yo te puedo comprar un apartamento, pero le soy sincera, yo soy muy inestable...”

Kaplan (2001), señala, en relación a que los pacientes con un TLP, no toleran la soledad, y prefieren la búsqueda frenética de compañía, por insatisfactoria que sea, a tener que soportarse a ellos mismos. Para aliviar la soledad, aunque sea por un corto período de tiempo, pueden aceptar a un extraño por amigo o comportarse de manera promiscua.

4.1.2.11 Subcategoría: Mentiras

En esta subcategoría “mentiras”, se traslucía en Ana que el problema con la mentira no era más que un reflejo de las dificultades que tenía para relacionarme con las personas, para confrontar las responsabilidades que la vida le imponía de una forma adulta, ya que ante un problema que pensaba no podía manejar en lugar de confrontarlo, lo evadía a través de las mentiras, la manipulación. Luego se arrepentía, pero sus problemas, en algunos casos, ya habían tomado dimensiones mayores.

Ejemplos del discurso de Ana, en relación a la subcategoría “mentiras”:

“Las mentiras me llevaron a esto y traen más problemas”.

“El problema era que yo pegaba mentira, porque tenía miedo y lo hacía para tapar cosas”.

“... una trabajadora social me estaba atendiendo, pero le voy a ser sincera, todo lo que le decía era inventado, porque me tenía cansada de tanta preguntadera, un día me cansó y se lo dije que no quería seguir yendo a las terapias y que todo era inventado...”

“...sí, de un momento, de un día para otro, yo armé todo eso, inventé todo lo del caso y acuse a mi primo de haber matado a la muchacha que encontraron muerta, porque mi primo me había violado, estoy arrepentida de todo, sé que mis mentiras me han traído acá...la verdad es que nosotros no tuvimos nada que ver en eso. El juez lo sabe, pero dijo que me iba a dar un escarmiento por andar diciendo mentiras...”

Como explica Millon (2000), las personas con un TLP experimenta la personalidad propia de un sentido de identidad

inmaduro, nebuloso o cambiante, que suelen acompañarse de sentimientos de vacío; busca redimir sus acciones precipitadas y cambiar sus autopresentaciones con expresiones de arrepentimiento y comportamientos autopunitivos.

4.1.2.12 Subcategoría: Creencias cognitivas distorsionadas en relación a sí misma

Esta subcategoría fue saturada a través de material clínico recogido de las respuestas dadas por Ana al cuestionario de Creencias Cognitivas Para el trastorno límite de la personalidad de Beck y de su narrativa durante las sesiones. Se encontró las siguientes “creencias cognitivas distorsionadas en relación a sí misma”:

- “Estoy necesitada y débil”. (Ítem # 15)
- “Debo estar en guardia todo el tiempo”. (Ítem # 116)
- Si me dejan sola, no puedo valerme por mí misma. (Ítem # 27)

Estas creencias eran extraídas de las conversaciones con Ana durante la psicoterapia y la entrevista. Sin embargo las creencias que parecían estar más arraigadas en Ana eran las que tenían que ver con la creencia de que la gente no es digna de confianza y si no estás alerta pueden ser abusivos al igual que la creencia que tiene que ver con la percepción de sí misma como un ser con poca valía, incapaz y que además así la ve la gente, la desconfianza en la gente.

Davidson (2000) ha señalado que individuos con trastorno límite de la personalidad tienen de base un núcleo de creencias relacionadas con una baja autoestima, manifestadas en expresiones tales como: “soy malo” o “no tengo valía”. Estas creencias facilitan y refuerzan el desarrollo de estrategias de comportamiento en relación a la degradación de sí mismos y el autocastigo. El desarrollo de estas creencias repercute en el cuidado a sí mismos.

La falta de un sentido claro de sí misma, le dificultó a Ana cuestionar su creencia cognitiva distorsionada de que era débil o intrínsecamente inaceptable de poder lograr un sentido claro de su propia identidad cuando establecía relaciones con otras personas que expresaban sus ideas, opiniones o sentimientos sin tropiezos.

Algunos fragmentos que son indicadores de estas creencias cognitivas en relación a sí misma:

“...no soy capaz como el resto de la gente...”

“...la semana pasada me dieron esos malos pensamientos, que no valgo nada...”

“...la gente me aísla...”

“... le soy sincera, yo soy muy inestable...”

“A veces pienso que la gente no me trata porque piensan que estoy loca, pero yo sé que no es así, no sé porque la gente piensa que no soy capaz”

“si están reunidos para hacer algo la gente no me va a tomar en cuenta porque piensan que no voy a poder hacer el trabajo”.

Es posible facilitar el desarrollo en el paciente de un sentido más claro de la identidad ayudándole a detectar sus características y logros positivos, proporcionando retroalimentación positiva a sus buenas decisiones y su comportamiento adecuado, y ayudándole a evaluar con realismo sus propias acciones (Beck, 1995). La reactuación parental positiva le permitió a Ana poder percibir una nueva perspectiva en relación a sí misma y a los demás, en cuanto a que hay personas confiables, que ella tenía muchos aspectos positivos, proporcionándole así, experiencias reparadoras y de logros, que no había adquirido con sus padres y/o cuidadores

4.1.2.13 Subcategoría: Creencias cognitivas distorsionadas en relación a los demás y/o el mundo

En relación a las creencias cognitivas, de las 14 creencias examinadas por Beck para el trastorno límite de la personalidad, fundamentada en su respuesta al cuestionario, y de las planteadas en las sesiones terapéuticas, Ana manifestó las siguientes “creencias cognitivas distorsionadas en relación a los demás y/o el mundo”

- “Una persona cercana a mí puede ser desleal y traicionera”. (Ítem # 126)
- “Las personas se aprovecharán de mí, si les doy la oportunidad” (Ítem # 119)

Clínicamente se puede presumir que las creencias cognitivas que Ana fue desarrollando acerca de las personas y del mundo y que definieron parte de su sintomatología para el TLP y sus respuestas de afrontamiento para seguir existiendo, aun cuando sea posiblemente una existencia caótica; marcada por los abusos sexual, físico y psicológico recibidos por parte de sus progenitores, tanto a su temprana edad como posteriormente el abuso sexual del que fue víctima por parte de su primo.

Algunas ilustraciones de la narrativa de Ana, en cuanto a las creencias cognitivas en relación a los demás y/o al mundo:

“Quizá por eso es que soy sola y estoy a la defensiva con la gente”.

“Hay gente buena que se que me estiman, pero antes yo tenía ese concepto de pensar que la gente era mala”.

“...yo siento que me aferró mucho a una persona y a su amistad y lo que hacen es que abusan de mí...”

El mundo para Ana no pudo ser digno de su confianza, porque las primeras personas en que se confía son los padres, éstos no le proporcionaron apegos seguros y; en consecuencia recibió desilusiones que no afirmaron la confianza en ella y en los demás:

Beck (1995), postula, en relación a la creencia de que el mundo es en general peligroso, lleva al paciente con trastorno límite de la personalidad, a la conclusión de que siempre es peligroso bajar la guardia, asumir riesgos, revelar la propia debilidad. Entonces aparecen una tensión y una ansiedad crónica, una actitud de alerta ante posibles signos de peligro, cautela en las relaciones interpersonales y malestar con las emociones difíciles de controlar.

4.1.2.14 Subcategoría: Susceptibilidad a la idea de ser traicionada

Esta subcategoría “susceptibilidad a la idea de ser traicionada”, se explica mejor a la luz de sus relaciones tempranas con sus padres. En la Prueba de Creencias Cognitivas de Beck, se encontró este indicador, en relación a sus creencias cognitivas de que: “una persona cercana a mi puede ser desleal y traicionera”. La confianza básica que debió establecerse, se vio fracturada por los abusos recibidos por parte de sus progenitores y posteriormente por experiencias diversas desafortunadas.

Como Ana manifestó en su discurso:

“...si mi propio padre me hizo esto...”

Esta desconfianza se hace extensiva hacia otros seres humanos, por el hecho de pensar que si alguien tan cercana a ella pudo violentar su confianza y agredirla, ya no espera algo de los demás.

Tal como Barudy (1998) explicó en cuanto a que los niños que han experimentado malos tratos, no solo tiene una mala imagen de sí mismos, sino que también pueden presentar en su vida ulterior, una visión desconfiada de los seres que le rodean, ya que una parte de su mundo, sus padres, le rechazan y porque el niño proyecta su hostilidad, frustración e inadecuación sobre el mundo exterior.

Señala, que este tipo de personas, por el hecho de haber recibido poco de sus padres, espera muy poco de los demás.

A continuación se aprecian fragmentos de su discurso:

“...porque confíe en alguien y me defraudó, es una sucia, no gusto de la persona hipócrita...”

“...estoy triste porque la señora que comparte conmigo en el hogar me defraudo, yo nunca tengo suerte con nadie...”

“...me molesta el abuso porque están hablando...”

“...estoy totalmente cansada que la gente me decepcione en la vida...”

4.1.2.15 Subcategoría: Pensamiento en blanco y negro

Esta subcategoría “pensamiento en blanco y negro”, se explica mejor a partir de su historia de abusos tempranos, prolongados y graves. Ana recibiendo todo tipo de abusos en su infancia, se enfrenta sola al mundo. Con una madre negligente y un padre abusivo, que parecieron no comprender su rol de padres y; por consiguiente no lo ejercieron en Ana.

La estrategia de afrontamiento que utilizó fue la escisión, es decir; manejarse en términos de comportamiento y pensamientos en blanco y negro. Fue un intento adaptativo por mantener una parte positiva de sus progenitores de forma idealizada como una manera

de no desvincularse, a la vez que deja fuera la imagen abusiva de sus progenitores. Posiblemente este pensamiento en blanco y negro lo extiende hacia otras personas significativas, incluida ella. Este tipo de evaluaciones extremas provocaban respuestas emocionales intensas.

Seguidamente, trozos del discurso de Ana:

“...veo que tengo potenciales buenos, como tengo potenciales malos. También tengo que ver que tengo cosas buenas, yo no había escudriñado...”

“...mi segunda relación la terminamos por mi comportamiento, porque yo pensaba que todas las personas eran malas”.

Beck (1995), expresa que todas las personas tienen defectos y carencias y la mayoría de los individuos aceptan este hecho. En cambio, la categorización dicotómica que los sujetos con TLP se aplican a sí mismos tanto como a los demás, en el sentido de que son perfectos o completamente inaceptables, les conduce a la conclusión de que, si tienen cualquier carencia, no valen absolutamente nada.

El DSM-IV, ha encontrado que son propensos asimismo a los cambios dramáticos en su opinión sobre los demás, que pueden ser vistos alternativamente como apoyos beneficiosos o cruelmente punitivos. Tales cambios suelen reflejar la desilusión con alguna de las personas que se ocupa de ellos y cuyas cualidades positivas han sido idealizadas o de quien se espera el rechazo o abandono (APA, 1995).

4.1.2.16 Subcategoría: Constante aburrimiento

En esta subcategoría “constante aburrimiento”, Ana deja traslucir los sentimientos de vacío y soledad que constantemente la aquejaban. La depresión (tristeza) es una de las expresiones que parecían estar enmascaradas a través de esa sensación de vacío y aburrimiento, lo que se traducía en Ana con una manifestación persistente de “no querer hacer nada”

Millon, (2000), expresa que la letargia depresiva y el malhumor son formas primarias de expresión de ira, la depresión sirve de instrumento para frustrar a quienes le han fallado o les exigen demasiado. En el caso de Ana, su depresión se evidenciaba cuando se demandaba algo de ella o bien debía asumir algún tipo de responsabilidad y su deseo permanente de ser cuidada. Las

características clínicas de su patología salen a relucir y entra en la fase depresiva. Evidenciándose así la inestabilidad de sus afectos.

Ilustraciones que ejemplifican la narrativa de Ana:

“...yo estoy que no quiero hacer nada con mi vida, ando alterada”.

“... tengo miedo porque de repente estoy bien y me pongo triste, pero es una tristeza por dentro...”

“...siento que cada vez que voy bien, que voy subiendo empiezo a bajar. Yo creo que estoy maldecida...”

Kaplan (2001), señala que los pacientes con TLP se quejan de sentimientos crónicos de vacío y aburrimiento, y carecen de un sentido constante de la identidad; estos pacientes se quejan de lo deprimidos y aburridos que se sienten la mayoría del tiempo a pesar de la naturaleza tormentosa de sus otros afectos.

4.1.2.17 Subcategoría: Falla empática de su madre

En la subcategoría “falla empática de su madre”, de acuerdo a la historia clínica de Ana, se hace evidente que la ausencia de esa relación materno-filial, trajo como consecuencia que la madre no lograra proporcionarle a Ana un buen cuidado materno²³, tanto físico como psicológico, llevando a la paciente a experimentar una privación materna; toda vez que su madre se mostraba presente de forma física, pero ausente en cuanto a satisfacer las necesidades de su hija, sobre todo las de vinculación afectiva.

Sus vinculaciones tempranas con sus figuras de apego, en cuanto a la indiferencia de ambos progenitores, fueron la base de sus esquemas relacionales afectivos y cognitivos, en relación a sí misma, a los demás y al mundo. Dichos esquemas rigieron sus percepciones, lo que probablemente la llevó a distorsiones erróneas en relación a cómo ella había interpretado a lo largo de su vida, los modelos representativos de sí misma.

²³ Término utilizado por Bowlby (1998), para referirse a la conducta de recuperación, tiene que ver con que gran parte de la conducta materna se basa en reducir la distancia entre el bebé y la madre, manteniendo el contacto físico con la madre.

Como señala Guidano (1994), la construcción de un sentido de la propia identidad implica el desarrollo de un proceso afectivo-intersubjetivo complejo, en el cual el niño se identifica con su cuidador, en tanto empatiza con él, siente como éste lo que éste siente, y al mismo tiempo, se delimita a sí mismo discriminando la propia experiencia emocional, percibida subjetivamente, de la realidad interpersonal compartida y de la experiencia emocional y las intenciones atribuidas a la otra persona.

Bowlby (1989), señala que los diversos tipos de perturbaciones psicológicas que pueden encontrarse, al menos en parte, en una u otra pauta de privación de cuidados maternos, los efectos sobre la conducta parental son los más graves.

Ilustraciones de esta subcategoría “falta empática de su madre”:

“Desde muy chica mi mamá no me dio el apoyo”.

“En Chorrera una trabajadora social me atendió y le dijo a mi mamá que se hiciera responsable de mí, mi mamá dijo que no”.

“...mi mamá, ella nunca me abrazaba ni me decía un te quiero, solo me quería cuando quería algo...”

La dinámica de la madre frente al abuso sexual, es mantenerse al subsistema conyugal. El rol de madre, pasó a ser secundario, no fue capaz de proteger a su hija del incesto, ni tampoco de la vergüenza por lo ocurrido:

“Yo le contaba a mi mamá (el abuso sexual) y no me creía, ella se lo contaba a mi papá...”

Como explica Barudy (1998), uno de los tipos de madre cómplice de incesto, corresponde a la madre de tipo B, se trata de mujeres que son cómplices indirectas en el abuso; dependientes del abusador y/o que comparten el mismo sistema de creencias con respecto a que los adultos tienen todos los derechos sobre los niños. Por esto son incapaces de asegurarles protección.

4.1.2.18 Subcategoría: Falta empática hacia sus hijos

En esta subcategoría “falta empática hacia sus hijos”, se evidenció como los patrones de apego inseguro que tuvo con su madre, establecieron un vínculo afectivo de transmisión muy

parecido al que ella tuvo con sus hijos, de forma tal que fue construyendo un modelo de vinculación de desapego e indiferencia hacia sus hijos.

He aquí fragmentos que lo ejemplifican:

“Le di mi niña en adopción a una amiga que conocí estando en el hospital, ella no podía tener hijos y me propuso que se la diera en adopción”.

“Es más, yo soy honesta, yo no pienso ni en mi hijo que esta con su papá, porque sé que el papá es responsable y lo tiene bien”.

Bowlby (1989), postulo que la pauta de apego que un individuo desarrolla durante los años de inmadurez, la primera infancia, la niñez y adolescencia, está profundamente influida por el modo en que sus padres (u otras figuras de paternidad) lo trataron.

4.1.2.19 Subcategoría: Episodios disociativos

En esta subcategoría “episodios disociativos”, se refleja como los episodios disociativos de Ana aparecían en momentos en que estaba sometida a estrés, o bien cuando la ira se tornaba tan descontrolada que disociaba la situación estresante. Es posible que la incapacidad para modular sus emociones y crecer en un ambiente donde los sentimientos extremos de terror e ira, acompañados de la incertidumbre de no saber cuándo aparecería la situación estresante, como una defensa ante tanto dolor, la llevara a disociarse en momentos de ira o angustia.

Seguidamente fragmentos de esta subcategoría:

“Me dijeron, porque yo no recuerdo, yo sólo recuerdo que lleve el café caliente y la agarré por el cuello y de allí no supe más nada...no recuerdo, sólo hasta que me tenían en la camilla”.

“...y llega el momento en que mi mente se bloquea, que ya no pienso, se me pone en blanco la mente”.

Belloch y Fernández Álvarez (2005), han señalado que los pacientes con TLP pueden tener una presencia de episodios psicóticos reversibles. Caracterizados por la pérdida de contacto con la realidad acompañados de ausencia de control cognitivo y emocional.

El DSM-IV ha señalado que durante períodos de estrés extremo, las “personalidades límites” pueden presentar ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos (despersonalización), pero generalmente éstos son de duración e intensidad insuficientes para merecer un diagnóstico adicional. Los síntomas tienden a ser pasajeros y duran entre minutos y horas. Con la vuelta real o percibida de la ayuda de la persona que se ocupa de ellos puede producirse la remisión de los síntomas. (Apa, 1995)

4.1.2.20 Subcategoría: Consumo de medicamentos

La utilización de un adecuado encuadre de medicamentos psicotrópicos para los síntomas del trastorno límite de la personalidad, que Ana presentaba hubiesen ayudado a manejar ciertas conductas y a disminuir los síntomas asociados al trastorno. En especial la desregulación emocional, la conducta impulsiva, automutilación y la ideación suicida.

El Elavil (Amitriptilina), era el medicamento que probablemente por sus costos y accesibilidad en el Centro de Salud donde Ana era atendida, era el que se le recetaba. El mismo le producía efectos secundarios, que lamentablemente estaba comenzando a generalizar hacia otros medicamentos, pues pensaba que podían tener los mismos efectos secundarios que la Amitriptilina.

Como se puede ilustra en los siguientes fragmentos:

“A mí ese medicamento me ponía mal, pero ella insistió (la psiquiatra), que era mejor que continuara con la Amitriptilina”.

“...ese medicamento (la Amitriptilina) me pone a dormir como un animal y luego despierto malhumorada, me pone mal”

“No me han dado ningún medicamento y estoy mal, me siento deprimida”

“...tomo tres Amitriptilina y una Olanzapina. Yo pienso que la Amitriptilina me pone muy ansiosa, siento que me altera el sistema nervioso, me da calor y me pone como agresiva, me quita el apetito...”

Heller (1991) ha identificado ciertos medicamentos que deben evitar ser utilizados en los pacientes con trastorno límite de la personalidad, tales como el Xanax (alprazolamina), pues puede

empeorar de forma destacable el descontrol de la conducta del enfermo. El Elavil (amitriptilina) aumenta las amenazas de suicidio, dependencia y tendencias asaltantes así como la ideación paranoide.

APA (2001), sugiere que el tratamiento para los síntomas del comportamiento impulsivo, agresión, la automutilación o los comportamientos perjudiciales (ejemplo, promiscuidad sexual, abuso de sustancias) pueden ser tratada con dosis bajas de neurolépticos, así como los síntomas cognoscitivo-perceptivos, cuyos pacientes exhiben, pensamiento de referencia, ideación paranoica, desrealización, despersonalización, o síntomas alucinantes.

Queda por indagar que subtipo neuroquímico de la depresión, padece Ana, con el fin de poder lograr que la psicofarmacología sea más efectiva en ella, por ello es importante la colaboración de un psiquiatra, que pueda examinar estos aspectos.

Alonso Fernández (2001), explica que la depresión no posee en ninguno de sus aspectos el carácter de una entidad homogénea. Los mecanismos a través de los cuales las causas básicas determinan el estado depresivo, radican en el plano neuroquímico. Estos factores neuroquímicos distan de atenerse a una fórmula única. El denominador común de todos los subtipos neuroquímicos radica en la hiponoradrenergia (funcionamiento insuficiente del sistema noradrenérgico).

4.2. Respuestas a las Preguntas de Investigación.

Seguidamente se procederá a dar respuestas a las preguntas de investigación:

4.2.1 ¿Cuáles son las creencias cognitivas distorsionadas halladas en el trastorno límite de la personalidad, según la teoría cognitiva y las observaciones clínicas de Aaron Beck?

Las creencias cognitivas distorsionadas mayormente asociada con el trastorno límite de la personalidad son:

- Las sensaciones desagradables van en escalada hasta que se hacen incontrolables.
- No puedo con las cosas como el resto de la gente.
- La gente a menudo dice una cosa, pero quieren decir otra.

- Si los demás se acercan a mí, descubrirán mi yo “real” y me rechazarán.
- Una persona próxima a mí, puede ser desleal o infiel.
- Soy alguien necesitado y débil.
- No me puedo fiar de los demás.
- Tengo que estar constantemente en guardia.
- Necesito que alguien esté siempre a mi alcance para ayudarme en lo que tengo que hacer; de lo contrario sucederá algo malo.
- La gente se aprovechará de mí si le doy la oportunidad.
- Cualquier signo de tensión en una relación indica que la relación se ha estropeado; por lo tanto, debo cortar con ella.
- Si me dejan sola, no puedo valerme por mí misma.
- La gente sólo me prestará atención si actúo de manera extrema.
- Me golpearán a mí, si no golpeo primero.

4.2.1.1 ¿Qué tipo de creencias cognitivas distorsionadas se encuentran presentes en Yasury y Ana, al explorar su organización cognitiva en el marco de una intervención terapéutica y el análisis con el PBQ?

Se encontraron las siguientes creencias cognitivas distorsionadas, en el **caso de Yasury**:

- a. *Las creencias cognitivas distorsionadas en relación a sí misma:*
 - “Estoy necesitada y débil”
 - “Necesito que alguien esté siempre a mi alcance para ayudarme en lo que tengo que hacer; de lo contrario sucederá algo malo”.
 - “Debo estar en guardia todo el tiempo”

- b. *Las creencias cognitivas distorsionadas en relación a los demás y/o el mundo:*
 - “Una persona cercana a mí puede ser desleal y traicionera”.
 - “La gente pondrá atención si actúo en forma extrema”.
 - “Las personas se aprovecharán de mí, si les doy la oportunidad”.

Se encontraron las siguientes creencias cognitivas distorsionadas, **en el caso de Ana:**

- a. *Las creencias cognitivas distorsionadas en relación a sí misma:*
 - “Estoy necesitada y débil”.
 - “Debo estar en guardia todo el tiempo”.
 - Si me dejan sola, no puedo valerme por mí misma.

- b. *Las creencias cognitivas distorsionadas en relación a los demás y/o el mundo:*
 - “Una persona cercana a mí puede ser desleal y traicionera”.
 - “Las personas se aprovecharán de mí, si les doy la oportunidad”

4.2.1.2 ¿Cuál es el origen que las actrices sociales le atribuyen a los aspectos relacionados con sus creencias cognitivas?

Ambas pacientes consideran que los aspectos relacionados con sus creencias cognitivas, encuentran sus orígenes en sus relaciones con sus primeros cuidadores, la forma en que ellas dotaron de significados las verbalizaciones, gestos, insultos, abusos, fueron la vía por donde posteriormente desarrollaron sus creencias cognitivas distorsionadas de un mundo malo, unido a la idea de tener poca valía; por consiguiente no ser merecedoras de ser amadas. Los juicios anticipados que hacían de las personas, nacidos de la desconfianza, eran estrategias empleadas por ellas para que la gente no les causara daño.

4.2.2 ¿Cuáles son los síntomas clínicos encontrados en las actrices sociales, con trastorno límite de la personalidad?

Los síntomas clínicos encontrados en las pacientes a través de un exhaustivo estudio de sus historias clínicas, psicoterapia, pruebas psicológicas y otras herramientas, se hallaron los siguientes:

- a Un sentido de sí mismo inestable, devaluado, determinados por:
 - Vulnerabilidad
 - Fuera de control
 - Sentirse defectuoso
 - Poca valía

- b Afectación en la cognición caracterizado por:
 - Pensamiento suicida
 - Pensamiento dicotómico (escisión)
 - Disociación.
 - Autocompasión

- c La afectividad determinada por una labilidad en la respuesta emocional, en sus abruptos cambios del estado de ánimo, un día quieren a la persona y al otro no quieren saber de ella. Se irritaban con mucha facilidad, evidenciado sobre todo en **yasury**:
 - Episodios de intensa tristeza o depresión
 - Irritabilidad
 - Ansiedad
 - Sentimientos de vacío

- d El control de impulsos caracterizados por la pérdida del control, cuando las cosas no funcionan como ellas quieren, observado en situaciones como:
 - Peleas recurrentes
 - Explosiones de ira
 - Conducta sexual errática
 - Mentiras (mostrado en Ana)

- e Comportamientos suicidas y de automutilación recurrentes: como una forma de control, de amenaza hacia los demás o cuando no podían manejar el dolor, recurrían a actos como:
- Automutilación (golpearse la cabeza, cortarse, entre otros)
 - Intentos suicidas (tomar pastillas, querer ahorcarse...)
- f El funcionamiento interpersonal se manifiesta por una dificultad para manejarse en las relaciones personales y sociales, facilidad para ser provocados por asuntos insignificantes, manifestaciones como pueden ser:
- Temor al abandono
 - Susceptibles a la idea de la traición
 - Relaciones inestables que oscilan entre idealizaciones y devaluaciones
 - Entran rápidamente en intimidad con la gente, sin previo conocimiento de quién es la persona.
 - Dificultades para manejarse con tolerancia en la coexistencia con otras personas.

4.2.3 ¿Las actrices sociales participantes de este estudio, comparten comorbilidad con algún otro trastorno clínico?

En ambos casos se encontró que compartían comorbilidad con trastornos del Eje: I, como es el caso de los Trastornos del Estado de Ánimo. Es importante señalar que los estados de ánimo volubles, son características clínicas significativas del trastorno de personalidad límite de la personalidad.

Sus expedientes señalan que son internas con clasificación del delito primario; es decir, era la primera vez que se encontraban arrestadas.

No cumplen con los criterios para el diagnóstico del Trastorno de Personalidad Antisocial, aun cuando es posible que puedan presentar rasgos; Si bien pueden mostrar conductas manipuladoras, las mismas son para obtener atención y no como forma de obtener provecho como en el caso del Trastorno Antisocial de la Personalidad.

4.2.4 ¿Qué efectos pudo tener la crianza de las actrices sociales en la aparición del trastorno límite de la personalidad?

Los traumas infantiles experimentados se hallan en la base de las creencias cognitivas distorsionadas, que llevaron posiblemente al desarrollo del TLP.

La desorganización de sus apegos, los hechos traumáticos infantiles no resueltos, el clima de terror que vivieron, especialmente los abusos físicos, sexuales, el incesto, negligencia por parte de sus figuras parentales, aunado a la falla empática que presentaban las madres de ambas pacientes, una negligente (Ana) y otra abusiva físicamente (Yasury), apáticas al momento de proteger y ayudar a sus hijas a procesar emocionalmente el abuso, la manera como reaccionaron ante el abuso sexual, indiferentes o culpándolas, posiblemente condujo a una desorganización psíquica y afectiva, siéndoles difícil tener un sentido de sí mismo saludable y mostrándose desconfiadas y alertas por temor a ser dañadas.

**CONCLUSIONES -HALLAZGOS
Y RECOMENDACIONES**

CONCLUSIONES Y HALLAZGOS

Si bien no se debe hacer generalizaciones, puede este estudio contribuir, como una guía de manejo, para tratar personas con un trastorno límite de la personalidad, sobre todo en la población penitenciaria, mejorando así su condición física y psicológica, toda vez que por no estar debidamente diagnosticadas (en algunos casos), ya sea porque el trastorno parece estar enmascarado solo como un trastorno antisocial o bien porque comparta comorbilidad con otros trastornos, hace que la situación empeore. El ascenso en la comorbilidad que existe entre los trastornos de personalidad, puede solapar algunos síntomas y plantear algunas dudas diagnósticas.

Las intervenciones terapéuticas resultan más eficaces cuando están basadas en una conceptualización individualizada de los problemas de cada paciente; permitiendo elaborar un plan de tratamiento adecuado que responda a la unicidad del paciente.

A continuación presentamos nuestro posicionamiento, sobre las más relevantes conclusiones y hallazgos en esta investigación:

- Atendiendo otros casos clínicos en el CFR, descubrimos que habían personas que tenían el trastorno límite de la personalidad; no obstante, manifestaban ciertas características leves del mismo, lo cual parecían imperceptible, toda vez que las mismas eran más funcionales.
- Los cambios dados en estas pacientes no deben conceptuarse de forma lineal, sino más bien de peldaños que ellas han podido ganar, pues los mismos no necesariamente se dan en dimensiones a lo largo de un continuum. En ocasiones fue necesario ser reiterativos sobre objetivos supuestamente ya alcanzados por las pacientes.
- Las experiencias infantiles traumáticas que ambas pacientes experimentaron tuvieron un papel preponderante en la patología del trastorno de personalidad límite, lo que corrobora lo que indica la teoría al respecto.
- Las representaciones de apego desorganizadas que ambas pacientes presentaron, parecen encontrar su raíz en los traumas no resueltos con sus figuras parentales.

- En ambos casos fue necesario dedicar una gran cantidad de sesiones para el establecimiento de la alianza terapéutica, con el objetivo de desarrollar una adecuada relación interpersonal entre la terapeuta y las pacientes, debido a que sus niveles de desconfianza y de relación con los demás, eran tan patológica que se hizo conveniente más tiempo del que usualmente se requiere para estructurar las sesiones en la terapia cognitiva. Esto permitió el desarrollo de un apego seguro como reparación esencial de lo que vivieron en sus infancias.
- Ambas pacientes tuvieron madres con fallas empáticas, en el caso de Yasury una madre agresiva física y verbalmente; sin embargo, estuvo presente en la crianza de la paciente; mientras que en el caso de Ana su madre fue negligente, indiferente y ausente, lo que sugiere para este estudio, que a pesar de que ambas desarrollaron un TLP, probablemente una madre agresiva fue menos perjudicial en el desarrollo de su personalidad que una madre ausente. Esto se refleja en el hecho de que Yasury logró mejorar sus respuestas empáticas hacia su hija; no así Ana que no consiguió establecer una relación empática y afectiva madre-hijos.
- Las principales disfunciones en la condición clínica del TLP de ambas pacientes, fue su **comportamiento interpersonal paradójico**, que viene a ser la esencia del trastorno, por ende representa la raíz de donde proviene todo el caos (tristeza, ira, agresión) y confusión en sus vidas. Su **organización intrapsíquica dicotómica**, que las llevaba a un funcionamiento emocional no integrado y aun pensamiento dicotómico. Su **valía**, expresada por una autoimagen de inseguridad, de devaluación, orientada hacia una pobre autoestima.
- Algunas creencias cognitivas en las que hubo mejoría, fue en las que tenía que ver con los comportamientos extremos, la desconfianza extrema en la gente; especialmente en Yasury. Lamentablemente Ana continuó amenazando con hacerse daño; no obstante, mientras duro la terapia no intento ningún acto parasuicida y solo quedó en amenazas. Ambas mostraron mejoría en lo que respecta a su valía, a lograr obtener un panorama más real, menos autodevaluado del concepto de sí mismas.
- La reestructuración cognitiva de las creencias nucleares, necesita de mayor tiempo, debido a que el proceso de

identificación y modificación de estas creencias cognitivas es más complejo, pues estas se hallan más enraizadas, incluso pueden ser inconscientes y reforzadas por años de experiencias negativas.

- El abuso sexual de ambas pacientes, especialmente por sus cuidadores (incesto), la falta de protección, ayuda y apoyo por parte de sus madres, para procesar emocionalmente el abuso, probablemente explica una gran parte de los síntomas de las pacientes, en especial la visión malévola, suspicaz y de desconfianza que tienen con respecto a los demás.
- Algunas de las experiencias traumáticas se dieron en etapas muy tempranas en la vida de las pacientes, principalmente las que tienen que ver con el abuso físico, sexual, la negligencia, el abandono y el rechazo por parte de sus cuidadores, lo cual pudo haber provocado la desorganización afectiva, contemplada principalmente en Ana que experimentó abuso sexual e incesto.
- La psicoterapia precisó; por parte de la terapeuta del establecimiento de una actitud activa y psicoeducativa, utilizando estrategias reparentales, como lo haría una buena madre, que corrige, apoya y no adopta una postura moralista, pero; que es enfática, capaz de educar y mostrarles a Ana y a Yasury, por qué algunos comportamientos son más sanos que otros. Primordialmente en lo que respecta a la ira y la impulsividad; así como a las conductas autolíticas y suicidas, sugiriéndoles una nueva forma de pensar (reestructuración cognitiva) que pueda ser aplicable a los síntomas actuales como a sus problemas futuros.
- Según LeDoux (1996), los “recuerdos emotivos” son registrados en la amígdala como una impronta, independiente del procesamiento cognitivo que se realiza en el hipocampo y neocortex.
En ambos casos, generó buenos resultados el trabajar en la psicoterapia, no solo con el procesamiento cognitivo consciente, sino también haber conectado a las pacientes con las emociones y sensaciones de la experiencia traumática y con el significado emotivo de los hechos traumáticos podía generar modificaciones y reestructuraciones en sus creencias cognitivas distorsionadas.

- Los defectos de integración que presentaban ambos casos, especialmente los asociados con las dificultades en las metacogniciones, regulación emocional y el pensamiento dicotómico, se halló que fue muy eficaz hacerles referencia a los propios estados mentales de la terapeuta; mostrándoles un compartir cognitivo, es decir; la existencia de experiencias compartidas que por lo general eran narraciones sobre experiencias comunes y comparables a las de las pacientes. Con esto se alude a una evaluación razonada de qué medidas se pudieran adoptar como estrategias de control, para reducir la vorágine emocional, y de que se es capaz de razonar aun en un estado de tensión emotiva y les indicó cómo algunas experiencias de las pacientes pueden ser compatibles, no solo con la terapeuta, sino también potencialmente compatible con otros seres humanos.
- Ambas pacientes presentaban un sistema intrapsíquico pobremente estructurado; al igual que una poca capacidad adaptativa del yo, debido posiblemente a que no alcanzaron a desarrollar un sistema intrapsíquico que les permitiera alcanzar una mayor reestructuración cognitiva de sus creencias nucleares y; en consecuencia una secuencia gradual de respuestas intrasíquicas, que diera paso a la construcción de defensas y a aumentar en ellas la tolerancia a la ansiedad y la emoción. En la terapia una gran parte del tiempo se utilizó en la resolución de problemas del aquí y el ahora y en la revisión de sus pensamientos automáticos para descubrir sus creencias subyacentes.
- En cuanto al cambio y reorganización de sus estructuras de personalidad, nuestro pronóstico es que probablemente con la madurez de los años y el cambio de ambiente, el TLP pueda entrar en remisión. Yasury posiblemente tiene mejor pronóstico, sus cambios parecen ser más perdurables, y algunas modificaciones cognitivas en sus creencias, se hallan reflejadas en su cotidianidad y contempladas en el buen trato hacia su hija, que es en primera instancia, la fuerza que impulso el cambio. A pesar de no recibir apoyo de su familia, estando Ana fuera de la cárcel mostró períodos de productividad, además de poseer habilidades sociales y tener buena capacidad de análisis; sin embargo, el deterioro en sus estructuras de personalidad y el incesante deseo de autodestrucción, continúa siendo muy evidente, lo que nos hace suponer que va requerir de mayores intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas.

RECOMENDACIONES

- Para trabajar en psicoterapia con el trastorno límite de la personalidad, se requiere que la terapia conlleve una duración de dos veces por semana, por lo menos en sus fases iniciales, para afianzar la alianza terapéutica, ganar confianza, y con esto lograr desarrollar una buena relación entre terapeuta y paciente.

- Se recomienda emplear una buena cantidad de tiempo en la reestructuración cognitiva de las creencias nucleares, pues el proceso de modificación es complejo y necesita tiempo, debido a que ellas forman parte de su estructura de personalidad y han estado a lo largo de un continuo en su vida.

- Se recomienda un tratamiento multidisciplinario que combine la terapia cognitivo conductual y una terapia farmacológica, así como el sostén y redes de apoyo; toda vez que ni los tratamientos psicológicos ni los farmacológicos han demostrado ser eficaces, de forma individual.

- Se requiere de un psiquiatra en el CFR, que les pueda prescribir el psicofármaco adecuado para cada paciente. La efectividad de los mismos a demostrado que en combinación con la terapia cognitiva conductual puede ayudar en los problemas como: la inestabilidad afectiva, los episodios disociativos, la impulsividad, los comportamientos suicidas y de automutilación. En los últimos años la psiquiatría biológica en el campo de la personalidad ha facilitado que se considere como tratamiento más eficaz la combinación de psicoterapia y farmacoterapia especialmente en los síntomas y conductas que mas alteran la calidad de vida (Pascual, 2008)

- Sería interesante que en los próximos estudios con TLP, en el CFR se realizara con terapia de grupo. El hecho de que un grupo con características similares pueda servir como “espejo” para hacer conscientes los comportamientos y actitudes a través de observar comportamientos similares en sus compañeras, puede ayudar a que los sentimientos y la comunicación se expresen de una forma más apropiada, a que comprendan cómo sufren y actúan otras personas con problemas similares, debido a que pueden verse reflejados en sus compañeras. Esto puede servir de retroalimentación para ellas y el terapeuta.

GLOSARIO

GLOSARIO

A

Actrices Sociales: Término que se utiliza para designar a los participantes que intervienen en una investigación social y que son productores de historia para la transformación de su situación. Para esta investigación las actrices sociales son las dos internas del CFR, que participaron del estudio.

Arrecha: Mujer con un desmesurado deseo sexual.

C

CFR: Centro Femenino de Rehabilitación, es la cárcel de mujeres de la República de Panamá.

Chocheando: Persona que está senil por la vejez.

Cocote: Persona considerada de alto status económico y social.

Creencias Racionales: son cogniciones evaluativas propias de cada persona y con un sentido de tipo preferencial. Se expresan en la forma de “Me gustaría”, “Quisiera”, “Preferiría”, “Desearía”. Los sentimientos positivos de placer o satisfacción se experimentan cuando las personas consiguen lo que desean, por el contrario, los sentimientos negativos de displacer e insatisfacción (por ej. tristeza, preocupación, dolor, disgusto) se experimentan cuando no se consigue lo que se desea. Estos sentimientos negativos son considerados como respuestas apropiadas a los acontecimientos negativos que hayan podido ocurrir, pero no interfieren en la persecución de nuevas metas o propósitos.

Creencias Irracionales: son creencias que se diferencian de las racionales porque son absolutas (o dogmáticas) por naturaleza y se expresan en términos de “Tengo que”, “Debo”, “Debería”, “Estoy obligado a”, y provocan emociones negativas que interfieren en la persecución y obtención de metas (por ej. depresión, ansiedad, culpabilidad, miedo).

D

Distorsiones Cognitivas: Son con frecuencia maneras erróneas de pensar concretas y habituales. Las distorsiones cognitivas derivan a su vez de creencias personales o significados subjetivos a menudo aprendidos en la etapa infantil del desarrollo, que por lo general actúan sin que la persona se percate de su papel.

E

Embolillado: Enfrascarse en una pelea.

Esquema Cognitivo: Llamados también supuestos personales, son la forma en que la persona da sentido y significado a su experiencia pasada, actual y por ocurrir en el futuro. Estos supuestos personales puedan permanecer inactivos a lo largo del tiempo en la memoria y ante determinadas situaciones adversas, se desencadenan, activándose, actúan a través de situaciones concretas produciendo a menudo determinados errores del pensamiento (distorsiones cognitivas) que a su vez se relacionan recíprocamente con determinados estados emocionales y conductas.

Estar Picado: Persona que esta contagiada de SIDA.

G

Garrotillo: Látigo con el que se golpea a los animales.

H

Hogar: Llamado así en el CFR, al lugar donde se ubica a las internas para que vivan mientras cumplen su condena. Son pabellones formados por grupos de apartamentos.

I

INSAM: Instituto Nacional de Salud Mental de Panamá.

M

Máxima: celda de pocos metros utilizada como castigo

Monstrosearse: Perder el control y adoptar una actitud agresiva.

P

Patirrajao: Término peyorativo utilizado para referirse a la persona que tiene modales toscos y poco nivel educativo.

Pensamientos Automáticos: Son autodiálogos o charlas internas, involuntarias y difíciles de controlar; expresadas a través de pensamientos o imágenes que se relacionan con estados emocionales intensos. A menudo forman versiones subjetivas de los acontecimientos que nos ocurren y están basados en distorsiones subjetivas.

R

Racataca: Se refiere a la persona vulgar, obscena, escandalosa, rambulera y de vestir poco elegante.

Requisa: Revisión realizada por los guardias y/o custodios a los internos(as) y personas que entran a los penales.

T

Telebásica: Programa educativo de culminación de estudios llevado a cabo por el Ministerio de Educación en las cárceles del país, con la finalidad de que aquellos internos(as) que no hayan culminado sus estudios, los puedan completar.

Terapia Cognitiva: Es un tipo de psicoterapia que se basa en un modelo de los trastornos psicológicos que sustenta, que la organización de la experiencia de las personas en términos de significado afectan sus sentimientos y su conducta.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

1. Albert Ellis. Razón y Emoción en Psicoterapia
2. Ellis y Dryden, 1987, citado por Obst Camerini, 2002, p. 24.
3. Op, cit, p. 70
4. Pretzer, 1990, citado por Beck y colaboradores, 2005.
5. Allport, La personalidad su configuración y desarrollo. 8ª edición, Barcelona: Editorial Herder 1986, p. 47.
6. Pelechano y Hernández, Manual de psicopatología, Madrid: McGraw Hill Interamericana, 1995, p. 572.
7. Belloch, Psicoterapias cognitivas-conductuales en el tratamiento de los trastornos de personalidad, 2,000, p. 229.
8. Linehan, 2003, p. 21.
9. Op, cit, p. 23.
10. Ellis, 1994, p. 4.
11. Pérez Urdaniz y colaboradores, *Trastornos de la personalidad en atención primaria*, 2003, pp. 13-14
12. Gunderson & Gabbard, 2002, p. 67.
13. Moliner, 1984, citado en Valles, 1997, p.47.
14. Ibáñez, 1986 citado en Mejía Navarrete, 2002, Objetividad Científica 3.
15. Kuhn, La estructura de las revoluciones científicas. México: Fondo de Cultura Económica, 1971, p.175.
16. Guidano, 1986, citado en Balbi, 2004, p. 296.
17. Rogers, Psicoterapia centrada en el cliente. Paidós, México, 1988, pp.33-421.
18. Op, cit, p. 35.
19. Díaz y Navarro, 1998 citado en Fernández, 2002, p. 37.
20. Duverger, 1986 citado en Fernández, 2002, P. 38.
21. Fernando González Rey, 2000
22. Op, cit, p. 35.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Libros

- Allport, G. (1986). *La personalidad su configuración y desarrollo*. (8ª Edición) Barcelona: Editorial Herder.
- American Psychiatric Association (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales*. Barcelona: Editorial Masson.
- American Psychiatric Association (2001). *Practice guideline for treatment of patients with borderline personality disorder*. The American Journal of Psychiatry. V 158 Supl.
- Arruabarrena, M^a. & De Paúl, J. (1999). *Maltrato a los niños en la familia: Evaluación y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.
- Balbi, J. (2004). *La mente narrativa: Hacia una concepción posracionalista de la identidad personal*. (1ª Edición). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia: Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. (1ª Edición). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Beck, A. & otros (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. (10ª Edición). Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer, S.A.
- Beck, A. & Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Beck, A. & Wright, J. (2001). *Terapia Cognitiva*. En R. Hales, S. Yudofsky y J. Talbott(Eds.): *Tratado de Psiquiatría*. (Tomo 2, pp. 1203-1231). Barcelona: Editorial Masson.
- Beck, A, Freeman, A. & Davis, D. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. (2ª Edición). Barcelona: Paidós.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: The Guilford Press.

- Belloch, A. & Fernández Álvarez, H. (2005). *Trastornos de la personalidad*. (1ª reimpresión). Madrid: Editorial Síntesis.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura*. (1ª Edición). Barcelona: Editorial Paidós Ibérica, S.A.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica, S.A.
- Burns, N. & Grove, S. (2004). *Investigación en Enfermería*. (3ª Edición). España: Editorial Elsevier.
- Compas, B. & Gotlib, I. (2003). *Introducción a la psicología clínica*. México: Editorial McGraw Hill.
- Cullari, S. (2001). *Fundamentos de Psicología clínica*. (1ª Edición). México: Editorial Pearson Education, S.A.
- Dattilio, F. & Padesky, C. (1995). *Terapia cognitiva con parejas*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Ellis, A. (2003) *Razón y emoción en psicoterapia*. (6ª Edición). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Engler, B. (1996). *Teorías de la personalidad*. (4ª Edición). México: Editorial McGraw Hill.
- González Rey, F. (2000). *Investigación cualitativa en Psicología*. México: Thomson Editores.
- Guidano, V. (1994). *El sí mismo en proceso. Hacia una terapia cognitiva post-racionalista*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Gunderson, J. & Gabbard, G. (2002). *Psicoterapia en los trastornos de personalidad*. Barcelona: Editorial Ars Médica.
- Halgin, R. & Krauss, S. (2003). *Psicopatología de la anormalidad*. (4ª Edición). México: Editorial McGraw Hill.
- Kernberg, O. (1998). *Trastornos graves de la personalidad*. (8ª reimpresión). México: Editorial Manual Moderno.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (2001). *Sinopsis de psiquiatría*. (8ª Edición). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

- Kuhn, T. (1971) *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica. Traducción de Agustín Contín.
- Lazarus, A. (1992). *Multimodal Therapy: Technical Eclecticism with Minimal Integration*. Norcross, J. & Goldfried, M. editors. *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books.
- LeDoux, J. (1996). *El Cerebro Emocional*. Madrid: Editorial Planeta S.A. Psicología fisiológica.
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A. Traducción Rafael Santandreu.
- Marmar, Ch. (2001). *Trastornos de Personalidad*. En H. Goldman (Ed). *Psiquiatría General*. (5ª Edición), pp. 405-431. México: Editorial Manual Moderno.
- Millon, T. (2000). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSMIV*. Madrid: Editorial Masson.
- Obst Camerini, J. (2000). *El psicodrama cognitivo conductual*. Buenos Aires: Editorial Catrec.
- Obst Camerini, J. (2002). *Introducción a la teoría de Albert Ellis*. Buenos Aires: Editorial Catrec.
- Obst Camerini, J. (2004). *Introducción a la terapia cognitiva. Teoría, aplicaciones y nuevos desarrollos*. Buenos Aires: Editorial Catrec.
- Organización Mundial de la Salud (1993). *CIE-10 Trastornos Mentales y del Comportamiento*. (Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Pardinas, F. (1977) *Investigación y técnicas de investigar en ciencias sociales*. Décimo séptima edición. México: Siglo XXI Editores.
- Pelechano, V., De Miguel A. & Hernández, M. (1995). Trastornos de personalidad. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds): *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw Hill Interamericana. (Vol. 2, pp. 569-614)

- Phillips, K. & Gunderson, J. (2001). Trastornos de la Personalidad. En R. Hales, S. Yudofsky & J. Talbott (Eds.): *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Editorial Masson. (Tomo1, pp. 793-816).
- Peurifoy, R. (1999) *Cómo vencer la ansiedad*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Pretzer, J. (1990). Borderline personality disorder. En A. Beck, A Freeman y otros: *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press. (pp. 176-207)
- Rogers, C. (1988) *Psicoterapia centrada en el cliente*. México: Paidós.
- Ruiz Olabuénaga, J. (1996). *Metodología de investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Ruiz, J. & Cano, J. (2001). *Psicoterapia por la personalidad*. Buenos Aires: R&C Editores, Jaén.
- Ruiz, J., Imbernón, J. & Cano, J. (1999). *Psicoterapia cognitiva de urgencia*. (1ª Edición). ESMD-ÚBEDA.
- Sabino, C. (2002). *El proceso de investigación: Una introducción teórica y práctica*. Venezual: Editorial Panapo.
- Sarason, I. & Sarason, B. (2006) *Psicopatología. Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada*. (11ª Edición). México: Pearson Educación.
- Taylor S. & Bogdan R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Buenos Aires: Paidós.
- Valle, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Winnicott, D. (1996). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. (1ª reimpresión). Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF.
- Winnicott, D. (1996). *Deprivación y delincuencia*. Compilado por Clare Winnicott, Ray Shepherd y Madeleine Davis. (1ª reimpresión). Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF.
- Winnicott, D. (1997). D. *Realidad y juego*. En: El papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño. Barcelona, Gedisa.

Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy. A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.

Ponencias o Conferencias en Simposios, Congresos o Seminarios

Obst Camerini, J. (2006, mayo). *Conferencia en el Congreso Latinoamericano de Terapias Cognitivas*. Buenos Aires.

Hammersley M, Gomm R & Foster P. (1998, march). *Conference of case study and theory*. London: University of Warnick.

Heman, A. (2004, noviembre 6). Notas del seminario: *Bases teóricas del modelo de terapia cognitivo conductual*. Panamá: USMA.

Medios Electrónicos en Internet

Aranda, H. (2006). *Experiencias en la gestión hacia la calidad total. Un estudio de caso de la Facultad de Zootecnia de la Universidad Autónoma de Chihuahua*. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 8. Consultado en: <http://redie.uabc.mx/vol8no2/contenido-aranda.html>

Calderón, J. (2004). *Examen del caso clínico desde el enfoque cognitivo-conductual*. Aperturas psicoanalíticas. Hacia modelos integradores. *Revista de Psicoanálisis*. V N°. 17 <http://www.aperturas.org/17panelcalderon.html>

Castán Ballarín, N. (2005). *Inserción laboral de personas con trastorno límite de personalidad*. Fundación ACAI-TLP. Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria. Vol, 5, N° 2, pp. 165-177. Barcelona. <http://www.aen.es>

Davidson, K., Moorey, J. & otros (2000). *Psychological theories regarding the development of personality disorder*. <http://personalitydisorder.org.uk/assets/Resources/55.pdf>.

Fernández Chávez, F. (2002). *El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación*. Ciencias Sociales, junio, volumen 2, número 96, pp. 35-54. Revista: Universidad de Costa Rica. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/153/15309604.pdf>

- González Ávila, M. (1999). *Aspectos éticos de la investigación cualitativa*. Universidad de San Carlos. Guatemala. www.campus-oei.org/formctsi.htm
- Jiménez, B. (2000). *Investigación cualitativa y psicología social crítica*. Centro de Estudios Urbanos. Revista: Universidad de Guadalajara. México. N° 17/Invierno. www.cge.udg.mx/revistaudg/index.html
- Kernberg, O. (2003). *La gestión de las tormentas afectivas en la psicoterapia psicoanalítica de los pacientes borderline*. Revista de psicoanálisis. Noviembre. Vol. N° 15, pp. 517-545. Traducción de Marta González Baz. <http://www.aperturas.org/15kernberg.html>
- Pascual, J. (2008). Tratamiento del paciente con trastorno límite de la personalidad en urgencias: efectividad de los antipsicóticos atípicos. Tesis doctoral para obtener el grado de doctor en psiquiatría y psicología clínica. Universitat Autònoma de Barcelona. http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0401109-154136//jcpmlde1.pdf
- Laboratorio Para el Análisis del Cambio Educativo (1999). *Introducción al estudio de caso en educación*. Grupo L.A.C.E. HUM 109. Facultad de CC. de la Educación. Universidad de Cádiz. <http://www2.uca.es/lace/documentos/EC.pdf>
- Martínez, M. (1995). *Enfoques metodológicos en las ciencias sociales*. Trabajo presentado en el seminario sobre enfoques metodológicos en las ciencias sociales. Universidad Simón Bolívar, 26-27 de enero. En Especial de Avizora. http://www.avizora.com/publicaciones/monosavizora/especial_avizora_enfoque_metodol.htm
- Mejía Navarrete, J. (2002). *Perspectiva de la investigación social de segundo orden*. Facultad de Ciencias Sociales. Cinta de Moebio N° 14. Septiembre 2002. Universidad de Chile www.moebio.uchile.cl/14/n
- Monzón Reviejo, S. & Girol C. (2005, noviembre 12). *Relación y técnica: Posibilidades y obstáculos en el tratamiento de los trastornos borderline*. Conferencia impartida en la XXI Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama. <http://www.psicodrama.es/articulos/articulopsicodramas2.php>

- Newman, C. (2005). *Shema-Focused cognitive therapy for borderline personality disorder. Primera Parte.*
<http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp?IdSeccion=16&IdArticulo=182>
- Newman, C. (2005). *Shema-Focused cognitive therapy for borderline personality disorder. Segunda Parte.*
<http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp?IdSeccion=16&IdArticulo=191>
- Organización Panamericana de la Salud (2005). *Guía metodológica para investigación de aspectos socio-culturales relacionados con donación voluntaria de sangre.* Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud. Unidad de Medicamento, Esenciales, Vacunas y Tecnologías en Salud Washington, DC.
<http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/Blood-guiametodologica9.pdf>
- Pérez Urdaniz, A., Rubio, I., Santos, J., & Rubio Larrosa, V. (2003) *Trastornos de la personalidad en atención primaria.* En Vallejo, Ruiloba, J. *Psiquiatría y Atención Primaria.* Mes de Julio. Vol. 4. Número 3.
http://www.esteve.es/EsteveArchivos/1_8/Ar_1_8_24_APR_15.pdf
- Porta, L & Silva, M (2003) *La investigación cualitativa: el análisis de contenido en la investigación educativa.* Universidad Nacional de Mar del Plata.
<http://www.uccor.edu.ar/paginas/REDUC/porta.pdf>
- Quaderns de Salut Mental (2006). *Trastorno límite de la personalidad (TLP).* Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (Ed.), CatSalut primera edición: Barcelona, febrero 2006.
http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/planif_sanit/qsm/tlp_cast.pdf
- Thomas Dowd, E. (2007). *Depression theory, assessment, and new directions in practice.*
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=856046&info=resumen>
- Tiscornia, M. & Ferrés, C. (2007) *Guía práctica cognitivo-comportamental: Un abordaje d pacientes con trastornos de personalidad.*
<http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp?IdSeccion=11&IdArticulo=250>

Vera Vélez, L. (2002) *La investigación cualitativa*. Ponce, Puerto Rico.
<http://ponce.inter.edu/cai/reserva/lvera/INVESTIGACIONCUALITATIVA.pdf>

Ruiz, S. & Cano, J. (1999). *Manual de psicoterapia cognitiva*.
<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual.htm>

Artículos y Revistas

Becker, D., Grilo, C., Edell, W., & McGlashan, T. (2000) *Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in hospitalized adolescents and adults*. 157: 2011-2016. Washington: American Psychiatric Association.

Belloch, A. (2000) *Psicoterapias cognitivas-conductuales en el tratamiento de los trastornos de personalidad*. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Vol. IX: 227-239

Cisterna Cabrera, F. (2005) *Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa*. *Teoría*, Vol. 14 (1): 61-71.

Ellis, A. (1994) *The treatment of borderline personalities with rational emotive behavior*. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*. Vol. N° 12.

Fonagy, P, & otros (1996). *The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nº 64: 23-31.

Kagan, J. (1989). *Temperamental contributions to social behaviour*. *American Psychologist*. Vol. N° 44: 668-674.

Ley N°55 (2003, julio 30). *“Que reorganiza el sistema penitenciario”*. Defensoría del Pueblo. República de Panamá.

Magnavita, J. (2000) *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders Theory. Methods and Phases of Accelerated Treatment*. University of Hartford. Connecticut Center for Short-Term Dynamic.

Martínez, M. (1996). *Cómo hacer un buen proyecto de tesis con metodología cualitativa*. En: Revista Heterotopía. Centro de Investigaciones Populares (CIP). Caracas, Venezuela.

Zanarini, M. (1997). *Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder*. American Journal of Psychiatry. Vol. 154: 1101-1106.

ÍNDICE DE AUTORES

ÍNDICE DE AUTORES

Allport, Gordon, 30

APA 35, 39, 40, 48, 49, 62, 65, 162, 169, 176, 177, 181, 185, 186, 190, 197, 201, 202

Aranda, H., 85

Arruabarrena, María, 187,189

Balbi, J. 82

Barudy, J. 27, 36, 37, 165, 166, 174, 180, 186, 188, 196,199.

Beck, Aaron, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 23, 25, 26, 27, 29, 33, 34, 37, 44, 45, 46, 53, 57, 58, 60, 63, 64, 65, 66, 67, 71, 76, 158, 160, 161, 163, 167, 169, 171, 172, 174, 188, 193, 194, 195, 196, 202

Beck, Judith 64, 76

Becker, D. 45

Belloch, Amparo. 27, 31, 35, 45, 49, 65, 67, 177, 200

Bowlby, John, 6, 199, 200

Burns, N. 84

Calderón, J, 14, 16

Cano, J. 7, 24

Castán Ballarín, N. 51, 52, 163

Compas, B. 41

Cullari, S. 94

Dattilio, F. & Padesky, C. 8, 25

- Davidson, K. 27
- Ellis, Albert 8, 10, 11, 12, 13, 16, 28, 37, 51, 52
- Engler, Barbara 25
- Fernández Álvarez, H. 27, 35, 45, 49, 65, 119, 142, 167, 177, 200
- Fernández, Chávez, F. 90, 91
- Fonagy, Peter, 54
- Freeman, A. 19
- Gabbard, G. 56, 63
- Girol C. 55
- González Ávila, M. 94
- González Rey, Fernando. 80, 91
- Guidano, Victorio. 6
- Gunderson, J. 29, 31, 36, 48, 56, 68, 63, 183, 184
- Halgin, Richard. 34, 36, 38, 47, 49, 50, 174, 175, 188, 191
- Hammersley M, 84
- Heman, Arturo 13
- Jiménez, B. 79, 93, 94
- Kagan, J. 15
- Kaplan, H. 48, 49, 169, 181, 192, 198
- Kernberg. Otto, 29, 44, 51, 55, 56, 58, 184
- Kuhn, Thomas, 81
- L.A.C.E. 85

- Lazarus, Arnold, 7
- LeDoux, J. 14, 211
- Linehan, Marshall, 27, 31, 32, 48, 49, 50, 56, 59, 60, 171
- Magnavita, J. 54
- Marmar, Ch. 49, 62
- Martínez, M. 79, 82
- Mejía Navarrete, J. 80, 84
- Millon, Theodore. 28, 29, 46, 47, 49, 57, 86, 89, 120, 143, 168, 173, 191, 192, 197
- Monzón Reviejo, S. 46, 55
- Obst Camerini, Julio 10, 11, 13, 24, 25, 26, 67, 119, 142
- Organización Panamericana de la Salud 83
- Pardinas, F. 87
- Pelechano, V. 30
- Pérez Urdaniz, A., 41, 61
- Peurifoy, R. 25
- Phillips, K. 29, 31, 36, 48, 56, 58, 183, 184
- Porta, L 91
- Pretzer, J. 19, 170
- Rogers, Carl, 82
- Ruiz Olabuénaga, J. 84, 87
- Ruiz, J. 7, 24
- Sabino, C. 79

Sarason, I. 35, 51, 162

Taylor S. 87, 93

Thomas Dowd, E. 17

Tiscornia, M. 183

Valle, M. 80

Winnicott, Donald, 54, 178, 179

Wright, J. 6, 8, 23

Young, Jeffrey, 12, 21, 33, 60, 61

Zanarini, M. 37, 164

ANEXOS

¿QUÉ TANTO LO CREE?

	Totalmente	Mucho	Moderada- mente	Leve- mente	Nada
10. Si otros me critican, deben estar en lo cierto.	4	3	2	1	0
11. Es mejor no hacer nada que intentar algo que pueda fallar.	4	3	2	1	0
12. Si no pienso sobre un problema, no tengo que hacer nada al respecto.	4	3	2	1	0
13. Cualquier indicio de tensión en una relación significa que la relación anda mal; por lo tanto, debo terminarla.	4	3	2	1	0
14. Si ignoro un problema, este se irá.	4	3	2	1	0
15. Yo estoy necesitado y soy débil.	4	3	2	1	0
16. Necesito de alguien a mi alrededor siempre, que esté disponible para ayudarme a hacer lo que yo necesite hacer o en caso de que algo malo suceda.	4	3	2	1	0
17. Mi ayudante podría ser cálido, solidario, y confiable – si él o ella quiere serlo.	4	3	2	1	0
18. Estoy indefenso cuando me dejan solo.	4	3	2	1	0
19. Estoy básicamente solo -- a menos que pueda unirme a una persona más fuerte.	4	3	2	1	0
20. La peor cosa que pueda pasar sería ser abandonado	4	3	2	1	0
21. Si no soy amado, siempre seré infeliz.	4	3	2	1	0
22. Yo no debo hacer nada que ofenda a quien me apoya o me ayude.	4	3	2	1	0
23. Debo ser servil para mantener la buena voluntad de él o de ella.	4	3	2	1	0
24. Debo tener acceso a él o ella en todo momento.	4	3	2	1	0
25. Debo cultivar una relación para que sea lo más íntima como sea posible.	4	3	2	1	0

¿QUÉ TANTO LO CREE?

	Totalmente	Mucho	Moderada- mente	Leve mente	Nada
26. Yo no puedo tomar decisiones por mi mismo.	4	3	2	1	0
27. Yo no puedo desenvolverme como lo hacen los demás.	4	3	2	1	0
28. Necesito que otros me ayuden a tomar decisiones o que me digan que hacer.	4	3	2	1	0
29. Yo soy auto-suficiente, pero necesito de la ayuda de otros para lograr mis metas.	4	3	2	1	0
30. La única forma que puedo preservar mi amor propio es afirmándome a mi mismo indirectamente; por ejemplo, no siguiendo instrucciones al pie de la letra.	4	3	2	1	0
31. Me gusta apegarme a otras personas, pero no estoy dispuesto a pagar el precio de ser dominado.	4	3	2	1	0
32. Las figuras de autoridad tienden a ser intrusas, exigentes, entrometidas, y controladoras.	4	3	2	1	0
33. Yo debo resistirme al dominio de autoridades, pero al mismo tiempo mantener su aprobación y aceptación.	4	3	2	1	0
34. Ser controlado o dominado por otros es intolerable.	4	3	2	1	0
35. Yo tengo que hacer las cosas a mi manera.	4	3	2	1	0
36. El establecer plazos, cumplir con exigencias, y el tener que conformarme constituyen golpes directos a mi orgullo y a mi auto-suficiencia.	4	3	2	1	0
37. Si yo siguiera las reglas según los demás esperan, limitaría mi libertad de acción.	4	3	2	1	0
38. Es mejor no expresar mi ira directamente, pero sí mostrar mi descontento incumpliendo.	4	3	2	1	0
39. Yo sé lo que es mejor para mí y los demás no deben decirme lo que tengo que hacer.	4	3	2	1	0

¿QUÉ TANTO LO CREE?

	Totalmente	Mucho	Moderada- mente	Leve mente	Nada
40. Las reglas son arbitrarias y me sofocan.	4	3	2	1	0
41. Las demás personas usualmente son muy exigentes.	4	3	2	1	0
42. Si catalogo a alguien como muy mandón, tengo derecho a desatender sus exigencias.	4	3	2	1	0
43. Soy totalmente responsable por mí y por otros.	4	3	2	1	0
44. Tengo que depender de mi mismo para que las cosas se hagan.	4	3	2	1	0
45. Los demás tienden ser muy informales, usualmente irresponsables, auto-indulgentes, o incompetentes.	4	3	2	1	0
46. Es importante hacer un trabajo perfecto en todo.	4	3	2	1	0
47. Necesito orden, sistema y reglas para que una tarea se realice adecuadamente.	4	3	2	1	0
48. Si no tengo un sistema, todo se derrumbará.	4	3	2	1	0
49. Cualquier falla o defecto en el desempeño podría resultar en una catástrofe.	4	3	2	1	0
50. Es necesario apegarse a los más altos estándares en todo momento, o las cosas colapsarán.	4	3	2	1	0
51. Necesito estar en total control de mis emociones.	4	3	2	1	0
52. Las personas deben hacer las cosas a mi manera.	4	3	2	1	0
53. Si no me desempeño a un nivel óptimo, fracasaré.	4	3	2	1	0
54. Las fallas, defectos o errores son intolerables.	4	3	2	1	0
55. Los detalles son extremadamente importantes.	4	3	2	1	0

¿QUÉ TANTO LO CREE?

	Totalmente	Mucho	Moderada- mente	Leve mente	Nada
56. Mi manera de hacer las cosas es generalmente la mejor manera.	4	3	2	1	0
57. Tengo que velar por mi mismo.	4	3	2	1	0
58. La fuerza o la astucia es la mejor manera de conseguir que las cosas se hagan.	4	3	2	1	0
59. Vivimos en una jungla y el fuerte es el que sobrevive.	4	3	2	1	0
60. Los demás se aprovecharán de mí si no me aprovecho de ellos primero.	4	3	2	1	0
61. Es importante cumplir con promesas y deudas de honor.	4	3	2	1	0
62. La mentira y el engaño están bien mientras no te atrapen.	4	3	2	1	0
63. Si he sido tratado injustamente, tengo derecho a conseguir lo que me corresponde por cualquier medio.	4	3	2	1	0
64. Los demás son débiles y merecen que se aprovechen de ellos.	4	3	2	1	0
65. Si no presiono a los demás, seré yo el presionado.	4	3	2	1	0
66. Yo debo hacer de todo, mientras pueda salirme con las mías.	4	3	2	1	0
67. Lo que otros piensen de mí, realmente no me importa.	4	3	2	1	0
68. Si quiero algo, debo hacer cualquier cosa que sea necesaria para conseguirlo.	4	3	2	1	0
69. Yo puedo salirme con las mías, de manera que no tengo que preocuparme por las consecuencias.	4	3	2	1	0
70. La gente puede cuidarse por sí mismas, eso es problema de ellos.	4	3	2	1	0

¿QUÉ TANTO LO CREE?

	Totalmente	Mucho	Moderada- mente	Leve- mente	Nada
71. Soy una persona muy especial.	4	3	2	1	0
72. Dado que soy tan superior, tengo derecho a privilegios y a tratamiento especial.	4	3	2	1	0
73. Yo no tengo que ceñirme a las reglas que se aplican a los demás.	4	3	2	1	0
74. Es muy importante obtener reconocimiento, alabanza y admiración.	4	3	2	1	0
75. Si otros no respetan mi estatus, deberán ser castigados.	4	3	2	1	0
76. Las demás deben satisfacer mis necesidades.	4	3	2	1	0
77. Las demás personas deben reconocer lo especial que soy.	4	3	2	1	0
78. Es intolerable si no me dan debido respeto o si no obtengo aquello a lo que tengo derecho.	4	3	2	1	0
79. Otras personas no merecen la admiración o riquezas que obtienen.	4	3	2	1	0
80. La gente no tiene derecho de criticarme.	4	3	2	1	0
81. La necesidad de más nadie debe interferir con la mía.	4	3	2	1	0
82. Dado que yo soy tan talentoso, la gente debería hacer un esfuerzo especial para promover mi carrera.	4	3	2	1	0
83. Solo las personas tan brillantes como yo son capaces de entenderme.	4	3	2	1	0
84. Yo tengo todas las razones para esperar cosas grandiosas.	4	3	2	1	0
85. Yo soy una persona interesante y excitante.	4	3	2	1	0
86. Para ser feliz, necesito que los demás me presten atención.	4	3	2	1	0

¿QUÉ TANTO LO CREE?

	Totalmente	Mucho	Moderada- mente	Leve mente	Nada
87. A menos que entretenga o impresione a la gente, no soy nada.	4	3	2	1	0
88. Si no mantengo compromisos con otros, no gustarán de mí.	4	3	2	1	0
89. La forma de conseguir lo que quiero es deslumbrando o divirtiendo a los demás.	4	3	2	1	0
90. Si las personas no responden positivamente a mí, es porque están podridas.	4	3	2	1	0
91. Es horrible que las personas me ignoren.	4	3	2	1	0
92. Debo ser el centro de atención.	4	3	2	1	0
93. No tengo que molestarme en pensar las cosas -- Yo puedo seguir mis corazonadas.	4	3	2	1	0
94. Si entretengo a las personas, no notarán mis debilidades.	4	3	2	1	0
95. No puedo tolerar el aburrimiento.	4	3	2	1	0
96. Si siento ganas de hacer algo, debo seguir adelante y hacerlo.	4	3	2	1	0
97. La gente pondrá atención solo si actúo en formas extremas.	4	3	2	1	0
98. Sensaciones e intuición son mucho más importantes que razonar y planificar.	4	3	2	1	0
99. Lo que la gente piense de mí no es importante.	4	3	2	1	0
100. Es importante para mí el ser libre e independiente de los demás.	4	3	2	1	0
101. Yo disfruto más haciendo las cosas solo, que con otras personas.	4	3	2	1	0
102. En muchas situaciones, estoy mejor si me dejan solo.	4	3	2	1	0

¿QUÉ TANTO LO CREE?

	Totalmente	Mucho	Moderada- mente	Leve mente	Nada
103. Yo no soy influenciado por otros en lo que yo decida hacer.	4	3	2	1	0
104. Las relaciones íntimas con otras personas no son importantes para mí.	4	3	2	1	0
105. Yo establezco mis propios estándares y metas.	4	3	2	1	0
106. Mi privacidad es mucho más importante para mí que las cercanía con otras personas.	4	3	2	1	0
107. Los que los demás piensen no me importa.	4	3	2	1	0
108. Puedo manejar las cosas por mí mismo sin la ayuda de nadie.	4	3	2	1	0
109. Es mejor estar solo que el sentirse "pegado" a otras personas.	4	3	2	1	0
110. No debo confiar en los demás.	4	3	2	1	0
111. Puedo utilizar a otras personas para mis propios propósitos, siempre y cuando no me involucre con ellos.	4	3	2	1	0
112. La relaciones son un estorbo e interfieren con mi libertad.	4	3	2	1	0
113. No puedo confiar en otras personas.	4	3	2	1	0
114. Las personas tienen motivos ocultos.	4	3	2	1	0
115. Los demás tratarán de utilizarme o manipularme si no me cuido.	4	3	2	1	0
116. Debo estar en guardia todo el tiempo.	4	3	2	1	0
117. No es seguro confiar en otras personas.	4	3	2	1	0
118. Si las personas actúan amistosamente, puede que estén tratando de utilizarme o explotarme.	4	3	2	1	0
119. Las personas se aprovecharán de mi si les doy la oportunidad.	4	3	2	1	0

¿QUÉ TANTO LO CREE?

	Totalmente	Mucho	Moderada- mente	Leve mente	Nada
120. La mayoría de la gente no es amistosa.	4	3	2	1	0
121. La gente deliberadamente tratará de menospreciarme.	4	3	2	1	0
122. En muchas ocasiones las personas deliberadamente quieren fastidiarme.	4	3	2	1	0
123. Estaré en serios problemas si dejo que otras personas piensen que pueden maltratarme y salirse con las suyas.	4	3	2	1	0
124. Si otras personas se enteran de cosas sobre mí, lo utilizarán en mi contra.	4	3	2	1	0
125. La gente con frecuencia dice una cosa y significan otra.	4	3	2	1	0
126. Una persona cercana a mí puede ser desleal y traicionera.	4	3	2	1	0

Historia de caso, Formulación, y Plan de tratamiento

I. Historia de caso (Número sugerido de palabras: 750)

Instrucciones generales: Debe ser breve y resumir los datos más importantes que usted ha recolectado en la evaluación diagnóstica de este paciente. Sea concreto y específico al realizarla.

A. Datos Generales.

Utilice un nombre ficticio para proteger la confidencialidad del paciente. Use este nombre ficticio a través de toda la historia de caso y su formulación. Describa la edad del paciente, sexo, etnia o raza, estado civil y ocupación.

B. Motivo de consulta.

Describa la queja principal del paciente en sus propias palabras.

C. Historia de la enfermedad actual.

Describa la enfermedad actual, incluyendo los síntomas emocionales, cognitivos y fisiológicos. Mencione los eventos disparadores de estrés. Realice una revisión breve de los tratamientos (en caso hayan sido utilizados) para la enfermedad actual.

D. Antecedentes Psiquiátricos o Psicopatológicos.

Describa brevemente cualquier trastorno psiquiátrico, incluyendo el abuso de sustancias.

E. Historia personal y social.

Describa las experiencias más importantes, tales como trauma, personas de apoyo, intereses y relaciones con los demás. Indique problemas por abuso de sustancias.

F. Historial Médico

Mencione cualquier problema médico (Enfermedades hormonales, cardiovasculares, cáncer, enfermedades crónicas o dolor crónico) que pudiera tener una influencia en el funcionamiento psicológico o en el tratamiento.

G. Estado mental

Describa 3 ó 5 observaciones más relevantes del examen mental en el momento que se inicia el tratamiento. Incluya la descripción de la apariencia general, afecto y ánimo. No describa todo el examen mental.

H. Diagnóstico según DSM IV

Desarrolle los 5 ejes del DSM IV.

II. Formulación de caso (Número sugerido de palabras: 500)

Instrucciones generales: Describa los aspectos principales de la formulación de su caso utilizando la presente guía.

A. Agentes precipitantes:

Los agentes precipitantes son eventos de gran escala que podrían jugar un papel en el desarrollo de la enfermedad. Un ejemplo característico puede ser un episodio depresivo que ha sido precipitado por diversos estresores, tales como, el fracaso en un ascenso laboral, la muerte de un amigo cercano o un fracaso matrimonial. En algunos casos (ej: Trastorno bipolar, episodios depresivos recurrentes con alto componente biológico) pueden no existir precipitantes psicosociales muy claros. Si no se identifican estresores psicosociales, puede mencionar cualquier aspecto importante de la historia personal del paciente, que pudiera estar asociada al desarrollo de la enfermedad.

El término de *situaciones activadoras*, se utiliza en la siguiente parte de la formulación de caso, para referirse a eventos de menor escala y situaciones que estimulan conductas, emociones y pensamientos maladaptativos. Por ejemplo, el paciente quién está sufriendo de depresión, puede experimentar un empeoramiento de sus síntomas cuando está en el trabajo, al estar con su esposo; o al asistir a una clase donde iba con su amigo, ya fallecido.

Que precipitantes se utilicen, juega un papel muy importante en la explicación del desarrollo de los síntomas y problemas del paciente.

B. Análisis transversal de las cogniciones y conductas actuales:

Incluye observaciones de las cogniciones, conductas y emociones predominantes (así como las sensaciones fisiológicas, si fuera relevante) que el paciente muestra en el “aquí y ahora” (o demostraba previamente de tener una mejoría en la terapia). Característicamente, se enfoca más en las cogniciones superficiales (pensamientos automáticos), que en los esquemas, creencias nucleares o presunciones; que son el punto principal del análisis longitudinal descrito posteriormente.

El *análisis transversal* debiera brindarnos una conceptualización de cómo aplica el modelo cognitivo al paciente, en las etapas tempranas de tratamiento. Hay que describir hasta tres situaciones activadoras. Mencionar los pensamientos automáticos, emociones y conductas (más los síntomas fisiológicos en caso sean relevantes), en cada una de las situaciones.

C. Análisis longitudinal de las cogniciones y conductas:

Esta porción de la conceptualización de caso se enfoca en una perspectiva longitudinal del funcionamiento cognitivo y conductual. La visión longitudinal se desarrolla conforme a la terapia y al descubrir los esquemas subyacentes (Creencias nucleares, reglas y presunciones) y los patrones de conducta en respuesta a ellos (estrategias compensatorias).

¿Cuáles son los esquemas y conductas claves? Para aquellos pacientes cuya historia premórbida no sea significativa (por ej: Un paciente bipolar, sin historia de aspectos que tengan influencia en el desarrollo de creencias o esquemas maladaptativos); indique los patrones más importantes de creencias y conductas disfuncionales del presente episodio únicamente. Realice un reporte de todos los antecedentes relevantes para el origen y mantenimiento de las estrategias cognitivas y conductuales del paciente; o provea de datos objetivos que prueben la hipótesis que la historia personal del paciente no es relevante para los problemas actuales del mismo.

D. Fortalezas y apoyo.

Describa en pocas palabras todas las fortalezas del paciente (ej: salud física, inteligencia, habilidades sociales, red de apoyo, historial laboral, etc.).

E. Hipótesis de trabajo (Resumen de la conceptualización)

Resume las características principales de la hipótesis de trabajo que manejará las intervenciones en el tratamiento. Asocie su hipótesis de trabajo con el modelo cognitivo de los trastornos del paciente.

III. Plan de tratamiento (# sugerido de palabras: 250)

Instrucciones generales: Describa las características principales del tratamiento usando la siguiente guía:

A. Lista de problemas

Todos aquellos problemas que sean significativos para el paciente.

Usualmente se pueden listar los problemas en varios dominios (ej: Psicológicos/psiquiátricos, interpersonales, ocupacionales, médicos, financieros, vivienda, legales o de las áreas de ocio y descanso).

La lista de problemas generalmente tiene de 2 a 6 items, y algunas veces puede llegar a 9. Describa brevemente los problemas, o si fueron descritos en la sección de la historia, sólo haga mención de ellos.

B. Metas del tratamiento

Indique los objetivos del tratamiento que han sido establecidos en forma colaborativa con el paciente.

C. Plan de tratamiento

Tomando en cuenta los objetivos, la historia del caso, y la hipótesis de trabajo, estructure brevemente el plan de tratamiento para este paciente.

IV. Curso del tratamiento (# sugerido de palabras: 500)

Instrucciones generales: Describa los aspectos principales del curso de tratamiento usando la siguiente guía:

- A. Relación terapéutica.**
Detalle la naturaleza y calidad de la alianza terapéutica, cualquier problema encontrado, cómo se conceptualizó y resolvió.
- B. Intervenciones/Procedimientos**
Describa las tres técnicas cognitivas más importantes que utilizó, junto con las bases racionales de su uso en base a los objetivos de la terapia y la hipótesis de trabajo.
- C. Obstáculos**
Presente un ejemplo de cómo resolvió un obstáculo en la terapia. Describa la conceptualización de por qué el obstáculo apareció y que se hizo acerca de ello. Si no se hubiera encontrado ningún obstáculo significativo en la terapia; describa un ejemplo de cómo fue capaz de utilizar las fortalezas del paciente dentro del proceso terapéutico.
- D. Resultado**
Reporte brevemente el resultado de la terapia. Si el tratamiento no ha sido completado; describa el progreso del paciente hasta la fecha actual.

(Traducción al español por Dr. See-King Emilio Quinto)

Fundación AIGLE
Inventario Clínico Multiaxial (MCM-II) de Theodore Millon

1. Siempre sigo mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan de mí.
2. Siempre he encontrado más cómodo hacer las cosas solo que con otros.
3. Hablar con otra gente, casi siempre ha sido difícil y penoso para mí.
4. Creo tener voluntad firme y determinación en todo lo que hago.
5. En las últimas semanas me pongo a llorar hasta cuando el mínimo asunto me sale mal.
6. Alguna gente me ve como una persona engreída y egocéntrica.
7. Cuando era adolescente me metía en muchos problemas por mi mal comportamiento escolar.
8. Siempre siento que no soy aceptado en un grupo.
9. A menudo critico mucho a la gente que me resulta molesta.
10. Me siento satisfecho siendo un seguidor de las ideas de los demás.
11. Disfruto tanto haciendo muchas cosas diferentes que no puedo decidir qué hacer primero.
12. A veces puedo ser bastante rudo y mezquino en las relaciones con mi familia.
13. Tengo poco interés en hacer amigos.
14. Pienso que soy muy sociable.
15. Sé que soy una persona superior, por lo tanto no me interesa lo que la gente piense.
16. La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho.
17. He tratado inútilmente de superar mi problema con la bebida.
18. Últimamente siento náuseas y sudor frío.
19. Siempre he deseado estar en segundo plano durante las actividades sociales.
20. Muchas veces hago cosas simplemente porque pueden resultar divertidas.

21. Me fastidio mucho con la gente que nunca parecer ser capaz de hacer las cosas bien.

22. Si mi familia me presiona, me enojo y me resisto a hacer lo que ellos quieren.

23. A menudo siento que debería ser castigado por las cosas que he hecho.

24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de mi manera de actuar o de cómo luzco.

25. Las otras personas parecen más seguras que yo en cuanto a quienes son y qué quieren.

26. Tiendo a estallar en llanto o a enojarme por razones que desconozco.

27. Comencé a sentirme solo y vacío hace alrededor de uno o dos años.

28. Tengo talento para dramatizar.

29. Me cuesta mantener el equilibrio cuando camino.

30. Disfruto la competición intensa.

31. Cuando entro en crisis, enseguida busco alguien que me ayude.

32. Me protejo de los problemas no permitiendo a la

gente que conozca mucho de mí.

33. Me siento débil y cansado la mayor parte del tiempo.

34. Otras personas se enojan más que yo por las cosas molestas.

35. Mi hábito por la droga me ha metido en muchos problemas en el pasado.

36. Últimamente me encuentro llorando sin ninguna razón.

37. Pienso que soy una persona especial que merece atención especial de los otros.

38. Bajo ninguna circunstancia me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.

39. Un camino seguro para hacer un mundo más pacífico es mejorar la moral de la gente.

40. En el pasado he estado relacionado sexualmente con muchas personas que no me importaban mucho.

41. Me es difícil simpatizar con gente que siempre está insegura de las cosas.

42. Soy una persona muy complaciente y sumisa.

43. Mi mal carácter ha sido la gran causa de mis problemas.

44. No me importa intimidar a los demás para conseguir de ellos lo que quiero.
45. Desde hace unos años hasta lo más mínimo parece deprimirme.
46. Mi deseo de hacer las cosas a la perfección retrasa mi trabajo.
47. Soy tan silencioso y reservado que la mayoría de la gente ni siquiera sabe que existo.
48. Me gusta flirtear con los miembros del sexo opuesto.
49. Soy una persona callada y temerosa.
50. Soy una persona inestable, cambio de ideas y sentimientos todo el tiempo.
51. Me siento muy tenso cuando pienso en lo que ocurre actualmente.
52. Beber alcohol nunca me ha traído problemas en el trabajo.
53. Últimamente mis fuerzas parecen abandonarme aún en la mañana.
54. Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.
55. Me molestan mucho aquellos que siempre creen que pueden hacer las cosas mejor que yo.
56. Siempre he tenido un miedo terrible de perder el amor de las personas a quienes necesito mucho.
57. Parece que me aparto de mi camino para dejar lugar a otros.
58. Últimamente he empezado a sentir ganas de destruir cosas.
59. Recientemente he pensado seriamente en matarme.
60. Estoy siempre buscando hacer nuevos amigos y conocer nuevas personas.
61. Soy cuidadoso con mi dinero para estar preparado si surge una necesidad.
62. Estuve en la tapa de muchas revistas el año pasado.
63. Le gusto a muy poca gente.
64. Si alguien me criticara por cometer un error enseguida le remarcaría sus propios errores.
65. Algunos dicen que disfruto sufriendo.
66. A menudo manifiesto mi agresividad, y luego me siento terriblemente culpable por ello.
67. Últimamente me siento nervioso y bajo una gran tensión pero no sé por qué.

68. Muy a menudo pierdo mi capacidad de sentir sensaciones en partes de mi cuerpo.

69. Creo que hay gente que usa telepatía para influir en mi vida.

70. Consumir drogas ilegales puede ser imprudente, pero en el pasado sentía que las necesitaba.

71. Me siento cansado todo el tiempo.

72. Pareciera que no duermo y me levanto tan cansado como cuando me acosté

73. He hecho cosas estúpidas por impulso, que terminaron trayéndome grandes problemas.

74. Nunca perdono un insulto, ni olvido una situación embarazosa que me hayan causado.

75. Debiéramos respetar a los mayores y no pensar que sabemos más que ellos.

76. Me siento terriblemente deprimido y triste la mayor parte del tiempo.

77. Soy la clase de persona de la cual los demás sacan ventaja.

78. Siempre me esfuerzo por complacer a los demás aún cuando me disgusten.

79. He pensado seriamente en suicidarme durante muchos años.

80. Enseguida me imagino la manera en que la gente está tratando de causarme problemas.

81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.

82. No lo puedo entender, pero pareciera que disfruto hiriendo a las personas que amo.

83. Hace mucho tiempo decidí que es mejor tener poco que ver con la gente.

84. Soy capaz de hacer cualquier cosa antes de permitir que me quiten mi autodeterminación.

85. Desde niño siempre he tenido que estar atento para evitar que me engañaran.

86. Cuando las cosas se tornan aburridas, me gusta fomentar un poco de diversión.

87. Tengo un problema de alcoholismo que me ha traído dificultades a mí y a mi familia.

88. Si una persona quiere algo que requiera real paciencia, debería pedírmelo a mí.

89. Probablemente soy el pensador más creativo entre la gente que conozco.

90. No he visto un automóvil en los últimos diez años.
91. No veo nada de malo en usar a la gente para conseguir lo que quiero.
92. El castigo nunca me impidió hacer lo que quería.
93. Muchas veces, sin ninguna razón, me siento contento y excitado.
94. Cuando era adolescente me fui de casa al menos una vez.
95. Muchas veces digo cosas de las que luego me arrepiento.
96. En las últimas semanas me siento agotado sin razón especial.
97. Desde hace algún tiempo me ha estado sintiendo culpable, porque ya no puedo hacer las cosas bien.
98. Las ideas dan vueltas en mi cabeza y no puedo librarme de ellas.
99. Últimamente me siento desalentado y triste con respecto a la vida.
100. Mucha gente ha estado espionando mi vida privada durante años.
101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles, sólo para hacer infelices a los demás.
102. Odio o temo a la mayoría de la gente.
103. Digo mis opiniones sin interesarme por lo que otros puedan pensar.
104. Cuando alguna autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo posponga o lo haga mal a propósito.
105. En el pasado mi hábito de consumir drogas me ha hecho faltar al trabajo.
106. Siempre trato de coincidir con los demás para evitar desavenencias.
107. Generalmente estoy enojado y malhumorado.
108. Ya no tengo fuerzas para seguir luchando.
109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ninguna razón.
110. A menudo pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
111. Uso mi encanto para llamar la atención de la gente.
112. Cuando estoy solo, a menudo siento la intensa presencia invisible de alguien alrededor.
113. Me siento a la deriva sin saber a dónde se dirige mi vida.

114. Últimamente he estado transpirando mucho y me he sentido muy tenso.

115. A veces siento como si debiera hacer algo para herirme a mí mismo o a alguna otra persona.

116. He sido injustamente castigado por la ley por delitos que nunca cometí.

117. Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.

118. Siempre tengo pensamientos extraños de los que me gustaría poder librarme.

119. Me resulta muy difícil controlar el impulso de beber en exceso.

120. La mayoría de la gente piensa que no valgo nada.

121. Puedo excitarme mucho sexualmente peleando o discutiendo con la persona que amo.

122. He conseguido a través de los años mantener mi ingestión de alcohol en un nivel mínimo.

123. Siempre he puesto a prueba a la gente para ver hasta qué grado son confiables.

124. Aún cuando estoy despierto, no parezco reparar en la gente que está cerca de mí.

125. Es muy fácil para mí hacer muchos amigos.

126. Siempre me aseguro que mi trabajo esté bien planificado y organizado.

127. Muy a menudo oigo tan bien que me molesta.

128. Mi humor parecer cambiar mucho de un día para otro.

129. No culpo a quien toma ventaja sobre alguien que se lo permite.

130. He cambiado de trabajo más de tres veces en los últimos dos años.

131. Tengo muchas ideas avanzadas.

132. Últimamente me he estado sintiendo triste y melancólico, y parezco no poder salir de ese estado.

133. Pienso que siempre es mejor buscar ayuda en todo lo que hago.

134. A menudo me enojo con la gente que hace las cosas lentamente.

135. Realmente me enojo con las personas que esperan que haga lo que no quiero hacer.

136. En los últimos años me he sentido tan culpable que podría llegar a hacerme algo terrible a mí mismo.

137. Nunca me quedo a un lado cuando estoy en una fiesta.

138. La gente siempre me dice que soy una persona correcta y moral.

139. A veces me siento confuso y sorprendido cuando la gente es amable conmigo.

140. Mi consumo de drogas ilegales ha producido disputas familiares.

141. Me siento muy incómodo con los miembros del sexo opuesto.

142. Hay miembros de mi familia que dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.

143. No me importa que la gente no esté interesada en mí.

144. Francamente miento bastante seguido para salir de los aprietos.

145. La gente puede fácilmente hacerme cambiar de idea aún cuando yo piense que ya he tomado una decisión.

146. Algunos han tratado de vencerme, pero tengo la voluntad de sobreponerme a ellos.

147. Mis padres, a menudo, me decían que no era bueno.

148. Generalmente hago enojar a la gente mandoneándola

149. Tengo un gran respeto por aquellos que tienen autoridad sobre mí.

150. Casi no tengo vínculos estrechos con nadie.

151. La gente me ha dicho en el pasado que me interesaba y me excitaba demasiado por demasiadas cosas.

152. El año pasado he volado treinta veces a través del Atlántico.

153. Creo en el dicho: "El que temprano se acuesta, temprano se levanta".

154. Me merezco el sufrimiento que he padecido en mi vida.

155. Mis sentimientos hacia las personas importantes de mi vida a menudo han oscilado entre el amor y el odio.

156. Mis padres siempre discutían entre ellos.

157. En ocasiones he tomado diez o más vasos de bebida alcohólica sin emborracharme.

158. En las reuniones sociales estoy casi siempre muy tenso y cohibido.

159. Tengo una opinión positiva de las reglas, porque son una buena guía a seguir.

160. Desde que era niño he estado perdiendo contacto con el mundo real.

161. Raramente siento algo en forma intensa.

162. Solía ser realmente incansable, viajando de aquí para allá, sin tener idea dónde terminaría.

163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.

164. Mucha gente despreciable trata de sacar crédito de cosas que yo he hecho o he pensado.

165. Me irrita mucho que me exijan hacer las cosas a su manera y no a mi modo.

166. Tengo la habilidad de ser exitoso en la mayoría de las cosas que hago.

167. Últimamente me siento destruido.

168. Parece que incito a la gente que me ama a que me hiera.

169. Nunca he tenido pelos, ni en la cabeza, ni en el cuerpo.

170. Cuando estoy con otros me gusta ser el centro de atención.

171. La gente a la cual he admirado mucho al principio, siempre ha terminado por desilusionarme.

172. Soy la clase de persona capaz de ir a cantarle cuatro verdades a cualquiera.

173. Prefiero estar con gente que me proteja.

174. He tenido muchos períodos en mi vida en que me sentía tan alegre y gastaba tanta energía, que luego me deprimía.

175. He tenido dificultades en el pasado para dejar de consumir drogas o alcohol.