



Sistematización de dos casos clínicos de Trastorno Límite de la
Personalidad

Prof. Dr. Andrés F. López Pell

Lic. María Romina Leardi

Especialista en Terapia Cognitiva

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Septiembre 2018

Índice

Resumen.....	2
Introducción	3
Trastornos de la personalidad	7
Criterios Diagnósticos ICD-10.....	10
Criterios Diagnósticos DSM IV.....	10
Tabla Trastorno Límite de la Personalidad, en base a Arntz (2005).	12
Conceptualización de caso Fabiana	13
Conceptualización de caso Matías	16
Caso Fabiana	19
Descripción del caso	19
Tratamiento	19
Caso Matías.....	28
Descripción del caso:	28
Tratamiento.....	29
Conclusión	34
Técnicas	39
Referencias.....	46

Resumen

Este trabajo tuvo como objetivo describir el recorrido realizado en la Especialización en Terapia Cognitiva. Se realizó mediante la sistematización de dos casos clínicos, Los casos elegidos se seleccionaron por compartir como trastorno de base el Trastorno Límite de la Personalidad, aunque difieren en sus tipos. Durante la formación se fue adquiriendo mayor precisión al momento de diagnosticar, como también mayor precisión en la implementación. A partir de esto se puede evidenciar como la formación teórica, el entrenamiento en las técnicas cognitivas y la supervisión incidieron y fomentaron las buenas prácticas en el desempeño como terapeuta.

Introducción

Este trabajo tiene como finalidad dar cuenta del recorrido realizado en la Especialización en Terapia Cognitiva. La metodología elegida para este fin es la de Sistematización, entendida como un proceso de reflexión y análisis crítico de las experiencias por parte del propio actor. En este tipo de metodología el propio sujeto puede identificar los aciertos y errores de los proyectos, de los participantes y los elementos claros que lo llevó a un determinado resultado. (López Pell & Kasanzew, 2007)

Como objetivo, me propuse analizar y describir la práctica clínica realizada durante la carrera con la finalidad de revisar las intervenciones realizadas en los diferentes casos y así reflexionar para mejorar las mismas. Para ello haré un recorrido desde el ingreso a la carrera hasta la finalización, delimitando como objeto de estudio dos casos clínicos trabajados durante las prácticas.

Mis primeros pasos en la vida profesional se dieron al mismo tiempo que realicé la especialización. En primera instancia debí posicionarme en cómo entendía un proceso psicoterapéutico y lo hice desde su concepción más actual.

Fernández Álvarez (2011) lo define como “conjunto amplio y diversificado de procedimientos psicológicos destinados a brindar ayuda a las personas cuyo sufrimiento tiene origen en un padecimiento innecesario o discordante con las expectativas correspondientes a la evolución dentro de un marco cultural determinado” (p. 13)

Se partió de esta concepción de psicoterapia y teniendo en cuenta los factores comunes de la misma representados en 5 dominios: el modelo genérico; la alianza terapéutica; el

modelo transteórico de cambio; las habilidades de ayuda y el modelo de supervisión basado en el desarrollo. Un gran aporte durante mi tramo formativo en la carrera de especialización fue el que hace referencia a las habilidades de ayuda (formación y entrenamiento), en el cual el foco se centra en el terapeuta y en la capacidad de éste para poder adquirir habilidades de las que pueda hacer uso en distintos niveles y esferas de la práctica (Hill & O'Brien, 1999). La formación supone varios niveles: la instrucción o formación teórica, el modelado a través de ejemplos vicariantes y la práctica clínica en contextos reales con una devolución de cómo el entrenado se desempeña y otro es la supervisión acorde al espíritu de unificación de la psicoterapia. Desde esta concepción de entender la supervisión lo que se busca es el desarrollo del supervisado, teniendo dos notas sobresalientes: el enfoque de la supervisión ésta puesta en el supervisado, en sus requerimientos y necesidades y no tanto en las intervenciones y en seguir el ejemplo del supervisor y además la propuesta de un esquema de supervisión basado niveles del desarrollo del supervisado (Fernández Álvarez, 2011). Al insertarme en la vida profesional, si bien contaba con las competencias adquiridos en la carrera de grado, consideraba que necesitaba adquirir otras más específicas de la terapia cognitiva. Teniendo en cuenta la pirámide de Miller (1990), donde se muestra la estructura de especificidad para la adquisición de competencias en una técnica, los parámetros que el autor plantea son: Primero se debe dominar el conocimiento teórico, es decir los fundamentos, las indicaciones y contraindicaciones, los procedimientos y las formas de ejecución y las posibles complicaciones de la habilidad; en segundo lugar al nivel anterior se suma haber visto cómo otra persona ejecuta la habilidad en cuestión; en tercer lugar el alumno debe ejecutar y poner en práctica la habilidad con supervisión y en cuarto lugar debe el alumno lograr la autonomía sin necesidad de supervisión.

Debido a esto es que en el transcurso de la carrera de especialización se utilizaron los métodos de evaluación propuestos por Miller (1990). Tanto en la figura 1 como en la 2 se pueden observar los niveles y sus correspondientes estrategias de evaluación

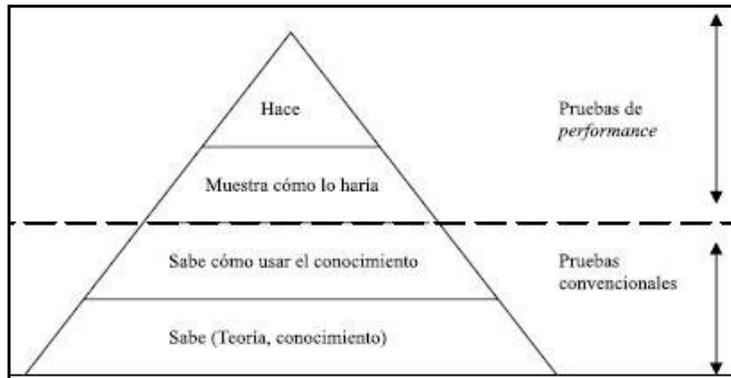


Figura 1: Tipos de evaluación acorde con los Niveles de competencia de Miller (1990)



Figura 2: Recomendaciones sobre formas de evaluación acorde con los Niveles de competencia de Miller (1990)

Al iniciar y tomar contacto con las distintas técnicas, empecé a encontrar dificultades para aplicarlas en los casos tanto de formación como reales. La técnica que mayor

complejidad revestía era flecha descendente (ver anexo video), si bien tenía el conocimiento teórico del proceso y del modo de ejecución, al momento de tener que implementarla tenía dificultades en poder en un primer momento llegar a que el paciente estuviera en la emoción necesaria para intervenir, luego en su sostenimiento. El docente a cargo, también me hizo sugerencias de mi postura corporal, brindándome herramientas para la correcta aplicación de la misma. Luego de varios ensayos, y del monitoreo de mis propias intervenciones más las indicaciones de los profesionales, logré adquirir las competencias necesarias para la implementación. También, fui adquiriendo más precisión a la hora de conceptualizar los casos, a partir de la formación recibida, pudiendo ser más precisa y certera en los diagnósticos, las hipótesis sobre las diferentes problemáticas fueron más certeras con la experiencia, todo confirmado por diferentes test psicológicos. A través de los distintos trabajos de conceptualización realizados en la práctica real, más los trabajados en forma áulica, incidió a lograr mayor agudeza clínica.

Trastornos de la personalidad

Los rasgos de personalidad desde el DSM- IV-TR (American Psychiatryc Association, 2002) son considerados como patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar. Se convierten en trastornos de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y se apartan acusadamente de la cultura del sujeto, tienen su inicio en la adolescencia o al inicio de la edad adulta, son estables en el tiempo y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. Beck, et.al (2005) describen a los rasgos de la personalidad como expresiones abiertas de los esquemas.

Millon (1998) describe a los Trastornos de Personalidad como un estilo de relacionarse, de comportarse, de pensar y de afrontar dificultades, lo que es en definitiva una forma especial de personalidad patológica, suponen para los que los padecen una fuente de conflictos relacionales permanente ya que tienen como características centrales:

1. Poca estabilidad, tanto emocional como cognitiva, lo que conlleva rápidos y frecuentes cambios de humor e interpretaciones distorsionadas de la realidad
2. Inflexibilidad adaptativa en las relaciones interpersonales y con el entorno, con gran dificultad para reaccionar de manera modulada en función de las circunstancias, enfrentarse al estrés o reaccionar adecuadamente ante la frustración.
3. Tendencia a entrar en círculos viciosos o autodestructivos a consecuencia de las grandes limitaciones de su personalidad en las capacidades de adaptación al entorno.

Beck et al (2005) describen los trastornos de la personalidad, partiendo de la hipótesis que los prototipos de nuestras pautas de la personalidad podrían derivarse de la herencia filogenética. Aquellas estrategias genéticamente determinadas son las que facilitaron la supervivencia y la reproducción, se presupone que fueron favorecidas por la selección natural. Centrarón inicialmente su teoría, en la formación de los procesos de la

personalidad y la operación de los mismos, puestos al servicio de la adaptación. En los síndromes sintomáticos trastornos de la personalidad pueden advertirse derivados de esas estrategias primitivas.

Siguiendo el pensamiento de estos autores, se entiende que ante una determinada situación, antes que la puesta en marcha de las estrategias primitivas va a procesarse la información, incluyendo los procesos afectivos. Todo esto depende de los esquemas que son unidades fundamentales de la personalidad. En los trastornos de la personalidad, se expresan las creencias disfuncionales típicas (tienen su origen en la interacción de la predisposición genética del individuo expuesto a influencias que son indeseables de otras personas y hechos traumáticos específicos) y las estrategias mal adaptadas hacen a los individuos sensibles a experiencias que inciden en su vulnerabilidad cognitiva, que es de características extremas, rígidas e imperativas.

En los trastornos de la personalidad, las estrategias se encuentran híper desarrolladas en detrimento de otras que se encuentran infra desarrolladas. Según López Pell, et al (2005), tomando lo planteado por Gilbert (1989) en relación a las estrategias y a que la selección natural ha generado algún tipo de ajuste entre la conducta programada y las exigencias del ambiente, plantean la inadecuación entre el ambiente y las estrategias adaptativas automáticas, se producen ya que el primero ha cambiado con mayor rapidez que las estrategias adaptativas automáticas.

Millon (2002) entiende la normalidad y la patología como conceptos relativos, como puntos representativos dentro de un continuo, no como categorías nominales discretas. Estos dos tipos de personalidades comparten los mismos principios y mecanismos de desarrollo y son esencialmente las mismas en cuanto a los rasgos básicos que las componen.

Siguiendo a la teoría de Millon, se entiende por personalidad normal a los estilos distintivos de adaptación que resultan eficaces en entornos normales. Se caracteriza porque tiene capacidad para relacionarse de manera flexible y adaptativa con su entorno: la percepción sobre sí mismo y su entorno son esencialmente constructivistas y los estilos que caracterizan su conducta son promotores de salud. En tanto que los trastornos de la personalidad se caracterizan por tener un estilo de funcionamiento inadecuado, a los que se les pueden atribuir desequilibrios, deficiencias y conflictos en la capacidad para relacionarse en el medio habitual. La personalidad con trastornos se caracteriza por afrontar las relaciones cotidianas con inflexibilidad y conductas desadaptativas; la percepción que tiene sobre sí mismo y sobre el entorno es frustrante y los patrones predominantes de conducta tienen efectos perniciosos sobre la salud. (Cardenal, et al, 2007).

En el DSM IV, los trastornos de la personalidad se clasifican en tres clústeres, teniendo en cuenta la similitud de sus características:

El clúster A reúne a los trastornos paranoide, esquizotípico y esquizoide, Los sujetos que suelen padecer este tipo de trastornos se caracterizan por ser raros o excéntricos.

El clúster B agrupa a los trastornos: antisocial, límite, histriónico y narcisistas Los sujetos se caracterizan por ser emotivos, inestables y dramáticos.

El clúster C incluye los trastornos por dependencia, obsesivo compulsivo y por evitación. Lo que distingue a los sujetos es que suelen parecer ansiosos o temerosos.

Se hará referencia a la descripción del Trastorno Límite de la Personalidad, debido a que los casos trabajados comparten dicho trastorno. En el DSM IV, es definido como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la afectividad y la autoimagen además de una evidente impulsividad. El comienzo se da al principio de la adolescencia y se manifiesta en distintos contextos.

Criterios Diagnósticos ICD-10

Según el ICD-10 (F60.3T), los criterios diagnósticos son los siguientes:

Inestabilidad emocional de la personalidad: Marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin anticipar las consecuencias de las acciones, junto a un estado de ánimo inestable y caprichoso. Frecuentes arrebatos de ira que conducen a actitudes violentas o manifestaciones explosivas que se desencadenan con facilidad por pequeñas frustraciones o críticas.

Dos variantes: F60-30 Inestabilidad emocional en P. de tipo Impulsivo — Inestabilidad emocional. — Ausencia de control de impulsos. Explosiones de violencia y comportamiento amenazante ante críticas o frustraciones, a veces mínimas. Incluye – T. Personalidad Explosiva. Excluye – Antisociales. F60-31 Inestabilidad emocional de Personalidad tipo límite Varias de las características de inestabilidad emocional “con confusión”: — Imagen de sí mismo. — Objetivos y preferencias internas (incluyendo sexuales). — Facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables repetidas. — Sucesión de amenazas suicidas o actos autoagresivos.

Criterios Diagnósticos DSM IV

DSM – IV: 301.83 Patrón continuo de inestabilidad en las relaciones interpersonales, autoimagen y afectos con marcada impulsividad que comienza al final de la adolescencia y aparece en una gran variedad de contextos, indicado por al menos 5 de los siguientes: 1. Francos esfuerzos para evitar ser abandonados (real o imaginariamente).

2. Patrón de relaciones emocionales intensas e inestables con alternancia entre la idealización y la devaluación de los mismos.

3. Identidad caracterizado por una idea o imagen de sí mismos inestable y poco cohesiva.

4. Impulsividad en al menos dos de las siguientes áreas con la posibilidad de resultar en un daño para el sujeto: (ej. gastos, sexo, abuso sustancias, conducir peligrosamente, atracones comida).
5. Comportamiento suicida recurrente, amenazas, comportamiento autoagresivo, automutilante.
6. Inestabilidad afectiva, marcada reactividad (disforia, inestabilidad o ansiedad). Sentimientos crónicos de vacío.
7. Rabia intensa, incontrolada o dificultades para controlarla.
8. Síntomas psicóticos transitorios, relacionados con stress (carácter referencial-paranoide) no estructurado o síntomas disociativos.
9. El diagnóstico no se puede hacer antes de los 18 años.

Tabla Trastorno Límite de la Personalidad, en base a Arntz (2005).

PERFIL COGNITIVO		
Concepción de sí mismo	Vulnerable -al rechazo, a la traición, a la dominación-. Carente de un apoyo emocional que necesita. Privado de capacidad y fuerza. Fuera de control. Defectuoso. Imposible de amar. Malo.	
Concepción de los demás	Idealizados: capacitados, dignos de amor, perfectos. Devaluados: controladores, traidores, que abandonan, que rechazan.	
Principales Creencias	Supuestos claves	'El mundo es peligroso y malo'. 'Soy impotente y vulnerable'. 'Soy intrínsecamente inaceptable'.
	Otros supuestos	'Si me fio de alguien, me maltratará y abandonará'. 'Lo peor que le puede pasar a uno es que lo abandone'. 'Me resulta imposible controlarme a mí mismo'. 'Merezco que me castiguen'. 'No puedo manejarme solo'. 'Necesito alguien en quien confiar'. 'No puedo soportar los sentimientos desagradables'.
Características Cognitivas	Alto nivel de vigilancia. Desconfianza interpersonal excesiva. Pensamiento dicotómico. Débil sentido de identidad.	
Estrategias sobredesarrolladas	Subyugar las propias necesidades para mantener la relación. Protestar teatralmente, amenazar y ser violento con aquellos que den signos de un posible rechazo. Aliviarse a través de la autolesión y la conducta autodestructiva. Intentar el suicidio como una forma de escape.	
CURSO DE TRATAMIENTO		
Objetivos		Técnicas
Aumentar la colaboración inicial	Desarrollar una relación personal intensa entre terapeuta y paciente	Enfoque 'reparental': Desarrollar con el paciente un apego seguro como corrección de lo que sucedió en la infancia, dándole medios para contactar con el terapeuta cuando se halle emocionalmente necesitado. Esto les ayuda a rechazar la creencia de que a nadie le importan, y que la expresión de sentimientos negativos será respondida con castigos y abandono. Mantener una postura activa y educativa, no moralista, pero capaz de explicar por qué ciertas posturas y concepciones son más sanas que otras. Práctica confrontacional: (1) Expresar empáticamente lo que el terapeuta piensa acerca de por qué se escoge determinada estrategia disfuncional; (2) confrontar con los efectos negativos de la estrategia y la continuación del trastorno; (3) formular explícitamente una nueva estrategia alternativa funcional para pedirle después al paciente que la siga.
	Enseñar a tolerar y aceptar las sensaciones negativas	Hablarles y escucharles con plena aceptación en sus momentos de crisis.
	Prevenir el abandono precoz de la terapia	Llamar al paciente cuando no se presente a las sesiones, preguntarle qué razones tiene para abandonar y adaptarse a lo que el paciente necesita.
Planificar la terapia ordenando jerárquicamente, según prioridad, cada tema a trabajar		Enfoque jerárquico: planificar la terapia estableciendo una jerarquía de los temas a tratar: 1º temas sobre actitudes que significan una amenaza para la vida; 2º relación terapéutica; 3º temas sobre actitudes que llevan a la autolesión; 4º otros temas, trabajo sobre los esquemas y procesos de trauma.
Manejar las crisis	Contrarrestar las creencias negativas del paciente acerca de la experiencia de las emociones	Adoptar, por parte del terapeuta, una postura sosegada y acogedora, escucharle de forma empática, preguntarle cómo se siente y qué interpretación hace de lo que le ocurre, validando sus sentimientos. Asimismo, preguntar directamente por ideas y pensamientos autopunitivos y contrarrestarlos.
	Prevenir empeoramientos, autolesiones, abuso de sustancias	Disponibilidad del terapeuta: Darle al paciente algún medio para comunicarse, permite realizar una intervención temprana y ayudar así a reducir a necesidad de hospitalización. En muchos casos, una escucha empática y hablar con el paciente por teléfono acaba con la crisis en cuestión de minutos.
Establecer límites		Limitar conductas inaceptables como aquellas que traspasan la frontera de la integridad del terapeuta y las acciones peligrosas. Mencionar las razones de la imposición de límites, refiriéndose siempre a la conducta del paciente y no criticar su carácter.
Técnicas cognitivas	Desvelar esquemas subyacentes	Llevar un diario de emociones, pensamientos y conductas para poder comprender las propias emociones, pensamientos y conductas.
	Combatir el pensamiento dicotómico	Aumentar la conciencia del paciente acerca de este estilo de pensamiento y sus implicaciones negativas, y luego realizar ejercicios estructurados para desarrollar un estilo de pensamiento más adaptativo.
	Aplicar los esquemas alternativos aprendidos en terapia	Tarjetas educativas: En una cara se describe el razonamiento patógeno y el esquema activado, lo que causa determinada emoción. En la otra, la visión sana, junto con una manera funcional de manejar los problemas.
Técnicas experienciales	Modificar los recuerdos infantiles dolorosos en cuanto esquemas	Reescritura del pasado y 'role play' histórico: Se toma un sentimiento negativo presente como puente mnemónico para llegar a un recuerdo infantil que el paciente imagina con los ojos cerrados, y así intervenir en dicha escena.
	Expresar libremente sentimientos y opiniones sobre las figuras punitivas	Técnica de la silla vacía: Se representan simbólicamente a los cuidadores punitivos o personas amenazadoras del presente para que, terapeuta y/o paciente, puedan expresar lo que sienten y opinan sobre ello.
	Aprender a tolerar las emociones negativas	Técnicas de exposición: Ejercicios de escritura -de una carta al antiguo maltratador- y modelar verbalmente la expresión de la ira.
Técnicas conductuales	Aprender habilidades interpersonales	'Role plays' o escenificación: Normalmente, el terapeuta comienza por modelar la expresión de la asertividad.
	Reforzar los nuevos esquemas y estrategias	Experimentar con nueva conducta: Se le pide al paciente que ponga en práctica las nuevas conductas aprendidas.

Conceptualización de caso Fabiana

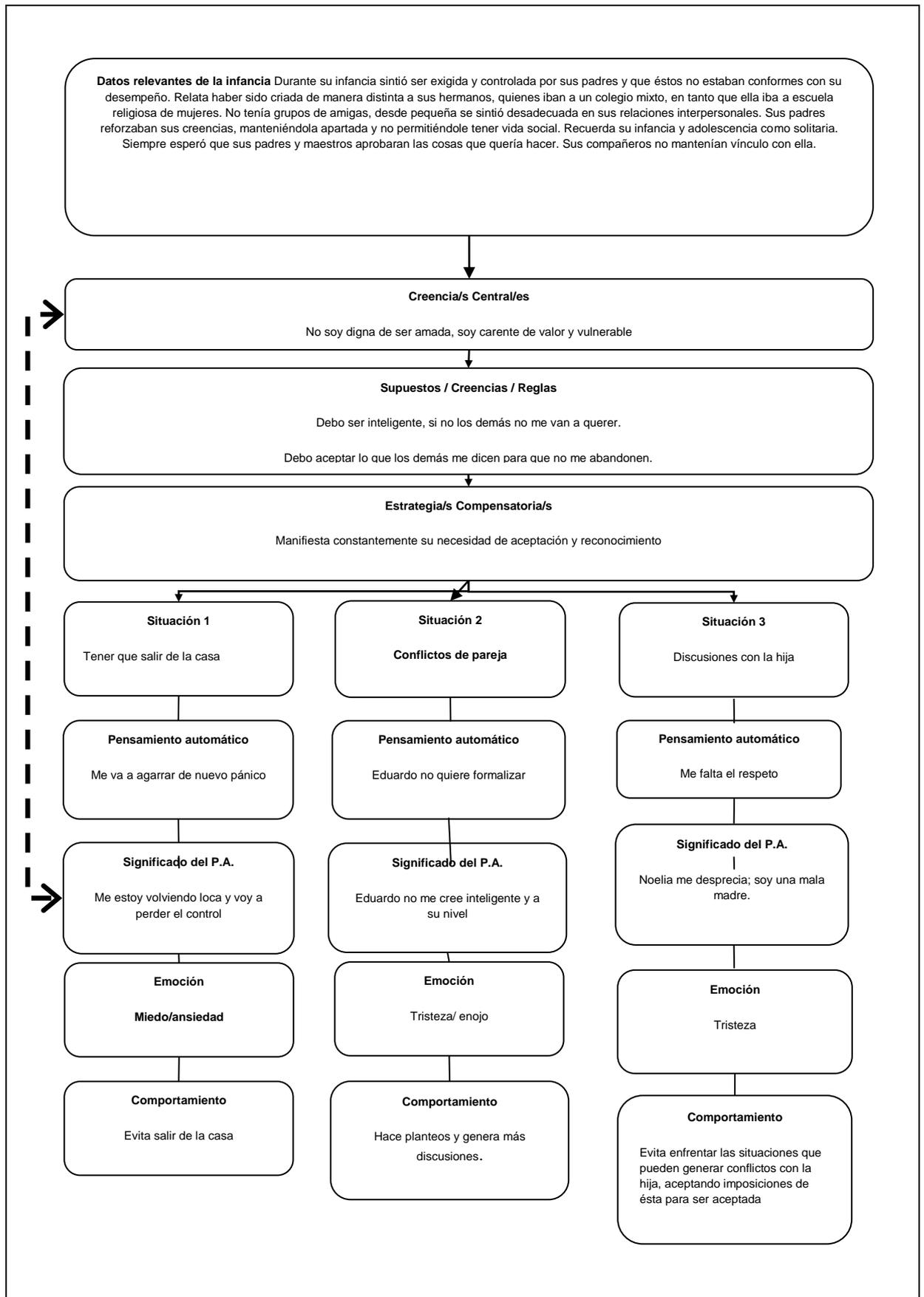


Diagrama de conceptualización cognitiva, Beck (2000, p.177)

Diagrama de formulación inicial de caso y plan de tratamiento de Persons (2008).

Nombre y otros datos identificatorios:

A) Lista de problemas

1. Miedo a Sufrir Ataques de pánico
2. Peleas con la hija.
3. Relación conflictiva con la pareja
4. Inadecuación en las relaciones interpersonales

B) Diagnóstico

Eje I: **F31.41.0**. Trastorno bipolar I, grave sin síntomas psicóticos.

F41.0. Trastorno de angustia sin agorafobia

Eje II: **F60.31**. Trastorno límite de la personalidad.

Eje III: Enfermedades endocrinas (**E00-E90**)

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Problemas económicos

Eje V: 55 (EEAG)

C) Hipótesis de trabajo

H1: Modificando el pensamiento automático catastrófico, las sensaciones corporales displacenteras disminuirán (Trastorno de angustia).

H2: Reconociendo las emociones y los pensamientos asociados, podrá someterlos a una discusión lógica en busca de alternativas a su manera de evaluar las situaciones (Trastorno Bipolar I).

H3: Adquiriendo habilidades sociales adaptativas, podrá incrementar y mantener vínculos sociales y familiares estables, lo que cambiara la visión que tiene de si misma. (Trastorno Límite de la Personalidad).

Al menos tres situaciones problemáticas típicas, con sus pensamientos automáticos, emociones, conductas y significado que les da (Beck).

Miedo a sufrir ataques de pánico. P.A: Si salgo a la calle puedo sentirme mal y me va a dar pánico. Emoción: Miedo y ansiedad. Conducta: evita salir de la casa. Significado: me estoy volviendo loca.

Conflictos con la pareja. P.A: Eduardo no quiere formalizar. Emoción: tristeza y enojo. Conducta: hace planteos relacionados a como se siente y genera más discusiones. Significado: Eduardo no me considera a su nivel.

Discusiones con la hija: P. A: Noelia no me respeta como madre. Emoción: Tristeza. Conducta: evita enfrentar situaciones conflictivas, aceptando las imposiciones de la hija. Significado: Noelia me desprecia.

C1) Creencias Intermedias (supuestos y estrategias): Debería ser más culta; no debería sentirme mal; debería saber comportarme socialmente.

C2) Creencias nucleares con respecto a:

- a) sí mismo: No valgo lo suficiente
- b) los otros; Son dignos de ser queridos
- c) la vida: es muy compleja, cansadora
- d) el futuro: impredecible y peligroso

C3) Orígenes de estas creencias: En la infancia pensarse distinta a los hermanos; necesidad de reconocimiento por parte de los padres: falta de vínculos sociales por inadecuación; poca estabilidad laboral; relaciones de pareja violentas, vínculo con la hija inestable.

C4) Precipitantes (y si es un trastorno crónico, qué precipitó la consulta): Lo que llevo a la consulta es la imposibilidad de salir sola, porque sufría ataque de pánico.

C5) Situaciones activadoras

C6) Resumen de la Hipótesis de Trabajo: Disminuyendo en primer lugar la sintomatología del ataque de pánico la paciente podrá en un primer momento sentirse con mayores recursos. De esta manera se logrará abordar otras áreas problemáticas con el fin de poder modificar las creencias nucleares desadaptativas.

D) Fortalezas y ventajas del paciente: La paciente presenta como fortalezas la predisposición al cambio, la aceptación de sus dificultades, la perseverancia y constancia. Como desventajas se encuentra la impulsividad, la baja tolerancia a la frustración, la visión de sí misma como carente de recursos, la impulsividad.

E) Plan de Tratamiento

E1. Objetivos y cómo se los medirá: Disminuir la sintomatología de los ataques de pánico. Se aplicará el tratamiento para el ataque de pánico. Reducir los conflictos con la pareja y la hija. Se medirá a través de auto registros diarios. Favorecer la autonomía, se medirá a partir del cumplimiento de las tareas intersesión. Reconocimiento de recursos, a través de listados y la adquisición de nuevas maneras de comportamiento.

E2. Formato y frecuencia: El proceso terapéutico se estructurará bajo el marco cognitivo conductual. La sesión tendrá una duración de 45 minutos, la frecuencia será de una sesión semanal, en caso de ser requerido podrá ser mayor.

E3. Intervenciones que se utilizarán: Psicoeducación; Ejercicios interoceptivos. Restructuración cognitiva. Exposición sistemática- Ejercicios de relajación (Jacobson). Tareas de afrontamiento. Registro de pensamientos automáticos Técnicas de afrontamiento; aplicar esquemas alternativos Modificar el pensamiento dicotómico. Aprender nuevas habilidades interpersonales. Reforzamiento de los nuevos esquemas y conductas.

E4. Otros tratamientos que hacen falta: Tratamiento psiquiátrico: tratamiento endocrinológico.

E5. Obstáculos que se anticipan en el curso de la terapia:

Conceptualización de caso Matías

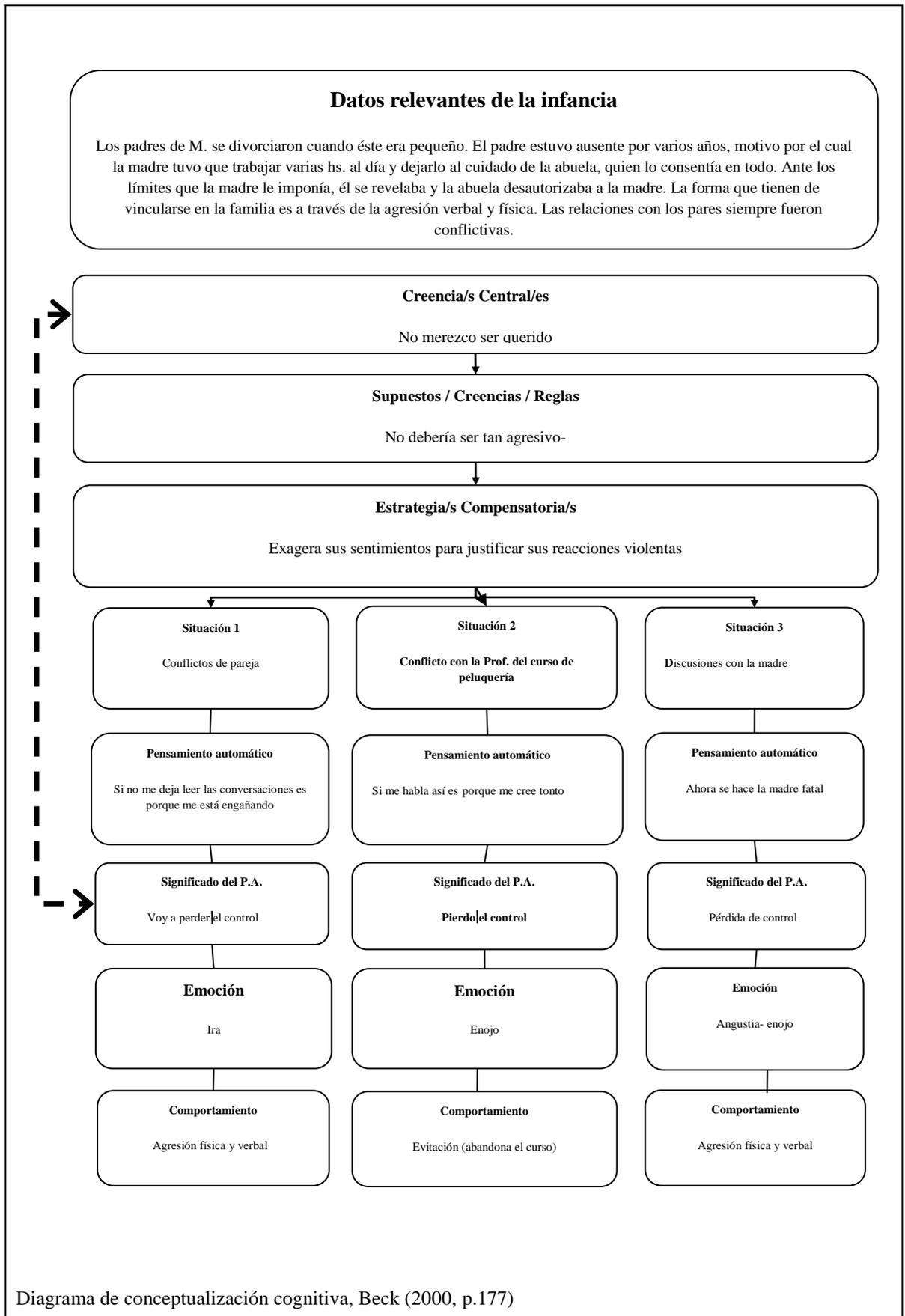


Diagrama de formulación inicial de caso y plan de tratamiento de Persons (2008).

Nombre y otros datos identificatorios:

A) Lista de problemas

1. Discusiones con la pareja
2. Conflictos familiares
3. Baja tolerancia a la frustración
4. Celos
5. Manera impulsiva de reaccionar

B) Diagnóstico

Eje I:

Eje II: F60.31. Trastorno límite de la personalidad.

Eje III:

Eje IV: Problemas económicos

Eje V: 70 (EEAG).

C) Hipótesis de trabajo

Al menos tres situaciones problemáticas típicas, con sus pensamientos automáticos, emociones, conductas y significado que les da (Beck).

H1: Reconociendo las situaciones activadoras y los pensamientos automáticos, podrá superar el descontrol conductual (Trastorno Límite de la Personalidad).

H2: Reconociendo sus logros, podrá cambiar la visión negativa de sí mismo (Trastorno Límite de la Personalidad).

H2: Modificando su forma conductual de reaccionar a los conflictos, podrá mantener relaciones interpersonales más saludables (Trastorno Límite de la Personalidad).

C1) Creencias Intermedias (supuestos y estrategias): Debería tener más control sobre mí; no deberían juzgarme de esta manera.

C2) Creencias nucleares con respecto a:

- a) sí mismo: no valgo la pena como para ser querido y aceptado

b) los otros: son personas que te pueden traicionar y abandonar

c) la vida: es incontrolable y perturbadora.

d) el futuro: es incontrolable

C3) Orígenes de estas creencias: separación de los padres y ausencia del padre por varios años. Sobre sí mismo: comentarios de la familia respecto a su comportamiento.

C4) Precipitantes (y si es un trastorno crónico, qué precipitó la consulta): La manera en que se relaciona con los demás y las constantes reacciones de ira.

C5) Situaciones activadoras: límites en la casa, celos, desconfianza.

C6) Resumen de la Hipótesis de Trabajo: Primero se trabajará con el emergente de las reacciones violentas para luego poder abordar a las estructuras más nucleares y empoderar al paciente de nuevas formas de afrontamiento y manera de evaluación de las situaciones.

D) Fortalezas y ventajas del paciente: predisposición al cambio; aceptación de su problemática; constante interés de superación; capacidad de reflexión.

E) Plan de Tratamiento

E1. Objetivos y cómo se los medirá: Disminuir las reacciones violentas, Se medirá realizando autoregistros de las situaciones. Reconocimiento de las emociones y modificación de aquellas que producen reacciones desajustadas. A través del registro de las situaciones, pensamiento emoción y conducta. Reforzar las conductas aprendidas en la terapia.

E2. Formato y frecuencia: EL proceso psicoterapéutico se llevará a cabo en el formato de la terapia cognitivo conductual. Con una frecuencia de una vez por semana con una duración de 45 minutos. EL paciente realizará tareas inter sesión

E3. Intervenciones que se utilizarán: Psicoeducación Técnica tiempo fuera. Refuerzos positivos verbales. Interrogatorio socrático, Refutación.

E4. Otros tratamientos que hacen falta

E5. Obstáculos que se anticipan en el curso de la terapia: El paciente tiene una actitud hipervigilante y de control; tiene baja tolerancia a la frustración y resistencia a los límites.

Caso Fabiana

Descripción del caso

El primer caso al que hare referencia es al llamado “Caso Fabiana”. La paciente consulta por ataques de pánico, en el año 2014. Si bien es una paciente con adherencia al tratamiento y donde la alianza terapéutica es fuerte, durante el transcurso del mismo no ha sufrido ni impasse ni rupturas, su patología de base trastorno límite de la personalidad comórbido con un trastorno bipolar y trastorno de ataque de pánico más deterioro cognitivo que presenta (evaluación neuropsicológica de Favaloro más la mía) dificultaba a veces el mismo. Uno de los errores que detecté en mi intervención, en un primer momento fue que me costó adaptar el enfoque al nivel cultural y de funcionamiento cognitivo de la paciente. Otra de las dificultades que detecté fue mi adherencia estricta al manual del tratamiento de ataque de pánico. Si bien la paciente presentaba episodios de ataques de pánico, había otras distorsiones de la realidad que hacían que se comportara de la manera que lo hacía. Una vez detectadas y modificadas estas formas de intervenir, la paciente empezó a mostrar mejorías, siempre fijando objetivos acordes a ella. Si bien fue un tratamiento largo y con altibajos por los estados de ánimo de la paciente, ha tenido grandes cambios y logros terapéuticos, entre ellos: la disminución de la sintomatología, la autonomía y la independencia en las relaciones; el reconocimiento de sus fortalezas, la mejora de las habilidades sociales.

Tratamiento

Al iniciar tratamiento, la primera intervención fue orientada a la disminución de la sintomatología panica (sudoración, taquicardia, miedo a morir), por un lado, utilicé los ejercicios interoceptivos y posteriormente psicoeducación sobre los pensamientos automáticos distorsionados. En primera instancia decidí utilizar una técnica conductual

para poder estabilizar a la paciente y así poder utilizar técnicas cognitivas, ya que en el estado que se encontraba era difícil su aplicación. Como tareas inter-sesión, la paciente realizaba auto registros de estos pensamientos, aprendiendo a diferenciar qué sentía y qué pensaba. Las tareas intersesión, son un concepto introducido por la Terapia racional emotiva conductual (TREC), tienen como objetivo optimizar el tratamiento y también permite monitorear la adherencia al modelo terapéutico y al tratamiento. Tienen como requisito resultar un desafío para el paciente, estar en concordancia con los objetivos terapéuticos y tienen que ser revisadas al comienzo de la sesión. Además, propician el proceso de generalización de lo aprendido en la terapia, trasladándola a la vida cotidiana. Si estas tareas no son realizadas, el terapeuta debe indagar por qué sucedió. Las tareas se dan por lo general al final de la sesión se revisan al comienzo de la siguiente sesión. (Lega et al., 1997). También hice psicoeducación sobre el modelo terapéutico, con el fin de generar adherencia al tratamiento. La paciente a pesar de ciertas limitaciones personales, en cuanto a la visión que tenía de las situaciones, del poco apoyo familiar y social, realizó un tratamiento, podría decir exitoso como resultado de su adherencia y predisposición al cambio.

En el momento que la paciente comienza el tratamiento estaba finalizando la escuela secundaria, en un colegio de adultos en el turno noche. Tuvo varios intentos de abandono, por su temor a que algo malo le sucediera en el camino, (ej., robo). En estos momentos no solo tenía temor de ir al colegio, requería que sus compañeros la acompañaran en el colectivo, sino que tampoco casi salía de su casa. Para poder modificar las distorsiones, lo hice a través de la técnica de refutación, acá particularmente tuve que adecuar mi manera de aplicarla, quizá por momentos parecía hostil, esto fue también una indicación hecha por el docente en la especialización y que pude observar en los videos, donde aplicaba la técnica en casos simulados como parte

de la práctica de la carrera de especialización. Como tarea intersesión, la paciente realizaba el registro de pensamientos automáticos. Luego de tres semanas aproximadamente, la paciente ya no presentaba la sintomatología y podía asistir a la escuela sin dificultades. Durante el transcurso de estas semanas implementé la técnica de exposición, de manera gradual donde tenía que exponerse a salir sola, primero fue de día y tenía que llegar hasta una plaza que estaba a dos cuadras de la casa, la primera vez no pudo realizarlo, así que en la siguiente sesión trabajé mediante el interrogatorio socrático, los pensamientos distorsionados. Luego de esa sesión puedo empezar a salir sola de su casa de manera paulatina en cuanto a las distancias recorridas, llegando al momento de poder ir y volver sola al colegio.

Del motivo de consulta original se fueron desprendiendo otros objetivos terapéuticos, fortalecer su autoestima, las relaciones sociales, generar habilidades sociales.

La paciente, siempre mantuvo relaciones de pareja que eran violentas verbal y físicamente. Su actitud hacia ellas era de sumisión y consideraba que no tenía recursos para poder estar sola, o en caso de estar en pareja, que esta sea “sana”, es por esto que muchas veces elegía estar con hombres porque necesitaba sentirse acompañada. Además de lo afectivo, buscaba apoyo económico en sus parejas, ya que su situación económica era complicada. Esto último fue motivo por el que decidí atenderla sin cobrarle durante algunas sesiones, pero una vez que se estabilizó económicamente, abonó todas las consultas a pesar de que habíamos acordado otra cosa. Esto lo tomé como un indicador de su adherencia y compromiso al tratamiento. Uno de los objetivos que se desprendió a partir de esta problemática, fue que empezara a reconocer en ella sus fortalezas y virtudes, para esto tenía que hacer listados con estas variables. Este tipo de tareas le resultaban dificultosas porque consideraba no tener ninguna, por la visión

que tenía de ella y porque estaba reforzada por lo que su hija y su pareja, de ese momento, opinaban sobre ella. La pareja de ese momento tenía control absoluto sobre ella, si bien por un lado la estimulaba a que estudiara y siguiera adelante, por otro la limitaba en sus relaciones sociales y la trataba peyorativamente. La paciente tomaba como verdaderas las palabras de su pareja y actuaba en consecuencia, sintiéndose siempre en una situación de inferioridad. Para poder modificar estas creencias, utilicé la técnica de refutación empírica e interrogatorio socrático. Psicoeduqué a la paciente en la técnica de refutación para que pudiera implementarla como tarea intersesión. Primero aprendió a detectar cuáles eran los supuestos para luego ver si estos eran verdaderos, falsos o no había evidencia de que fueran verdaderos o falsos. Si eran verdaderos debía aceptarlos en el caso de las otras dos opciones aprendió a refutarlos para poder desecharlos. De a poco la paciente empezó a aprender a no tomar como verdadero todo lo que le decían. Este fue uno de los objetivos que más dificultades le costó poder trabajar, dada la visión negativa que tenía de ella misma y la sobre valoración de los otros, sobre todo de su pareja a quien lo consideraba una persona culta, inteligente, y poseedor del conocimiento en todo lo que se refería a la manera en que uno debía comportarse, las formas en que debían hacerse las cosas, cómo se podía pensar y sentir, además de cuestiones relacionadas con el conocimiento cultural. En las primeras sesiones que trabajamos este tema, tuve que aprender a dejar de lado mis propios preconceptos, sobre cómo debía comportarse la paciente. Con la supervisión del caso, pude trabajar sobre esto y aprender a poder entender la concepción de ella. Igualmente monitoreaba mis intervenciones para no recaer en el mismo error. Esto fue un esfuerzo de mi parte, que no lo logre de un día para otro, por eso fue indispensable poder trabajarlo en la especialización.

A medida que se avanzó sobre este objetivo, se fue trabajando la misma temática sobre otras áreas de la vida de la paciente. Su visión negativa de sí misma la llevaba a retraerse en su vida social y en la manera que tenía para vincularse con su familia. Muchas veces se comportaba desadaptativamente y emocionalmente desregulada. El grado de vulnerabilidad era alto y su estado de ánimo oscilaba entre periodos de excitación, en los cuales se producían los mayores desajustes y periodos de ánimo deprimido, que si bien la llevaban a perder en cierto punto el interés por las cosas no corría riesgo alguno.

Con el correr del tiempo, la paciente empieza reconocer los recursos que poseía y a trabajar sobre el fortalecimiento de otros. Para esto utilicé listados y para favorecer las habilidades sociales se trabajó sobre buscar diferentes opciones sobre la evaluación de los hechos y las maneras en las que podía reaccionar. Lo primero que aprendió a detectar fueron los pensamientos automáticos distorsionados. A esta altura la paciente estaba entrenada en el modelo cognitivo, por lo que era más fácil el trabajo.

La paciente tenía la creencia de que las personas la dejaban de lado y que su manera de actuar no generaba conflictos, de manera paulatina y mediante técnicas cognitivas y conductuales, pudo empezar a registrar que en ocasiones sus reacciones quedaban desajustadas. A partir de esto se trabajó también sobre la detección y modificación de los pensamientos, creencias y conductas.

Esta problemática, atraviesa la manera en que se relaciona tanto con su hija, su familia de origen, su pareja y demás vínculos.

Como su círculo social era escaso, y para generar redes y trabajar las habilidades sociales, como sugerencia indiqué la posibilidad de realizar alguna actividad. Como la paciente tenía que realizar actividad física, por prescripción médica, empezó a realizar

Zumba. Rápidamente socializó con las compañeras y la incorporaron en el grupo invitándola cuando se juntaban. El novio de ese momento, si bien aparentaba apoyarla empezó a ponerle objeciones a que asistiera a las clases y reuniones. Por otro lado, empezó a sentirse desadecuada. La percepción que tenía de sí misma y de los demás, la hacían pensar que las compañeras la rechazaban y dejaban de hablarle. Ahí pude observar, las demandas (creencias intermedias). Estas por su carácter absolutistas, hacen que la paciente, infiera que los demás deberían comportarse de una manera determinada, al no suceder esto le genera malestar y se comporta de una manera inadecuada. Por lo general sus demandas eran en torno a su necesidad de sentirse incluida y escuchada. Estas creencias están sustentadas por la creencia nuclear de sentirse no valorada y querida (esto surge de la implementación de la técnica flecha descendente, que realicé al comienzo del tratamiento y que fue comprobada a lo largo del mismo)

A su vez, a medida que se trabajaba esto, se trabajó también la necesidad de la paciente de tener que estar siempre en pareja. Por un lado, sustentaba la imposibilidad de estar sola por considerar que no poseía recursos para poder desempeñarse en la vida, es por esta razón que ha mantenido relaciones afectivas que no eran sanas y que muchas veces reforzaban su sentimiento de inutilidad. Por otro lado, su precaria situación económica, la llevaba también a mantener las relaciones, ya que por lo general la ayudaban económicamente. En palabras de la paciente, su vida sexual por momentos ha sido promiscua, ocasionándole enfermedades de transmisión sexual. Una de las intervenciones que realicé, fue psicoeducar sobre este tema. También se enfocó el tratamiento, en empoderar a la paciente de recursos, fortaleciendo los que tenía y adquiriendo nuevos.

Con la pareja, tenía idas y vueltas lo que provocaba que la paciente se sintiera inestable y vulnerable, pasaba de etapas de manía a etapas de ánimo deprimido. Ya para el año 2016 la paciente contaba con recursos y toma la decisión de terminar la relación, porque consideraba que no le hacía bien. Durante todo el tratamiento utilicé las técnicas de refutación, interrogatorio socrático, refuerzo positivo de las conductas adecuadas, en los momentos más álgidos la acompañaba también por comunicación por whats app, como manera preventiva.

Otra área conflictiva, es la relación con la hija. La paciente para compensar su déficit en su función materna accede a todos los pedidos de la hija, quedándose muchas veces por ejemplo sin dinero para comer. La hija, mayor de edad, tiene un estilo de vida, en palabras de la paciente, totalmente diferente al de ella. Es inestable tanto en sus estudios como laboralmente. Tiene problemas de adicciones. En el año 2015 le comenta a Fabiana que mantiene un vínculo afectivo con una mujer. Esta situación movilizó mucho a Fabiana, haciendo que se replantee cómo había sido ella como madre. Trabajé sobre las creencias que tenía sobre lo que es la homosexualidad y posteriormente sobre la aceptación de la elección sexual de la hija. Esto llevo tiempo, fue una de las circunstancias que más la perturbó, porque se culpaba de haber sido mala madre. A partir de esto pude trabajar la autopercepción y también que pudiera empezar a cuestionar sus pensamientos automáticos y creencias intermedias, favoreciendo la flexibilidad. Particularmente, este momento del tratamiento, fue el que más frustración me generaba, porque no podía lograr el cambio esperado en el tiempo previsto. Esto me llevo a rever mis expectativas en cuanto al caso, lográndolo con la supervisión en la carrera de especialización.

La paciente trabajaba cuando llega a consulta como auxiliar en un colegio, pero se encontraba de licencia psiquiátrica. En el año 2016, el estado la jubila dejándola por unos meses sin el cobro de sus haberes. Esta fue una situación que la movilizó mucho y tuve que estar más atenta ya que hacía muy poco tiempo que ella había decidido finalizar la relación con el novio, quien la ayudaba económicamente. A partir de esta situación pude evaluar aquellos cambios que se habían ido generando en el transcurso del tratamiento, esto permitió reforzar algunas intervenciones referidos a los cambios más estructurales. Más allá de algunos ajustes necesarios, al observar cómo la paciente se comportaba en relación con esta situación, pude inferir que aprendió a evaluar las situaciones de manera diferente reconociendo los recursos con los que contaba y un fortalecimiento en la autoestima. Durante el periodo que transcurrió desde que quedo sin trabajo hasta la actualidad, la paciente logró mejorar la visión de sí misma y encontrar un empleo. Como primera instancia, tanto a mí como al psiquiatra nos pareció propicio que aceptara la oferta laboral, porque esto le generaba una sensación de seguridad y le permitía solventar sus gastos, así podía mantener su independencia que tanto le había costado lograr. La única preocupación de ambos, era el ciclo de sueño, ya que trabajaba de noche y esto le provocaba alteración en la toma de la medicación. Durante el tiempo que trabajó cuidando a “la abuela” como la paciente la llamaba, trabajamos sobre habilidades sociales, y cómo manejarse en las relaciones interpersonales. En julio de 2017, le descubren un tumor y fue intervenida quirúrgicamente, motivo por el cual no está asistiendo a sesión., pero cuenta con mi asistencia vía telefónica, de requerirlo.

Pudiendo revisar el caso, puedo observar los avances en mis competencias como terapeuta y también mis limitaciones. Detectando mi mayor dificultad, en un primer momento, el poder adaptar la manera que tenía de expresarme y los términos utilizados,

que muchas veces eran de difícil entendimiento para la paciente. Un aspecto que podría haber provocado en la paciente poca credibilidad en mí como terapeuta, fue que recibí el pago de las sesiones que la había atendido sin cobrarle. Tomé la decisión de aceptarlo, porque la paciente no quería continuar y en ese momento quizá no me percaté que podía haber estado manipulándome. Una de mis fortalezas en este caso, fue que trabajé por que la paciente no dependiera de mí como terapeuta para su sostenimiento y toma de decisiones, sino que se apropiara de las herramientas que le brindaba, para esto trabajé utilizando los refuerzos positivos verbales y haciendo listados de aquellos logros y avances que se habían producido en su proceso.

Caso Matías

Descripción del caso:

Paciente de 18 años, los padres están separados. El padre vive en Salta, mantiene escasa relación con él. Convive con su madre, sus dos hermanas, su hermano, el marido de la madre y su abuela. En el mismo terreno hay dos casas más donde viven sus tías y primos y en la otra casa el abuelo. Está de novio hace dos años con Adrián, 10 años mayor que él. A los 11 años, en palabras del paciente, definió su orientación sexual. A los doce años, estuvo internado por bajo peso, esto es un tema de preocupación para la madre por su delgadez. El año pasado le comenta a la madre que su novio tiene HIV, motivo por el cual hizo todos los estudios necesarios.

A consulta acude la madre en primera instancia, preocupada por la forma en la que Matías reacciona, ante situaciones que le generan frustración. Por lo general, reacciona agrediendo verbalmente y muchas veces físicamente. La madre lo describe como manipulador y agresivo. Manifiesta no saber cómo manejarse y considera que Matías necesita realizar un proceso psicoterapéutico. Informo a la madre las condiciones que se requieren para realizar un proceso psicoterapéutico (Insigth) y de los diferentes momentos en los que una persona puede encontrarse teniendo en cuenta el modelo trans-teórico de cambio creado por Prochaska y desarrollado con la colaboración de Di Clemente y Norcorss (1994), la idea central es que las personas atraviesan una serie de estadios que se dan de manera sucesiva para la disposición para el cambio y que la capacidad para ese cambio va a depender que el individuo se encuentre en el estadio adecuado para ello. Las etapas que Prochaska y cols identificaron son 6: 1. Pre contemplativa, 2. Contemplativa, 3. Preparación, 4. Acción 5. Mantenimiento y 6. Terminación y además de lo concerniente al secreto profesional. Acordamos un segundo encuentro en el que asistiría Matías.

Tratamiento

Asiste Matías a la sesión como se había sido pautado con la madre, vino acompañado por está. La contextura física es pequeña y se nota una extrema delgadez. Su vocabulario es adecuado para su edad. Monitorea constantemente las cosas que se ponen en juego en la sesión y mi reacción. Por lo conversado con la madre, tenía el pre concepto que no iba a ser fácil entablar una alianza terapéutica. Al inicio de la sesión se mantenía reticente a comentar por qué estaba iniciando un tratamiento y los motivos que lo llevaron a hacerlo. Ante esto le explique cómo es un proceso terapéutico y las condiciones que tenían que mantenerse, comenté los motivos por los cuales puedo levantar el secreto profesional, dándole la seguridad que lo que pasara en el ámbito terapéutico no podría ser revelado. A partir de eso, él hizo algunas preguntas que giraron en torno a esto último. Creo que fue un error de mi parte, no haberlo mencionado antes, porque esto puede interferir en la alianza terapéutica.

En la primera sesión, le explique el modelo terapéutico para que supiera cómo es que llevo adelante un tratamiento, delimito el motivo de consulta y también hizo una breve descripción de su situación actual.

Como primera tarea inter sesión le solicite que trajera un listado de objetivos a trabajar, con el cual íbamos a trabajar la próxima sesión y armar los objetivos a trabajar en orden de importancia y necesidad.

Acordamos trabajar en primera instancia en frenar la manera impulsiva de reaccionar. Decidí trabajar con ese emergente dado el grado de inadecuación y de conflictiva que repercute en las relaciones interpersonales. Es por este motivo que direccioné el tratamiento en primera instancia con una técnica conductual. Para esto aplique la técnica de tiempo fuera, enseñándole al paciente en qué consistía. Comencé utilizando esta

técnica, considerando las consecuencias de la manera que tenía de reaccionar ante los conflictos o las situaciones que le generaban frustración. Durante las primeras sesiones, trabajamos en el reconocimiento de las situaciones que lo llevaban a reaccionar impulsivamente. El paciente relataba no poder reconocer cuando pasaba al acto, manifestaba nublarse en esos momentos. Luego de dos semanas de trabajar, comenzó a poder reconocer cuando estaba por pasar a la acción (pegar), empezando de a poco a poder retirarse. Las peleas con su novio eran casi diariamente. También se propuso como objetivo poder bajar la frecuencia, para esto utilice la técnica de interrogatorio socrático y refutación. A medida que pasaban las sesiones, fueron surgiendo otros patrones de conducta y características de personalidad como por ejemplo baja autoestima, visión negativa de sí mismo y sus recursos, así también de su familia. Cuando lograba contener sus impulsos, utilizaba refuerzo positivo verbal. En el transcurso de la especialización consulté, cómo trabajar las barreras del paciente. A medida que avanzaba el tratamiento, la alianza terapéutica fue fortaleciéndose y el paciente tenía buena adherencia al tratamiento. Las conductas agresivas fueron disminuyendo, lo que favorecía que empezará a relacionarse de una manera más adaptativa con su novio y su familia.

Empezaron a salir a la luz, conflictos familiares que hasta el momento el paciente y su madre no habían comentado. En la entrevista y las veces que asistió a sesión la madre, el foco del problema estaba puesto en cómo Matías reaccionaba. Pero comienza a contar cómo eran las relaciones familiares. La abuela materna, había sido quien lo había criado, porque la mama trabajaba muchas horas al día, hasta hace tres años atrás desde que está en pareja y tiene un niño de casi tres años. Esto lo siente como una diferencia entre los hermanos y le genera enojo. Matías al hablar de su hermano, se refiere como al “hijo de mi mama”, demostrando cierto desprecio y desinterés. Cuando la madre decide no

trabajar más para quedarse en la casa cuidando del bebe, comienzan a surgir conflictos con la abuela, por quién ocupaba el lugar de madre. El paciente siempre aceptaba todo lo que la abuela opinaba e imponía, no se animaba a cuestionarse si realmente era así, lo que hacía que se pusiera a confrontar con su madre. En la terapia, se trabajó pensar otras maneras de entender las situaciones Este objetivo fue uno de los que más le costó trabajar, ya que estaba muy enojado con la madre. Utilicé una de las técnicas interrogatorio socrático, aconsejado por el docente de la especialización. Al contar el caso solicité supervisión porque no lograba generar el cambio necesario. En esa ocasión trabajé en la especialización en el contexto de la supervisión las expectativas que tenía respecto al caso. La supervisión es entendida como exponer a la mirada de otros (más expertos y también pares) de lo que nos pasa. En el trabajo cotidiano. Esto lo que permite, además de tener otras miradas sobre las prácticas y el caso trabajado, la reducción de la ansiedad del supervisado y la ambigüedad del rol, fomentando también la confianza en la práctica guiada (Fernández Álvarez, 2011)

En el transcurso del tratamiento y en los momentos en que Matías empezó a evidenciar cambios, surgieron algunas trabas por parte del novio, se refería hacia él de modo despectivo, ponía en duda su posibilidad de cambio, esto llevaba a que Matías sintiera mayor malestar, por momentos se enojaba, pero hacía uso de lo que aprendió en terapia (se implementó la técnica de tiempo fuera, como manera de que no llegara al acto de violencia física). El paciente tenía una actitud reticente a trabajar la relación con su padre, minimizaba lo que le generaba y rápidamente cambiaba de tema. Su padre se había mudado hacia 10 años a Salta y el vínculo no era estable y la relación no era fluida. Esto fue uno de los puntos de mayor resistencia para trabajar, pero de manera gradual fue comenzando a poder manifestar sus pensamientos y sentimientos respecto de esto.

También, se trabajó sobre la percepción que tenía de sí mismo, utilicé tareas inter sesión de listados, ej. fortalezas y debilidades, características de su personalidad, etc. Los listados dejaron en evidencia la imagen negativa y la poca estima hacia sí mismo. Al comienzo le costó poder describirse, esto quedó en evidencia al realizar la primera tarea, donde tuvo que pedirle ayuda a su madre, amiga (María) y su hermana. A esta altura del tratamiento (aproximadamente 3 meses), trabajé más con técnicas cognitivas, sobre todo interrogatorio socrático y refutación empírica.

Otro punto trabajado, fueron sus creencias sobre la relación con los otros y los roles que éstos cumplían. Durante varias sesiones venía acompañado por su novio o amiga, dirigiéndose en varias oportunidades de manera autoritaria. En relación a esto, se trabajó sobre su manera de relacionarse para posteriormente lograr que viniera solo a la sesión (ya que esto era el verdadero conflicto, tenía temor a venir solo ya que, en varias oportunidades, había peleado en la calle).

Otro objetivo trabajado fue la posibilidad de que retomara los estudios, lo logra hacer, pero acompañado por la hermana, quien también tenía que terminarlo. Antes de comenzar psicoterapia, había realizado un curso de peluquería que abandonó, ya que le había molestado la manera en la que la profesora se había dirigido hacia a él. Esta situación fue utilizada para poder indagar sobre la cadena de inferencias del paciente y a su vez poder modificar su manera de reaccionar, para esto previamente debía poder cambiar su manera de interpretar las situaciones.

El paciente, empieza a empoderarse de sus nuevos recursos y a utilizar todas las herramientas aprendidas en la terapia, los cambios empezaron a evidenciarse y su adherencia al tratamiento era adecuado. Esto lo monitoreaba en la asistencia al mismo y en el cumplimiento de las tareas.

Empecé a trabajar para afirmar el cambio. En el mes de agosto, vuelve el padre de Salta, para el cumpleaños de Matías. Este hecho fue significativo para él. Esta situación fue la traba más grande que no pudo sortear, respecto a la opinión de su papá de que hiciera terapia y decide abandonar el tratamiento. Respecto a mí como terapeuta, fue una situación de frustración, ya que a pesar de todo lo logrado y de la buena alianza y adherencia, no encontré la manera para que siguiera. No hubo indicios que me permitieran percatarme, ya que fue de una manera tajante y rápida.

Conclusión

A partir de mi tramo formativo en la Especialización en Terapia Cognitiva, y de la realización de este trabajo que tuvo como objetivo analizar y describir mi práctica clínica realizada durante la carrera, con la finalidad de revisar las intervenciones realizadas en los diferentes casos y así reflexionar para mejorar las mismas, pude evidenciar a través de mis prácticas cómo fui adquiriendo mayores competencias para el desarrollo de mi trabajo como terapeuta. En el momento de mi inserción laboral, requería más supervisión y también mayor apego a los manuales de tratamiento, si bien es necesario seguir los modos de ejecución de las técnicas empleadas para su correcta implementación y lograr el objetivo para lo que son diseñadas, con el paso del tiempo y la formación, fui adquiriendo mayor experticia y mayor precisión en las intervenciones realizadas

Teniendo en cuenta lo planteado por Jennings & Skohvolt (1999), los grandes terapeutas tienen como atributos ser voraces aprendices, poder extraer de la experiencia, pueden valorar la complejidad y la ambigüedad cognitiva, son respetivos y sanos emocionalmente además que entienden que su estado emocional afecta su trabajo y tienen fuerte habilidades de las que hacen uso para relacionarse en la terapia. Estos atributos son los que cada terapeuta buscará para su desarrollo en el estudio, en la práctica y en su trabajo personal. En lo personal algunos de los mencionados son los que me aportó la carrera de especialización.

Mi paso formativo por la especialización, no solo me aportó conocimiento en los métodos y técnicas psicoterapéuticas, sino también me permitió tener una mejor interpretación de los casos clínicos que se presentaban, a realizar mayores precisiones de los resultados a través de las pruebas que administraba, a un diseño ajustado a los

requerimientos del paciente respecto de su problemática, y a poder precisar los objetivos terapéuticos. Al comienzo una de las mayores dificultades con las que me encontraba era pensar objetivos muy altos respecto de las posibilidades o problemáticas planteadas. Poder presentar los casos en la Especialización y tener un seguimiento por parte de los docentes, permitió que pudiera replantearme mis prácticas. También pude conocer mi estilo terapéutico, fortaleciendo aquellas características que favorecían mi desempeño, como tratar de modificar o corregir aquellas que lo entorpecían. Como mencioné en la introducción del trabajo, una de las técnicas que mayor complejidad me presentó para su aplicación fue flecha descendente, el primer error que detectó el docente de las prácticas al ver los videos o las representaciones que realizábamos en clase, fue mi postura corporal, que era rígida. Este señalamiento y las posibles estrategias que utilicé sirvieron para que pueda ir modificando y progresando en mi rol de terapeuta; el segundo error que me indicó fue que no lograba la correcta ejecución porque no podía mantener al paciente con la emoción activada para que la técnica funcione. Además, trabajé mis propias limitaciones después para aplicarla, ya que tenía la creencia que no iba a poder lograrlo y eso me paralizaba en su ejecución.

Al aprender a conceptualizar los casos, fui mejorando además mi capacidad para el diseño de los tratamientos, pudiendo de esa manera recabar aquellos datos que son verdaderamente importantes para poder trabajar, dejando de lado datos superfluos o anecdóticos. Esto me permitió tener herramientas más certeras a la hora de trabajar con mis clientes. Además, que iba logrando capitalizar aquellas competencias que fui desarrollando durante el programa de especialización.

Las técnicas de interrogatorio socrático y refutación, en las primeras intervenciones las apliqué varias veces juntas, durante la formación también aprendí a realizarlas de la

manera correcta. De las tres técnicas mencionadas, flecha descendente, interrogatorio socrático y refutación en sus tres formas fue la que menos dificultad me presentó, creo que esto tiene que ver quizá con mi estilo terapéutico.

Además de mis errores, también pude detectar una de mis mayores fortalezas y es en la construcción y mantenimiento de la alianza terapéutica. Durante mi práctica como profesional siempre lo monitoreo, porque es el mayor predictor de éxito en el tratamiento y me va a dar entre otras cosas la posibilidad de predecir algún posible impasse y ruptura.

Durante la formación pude precisar mejor el diagnóstico de la problemática de los pacientes, en el desarrollo de este trabajo elegí dos casos con la misma patología de personalidad que es el trastorno límite. En un primer momento, me costó poder conceptualizarlos dentro de éste, estaba muy sesgada por la sintomatología, en el Caso Fabián, que presentaba y en el caso Matías por sus conductas impulsivas. Luego de exponerlos con los docentes de la especialización puede ver los criterios de este tipo de trastorno. Para eso recurrí a las guías esquematizadas para los trastornos de la personalidad ya que para su tratamiento no se cuenta con manuales de tratamiento.

Pude moderar, durante la Carrera de Especialización, la tolerancia a la frustración, que me producía por momentos el no aparente avance en algunas ocasiones del tratamiento. Algunas modificaciones se dieron de manera bastante pronto. Además, capitalicé la formación de la puesta en marcha de los objetivos terapéuticos y el diseño del plan de intervención. Otras de las fortalezas que pude capitalizar durante esta formación fue el poder tener en vista siempre el motivo de consulta e ir construyendo con el paciente, objetivos respecto de situaciones que iban surgiendo durante el transcurso del tratamiento. Esto fue posicionándome como terapeuta de una manera diferente,

adquiriendo mayor flexibilidad, para poder trabajar objetivos nuevos sin perder de vista la problemática en sí.

Otra de mis fortalezas, en la construcción de la alianza terapéutica, que si bien en un primer momento es de una asimetría bien marcada para luego ir equiparándose hasta un cierto punto, está dada por el lugar que tomo como terapeuta, entendiendo al proceso como empirismo colaborativo, entendiendo por esto que el que sabe qué le pasa es el paciente o quizá tenga que guiarlo para que lo descubra y que lo que yo tengo para ofrecerle son herramientas psicológicas que trataré que vaya apropiándose para que pueda utilizarlas en el resto de las situaciones que le sucedan y de ser necesario.

Durante el trayecto de este trabajo queda en evidencia cómo fui formándome y adquiriendo competencias para desempeñarme como psicoterapeuta y esto se manifiesta en los avances logrados por los pacientes y en la revisión y monitoreo de mis prácticas. Todo este desarrollo también me hace realizar una mirada hacia el interior de mi desempeño, pudiendo percatarme de aquellas prácticas que quizá no fueron tan acertadas, como aquellas que revestían mayor complejidad en su aplicación y reconocer y reforzar mis fortalezas, para ir adquiriendo mayor seguridad y autonomía en el desempeño profesional, sin perjuicio de requerir supervisión cuando es necesario.

De lo dicho anteriormente y para esto basándome en lo que la literatura indica como buenas prácticas clínicas, puedo concluir que el paso por la Especialización me fortaleció y preparó en las competencias requeridas para actuar como psicoterapeuta, Esto se evidencia en el desarrollo de los casos clínicos mencionados. Además, que me permitió fortalecer los enunciados de la teoría de la psicoterapia que son, la identificación de la demanda, cómo se configura la situación clínica en los contextos de dichas demandas y cómo se puede vincular la oferta asistencial. Asimismo, la formación

colaboró en incrementar, además de la formación teórica, abarcar los tres componentes que están presentes en todo modelo: una teoría de la mente, que explica el funcionamiento de la actividad psíquica; un modelo psicopatológico que explica la conceptualización de los procesos disfuncionales y el programa de cambios que permite identificar cuáles son las condiciones que facilitan o pueden operar como fuerza de resistencia para los cambios (Fernández Álvarez, 2011).

Técnicas

Flecha Descendente

Ésta técnica se utiliza en la fase de exploración de casos, tiene como utilidad que permite conceptualizar o realizar una formulación cognitiva. Se recomienda utilizarla durante el sondeo cognitivo. Se utiliza para explorar la cadena de inferencias que las personas establecen para llegar a una conclusión, con la finalidad de arribar a una creencia subyacente. Se inicia desde el punto más superficial de la cognición (pensamiento automático), se sigue la cadena de inferencias (creencias intermedias), con el fin de revelar la creencia nuclear básica (Burns, 1980; Beck, 2000).

Está indicada su aplicación cuando en sesión surgen emociones intensas, positivas o negativas, mientras el paciente mantiene la imagen perturbadora o en aquellas situaciones en las que se puede facilitar la emoción. Se indica su uso en pacientes adolescentes y adultos. Su aplicación está contraindicada con pacientes con déficit cognitivos severos, en momentos de excitación psicomotriz, episodios maníacos, psicosis, demencia y /o retraso mental

Interrogatorio Socrático:

A partir de esta técnica de cambio lo que se busca es que el cliente, en colaboración con el terapeuta, pueda encontrar una manera diferente de interpretar las situaciones (Gabalda, 2007), con el fin de alcanzar una nueva perspectiva que desafíen sus creencias disfuncionales (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Esta técnica será eficaz si logra generar dudas donde antes había certeza, proporcionando así, la oportunidad de la reevaluación y producción de un nuevo aprendizaje (López Pell & Palumbo, 2013).

Se recomienda utilizar la técnica de Interrogatorio Socrático desde el momento inicial del tratamiento y a lo largo de todo el proceso. Está indicado para trabajar con clientes adolescentes y adultos, siendo apropiado en los casos de conflicto interno, malestar, trastornos de la personalidad, alteración del estado de ánimo, ansiedad, trastorno de la conducta alimentaria, etc. Esta contraindicada para trastorno de personalidad antisocial, TOC, adicciones, retraso mental, demencia, delirium, psicosis en fases agudas. Además, está contraindicada para el paciente que concurre con un malestar agudo (Wright & Beck 2000, citado en López Pell & Palumbo, 2013).

Refutación:

Según Obst Camerini (2008) Esta técnica es propuesta por Ellis, para implementar un razonamiento basado en demostrar que las demandas efectuadas por los clientes, no pueden ser de cumplimiento seguro. El autor mencionado propone tres tipos de refutaciones:

1. La refutación pragmática, que implica reconocer que demandar no modifica los hechos. Que demandar no va a hacer que sucedan los hechos y que nuestra convicción de que algo es lo justo o deseable no es suficiente para que suceda.
2. La refutación lógica, no hay una fundamentación lógica que permita esperar que esto necesariamente vaya a suceder. No hay un argumento del cual se deduzca que algo necesariamente va a ser como pretendemos que sea. En general no solo se trata de lo que consideramos que sería justo, correcto o deseable pero no es consecuencia inevitable de ningún principio de ley de la naturaleza.
3. La refutación empírica, requiere conocer que lo que uno demanda no siempre va a suceder. La realidad demuestra que las cosas no siempre son como las

demandamos, por lo tanto, debemos estar preparados para poder afrontar la posibilidad de que no suceda y poder vivir con ello.

Esta técnica está contraindicada para pacientes con psicosis, trastorno de personalidad paranoide, trastorno de personalidad antisocial y oposicionistas. Para esto es necesario revisar la alianza terapéutica ya que la relación colaborativa es necesario para este proceso.

Refuerzo positivo Es una técnica que se basa en el manejo de las consecuencias. Consiste en asociar un acontecimiento contingente a la conducta que se desea modificar (Bados Lopez & Garcia Grau, 2011) El refuerzo puede considerarse refuerzo positivo y refuerzo negativo (escape y evitación) Un reforzador positivo es un estímulo, evento, conducta u objeto cuya presentación contingente a la conducta da lugar al aumento o mantenimiento de la conducta, cuando no se presenta de manera contingente, el manteamiento o aumento de esta es menor. Existen diversos reforzadores, podemos hablar de reforzadores A) primarios, secundarios y generalizados B) Naturales y artificiales C) Materiales, sociales, de actividad, retroalimentación positiva. Además de considerárselo como un procedimiento, hay que entenderlo también como un proceso.

No hay estímulos o eventos que sean reforzadores per se, es decir que no todo sirve para cualquier persona o situación.

Para aplicar un reforzador, deben tenerse en cuenta las siguientes condiciones

- 1- Debe especificarse claramente la/s conducta\|s que se desea incrementar. Se recomienda no incrementar más de 2 o 3 a la vez.

- 2- Hacer la correcta selección del reforzador, que sea como tal para el sujeto. Esto puede corroborarse observando los efectos que éste tiene sobre la conducta del sujeto.
- 3- Los reforzadores tienen que estar siempre por encima de lo que la persona está acostumbrada a recibir libremente.
- 4- Es aconsejable utilizar reforzadores naturales, antes que los artificiales.
- 5- Informar a la persona de la contingencia.
- 6- En caso de que la conducta no existiera pueden emplearse otras técnicas operantes, por ej. modelado.
- 7- Inmediatamente que ocurriera la conducta deseada uno debe entregar el reforzador.
- 8- Solo se debe entregar el reforzador, cuando se haya ganado.
- 9- Al entregarse el reforzador, debe explicitarse al paciente cuál es la conducta, por la que se le está dando.
- 10- Es aconsejable utilizar elogios o reforzadores sociales antes de entregar un reforzador.
- 11- Si el paciente realizó la conducta deseada, hay que enseñarle a alabarse a sí misma.
- 12- Para establecer una conducta debe utilizarse un reforzador continuo, en cambio para mantenerla debe usarse un reforzador intermitente.

- 13- En el inicio el reforzador, debe entregarse en pequeñas cantidades y frecuentemente, más adelante puede entregarse con mayor frecuencia, pero con mayores exigencias conductuales.
- 14- Es aconsejable utilizar diversos reforzadores para evitar la saciedad.
- 15- Se pueden utilizar gráficos, para que la persona puede visualizar sus progresos.
- 16- No debe criticarse o hacer comentarios negativos a un reforzador positivo
- 17- Deben ser eliminadas aquellas conductas que compiten, eliminándolas o sustituyéndolas por otras más poderosas.
- 18- Se recomienda trabajar en el ambiente natural y con las personas allegadas del cliente para evitar el problema de la generalización.
- 19- El retiro del reforzador artificial debe hacerse cuando la conducta meta está bien establecida. La retirada debe hacerse de manera gradual, manteniéndose los reforzadores naturales o sociales (Bados & García Grau, 2011).

Tiempo Fuera del Reforzamiento Positivo

Se define como la eliminación del acceso a los reforzadores positivos durante un cierto periodo de tiempo y de modo contingente a la ocurrencia de cierto comportamiento. Es una técnica operante destinada a reducir o eliminar conductas.

Esta técnica puede llevarse a cabo de diversas maneras

1. Tiempo fuera mediante aislamiento, cuando la persona realiza cierta conducta, por ej. pegar, se lo aísla en una determinada área, por ej. un pasillo.
2. Tiempo fuera con exclusión, a la persona no se la cambia de lugar, pero no se le permite ver lo que sucede, ej. poner a un niño mirando hacia la pared.
3. Tiempo fuera sin exclusión, la persona no es cambiada de lugar, pero no puede tener acceso al reforzador, pero sí ver cómo los demás pueden participar de él.

El tiempo fuera podría implicar los siguientes componentes;

Castigo positivo, Coste de Respuesta, Reforzamiento positivo diferencial de otras conductas y extinción (Bados & García Grau, 2011)

Referencias

- Bados, A. & Garcia Grau (2011). *Técnicas Operantes*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Editorial Gedisa S.A.
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D. y otros (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- Burns, D. (1980). *Sentirse bien*. Nueva York Signet
- Cardenal, V., Sánchez, M.P. & Ortiz-Tallo, M. (2007). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMIII)*. Madrid: TEA, Ediciones.
- CIE-10. *Clasificación estadística internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. 10 ediciones. Extraído de http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F60.html.
- DSM IV-TR. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson. American Psychaitric Association.
- Fernández-Álvarez H. (2011). *El campo de la psicoterapia*. En H. Fernández-Álvarez (Comp) *Paisajes de la psicoterapia: modelos, aplicaciones y procedimientos* (pp. 1343). Buenos Aires: Polemos.
- Gilbert, P. (1989). *Human Nature and Suffering*. Hillsdale: Erlbaum. En López Pell, A., Rondón, J.M., Celerino, C. & Alfano, S.A (2005). *Guías esquematizadas de*

tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el Modelo de Beck, Freeman, Davis y Otros. *Ciencias Psicológicas* 2010; IV (1): 97 – 12

Jennings, L. & Skohovolt, T.M. (1999). The cognitive, emotional and relational characteristics of master therapist. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 3-11

Lega, L., Caballo, V. & Ellis, A. (1997). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotiva Conductual*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.

López Pell, A, F & Palumbo, A, C (2013). Material de entrenamiento de la carrera de especialización en Terapia Cognitiva. Material de cátedra. Extraído de <https://es.scribd.com/document/374750625/Grilla-Descubrimiento-guiado>

López Pell, A., Rondón, J.M., Celerino, C. & Alfano, S.A (2005). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el Modelo de Beck, Freeman, Davis y Otros. *Ciencias Psicológicas* 2010; IV (1): 97 - 12

Millon, T. (1988). Personologic psychotherapy: Ten commandments for a posteclectic approach to integrative treatment. *Psychotherapy*, 25, (2) ,209-219.

Obst Camerini, J. (2008). *La terapia Cognitiva Integrada y Actualizada*. Buenos Aires: CATREC