

Memoria de las prácticas del Master
intervención psicológica en contextos
clínicos y sociales realizadas durante el
curso 2012/2013 en la UAP.

Descripción del trabajo terapéutico
realizado en un caso de trastorno límite
de la personalidad.

Prácticas en la Unidad de Atención Psicológica

Un caso de trastorno límite
de la personalidad

Autor: Francisco José Trillo Padilla
Tutora Interna: Flor Zaldívar Basurto
Tutora Externa: Francisca López Ríos

Dedicado a la memoria de mi abuelo, Benito, de ti aprendí que si en la vida trabajas y te esfuerzas, todo llega.

Índice

Agradecimientos.....	3
Prólogo.....	4
Parte I: Memoria de prácticas: Unidad de Atención Psicológica.....	6
Introducción.....	7
Memoria de prácticas.....	8
Administración.....	8
Asistencia Psicológica.....	9
Formación.....	9
Parte II: Prácticas en la Unidad de Atención Psicológica: Un caso de trastorno límite de la personalidad.....	11
Resumen.....	12
Introducción.....	13
Descripción del caso.....	15
Exposición del caso.....	15
Historia del paciente.....	16
Evaluación.....	18
Conceptualización del caso y análisis funcional.....	19
Intervención y curso del tratamiento.....	21
Resultados del proceso terapéutico.....	26
Discusión y Conclusión.....	28
Referencias.....	29
Anexo I.....	32

Agradecimientos

Gracias a todos los usuarios de la Unidad de Atención Psicológica, pacientes, asistentes a talleres y alumnos en prácticas, sois la esencia de este trabajo, la fuerza que me ha empujado todos estos meses, sin vosotros nada de esto tendría sentido.

Gracias al equipo de Psicólogos de la unidad, por transmitirme tanto que es imposible escribir en esta hoja. A Paqui, por tus conversaciones sobre psicología y la vida, por ser amiga, tutora, directora y confidente, siempre has estado presente cuando te he necesitado, limando mis fallos y mi desconocimiento pacientemente, ayudándome a crecer. A Pepe, que me has enseñado historia de la psicología y a plantearme la vida como una paradoja. A Flor, por tu interés en mí y de la que he aprendido la importancia de la metodología. A Serafín y Antonio, que me enseñasteis lo importante que es escuchar al cuerpo y ver la vida desde otro prisma. A Rocío, por estar conmigo en mis primeros pasos en esta maravillosa unidad.

Gracias a mi familia, que me dio una segunda oportunidad la cual me convirtió en Psicólogo. A mi padre, José M^a, que me enseñaste a ser constante, tener iniciativa y valorar el trabajo desde pequeño. A mi madre, Paqui, por tu apoyo profesional y sobre todo emocional el cual sólo tú de manera única y en el momento preciso eres capaz de dar. A mi hermana Elena, por tu preocupación en mí y tu forma tan especial y divertida de transmitir cariño que tienes.

Gracias a mis abuelas, a mis tíos y tías y a todos mis primos pequeños, los más perjudicados por vivir lejos, perdón por no estar ahí. Esta familia tan importante con la que pasar el tiempo con ellos me vitaliza.

Gracias a los 5 fantásticos. Tato, Jorge, Sergio, Josete y Chica, mis amigos de Úbeda de toda la vida, siempre estáis cerca aunque viváis en el exilio, tanto en la salud, en la enfermedad y sobre todo en las alegrías que me dais cuando estamos juntos.

Gracias a todos mis amigos de Úbeda, soporte emocional, afectivo, cultural y lúdico en los últimos diez años. Este trabajo tiene mucho de vosotros, Rubén, Pulido, Ruiz, Josema, Seba, Yisus, Pelono, David, Cris, Miguel, los Juanjos, Javi, Teresa, Eva y Sara.

Gracias a mis compañeros del Máster de Almería, en especial a Rubén, Ana, María, Raquel, Iraida, Mary y Miguel de los que he aprendido de psicología y que me acogieron como uno más en su ciudad.

Gracias a mis amigas Psicólogas de Granada, Lidia, Andrea, AnaPili porque me habéis demostrado que la distancia no desvincula a las personas sino todo lo contrario.

Un “Gracias” especial a Raki, una chica increíble, por preocuparte por mí, por tus palabras dulces, tus críticas, las discusiones médicos vs psicólogos y sobre todo por el cariño y la ayuda prestada. He aprendido mucho de ti.

Gracias a mis compañeros de Inkludita, Blanca y David, porque trabajar con vosotros es un placer, una ilusión y un lujo, en este camino largo y precioso que estamos empezando a recorrer, sé que con vosotros disfrutaremos de él y lo pasaremos bien.

Gracias a mis amigos Erasmus, Toni, Marta, Chuso, Fer, Victoria y Filippos, por formar parte de mi vida en ese año mágico donde no existían las preocupaciones ni las penas.

Y gracias a todas las personas que de una u otra manera han pasado por mi vida siendo importantes en ese momento y lugar y no he nombrado.

Os quiero mucho a todos, aunque no os lo diga con frecuencia.

Prólogo

Aterricé en la Universidad de Almería casi de rebote, de una manera más digna de película que de realidad. Tras solicitudes en varios Máster en todo el país y tras la cancelación en uno de ellos una vez aceptado, a un mes antes del comienzo del curso académico, me dieron la noticia de que estudiaría en la UAL. He de reconocer que no estaba muy satisfecho con la noticia, no conocía la ciudad ni tampoco la universidad y los primeros días al saber que vendría no acababa de convencerme.

Casi dos años después y con mi marcha de la ciudad más cerca que lejos, he de decir que aquel dicho que me contaron al llegar “En Almería se llora dos veces, una cuando llegas y otra cuando te vas” es totalmente cierto para mí. En esta ciudad he tenido la oportunidad de aprender mucho de manera académica, profesional y social.

La universidad, moderna, cercana, grande y con una ubicación excelente a la orilla del mar con Cabo de Gata al fondo me ha aportado mucha vida y un complemento a mi vida universitaria granadina. Al mismo tiempo el Máster me ha enseñado otras terapias, otra concepción y otra forma de tratar con las personas que yo no conocía, que no buscaba pero que he encontrado de manera casual. En este Máster he aprendido nuevos autores, nuevas líneas de investigación y nuevos profesores que me han ayudado a encontrarme en un campo, este de la psicología, tan grande y complejo. La ciudad y en cierta forma la universidad también me han aportado una vida social diferente, con la posibilidad de conocer personas de otros países mayoritariamente de África al encontrarme en una provincia con tanta población inmigrante.

Mi segundo año en esta ciudad y universidad siempre estará marcado por mi trabajo como becario en la unidad. Un trabajo espectacular, bonito, dinámico, asombroso y porque no decirlo también tenso en ocasiones. El trabajo directo con las personas es lo que tiene, aparecen resultados imprevisibles y sensaciones que son difíciles de expresar con palabras. La UAP aunque dispone de pocos medios económicos, tiene un recurso que no puede cuantificarse, el recurso humano. En esta unidad hay personas que dedican su tiempo a hacer terapia con personas por gusto, por amor a este arte que es la psicología sin ningún tipo de remuneración económica, social o de otro tipo. Este recurso afortunadamente es complicado de extinguir, aunque la universidad no pase por sus mejores momentos, ni la administración autonómica y estatal ni tampoco el sistema, la única alternativa que nos puede quedar es la cooperación entre personas y plantearnos la vida de una manera diferente, más social, más natural, más humana en definitiva. Al hilo de lo comentado aprovecho estas líneas y trabajo personal para expresar una crítica por mi parte. Un contrato de prácticas, una beca de formación o cualquier otra etiqueta que les quieran poner no es una carta blanca para precarizar el trabajo de los jóvenes. Bien sabe el lector que la tasa de paro de los jóvenes españoles con formación universitaria roza el 60% (EPA, abril 2013), por lo tanto desde el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y la Consejería de Educación debería tenerse en cuenta que en la universidad, como ente público, sus trabajadores tengan el tipo de contrato que tengan, deben de cotizar a la seguridad social, ser pagados dignamente y pensar en los valores que se transmiten al hacer este tipo de contratos cuando el discurso político hacia la ciudadanía es diferente. Personalmente a mí me transmite precariedad laboral, vergüenza social y estar más cerca de la esclavitud tapándola con la excusa de la formación o inexperiencia juvenil.

La primera parte de este documento consta de una memoria de prácticas donde explico de manera resumida que es la Unidad de Atención Psicológica, los servicios que presta y mis

diferentes tareas en esta unidad durante mi periodo de prácticas del Máster y de becario en formación.

En la segunda parte de este trabajo se presenta un artículo de caso único. Espero que este contribuya al lector a conocer el trabajo que se realiza en esta unidad, saber más sobre las personas que sufren este tipo de trastornos y entender, si cabe, un poco más que es la psicología. Estos han sido algunos de mis planteamientos a la hora de escribir este documento. En este caso he tenido la fortuna de contar con la Dra. Francisca López Ríos, me invitó a asistir a las sesiones con ella y me animó a exponer este caso tan complejo y difícil como TFM y como comunicación oral en el XI Congreso nacional de Psicología Clínica en Santiago de Compostela.

Durante mi año en el Máster me interesé mucho por los trastornos de personalidad en general y más concretamente en los de tipo esquizoide y esquizotípico. Al llegar a esta unidad era mi ilusión poder contar con algún caso de este tipo, sin embargo no ha llegado ningún con estas características durante estos meses. Al aparecer este caso, con un diagnóstico previo con trastorno de personalidad límite, empecé a leer y a investigar en bibliografía para poder conocer más lo que esta chica podría mostrar.

Disfrute del contenido de este texto y desde aquí desear una larga y próspera vida a la Unidad de Atención Psicológica.



F. Trillo

Francisco Trillo,

Almería, mayo de 2013.

Memoria de prácticas: Unidad de Atención Psicológica

Introducción

Este documento es el cierre de la realización del Master de Psicología en contextos clínicos y sociales de la Universidad de Almería (UAL). En este trabajo fin de Máster se plasma un resumen de las prácticas y un estudio de caso único como broche final a dos años de estudios, uno teórico y otro práctico, y 90 créditos ECTS de formación.

Desde octubre de 2012 y durante todo el curso escolar he podido realizar mis prácticas en la Unidad de Atención Psicológica (UAP) de la UAL, además de disfrutar al mismo tiempo de una beca de formación ofertada por el Vicerrectorado de Estudiantes, Extensión Universitaria y Deportes por un año. En este tiempo he asistido durante todos los días en horario de 9.00hrs a 14.00hrs al despacho que me han ofrecido para realizar funciones de tipo administrativo, formativo y asistencial.

La UAP es un organismo dependiente del Vicerrectorado de Estudiantes, Extensión Universitaria y Deportes de la Universidad de Almería. Su principal función es prestar atención psicológica a todas las personas que guardan una relación directa con la UAL, alumnos, personal docente e investigador y personal de administración y servicios.

Se trata de un servicio totalmente gratuito atendido por licenciados y doctores en Psicología, cuyos principales objetivos son:

1. Prestar una atención psicológica a aquellas personas que, cumpliendo los requisitos previamente descritos, lo requieran.
2. Formar a futuros profesionales de la Psicología.
3. Realizar investigaciones en torno a cuestiones relacionadas con la intervención psicológica.
4. Impartir formación mediante talleres experienciales y cursos breves.

Esta unidad ofrece un servicio fundamental a la comunidad universitaria en el momento tan difícil que nos está tocando vivir. El equipo formado por los profesionales que dedican su tiempo libre a asistir a las personas que solicitan este servicio está altamente formado en diferentes corrientes y terapias psicológicas lo que hace que el grupo y el trabajo que se realiza se enriquezca y la asistencia y los servicios de la UAP sean de una calidad altísima.

En las siguientes páginas se muestra de manera detallada las diferentes tareas que he realizado en la UAL y se expone un caso que evidencia el trabajo terapéutico realizado con una usuaria del servicio de asistencia psicológica de la UAP.

Memoria de prácticas

Las diferentes tareas y funciones que he realizado a lo largo de estos 8 meses para ser explicadas y comprendidas mejor pueden dividirse en tres grandes bloques: Administración, intervención y formación.

Administración

Como becario de la UAP he tenido que aprender y manejar diferentes tareas administrativas, ejerciendo de secretario de la unidad. Para ello el primer día que llegué pusieron a mi disposición un despacho con un ordenador, impresora, librería, sillones y diferente material de oficina para poder ejercer en perfectas condiciones estas tareas. En este sentido mis labores en este tiempo han sido:

- **Citas:** A través del correo electrónico o las llamadas a la UAP, recogía los datos de las personas que querían recibir asistencia psicológica y las colocaba en una lista de espera. A partir de ahí contactaba con los diferentes terapeutas de la unidad para llegar a un acuerdo para citar a la persona.
- **Gestión de talleres:** Me encargaba promocionar el curso a través de cartelería, redes sociales y correo electrónico. De la misma manera que organizaba las citas a través de Microsoft office organizaba las solicitudes de las personas que querían asistir al taller, reserva de sala, preparación del material, facturación del pago al docente y emisión de certificados para los asistentes.
- **Organización de reuniones:** La UAP organiza reuniones mensuales donde se realiza una supervisión clínica de los casos que están siendo atendidos, en estos casos me encargaba de reservar y preparar la sala y contactar con los terapeutas de la unidad así como con los alumnos en prácticas para que acudieran a esta.
- **Jornadas de puertas abiertas:** En octubre se realizó en la UAL unas jornadas donde la unidad estuvo presente promocionando nuestros servicios y estableciendo relaciones y nexos de unión con otros departamentos y unidades de la Universidad y con la propia comunidad universitaria.
- **Redes sociales:** Promoción y difusión de las diferentes actividades y servicios que oferta la UAP a través de Facebook, Twitter y correo electrónico para llegar al mayor número de personas posibles.
- **Recogida de datos:** De los diferentes usuarios que han pasado por la unidad tanto en asistencia como en formación para guardar para futuras investigaciones científicas en el ámbito de la psicología. Organización de las diferentes grabaciones de los usuarios y pixelado, en los correspondientes casos, de la imagen para utilizar en investigación o docencia.

Asistencia Psicológica

En estos meses he podido participar como co-terapeuta en las sesiones de algunos de los psicólogos de la unidad. He tenido la oportunidad de conocer cómo trabajan Paqui López Ríos, Pepe García Montes y Serafín Gómez lo que me ha servido para contrastar y comprender diferentes formas de entender la terapia.

En total he visto 8 casos, 6 de ellos como co-terapeuta y dos de manera individual con la supervisión de mi tutora de prácticas. Hasta el momento hay algunos casos que siguen abiertos, en los cuales se sigue trabajando durante la redacción de este texto. De todos estos casos, 3 han sido finalizados, permitiéndome participar en las distintas fases del proceso terapéutico, evaluación inicial, fases de intervención, evaluación final y sesiones de seguimiento. Todas estas sesiones han tenido un tiempo determinado de una hora, produciéndose de manera semanal en la mayoría de los casos o cada dos semanas en fases de la intervención más avanzada.

En páginas sucesivas se explica de manera detallada el trabajo terapéutico realizado como co-terapeuta en uno de estos casos, con 15 sesiones de trabajo durante 6 meses.

Formación

En materia de formación mis he estado trabajando en tres aspectos de manera continua:

- **Talleres:** La UAP tiene como uno de sus servicios ofertar talleres de formación para la comunidad universitaria. He podido participar en dos de los talleres como observador y ayudando al docente y en otro como docente junto a Paqui.
 - **Taller “yo me enfado, tú te enfadas”:** Se pretende identificar y gestionar las emociones asociadas al enfado.
 - **Taller “si no me diera vergüenza yo...”:** Identificar pensamientos y emociones de la vergüenza y conocer cómo la expresamos.
 - **Taller “El puesto es mío... o no”:** Conocer el papel aspectos psicológicos en el proceso de selección, identificar los aspectos individuales importantes para un puesto de trabajo y gestionar los aspectos emocionales implicados en estos procesos.
 - **Grupo regular de meditación:** Su objetivo principal es prestar un servicio de prevención y promoción de la salud y mejora de la calidad de vida de la comunidad universitaria.
- **Supervisiones clínicas:** Es una reunión donde se ponen en común todos los casos que se están llevando a cabo, con la posibilidad de que el profesional pueda ser supervisado por sus compañeros en ese caso. De esta forma el terapeuta se forma, amplía el horizonte de mira y puede cambiar la orientación del caso que tenía hasta el momento.
- **Visionado de vídeos:** Para ampliar mi formación en clínica y poder ver más casos interesantes he podido ver videos de otros casos, en concreto dos. Estos vídeos los he visto junto a dos practicum de la licenciatura, uno cada uno de ellos. Ha sido una buena experiencia porque he sido el nexo de unión entre los tutores y los alumnos, de esta forma he ayudado a los alumnos de practicum a poder acceder a ver otro caso y darle mi punto de vista acerca de lo que yo había aprendido en el máster.

- **Revisión de bibliografía:** Al estar en este puesto he tenido mucho tiempo para leer bibliografía de diferentes temáticas. La universidad es una posición estupenda para poder estar actualizado y formado constantemente.

Prácticas en la Unidad de Atención Psicológica: Un caso trastorno límite de la personalidad

Prácticas en la Unidad de Atención Psicológica: Un caso trastorno límite de la personalidad

Trillo Padilla, F.J. y López Ríos, F.

Y. es una mujer de 21 años, estudiante que solicita atención psicológica para controlar sus altibajos emocionales. Posee un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP) con tratamiento psicofarmacológico con fluoxetina y lexatín.

A lo largo del proceso de evaluación se observan en Y. sentimientos de tristeza, vacío, ansiedad y angustia que alternan con momentos de gran actividad cognitiva. Otras demandas de Y. son conseguir reconocimiento y valoración por parte de otros y mejorar su autoestima. Los objetivos terapéuticos establecidos para la intervención son disminuir la labilidad emocional, establecer rutinas, fortalecer relaciones sociales y debilitar los juicios de valor sobre sí misma así como los pensamientos incapacitantes.

El trabajo terapéutico se ha desarrollado desde la perspectiva de las terapias contextuales de tercera generación, en concreto en la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y psicoterapia analítica funcional (FAP). En este sentido se destaca como elemento fundamental el uso sistemático de estrategias de defusión cognitiva con objeto de debilitar el control ejercido por sus valoraciones constantes sobre sí misma en su comportamiento y bienestar general. Entre dichas estrategias estarían, cambiar formas de expresión, identificar la propia mente, establecer distancia entre yo contenido y yo contexto y ejercicios de mindfulness. A través del apoyo y validación de su situación emocional en relación con su historia, se ha potenciado la disposición a establecer relaciones sociales generales y de intimidad. Tras 15 sesiones de intervención los resultados muestran reducción de los juicios de valor sobre su persona, incremento y mejora de la calidad de sus relaciones sociales. Además la paciente señala mayor equilibrio en la realización de sus responsabilidades.

Introducción

Cada persona es única y especial. Desde esta idea se explica en este trabajo el trastorno límite de la personalidad (TLP) y el presente caso dando más importancia a la persona que al conjunto de síntomas, sin confundir el trastorno de personalidad ni la personalidad con la persona.

En las personalidades y en los trastornos de personalidad existen estadísticamente características y síntomas comunes que nos permiten clasificar a las personas con una u otra etiqueta. Los rasgos de personalidad son definidos como "patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales"(DSM-IV-TR; APA, 2000). Así mismo la explicación que nos ofrece el mismo manual sobre los trastornos de personalidad es "un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto". Teniendo estas definiciones en cuenta es fácil, en un primer momento, dejarnos llevar por las características estadísticamente comunes entre las personas que sufren un trastorno de personalidad y no centrarnos en su característica más importante, la unicidad. Es decir, dejar fuera a la persona, desconsiderando el sentido personal y considerando más el origen biológico que biográfico de los síntomas (Pérez-Alvarez, 2012).

Los factores más significativos y comunes a las personas con personalidad límite están marcados por una vida llena de inestabilidad emocional y sufrimiento. El caos en estas personas es alimentado por una necesidad intensa de relaciones

interpersonales y de repentinos cambios de opinión sobre los demás. Cuando quedan solos, aunque sea por breves periodos de tiempo, estas personas suelen experimentar sensaciones insoportables de soledad y vacío (Millon, 2007). Estas dificultades para controlar las propias emociones, las relaciones sociales intensas y el descontrol de impulsos puede llevar a las personas a reaccionar de manera explosiva, produciéndose un elevado riesgo de conductas autolíticas o intentos de suicidio. Estas conductas generan un dilema y una dificultad importante para el mantenimiento de las relaciones con los otros, al contemplar éstos que cualquier intento de separación puede suponer una situación de riesgo para los pacientes (Gunderson, 2008).

La manera viva e interna con la que experimentan los pacientes con trastorno límite de la personalidad su vulnerabilidad emocional suele dar como resultado que la persona experimente sus propias emociones como no adecuadas, con expresiones como "me duele muchísimo, no lo puedo soportar pero no debo sentirme así". En este sentido la psicóloga Marsha Linehan (Linehan, 1993), hace referencia a la *desregulación emocional*, resultado de un conjunto de cierta predisposición biológica, cierto contexto ambiental y determinada transacción entre estos factores durante el desarrollo. Esta respuesta emocional de la persona ocurre durante la infancia, la cual juega un papel fundamental en la correcta identificación posterior de la experiencia emocional. El haber aprendido a enmascarar o identificar incorrectamente las emociones, tendría como resultado una vivencia consciente de la emoción distorsionada o limitada. En este caso la persona presentaría déficit tanto en la identificación como en la vivencia de su emocionalidad lo que acabaría provocando una capacidad muy limitada para confiar en las emociones propias y considerarlas como una reacción adecuada ante determinadas

personas o situaciones. La vulnerabilidad emocional se caracteriza por ser muy sensible a estímulos emocionales, tener una respuesta intensa a estos y retornar lentamente a la calma emocional. La modulación de la emoción es la habilidad de inhibir la conducta inapropiada relacionada con emociones negativas o positivas, organizarse para la acción de un objetivo externo, calmar uno mismo cualquier actividad fisiológica inducida por una fuerte emoción y concentrar la atención en presencia de una fuerte emoción. Por lo tanto la *desregulación emocional* en individuos TLP es combinar un sistema de respuesta emocional demasiado reactivo (hipersensitivo) con la incapacidad de modular las emociones fuertes asociadas a ellas (Linehan y Koerner, 1992).

Durante las dos últimas décadas se han desarrollado las denominadas “Terapias Conductuales de Tercera Generación” o “Terapias Contextuales” (Hayes, 2004; Pérez Álvarez, 2012). Existen hasta la fecha diferentes terapias que se incluyen en este gran grupo de terapias contextuales. Todas ellas poseen características comunes como dirigir los objetivos de cambio hacia el contexto psicológico en donde ocurren los eventos psicológicos sin alterar la frecuencia o forma de los pensamientos o emociones, sino la función psicológica de estos. Así encontramos la Terapia Dialéctica Conductual (DBT; Linehan, 1993) cuyo objetivo es la validación y aceptación de las propias experiencias personales a partir de entrenar al paciente en la puesta en práctica de conductas más adaptativas para la resolución de las relaciones intra e interpersonales; la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP; Kolenberg y Tsai, 1991) donde la relación terapéutica entre profesional y paciente se utiliza para promover el cambio de conducta del paciente a través de un análisis individualizado de los problemas del paciente que ocurren durante la propia terapia; la Terapia Cognitiva basada en

Mindfulness, (Segal, Williams y Teasdale, 2002) cuya aportación es observar los eventos internos, sensaciones, pensamientos sin juzgarlos ni alterarlos y la Terapia de Aceptación y Compromiso, (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) cuya propuesta es la aceptación de los eventos privados de la persona y al mismo tiempo la orientación hacia objetivos valiosos personales.

En este sentido, puede señalarse que algunos de los aspectos comunes a las Terapias contextuales, serían: 1) aceptación y apertura a la experiencia; 2) validación del sufrimiento; 3) compromiso con la terapia; 4) establecer la dirección del cambio en relación con los propios valores de la persona; 5) manejar las contingencias de reforzamiento para favorecer y fortalecer el cambio (López, Moreno y Langer, en prensa).

Una de las características más importantes de las personas con TLP es la desregulación emocional que enseña al sujeto a invalidar sus propias experiencias y su relación con los demás, analizando en todo momento el ambiente para obtener pistas sobre cómo actuar o sentirse. Esta forma de “enfrentar la vida” funciona como una auténtica barrera psicológica para construir una vida con sentido y valor. La persona invierte tiempo y esfuerzo en valorarse para actuar, comparándose con otros y cuestionándose por qué le ocurren ciertas experiencias al mismo tiempo que deja de lado lo que realmente es importante para ella. De esta forma desde una perspectiva contextual, y en concreto desde ACT y FAP, se pretende orientar a la persona hacia las actividades que realmente ella quiere y cambiar la función de los pensamientos y sentimientos tanto desagradables como agradables en exceso. En este sentido cobra un papel fundamental la defusión cognitiva en el plano emocional para debilitar la fusión que tiene el sujeto con sentencias verbales del tipo “yo soy...”,

“no puedo...”, “no he hecho...” y sentimientos de vacío y culpa.

En las siguientes páginas se presenta un caso de TLP desde la perspectiva contextual prestando especial atención a la persona y sus circunstancias. Parafraseando el artículo *Reivindicación de la persona en la esquizofrenia* (Pérez-Álvarez y García Montes, 2003), es fundamental el concepto persona, el cual nos permite comprender la conducta y el síntoma en función de quien lo tiene, ya que, la conducta y el síntoma son de alguien. La clave es conocer la contingencia entre la persona y la conducta de esa persona. No es una osadía resaltar que cuanto más se conoce a la persona y sus circunstancias, más fácil es comprender, entender y razonar sus síntomas. Sin embargo cuanto menos sabemos de ella, mas parece que estos afloraran de una persona lunática o de un cerebro “degenerativo”.

Descripción del caso

Y. es una chica de 21 años estudiante de primer curso de grado que acude a la Unidad de Atención Psicológica (UAP) con diagnóstico TLP por parte del servicio de salud mental del Hospital Torrecárdenas desde los 18 años. Previamente ha recibido asistencia psicológica con al menos tres psicólogos diferentes durante su infancia y adolescencia en diferentes pueblos de la provincia. Tiene prescrito un tratamiento psiquiátrico con ansiolíticos (lexatin) y antidepresivos (fluoxetina).

Exposición del problema

La paciente en este momento de su vida se siente harta de que todo le vaya mal, al mismo tiempo que reconoce que “hay que echarle valor y luchar por las cosas y que todo el mundo tiene su tara”. Constantemente y desde mucho tiempo atrás combina días tristes donde experimenta emociones y sentimientos de vacío, soledad, angustia, ansiedad e incluso miedo con días en los que se siente activa e imaginativa con deseos de hacer muchas cosas. Cuando se presentan estos días se da cuenta que hay una gran distancia entre su mundo imaginativo (“lo que quiero hacer, ser...”) y lo real (“lo que al final hago”).

La demanda por parte de Y. es sentir afecto y necesidad de reconocimiento social, que las personas la respeten “que la gente no me consideren la tonta, la pava”, de modo que sea valorada y no se sienta juzgada por los demás, alguien que le refuerce lo que hace bien. Por una parte le preocupa la voz que le dice “tú no puedes, eres una inútil, es difícil...” considerando su autoestima como una parte importante para poder hacer actividades útiles y sentirse “bien”.

Durante las dos primeras sesiones se exponen las demandas por parte de la paciente, habiendo una diferencia importante en el estado de ánimo entre ellas. En la primera sesión Y. se muestra muy habladora, activa y animada en su forma de expresarse contando anécdotas de manera alegre acompañado de lenguaje no verbal intenso. La segunda sesión es todo lo contrario, actitud pasiva, apática y preocupada con sus pensamientos y autoestima.

Tabla 1. Ejemplos CCR tipo I

Conductas clínicamente relevantes tipo I. CCR 1	Ejemplos
Valoración de sí misma	“¿Que soy? Soy una tonta [...] y estoy harta de que las cosas me vayan mal”, “no soy suficientemente buena”.
Relaciones con los demás	“Prefiero estar con los animales, no te tratan mal...” “...las chicas de mi edad me pegan sus complejos, por eso prefiero a gente mayor o menor”, “los demás me juzgan”.
Discurso desorganizado	Responde a las preguntas de manera tangencial, cambio de tema rápidamente, habla de temas serios riéndose
Labilidad, todo o nada	Aparecen dos caminos: Mental: “Hago las cosas más difíciles”, “me dejo guiar por el impulso” Conductual: euforia vs apatía “[...] no acabo lo que empiezo”.
Organización (necesidad de control)	Enseña su carpeta, libreta y diario donde tiene todos los apuntes ordenados y lo que tiene que hacer. “me angustio si no tengo una rutina [...] tardo mucho en organizarme pero sé que me viene bien”.

Historia del paciente

Y. es la menor de tres hermanos, dos de ellos varones, con una diferencia de edad con cada uno de ellos de 12 y 20 años. Sus padres son mayores de 60 años y es natural de un pueblo de Almería, donde vive en un cortijo a las afueras. Allí ha crecido, ha pasado su infancia y adolescencia hasta que con 20 años, tras su acceso a la universidad se trasladó a la capital donde actualmente vive en un piso de estudiantes con tres chicas mayores que ella.

Al nacer, su madre tuvo complicaciones en el parto y su vida corrió peligro durante unos días. Quedaron ingresadas durante estos días. Se autodefine como una niña diferente desde pequeña, “no me notaba normal”, solía ir al lado de la maestra en vez de jugar con el resto de niños ya que no se sentía bien jugando con ellos. Prefería jugar en el campo con los gatos, los perros y demás animales que encontraba. Achaca todos estos hechos a que vivió de pequeña intensamente la depresión de su madre y sobreprotegida por parte de sus padres al ser la hija menor.

Con 18 años comienza el tratamiento psiquiátrico al cual asiste durante un tiempo cada mes a consulta y más tarde cada tres meses, previamente ha estado en terapia con otros tres psicólogos. Previamente a esta etapa confiesa haber tenido días de mucha tristeza, donde lloraba y sentía una apatía tremenda tumbada en el sofá.

La relación que tiene con su familia es muy estrecha, sobre todo con su madre a la que está muy unida, con la que llega a hablar por teléfono con ella hasta tres veces al día. Le preocupa ver a sus padres cada vez más mayores “a veces los veo derrotados” y considera que siempre han sido protectores con ella “mi padre siempre me verá como su niña de 5 años”. La relación con sus hermanos también es muy buena sobre todo con el menor, ya que con el mayor la diferencia de edad la distancia mucho y el no comprende bien su situación al no haber vivido juntos tanto tiempo en la misma casa. La relación con sus sobrinos es estupenda.

Está muy centrada en sus estudios universitarios, se organiza y planifica para estudiar las asignaturas que tiene. El curso pasado, su primer año en la universidad, no

aprobó nada hasta llegar a septiembre donde aprobó tres asignaturas. Actualmente ya ha encontrado un sistema para organizarse, porta consigo una carpeta donde tiene perfectamente clasificado por asignaturas sus ejercicios y apuntes de clase. Además posee una agenda donde apunta todo lo que tiene que hacer durante la semana y una pizarra la cual le sirve de apoyo para estudiar asignaturas más complicadas como física.

Durante las primeras sesiones habla de sí misma de manera peyorativa y negativa cuando expresa lo que piensa, “soy muy

tonta para estas cosas”, “la gente no me quiere”, “si, sé que soy muy rara”... Esto es un patrón estable en su vida, habla y piensa mal de sí misma, lo que hace que a veces se aísle de las demás personas o no intente hacer actividades que sean de algún modo novedosas para ella.

Por otro lado, suele pensar mal de las personas con tendencia a juzgarlas sin conocerlas previamente, sus relaciones de amistad se circunscriben a cuatro amigas con las que tiene relación en el pueblo, en la facultad un par de amigos y sus compañeras de piso como personas más cercanas a ella.

Tabla 2: Antecedentes personales y psiquiátricos más relevantes.

Antecedentes personales y psiquiátricos más relevantes de la paciente
Infancia
Dificultades en el parto, la madre tuvo dos abortos previamente Estuvo a punto de morir, ingresada en el hospital varios días Aislamiento del resto de niños, marchaba con la maestra Jugaba sola con animales e insectos en el patio del colegio Vivió de cerca la depresión de su madre sin saber que le pasaba
Adolescencia y primera juventud
Periodos de ánimo deprimidos Confusión identidad sexual Dificultades en el establecimiento de relaciones sociales en el instituto Primer contacto con el psicólogo Intento de suicidio mediante ingesta de trankimazin (no muy comentado por Y.) Primer contacto con los servicios psiquiátricos
Adulthood
Combina psicoterapia y tratamiento psicofarmacológico Retoma los estudios, realiza selectividad Ingreso en la universidad Se independiza de casa, comparte piso con tres compañeras más

Evaluación

La paciente ha dado su consentimiento para que las sesiones sean grabadas en video y pueda su caso, ser utilizado como material de investigación.

En las dos primeras sesiones se realizaron entrevistas en profundidad con el objetivo de conocer a Y. Con las entrevistas realizadas durante las dos primeras sesiones se evaluaron aspectos tales como sintomatología ansiosa, situaciones donde aparece dicha sintomatología, estado de ánimo, habilidades sociales, patrones de

pensamiento así como distintos aspectos de su historia personal y familiar.

Otra fuente de recogida de información ha sido la observación de comportamientos que se producen en sesión y que pueden ser relevantes en cuanto a dificultades que puedan aparecer fuera de sesión. Así mismo se hacen preguntas directas relacionadas con su historia, intereses o valores del paciente que pueden ayudar a entender mejor la situación psicológica de la paciente.

En la sesión cuatro se aplicó el instrumento de evaluación *Millon Clinical Mutiaxial Inventory-III* (MCMI-III; Millon, 2007). El MCMI-III (Millon, 2007) es un cuestionario compuesto por 11 escalas de patrones clínicos de personalidad y 3 escalas de patología de personalidad severa, 7 escalas de síndromes clínicos y 3 escalas de síndromes severos. También incluye 4 escalas de corrección para medir validez de las respuestas tales como sinceridad, deseabilidad, y sintomatología exagerada deliberadamente.

Tras analizar los datos obtenidos del MCMI- III (Millon, 2007) y observar que no se dan ninguna de las condiciones que se describen en el manual para la invalidación de la prueba (índices V, X, Y, Z), se presentan los resultados obtenidos de la misma. La paciente se ajusta a las siguientes clasificaciones del Eje II: Características de la personalidad depresiva (prev 83) y límite (prev 74). Las siguientes áreas sugieren los síndromes clínicos del Eje I en el perfil MCMI-III de la paciente: Trastorno de ansiedad (prev 85) y Trastorno del pensamiento (prev 97). Ver anexo I.

Conceptualización del caso y análisis funcional

Una de las preocupaciones de Y. es su autoestima. Cree que si no se siente “bien” consigo misma, esto le será un problema en su vida cotidiana. En este sentido aparecen pensamientos recurrentes e incapacitantes en diferentes situaciones como en interacciones sociales, mientras estudia o al realizar una actividad nueva en su vida. En este caso si no sabe a dónde va, si no ha ido antes a ese sitio o la situación es nueva para ella, siente incertidumbre y mucho nerviosismo. El lenguaje que utiliza en sesión es bastante negativo, utilizando frases como “la gente no me quiere”, “yo sé que soy muy tonta”, “soy un desastre”. Está muy fusionada con pensamientos como “voy siempre a la defensiva porque creo

que la gente me va a atacar”, “los demás piensan mal de mí y tengo que demostrar que valgo” cuando se relaciona con otras personas, sobre todo si son desconocidas. Esto hace que toda su energía se concentre en llevar la contraria a esos pensamientos, luchar contra ellos y si no consigue que desaparezcan, al poco tiempo experimenta frustración.

Las sensaciones que aparecen en relación con la autoestima y los pensamientos de Y. son otro motivo de demanda. La ansiedad está muy relacionada con su pensamiento e intenta cambiar su estado de ánimo con diferentes estrategias que generalmente no le son útiles, sobre todo a largo plazo. Para la paciente la ansiedad es un dolor que la paraliza y no quiere sentirla más, quiere eliminarla totalmente de su vida. Cuando está de “bajón” (como describe Y.) come en exceso alimentos industriales o chucherías, espera o “vacía la mente” hasta que se vayan esos pensamientos, utiliza internet para ver videos en Youtube o directamente se mete en la cama a dormir. Describe estas sensaciones como un dolor en el pecho, que no la deja respirar bien y que provoca un hueco o vacío “siento que no tengo huesos y que mi cuerpo se cae”.

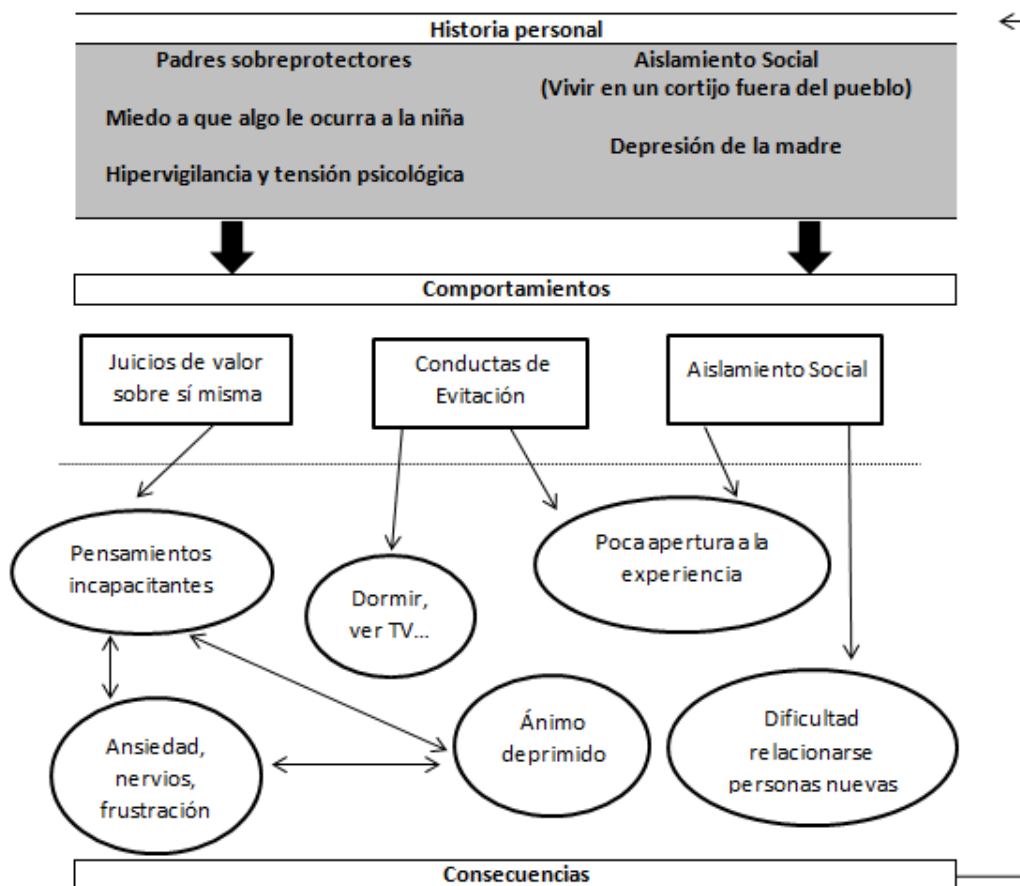
Las conductas de evitación (dormir, ver la TV...), juicios de valor sobre ella misma y el aislamiento social están íntimamente relacionados con su historia personal. Vivir bajo continua sobreprotección de sus padres o el miedo a que algo grave ocurra nuevamente, como la experiencia cercana a la muerte al nacer, esta hipervigilancia y tensión psicológica que ha vivido en casa durante toda la vida, se relacionan fuertemente con pensamientos negativos, sentimientos y emociones desagradables (ansiedad, nervios...) y dificultad para relacionarse con los demás (figura 1). Estos ejemplos son consecuencias de comportamientos que se han englobado en juicios de valor sobre ella misma, conductas

de evitación y aislamiento social. Del mismo modo estos comportamientos son producto de su propia historia personal.

Uno de los valores más importantes de Y. son sus estudios. También tiene inseguridades y sensaciones desagradables en algunos momentos, mediante una organización muy metódica y meticulosa de sus tareas está obteniendo buenos

resultados académicos. Esta estrategia también es utilizada por Y. a veces para cambiar su estado de ánimo cuando siente ansiedad debido a sus estudios. A través de la “organización de mi cabeza”, como ella lo llama, escribe y saca de su cabeza lo que tiene que hacer ordenándolo a partir del tiempo que dispone e interés. De esta forma puede ver lo que es realmente plausible de realizar para ella.

Figura 1. Análisis funcional del caso



A partir del análisis funcional se plantea una intervención desde una aproximación contextual, tomando como referente terapias conductistas de tercera generación como la Terapia de Aceptación y Compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy* o ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), la Psicoterapia Analítico Funcional (*Functional Analytic Psychotherapy* o FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991), así como técnicas adaptadas de mindfulness (Kabat-Zinn, 1990). En este

sentido se han combinado y adaptado los diferentes elementos de las mismas a las necesidades y demandas de la paciente.

Los objetivos terapéuticos que se plantean en la intervención son 1) debilitar los juicios de valor sobre sí misma así como los pensamientos incapacitantes, 2) disminuir la labilidad emocional, 3) establecer rutinas y 4) fortalecer relaciones sociales.

Para debilitar los juicios de valor sobre sí misma y pensamientos que la han

atrapado y acobardado para realizar nuevas actividades en su vida se han utilizado diversas técnicas de ACT centradas en debilitar la fusión cognitiva y facilitar la desliteralización del lenguaje. De esta forma se ha insistido en el concepto de “tu mente no es tu amiga”, observando cómo el monólogo de la mente incita a acobardar y menospreciar a la persona, cargando de argumentos y justificaciones cada planteamiento de la persona. Se insiste en la importancia de aprender de la experiencia cuando ocurren este tipo de situaciones y a través de metáforas y ejercicios experienciales se debilita la fuerza del lenguaje en su vida.

En lo que se refiere a los altibajos del estado emocional de Y. se ha trabajado en la observación de estos teniendo en cuenta aspectos de las emociones como la transitoriedad de estas, en las que nuestro estado de ánimo es como una gráfica que fluctúa, la diferencia entre el Yo y el estado de ánimo “yo como contexto”, apartar el concepto de lucha de su vocabulario y aceptar las emociones y experimentar la situación sin alejarnos de ella o evitarla. Al mismo tiempo que se trabajaba la desliteralización del lenguaje a partir de la defusión cognitiva se enfatizaba y se relacionaba el aspecto emocional como un elemento más implicado en el proceso cognitivo.

Para conseguir un equilibrio en el nivel de actividad se ha reforzado el método que a la paciente le ha resultado útil durante el curso académico, tanto para planificar sus estudios como sus actividades en la vida cotidiana. En consulta se le refuerza a que siga con este método de organización y se le hace ver que en días de euforia donde quiere hacer muchas actividades, apunte una o dos menos de las que quiere hacer mientras que en días donde se encuentre con menos actividad realice al menos una o dos tareas aunque no tenga nada de ganas de hacerlo.

En relación al fortalecimiento de relaciones sociales se ha trabajado como ha comunicado durante este tiempo sus necesidades a los demás. La importancia de comunicar con los demás su estado emocional, tanto en días buenos como en días malos y darse a conocer tal y como es, para descubrir en el otro, intereses y valores comunes. Se introduce el concepto de presencia, permanencia y compromiso a para forjar amistad y como valores para fundamentales a la hora de conservar a los amigos.

Intervención y curso del tratamiento

La intervención realizada y el trabajo terapéutico se han desarrollado a partir de una perspectiva contextual utilizando principalmente técnicas de ACT, FAP y Mindfulness. En las primeras sesiones se ha trabajado especialmente crear y fortalecer la relación terapéutica con la paciente, necesaria e imprescindible para mantener el compromiso y asistencia regular de Y. a las sesiones, sobre todo al principio. Establecer una rutina de asistencia a sesiones era fundamental ya que previamente a la primera cita, se cancelaron hasta 3 citas donde Y. no asistió por diferentes motivos. Por lo tanto se plantea un clima y ambiente en sesión de confianza donde la paciente pueda expresar sus demandas y donde se puedan generar las CCR1 con las que trabajar durante las posteriores sesiones (Kohlenberg y Tsai, 1991). Para lograr este compromiso inicial se han invertido las dos primeras sesiones en indagar en la historia personal de la paciente, conocer sus inquietudes, demandas, intereses y motivaciones con el fin de conocerla y que se sintiera en un espacio donde poder expresarse libremente sin ser juzgada. Se le ha dado todo el apoyo y libertad para decidir los días de las sesiones y en caso de cancelación establecer el compromiso de comunicarlo previamente a la UAP.

Los objetivos terapéuticos propuestos al finalizar la evaluación han sido trabajados transversalmente durante toda la intervención, de manera flexible y adaptándose en todo momento a las necesidades de la paciente.

Debilitar los juicios de valor sobre sí misma

Uno de los aspectos centrales de la terapia ha sido debilitar la función del lenguaje en la conducta de la paciente, de tal forma que los juicios de valor que tiene sobre sí misma no le impidan realizar actividades importantes para ella o generen más sentimientos desagradables. Para ello se han utilizado técnicas para “desliteralizar” el lenguaje, creando contextos donde se experimenten sentimientos, pensamientos y recuerdos como lo que son sin vincularlos a patrones de conducta específicos (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Este concepto llamado *defusión cognitiva*, ha sido trabajado a lo largo de todas las sesiones de manera sistemática desde la segunda sesión. Las técnicas que se han utilizado para trabajar este objetivo han sido metáforas, paradojas y ejercicios experienciales.

A continuación se transcribe un diálogo entre terapeuta y cliente correspondiente a la sesión 2 donde se empieza a utilizar la defusión cognitiva.

Y.: “[...] A veces estoy pensando que no lo puedo hacer y si los demás pensarán si soy falsa o tonta”.

Terapeuta: “Con todo ese pensamiento lo has podido hacer, y lo haces. Tu cabeza está todo el tiempo con el “Bla, bla, bla”. ¿No te encuentras cansada?”

Y.: Si, si, muy cansada.

Terapeuta: “A veces es importante poner en relación cómo me siento con lo que está pasando. De repente no me viene el cansancio, ni la pena, ni la euforia. SI ponemos en relación la actividad que hemos tenido con la sensación que tenemos en ese momento, sabemos y conectamos lo que sentimos con lo que hacemos.”

A partir de ejercicios experienciales como “sacar la mente a pasear”, donde la paciente puso a su mente el nombre de *Cuki* para referirse a todos esos pensamientos que aparecían con frecuencia se ha transmitido a Y. que la mente no es nuestra amiga. De tal forma, nuestra mente, en numerosas ocasiones pretende ejercer control sobre nosotros. Para notar esto se le pidió a Y. que cada vez que tuviera un pensamiento dijera en voz alta “tengo un pensamiento que...”.

Para que Y. comprendiera mejor qué pasaba cuando permanecía fusionada con su lenguaje, paralelamente se trabajaba sobre el problema que supone controlar los propios pensamientos (el control de los eventos privados como problema). Entre las metáforas que se utilizaron para trabajar con estos dos conceptos se utilizaron “el velero y el viento”, “construir castillos en la orilla del mar”, “las gafas de color de rosa” y la “metáfora del polígrafo”.

Disminuir labilidad emocional

Se trabaja a partir de la sesión 4 con la desesperanza creativa y el yo como contexto para abordar el tema de los altibajos emocionales. El propósito de elegir estas fases de la terapia es interrumpir la tendencia a evitar a través de debilitar el soporte verbal. Se comienza generando repertorio verbal (adjetivos calificativos y explicativos) para describir las sensaciones que tiene y su estado de ánimo. Se le pregunta que hace cuando se

siente mal o de bajón y si le resulta útil intentar cambiar su estado de ánimo “a veces sí, otras no, la mayoría me acuesto y hasta el día siguiente”. A partir de aquí se trabaja con las sensaciones que describe así como los pensamientos y a partir del ejercicio del lapicero, en el que vamos metiendo en un lapicero un bolígrafo por cada pensamiento y otro objeto en otro lapicero por cada emoción (aparecen la mayoría desagradables) se empieza a diferenciar entre la persona y el contexto. A este ejercicio se le une la “metáfora del tablero de ajedrez” para explicar a Y. que ella no es sus emociones ni tampoco sus pensamientos, que ella es mucho más importante que eso, es el tablero donde están todas esas fichas.

En la sesión 7 se empiezan a utilizar técnicas de mindfulness, explicando a Y. en

que consiste la meditación. En este sentido a Y. le cuesta en principio entender que para meditar solo tiene que observar y estar dispuesta a experimentar las diferentes sensaciones y pensamientos que aparezcan en su cuerpo. Tras 5 minutos de meditación, se observa que ha sido una experiencia incómoda para ella ya que sentía la necesidad de moverse. Y. comenta que había muchos pensamientos que la inundaban y que se dejó llevar por ellos, sobre todo por el de “querer salir de esta situación”. Se hace hincapié al realizar este ejercicio en la importancia de notar y observar, sin juzgar, todas las sensaciones corporales y los pensamientos que aparecen para diferenciar entre el Yo contexto y el Yo contenido.

Tabla 3. Resumen de las cinco primeras sesiones

	Objetivos Terapéuticos	Técnicas	Observaciones
1	Evaluación	Entrevista Historia de la paciente	Diagnóstico: TLP Tratamiento: (2) Fluoxetina y (2) Lexatin diario
2	Evaluación Debilitar juicios de valor	Entrevista Metáfora construir castillos en la orilla del mar Metáfora del velero y el viento	Estado de ánimo triste en sesión Fuertes sentimientos de vacío, ansiedad y angustia
3	Debilitar juicios de valor Fortalecer relaciones sociales	Ejercicio “sacar la mente a pasear” Rol-play como expresar a su amiga el problema que tiene con ella Habilidades de comunicación	Pensamiento: “Bla, bla, bla” Importancia de comunicar bien la necesidad en cada momento
4	Debilitar juicios de valor	Describir sensaciones físicas Ejercicio lapicero Ejercicio “tengo un pensamiento que...” Metáfora tablero de ajedrez	Realización test MCMI-III
5	Debilitar juicios de valor Fortalecer relaciones sociales	Metáfora de las gafas de color Llamar al “Bla, bla, bla” (pensamiento) Cuki Compromiso en las relaciones	Reducción de la medicación (2) fluoxetina y (1) lexatin diario

Establecer rutinas

Durante las cinco primeras sesiones no se hace especial mención al estableciendo de nuevos patrones de rutinas y organización. Se observa el método que Y. ha llevado hasta ahora y se refuerza. Al mismo tiempo se va haciendo ver que en el tema de organización también puede suponer un problema intentar controlarlo todo, dejando de lado el propósito real por el que se inició la planificación de actividades.

En la sesión 6 la paciente muestra su tabla de actividades donde elabora los objetivos académicos semanales que quiere conseguir (temas de estudio, ejercicios...). Al mismo tiempo en su diario personal marca las tareas no sólo académicas que tiene que realizar en el día a día si no también cualquier otra actividad de su vida cotidiana “me entra una satisfacción cada vez que tacho algo”. En este punto se trabaja con el equilibrio, que hay que conseguir manejando nuestros estados de ánimo, sacando la mente a pasear y escribiendo las tareas que quiere realizar. Una vez hecho, se evalúan los costes y beneficios y se valora de manera real si podrá hacerse la actividad (sesión 7).

De manera independiente también establece una cierta organización en las comidas, que se trabaja en la sesión 12. Elaborada una dieta tabla donde incorpora alimentos de todo tipo y realiza cuatro comidas al día siempre a la misma hora (“aunque reconozco que a veces como muchos hidratos”). La siesta la ayuda a estar más descansada ya que a veces no duerme bien por las noches.

Fortalecer relaciones sociales

Y. desde el comienzo de la terapia se muestra bastante reacia a conocer gente nueva y a establecer relación con las personas que ya conoce (compañeros de clase, piso y amigas del pueblo). A través

de técnicas comentadas anteriormente de defusión cognitiva, Y. va aceptando y obteniendo un rol de disposición a lo largo de la terapia para relacionarse con otras personas.

En la sesión 6 comenta que ha ido al cine con dos compañeras de clase y que se ha sentido cómoda aunque en el piso con sus compañeras a veces se siente un poco desplazada, al ser la menor de las tres y ser ellas muy exigentes con la limpieza. Sin embargo Y. también se exige la disciplina que ellas le aportan. En la sesión 8 habla de un chico, compañero de clase, con el que a veces ha ido a jugar al billar y al que ha ayudado a estudiar en algunas ocasiones. Después de un tiempo lo ha dejado de ver, ya que no le interesaba (“no creo que le apetezca estar conmigo con todos los problemas que tengo”). En esta sesión se habla y se trabaja sobre la *permanencia* y la *presencia* en las relaciones sociales como un elemento fundamental. Se sugiere a Y. que para tener relaciones sociales fuertes las personas debemos de estar siempre ahí, tanto en las etapas de ánimo bajo como en las de euforia. Compartir los momentos de alegría y tristeza, los días buenos y los días malos. Dar confianza, proponer y estar dispuesto a que los demás quieran estar con nosotros y aceptarnos como somos. Se le pregunta que es lo importante para ella en la relación con las personas y comenta que tener intereses comunes, ser compatibles y tener los mismos valores. En esta sesión propone invitar a sus amigas de clase a tomar unas pizzas en su piso y resulta ser un éxito, unos días más tarde en vacaciones de semana santa se disfraza con ellas.

En la sesión 6 se realiza en la misma sesión un repaso de todos los objetivos terapéuticos propuestos, con el propósito de reconocer el proceso de intervención hasta la fecha y encarar de manera más específica los objetivos en sesiones posteriores.

A partir de la sesión 10 empieza a comprometerse y a tener más relación con unas amigas de su pueblo a las que un día invita a casa a cenar pizza, otro día va casa de ellas y en las vacaciones de semana santa se disfrazan juntas en una fiesta. A partir de estas sesiones comienza a tener un cuidado especial en su imagen, cambiando el peinado y combinando colores a la hora de vestir.

Tabla 4: Resumen del resto de sesiones.

	Objetivos Terapéuticos	Técnicas	Observaciones
6	Debilitar Juicios valor Establecer rutinas Disminuir labilidad emocional Fortalecer relaciones sociales	“Tengo un pensamiento” Cuki: “Bla, bla, bla” Tabla de los objetivos semanales y diario Reducir actividades y aumentar en función estado de animo Refuerzo experiencia cine	Acude un mes después, faltó a una cita Repaso de todos los objetivos terapéuticos
7	Disminuir labilidad emocional Establecer rutinas Fortalecer relaciones sociales	Sesión 5m de meditación Ejercicio: sentir la presión en el pecho Escribir lo que quiere hacer Comunicar su relación familiar	Reducción de la medicación (2 fluoxetina diario (1 mes y 2 semanas después de la última reducción)
8	Disminuir Labilidad emocional Fortalecer Relaciones sociales	Calificar lo que siente Concepto presencia permanencia Experiencia: Invita pizzas en su piso	Se siente más fuerte, con ganas de vivir y hacer su propia vida
9	Fortalecer relaciones sociales Disminuir labilidad emocional	Reforzamiento salir con compañeras Metáfora gafas de color	
10	Fortalecer relaciones sociales Disminuir Labilidad emocional	Rol-play: Expresar necesidad a su profesor de física Planificar salida con las amigas de la cena pizzas en vacaciones Expresar la tristeza	Vuelve a quedar con las amigas con las que estuvo cenando pizza
11	Fortalecer relaciones Disminuir Labilidad emocional	Se habla de la deseabilidad social y las vacaciones de semana santa Metáfora sobre el nerviosismo	Aspecto más cuidado, pelo suelto, combina colores y ropa. Se espacian las sesiones a 2 semanas
12	Establecer rutinas	Se propone estudiar 6hrs diarias Metáfora Reto vs Camino	Comenta sentirse más guapa y segura
13	Disminuir Labilidad emocional	Respiración abdominal Relajación	Valora todo el proceso terapéutico como algo positivo Realización test MCMI-III (Post)

14	Disminuir labilidad emocional Fortalecer relaciones sociales	Localizar en el cuerpo donde está el nerviosismo Se siente sola y desprotegida Se plantea establecer como rutina quedar con alguien una vez a la semana en periodo de exámenes	Aprueba un parcial de física Periodo exámenes cercano Le dio un plantón una amiga
15	Debilitar Juicios valor Disminuir labilidad emocional Relaciones sociales	Dejó encendida al olla en el gas. Ir más despacio, atender Meditación, 5m Habla de su experiencia tomando café con sus compañeros de clase	Va a Granada con 3 compañeros de clase Empieza a impartir clases de química

Resultados del proceso terapéutico

Tras 7 meses de tratamiento y 15 sesiones se presenta la evolución de los problemas y demandas que mostraba Y. y la tabla comparativa de las puntuaciones obtenidas en el MCMI-III en el momento

Escalas MCMI-III	Pre	Post
Esquizoide	47	60
Evitativo	68	77
Depresivo	83	74
Dependiente	70	88
Histriónico	31	18
Narcisista	27	37
Antisocial	50	43
Agresivo	52	25
Compulsivo	56	57
Negativista	62	59
Autodestructivo	58	67
Esquizotípico	64	67
Límite	74	64
Paranoide	67	82
Ansiedad	85	90
Somatomorfo	70	67
Bipolar	67	82
Distimia	77	90
Dependencia al alcohol	64	60
Dependencia sustancias	57	57
Estrés postraumático	56	61
Desorden de pensamiento	97	72
Depresión Mayor	69	62
Desorden delirante	67	77

Tabla 5: Resultados pre y post del MCMI-III

de la evaluación inicial y de la evaluación final. De igual forma se presenta una gráfica con el descenso del número de verbalizaciones de juicio de valor sobre ella misma.

Esta intervención sigue en curso, hasta la sesión 15, se muestran en Y. cambios significativamente relevantes en cuanto a su relación con los demás y sus manifestaciones verbales. Hasta la fecha ha mantenido y mejorado una organización y planificación en un aspecto fundamental para ella como son sus estudios donde ha llegado a estudiar hasta 6 horas al día como se había propuesto.

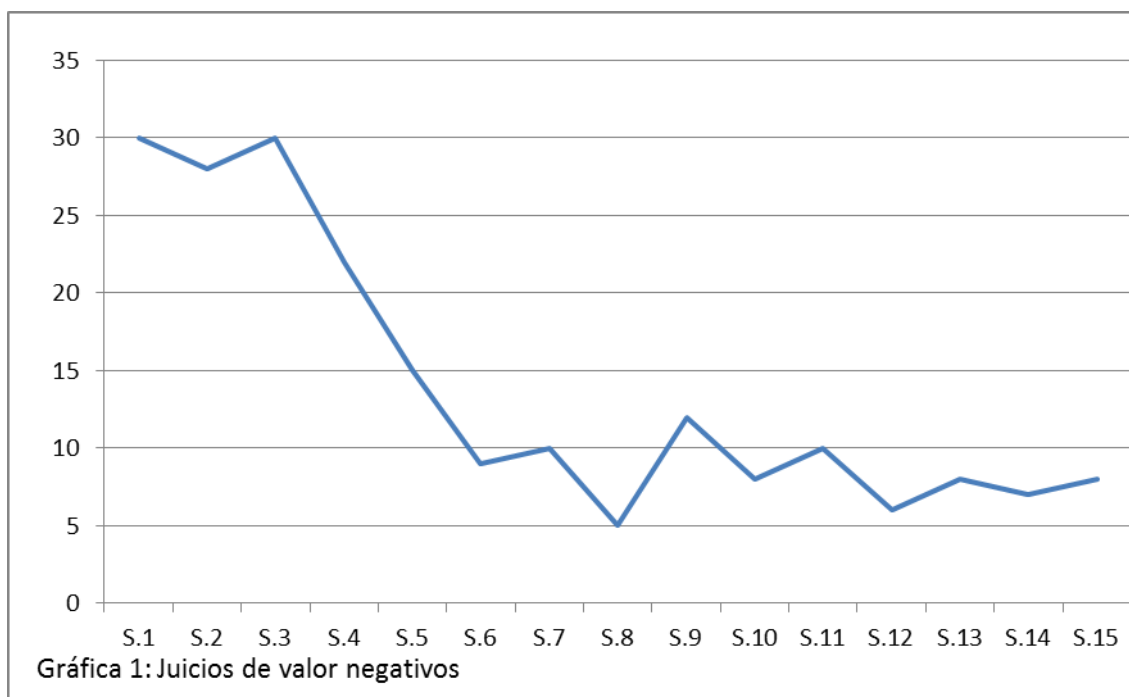
Como puede apreciarse en las puntuaciones post del MCMI-III se producen cambios importantes en personalidad depresiva, reduciendo y en personalidad dependiente aumentando. Esto puede deberse al ajuste y adaptación de Y. a la relación con el mundo y con los demás, propio de un proceso terapéutico largo como es éste.

De alguna manera también se relaciona la puntuación alta en la escala paranoide, propia de la suspicacia que le genera conocer a personas nuevas. En relación a esto último la escala límite también baja. En los factores indicadores de trastorno como son la ansiedad y trastorno distímico se observan subidas importantes en sus puntuaciones a las que se les atribuyen el día puntual en el que la prueba fue realizada, a las puertas de época de exámenes en las que la paciente se encontraba ciertamente preocupada porque tenía que estudiar. No es el caso del indicador trastorno de pensamiento, el cual disminuye como resultado de la defusión cognitiva. En la tabla 6 de resultados pre y

post del MCMI-III se pueden analizar con más detalle dichos datos.

Con el transcurso de las sesiones y como consecuencia del efecto de la defusión cognitiva el número de verbalizaciones negativas y juicios de valor sobre ella misma han ido disminuyendo (Gráfica 1). Aún así la paciente tiende a autocalificarse a ella misma en contadas ocasiones pero sin la exageración con la que acudía al principio. Esto puede haber influido directamente en la labilidad emocional, en la que los altibajos emocionales han sido disminuidos, es decir, los episodios de tristeza no han sido muy profundos ni los eufóricos los más exagerados.

Gráfica 1: Evolución juicios de valor negativos



Discusión y Conclusión

Entre las limitaciones de este estudio de caso se encuentran las formas de evaluación de las conductas problema. En este sentido se han observado y medido los juicios de valor que la paciente hacía sobre ella misma a partir de un registro elaborado tras la visualización de las sesiones. Sin embargo los otros objetivos terapéuticos (fortalecer relaciones sociales, establecer rutinas y labilidad emocional) no han sido registrados de una manera cuantificable si no que ha sido a partir del propio bienestar psicológico de la paciente como han sido evaluados. Esto quiere decir que para conocer la efectividad del proceso terapéutico es necesario atender a los logros de la paciente en su vida, relacionarse con más personas y establecer sus propias rutinas con independencia de sus emociones o pensamientos que antes eran percibidos como dañinos o desagradables.

El trabajo en defusión cognitivo ha sido fundamental para conseguir este tipo de resultados, en cierta forma la paciente ha ido adquiriendo capacidad y valía sobre su vida realizando las acciones que son importantes para ella y tomando distancia de sus eventos privados (sentimientos de malestar, pensamientos de valoración negativa a ella misma...).

La filosofía común de las terapias de tercera generación permite la combinación

de técnicas y aplicaciones de cada una de ellas ajustándose a la necesidad de la personas. En este caso el trabajo en la flexibilidad psicológica ha sido el motor de la intervención desde el que se ha trabajado teniendo una visión global de la persona en su contexto y facilitando su adaptación al cambio dentro de su cotidianidad.

Como se decía en la introducción en ocasiones la terapia se centra en la eliminación de síntomas dejando de lado a la persona. En este sentido terapias como ACT y FAP están a disposición de la persona, sin considerar los síntomas como eje central de la terapia.

Este es un caso de larga intervención, con un debut psiquiátrico en la adolescencia y con más de tres años de tratamiento farmacológico. Por lo tanto aún queda mucho trabajo por realizar, el proceso psicológico acaba de comenzar y es en este momento cuando empiezan a verse cambios que serán fundamentales para ajustarse a las nuevas circunstancias de Y. Hasta el momento, la intervención sigue su curso favorablemente, y tras 15 sesiones, podemos decir que Y. comienza a relacionarse con su entorno de una manera diferente, lo cual es un gran paso pero que no garantizará siempre bienestar, pero sí facilitará vivir con disposición su propio camino.

Referencias

- American Psychological Association (2012). Resolution on the Recognition of Psychotherapy Effectiveness. *Washington, DC: APA.*
- Feliu-Soler, A., Pascual, J.C., Soler, J., Pérez, V., Armario, A., Carrasco, J., Sanz, A., Villamarín, F., y Borràs, X. (2013) Emotional responses to a negative emotion induction procedure in Borderline Personality Disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 13*(1), 9-17.
- Fernández Parra, A., y Ferro García, R. (2006). La Psicoterapia Analítico-Funcional: una aproximación contextual funcional al tratamiento psicológico. *EduPsykhé. Revista de Psicología y Educación, 5*, 203-229.
- Ferro García, R. (2000). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. *Psicothema, 12*(3), 445-450.
- García Montes, J. y Pérez Álvarez, M. (2003). Reivindicación de la Persona en la Esquizofrenia. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 3*, 107-122.
- García Montes J.M, Luciano M.C., Hernández López M., Zaldívar Basurto F. (2004). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema, 16*, 117-124.
- García Montes, J.M, Pérez Álvarez, M. y Fernández García, R. (2007). Refundar la terapia de conducta: una propuesta desde la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Cuadernos de psiquiatría comunitaria, 7*(1), 17-31.
- Gómez-Martín, S., López Ríos, F. y Mesa Manjón, H. (2007). Teoría de los marcos relacionales: algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*, 491-507
- Gunderson, JG. (2008). *Borderline personality disorder: A clinical guide.* Washington: American Psychiatric Publishing.
- Hayes, S. C., Strosahl, K.D. y Wilson, K., G. (1999). *Acceptance and commitment Therapy: An experiential approach to behavior change.* New York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C. (2004a). *Acceptance and commitment therapy and the new behaviour therapies.* En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (1-29). Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C. (2004b). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy, 35*, 639-665.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness.* New York: Delacorte.
- Koerner, K. & Linehan, M. M. (1992). Integrative therapy for borderline personality disorder: Dialectical behavior therapy. In Norcross & Goldfried (Eds.), *Handbook of Integrative Psychotherapy.* New York: Basic Books, 433-59.

- Kohlenberg, R. J., y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy*. Nueva York: Plenum
- Kohlenberg R.J y Tsai M. (1995). *Psicoterapia Analítica Funcional: Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas*. Traducción Luis Valero y Sebastián Cobos. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga.
- Linehan, M.M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press
- Linehan, M. M., Cochran, B. N., & Kehrer, C. A. (2001). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*, 4, 365-420.
- López Ríos, F., Indiano Moreno, E. y Langer Herrera, A. (en prensa). Estudio de caso de depresión con intento de suicidio en un joven utilizando Terapias Conductuales de Tercera Generación. *Terapia Psicológica*.
- Luciano, M.C. (1999). La psicoterapia analítica funcional (FAP) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 497-584.
- Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5, 159-172.
- Pérez-Álvarez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28, 97-110.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). Third-Generation Therapies: Achievements and challenges. *International Journal Clinical Health Psychology*, 12, (2), 291-310.
- Millon, T. (2007). *Clinical Multiaxial Inventory-III* (Spanish version). Madrid: TEA Ediciones.
- Palacios, A. G., Navarro Haro, M. V., Guillén, V., Marco, H., & Botella, C. (2010). Estudio preliminar sobre la eficacia de la terapia Dialéctico-comportamental en personas diagnosticadas de trastorno Límite de la personalidad Y bulimia nerviosa. *Psicología Conductual*, 18 (1), 197-216.
- Rodríguez, J.A. (2012). El reto del trastorno límite de personalidad. *Diario Médico*.
- Segal Z. V., Williams J. M. G., & Teasdale J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. *New York: Guilford*.
- Vallejo, M.A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27, 92-99.
- Virués, J. (2004). Análisis funcional y tratamiento de un paciente con graves problemas de conducta diagnosticado de trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 207-232.
- Wahlbeck K. (2009). *Background document for the Thematic Conference on Prevention of Depression and Suicide*. Luxembourg: European Communities.

- Wilson, K. G., Luciano Soriano, M. C. *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide, D.L. 2008.
- Yust, C. C., & Pérez-Díaz, Á.,Gustavo L. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 97-114.

Anexo I