



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo de Fin de Máster

Modalidad 3: Estudio de caso

Autora del TFM

**Trastorno Límite de la
Personalidad**

A propósito de un caso

Sandra Caseiro López

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria
Año 2023

Trabajo de Fin de Máster presentado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela para la obtención del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Índice

Resumen.....	2
Abstract.....	3
Introducción.....	4
Método.....	7
Descripción del caso.....	7
Identificación del paciente.....	7
Motivo de consulta.....	7
Evaluación.....	8
Formulación clínica del caso.....	14
Análisis funcional.....	17
Intervención.....	21
Contexto terapéutico.....	21
Análisis de las sesiones y de la intervención terapéutica.....	23
Resultados de la intervención.....	55
Discusión.....	61
Limitaciones.....	67
Orientaciones de futuro.....	67
Conclusiones.....	69
Referencias bibliográficas.....	71
Índice de tablas.....	76
Índice de figuras	77
Anexos.....	78

Resumen

En el presente trabajo se describe y analiza el proceso de evaluación e intervención llevado a cabo en el caso real de un paciente con Trastorno Límite de la Personalidad (al que apodaremos D) con el objetivo de explorar el nivel de mejoría tras la aplicación de un tratamiento psicológico. La inestabilidad emocional, cierta alteración de la identidad, dificultades en las relaciones interpersonales, así como sintomatología depresiva y ansiosa, son, principalmente, algunos de los síntomas y dificultades que presenta el paciente. Tras una exhaustiva evaluación, se realizó la formulación clínica del caso y el análisis funcional de los problemas del paciente, lo que permitió planificar los objetivos principales del tratamiento. Además, se ha analizado el proceso terapéutico a lo largo de cinco sesiones en las que se aplicaron una variedad de técnicas psicológicas, entre las que destacan la psicoeducación y la regulación emocional, prestando, además, una gran atención la elaboración y procesamiento de su historia de vida. Por último, los resultados tras la intervención permiten constatar la presencia de mejoría con respecto a la regulación emocional, así como una disminución de los rasgos límite y de la sintomatología depresiva y ansiosa, principalmente.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad, regulación emocional, trauma, depresión, ansiedad.

Número de palabras: 17517

Abstract

In the present paper, a real case of a patient with Borderline Personality Disorder (whose nickname will be D) is described and analyzed with the aim of exploring the level of improvement after the application of psychological treatment. Emotional instability, some alteration of identity, difficulties in interpersonal relationships, as well as depressive and anxious symptomatology, are mainly, some of the symptoms and difficulties presented by the patient. After an exhaustive evaluation, the clinical formulation of the case and the functional analysis of the patient's problems were carried out, which allowed the main objectives of the treatment to be planned. In addition, the therapeutic process was analysed over five sessions, in which a variety of psychological techniques were applied, in which highlight the psychoeducation and emotional regulation, paying great attention to the elaboration and processing of the patient's life story. Finally, the results after the intervention show an improvement in emotional regulation, as well as a decrease in borderline traits and in depressive and anxious symptomatology, mainly.

Keywords: Borderline personality disorder, emotional regulation, trauma, depression, anxiety.

Introducción

El término “límite” (*borderline*) fue popularizado en psiquiatría por CH Hughes y adoptado en 1938 por el psicoanalista Harold Stern al caracterizar el límite entre la neurosis y la psicosis (Corchero et al, 2012). Solía, por lo tanto, recurrirse a este término cuando no se tenía claro si el paciente sufría una neurosis o una psicosis (Mosquera, 2011). El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) no fue reconocido en el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM) hasta 1980, en su tercera revisión, constituyéndose como un cuadro con entidad propia y no como un límite entre dos trastornos.

En la actualidad, el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), según el DSM-5, es definido como *“Un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, de la autoimagen y del afecto, con alteraciones de conducta caracterizadas por una marcada impulsividad, que empieza en la edad adulta precoz y que se presenta en una importante diversidad de contextos”*. (American Psychiatric Association, 2014). Se recoge, además, que se debe manifestar por cinco (o más) de los criterios recogidos en la *Tabla 1*.

Con respecto a la prevalencia, se estima que se sitúa entre un 1,6-5,9% en población general. En atención primaria se encontraría en un 6%; del 10 % entre los individuos que acuden a los centros de salud mental y del 20% entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados. Se ha constatado, además, que, en los grupos de mayor edad, la prevalencia disminuye, y es más frecuente en mujeres. A menudo, los pacientes diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad presentan comorbilidad con otros trastornos, siendo frecuentes los trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos de la conducta alimentaria (Leichsenring, 2011).

Tabla 1. Criterios diagnósticos para el Trastorno Límite de la Personalidad según el DSM-5.

1.	Esfuerzos desesperados por evitar el desamparo real o imaginado.
2.	Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3.	Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4.	Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p.ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).
5.	Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.
6.	Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p.ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7.	Sensación crónica de vacío.
8.	Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p.ej., exhibición frecuente de genio enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9.	Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

En relación a la intervención psicológica, y habida cuenta de la marcada naturaleza multicausal del TLP (factores genéticos, familiares, ambientales...) existen diferentes opciones terapéuticas que presentamos brevemente a continuación.

La *Terapia dialéctico-conductual* (Linehan, 1993) con base cognitivo conductual, se dirige, en primer lugar, al abordaje de conductas que sitúan al paciente en una situación de riesgo vital, entrenándolo en el aprendizaje de otras conductas más adaptativas. Las diversas fases del tratamiento abordan diferentes esferas, como la validación de los conflictos emocionales, el aumento de la capacidad para regular las emociones y mantener relaciones interpersonales satisfactorias, la resolución de problemas y la promoción del respeto por uno mismo.

Por su parte, la *Terapia centrada en esquemas* (Young et al, 2003) pretende identificar y modificar los esquemas desadaptativos tempranos que forman parte de la base de las alteraciones del TLP. Dichos esquemas se conceptualizan como un conjunto de memorias, emociones, cogniciones y sensaciones corporales relacionadas con uno mismo y con otras personas, que se desarrollan durante la infancia y la adolescencia y se elaboran a lo largo de la vida del individuo, siendo disfuncionales. Por lo tanto, se postula que a partir de la modificación de tales creencias el paciente podría manejar las alteraciones propias del TLP puesto que las conductas no forman parte del propio esquema, sino que son una consecuencia de éstos.

En cuanto a la *Terapia basada en la transferencia* (Kernberg, 1996), ésta se dirige a la contención y análisis del temor al abandono por parte de personas significativas en la vida de los pacientes. Se pretende abordar, por lo tanto, los conflictos, emociones y conductas derivadas de sus distorsiones.

La *Terapia basada en la mentalización* (Bateman y Fonagy, 2009), de origen psicodinámico, se centra en entrenar al paciente para lograr un mejor conocimiento con respecto a sí mismo y a los demás en un entorno seguro que permita manejar los impulsos, las desregulaciones afectivas y las relaciones con los demás, que subyacen a las conductas autodestructivas de los pacientes.

La *Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por movimientos oculares* (EMDR; Shapiro, 2001) conceptualiza los síntomas y problemas actuales del paciente como resultado de experiencias perturbadoras previas que no fueron procesadas adecuadamente y permanecen almacenadas disfuncionalmente. Su objetivo es el acceso a los recuerdos almacenados disfuncionalmente y su posterior procesamiento, permitiendo que las sensaciones, emociones y elementos cognitivos asociados de estas memorias se transformen en un estado adaptativo.

Actualmente, con respecto a la intervención en TLP, es de especial interés explorar las comunalidades en cuanto a las dianas de tratamiento en las que coinciden las aportaciones de los diferentes profesionales. Según Burgal y Pérez (2017), los resultados en cuanto a la efectividad de las diferentes terapias no ofrecen una conclusión con respecto a qué psicoterapia es más eficaz en el tratamiento del TLP, si no que ofrecen avances a la hora de detectar las variables que presentan una mayor incidencia, permitiendo identificar qué elementos son clave en la intervención. Por lo tanto, para intentar maximizar las probabilidades en cuanto a eficacia de la terapia parece obligado atender e integrar distintos frentes: potenciar la modificación de esquemas mentales, mejorar la capacidad de comprensión de uno mismo y de los demás, explorar y procesar experiencias traumáticas, incidir en la validación y valoración de la persona y desarrollar la inteligencia emocional.

En definitiva, y con un afán de explorar un caso clínico, en el presente trabajo se relatará y analizará el proceso de evaluación y de intervención de un paciente con TLP al que apodaremos "D". La historia clínica, la evaluación de las diferentes y comórbidas patologías (síntomatología depresiva, ansiosa...), la planificación y puesta en marcha de la intervención (con la transcripción y análisis de lo sucedido en las sesiones), así como el análisis de los resultados, la discusión y las principales conclusiones extraídas serán la guía para la realización y desarrollo del trabajo.

Método

Descripción del Caso

Identificación del Paciente¹

El paciente (D), varón, de 24 años, acude a consulta por primera vez el 8 de julio de 2022. Reside en la casa familiar con su abuela materna, sus padres y su pareja, en un pueblo de la provincia de Pontevedra. D tiene un hermano, de 30 años, con el que la relación es conflictiva. Está independizado, por lo que no vive en la casa familiar, sino que convive con su pareja. La relación con el resto de su familia es distante. Cuenta con el apoyo social de sus amigas de la infancia y de su pareja, sin tener relación con más familiares. El paciente pertenece a un nivel socioeconómico medio. Desde hace dos años y en la actualidad, trabaja en el bar familiar por las tardes. Esta es la primera vez que D acude a un profesional de la salud mental. No se encuentra bajo tratamiento médico ni está tomando ningún tipo de medicación.

Motivo de consulta

Se realizó una entrevista en profundidad en la que el paciente no llegó a identificar con claridad el motivo de consulta. D refirió cambios de humor muy bruscos, con episodios de emociones intensas de ira en los que llegaba a perder el control de sí mismo, siendo esto una de sus mayores preocupaciones. Además, manifestó sentirse triste y sin ganas de hacer nada, sin interés por la

¹ Antes de comenzar cualquier actuación con el paciente se le solicitó el consentimiento informado.

realización de actividades y con un estado de ánimo bajo diario. Sentimientos de susceptibilidad interpersonal, episodios en los que el paciente desconfía de las personas, temor a ser dañado, cierta hostilidad, ambivalencia con algunas relaciones cercanas son, también, aspectos señalados por el paciente en esta primera toma de contacto.

El paciente, aunque al principio no es capaz de situar los antecedentes, dando la sensación de que lo han acompañado siempre a lo largo de su vida, relata que la adolescencia parece haber sido punto de inflexión en su vida en el que los síntomas mencionados están presentes y su intensidad es alta. A partir de ahí, la sintomatología mantiene cierta estabilidad, presentando momentos más elevados y otros más bajos que fluctúan entre ellos, pero sin llegar a desaparecer en ningún momento e interfiriendo de manera negativa en la vida del paciente.

Ante estos indicios iniciales, dada la congruencia de ciertos síntomas, se planteó la posibilidad del Trastorno Límite de la Personalidad y, en consecuencia, se identificaron, siguiendo el DSM-5, los criterios que D cumplía (ver Tabla 2).

Tabla 2. *Criterios DSM-5 que cumple el paciente*

<ul style="list-style-type: none">• <i>Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.</i>
<ul style="list-style-type: none">• <i>Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la imagen y sentido del yo.</i>
<ul style="list-style-type: none">• <i>Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas.</i>
<ul style="list-style-type: none">• <i>Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo.</i>
<ul style="list-style-type: none">• <i>Enfado inapropiado o intenso, o dificultad para controlar la ira.</i>

Los rasgos límite del paciente parecen estar relacionados, en especial, con el ámbito interpersonal, algo habitual en este tipo de casos, así como con las dificultades a la hora de regular los estados emocionales.

Evaluación

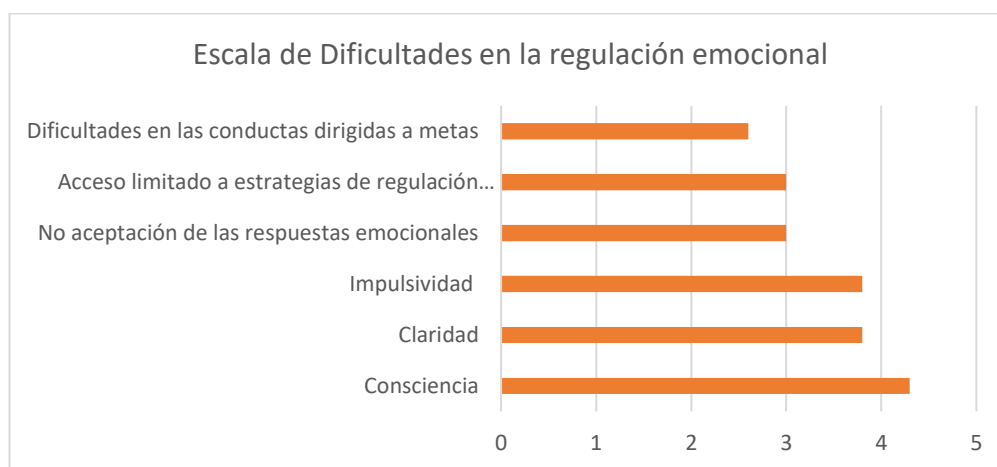
Al paciente, además de la entrevista en profundidad, se le ha pedido que cumplimentara una batería de autoinformes para evaluar la sintomatología y otros aspectos asociados con el perfil TLP. Se trataba de esclarecer, y evaluar, distintas características de particular relevancia (regulación emocional, trauma temprano, personalidad, ansiedad, depresión) para una correcta implementación del programa de tratamiento a llevar a cabo. Dicha evaluación nos permitirá establecer esa necesaria línea base que, a la postre, posibilitará dar cuenta de los patrones de cambio y/o estabilidad en las distintas variables.

Escala de dificultades en la Regulación emocional (DERS)

La Escala de Dificultades de Regulación Emocional (Gratz y Roemer, 2004) fue elaborada con el objetivo de evaluar la capacidad de autorregulación emocional de los pacientes. Está formada por 36 ítems (ver Anexo I) en una escala tipo Likert de 5 puntos, siendo 1 “casi nunca” y 5 “casi siempre”. La escala contiene 6 factores: *No aceptación de las respuestas emocionales*, que hace referencia a la reacción negativa a las respuestas emocionales, tanto en uno mismo como en los demás; *Dificultades en las conductas dirigidas a metas*, considerando que las emociones interfieren con la puesta en marcha de una acción efectiva dirigida a una meta; *Impulsividad*, referida a las dificultades a la hora de controlar el propio comportamiento cuando se experimenta una emoción de alta intensidad; *Consciencia*, a través de la cual se evalúan las dificultades en el reconocimiento de las emociones; *Acceso limitado a estrategias de regulación emocional*, haciendo referencia a una percepción baja de habilidades para modular emociones; y *Claridad*, que evalúa las dificultades para diferenciar las emociones mientras éstas son experimentadas.

Los *resultados* obtenidos en esta escala por D aparecen recogidos en la *Figura 1*.

Figura 1. Resultados en la Escala de dificultades en la regulación emocional



El paciente presenta dificultades a la hora de regular sus emociones, presentando una mayor puntuación en el factor *Consciencia*. Las dificultades a la hora de identificar emociones son habituales en los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, produciendo, como consecuencia, una pobre gestión emocional, que se suele caracterizar por explosiones de ira o de enfado difíciles de controlar.

Escala EARLY

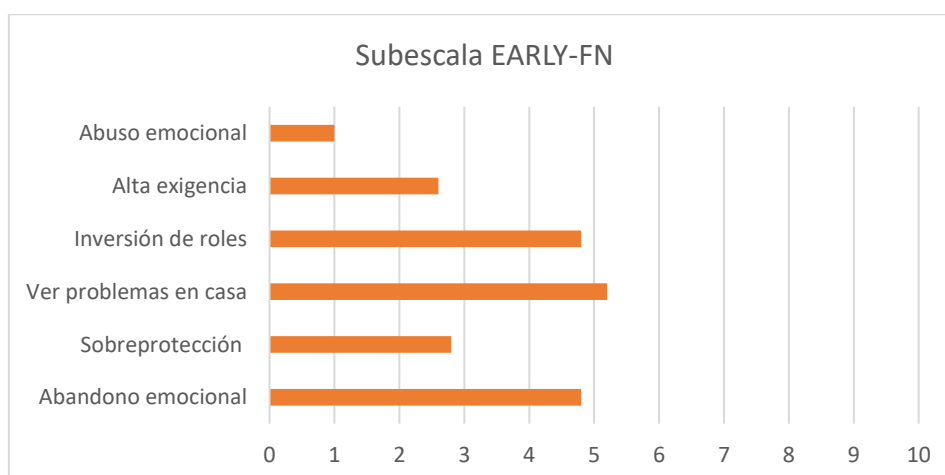
La Escala EARLY (González, Mosquera, Leeds y Santed, 2019), fue elaborada con el fin de evaluar trauma temprano relacional. Está compuesta por 3 subescalas (ver Anexo II): La EARLY-G, de 14 ítems con formato de respuesta dicotómico “sí” y “no”, que evalúan eventos intra y extrafamiliares. La subescala EARLY-FP, de 19 ítems en formato de escala tipo Likert de 0 a 10, que evalúa experiencias de cuidado positivo en el entorno familiar. Por último, la subescala EARLY-FN, de 44 ítems siguiendo el formato tipo Likert de la subescala anterior y hace referencia a experiencias familiares adversas. Ésta, a su vez, se divide en 7 subescalas: *Abandono emocional (A)*, *Sobreprotección (S)*, *Maltrato físico (M)*, *Ver problemas en casa (O)*, *Inversión de roles (I)*, *Alta exigencia (EX)* y *Abuso emocional (AE)*.

En cuanto a los *resultados* de D en la escala EARLY-G, se pueden apreciar la presencia de acontecimientos traumáticos en la vida del paciente, entre los que se encuentran, a nivel intra familiar: (1) la muerte de una persona importante para D, siendo ésta su abuelo paterno (2) problemas graves sufridos por la madre del paciente en los dos años posteriores a su nacimiento, concretamente, el fallecimiento de la abuela materna de D; y extrafamiliares: (1) burlas y ridiculizaciones por parte de algunos compañeros de clase, (2) insultos y humillaciones por parte de un profesor y (3) relación de pareja en la adolescencia que pudo haber ejercido maltrato emocional.

La escala EARLY-FP, en la que obtuvo una puntuación de 5.9, informa de cierta carencia de cuidado positivo en el entorno familiar. La literatura muestra que las experiencias de pérdida, trauma o desatención en el entorno familiar tienen una gran relevancia en el desarrollo de rasgos límite de la personalidad.

Los resultados de la subescala EARLY-FN se recogen en la *Figura 2*.

Figura 2. Resultados en la subescala EARLY-FN



Destacan las puntuaciones en las subescalas *Ver problemas en casa*, *Abandono emocional* e *Inversión de roles*.

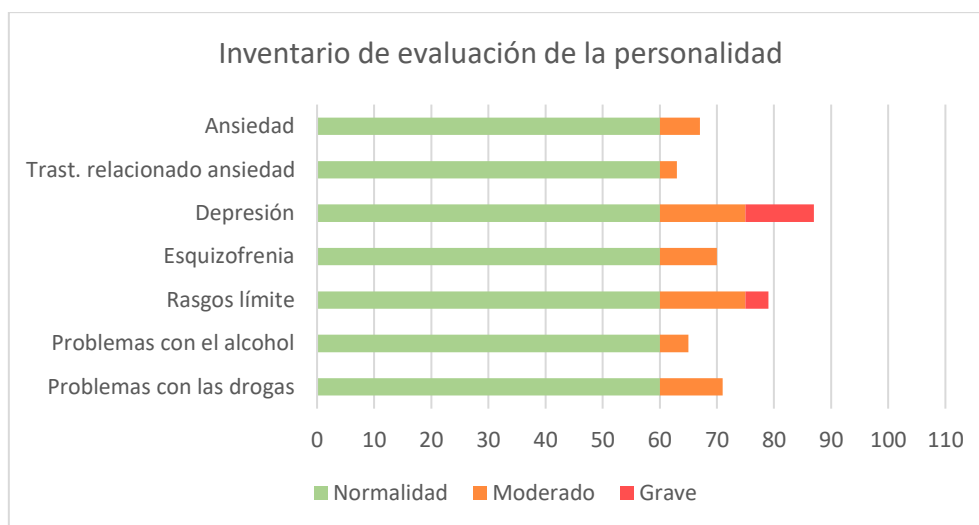
A modo de ejemplo y a nivel cualitativo, destaca la puntuación del ítem 31 “*Me sentía confuso sobre lo que sentía porque los adultos me decían que me sentía de otra manera*”, al que el paciente puntúa con “5”. Observamos, por lo tanto, confusión sobre sus sentimientos, que parece ir en la línea del factor *Conciencia* de la Escala de dificultades en la regulación emocional, lo cual puede llegar a ser muy perjudicial e influir en la alteración de la identidad, muy presente en este tipo de pacientes.

Inventario de evaluación de la personalidad (PAI)

El Inventario de evaluación de la personalidad (Morey, 1991) es un cuestionario diseñado para proporcionar información sobre variables clínicas críticas de los evaluados. Consta de 344 ítems con 4 opciones de respuesta: F (falso), LV (ligeramente verdadero), BV (bastante verdadero) y CV (completamente verdadero). El cuestionario contiene 4 escalas en las que se recogen diferentes factores que, a su vez, se desglosan en diferentes subescalas. La primera es la Escala de validez en la que se encuentran los factores de *Inconsistencia*, *Infrecuencia*, *Impresión negativa* e *Impresión positiva*, que sirven para averiguar si los resultados y las respuestas del paciente son interpretables. La segunda es la Escala clínica que está formada por los siguientes factores: *Quejas somáticas*, *Ansiedad*, *Trastornos relacionados con la ansiedad*, *Depresión*, *Manía*, *Paranoia*, *Esquizofrenia*, *Rasgos límites*, *Rasgos antisociales*, *Problemas con el alcohol* y *Problemas con las drogas*. A continuación, presenta la Escala de variables relacionadas con el tratamiento, entre las que se encuentran los factores *Agresión*, *Ideaciones suicidas*, *Estrés*, *Falta de apoyo social* y *Rechazo al tratamiento*. Por último, la Escala de variables interpersonales, con los factores *Dominancia* y *Afabilidad*.

En la *Figura 3* aparecen los *resultados* del paciente en el Inventario de evaluación de la personalidad, recogiendo los datos en los que el paciente presenta valores elevados, no incluyendo, por lo tanto, aquellas escalas en las que presenta valores dentro de la media.

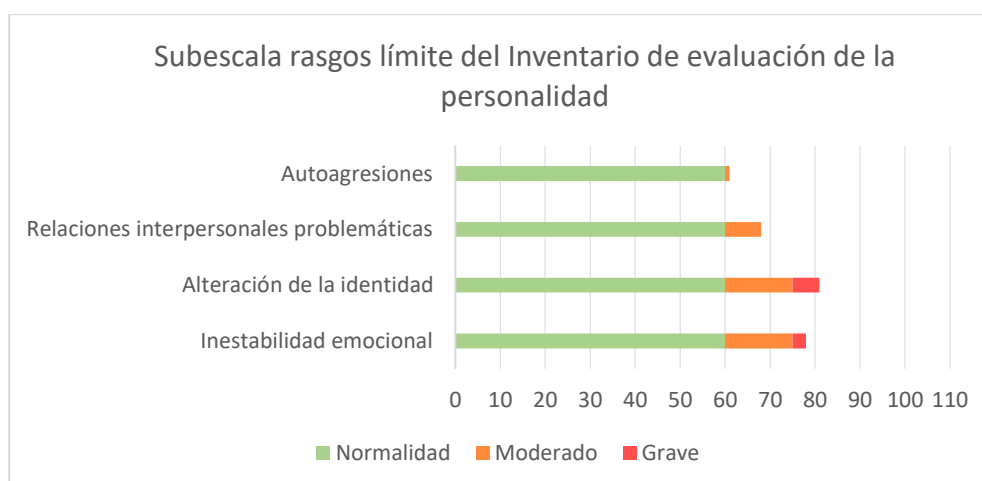
Figura 3. Resultados en el Inventario de evaluación de la personalidad.



A nivel grave, el factor que destaca por obtener una mayor puntuación es la *Depresión*, comórbida en muchos casos de pacientes con este tipo de características.

Además de este factor, destaca la puntuación en *Rasgos límite*, cuyas puntuaciones indican cierta impulsividad y labilidad emocional, presentando, posiblemente, sentimientos de falta de comprensión por parte del resto, así como mostrando dificultades a la hora de mantener relaciones cercanas. Las puntuaciones en la subescala de Rasgos límite las podemos encontrar en el gráfico que aparece a continuación (*Figura 4*).

Figura 4. Puntuaciones en la Subescala de rasgos límites del Inventario de evaluación de la personalidad.



Continuando con las escalas principales, a nivel moderado nos encontramos con *Esquizofrenia*, cuyo resultado nos indica altas probabilidades de que el paciente se encuentre aislado

y pueda sentirse incomprendido por los demás. Con respecto a las puntuaciones moderadas en el *Trastorno relacionado con la ansiedad*, al analizar las subescalas se puede apreciar que las puntuaciones se dirigen hacia el estrés postraumático, incluyendo reacciones a estresores traumáticos como pesadillas, reacciones de ansiedad y sentimientos de estar transformado por el evento. A tenor de la literatura, en pacientes con patología límite es frecuente la presencia de experiencias traumáticas. Relacionado con esto, puede observarse la presencia de cierto nivel de *Ansiedad*. Además, se aprecian puntuaciones moderadas en las subescalas *Problemas con el alcohol* y *Problemas con las drogas*. El valor de la primera de ellas reflejaría un consumo regular de alcohol que puede haber causado ciertas consecuencias adversas relevantes, mientras que, la segunda, haría referencia a que probablemente el paciente haya cumplido los criterios de abuso de drogas en el pasado, pudiendo haber afectado a su rendimiento laboral o bien a sus relaciones interpersonales.

Borderline Symptom List (BSL-23)

El cuestionario Borderline Symptom List (Bohus, 2009) fue elaborado con el objetivo de evaluar la sintomatología en el Trastorno Límite de la Personalidad. Consta de una escala de 23 ítems valorados a través de una escala tipo Likert de 0 “en absoluto” a 4 “muchísimo”. Contiene, además, una escala complementaria de 11 ítems para la evaluación conductual, valorada a través del mismo sistema de evaluación.

Los *resultados* indican un nivel de gravedad leve, con la existencia de atracones como conducta disfuncional. Actualmente se produce un atracón semanal de comida, aunque el paciente refiere que en el pasado estas conductas eran mucho más frecuentes. En este caso destaca la información cualitativa obtenida, como su sensación de no tener herramientas para gestionar ciertas situaciones y el sentirse indefenso, así como la vergüenza que experimenta en múltiples contextos en los que se siente observado, siendo incapaz de ir solo a muchos lugares.

En definitiva, tras una primera entrevista en profundidad y a través de los diferentes instrumentos de evaluación empleados e interpretados a lo largo del presente apartado, se puede confirmar la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, que suele ser comórbida en este tipo de pacientes. Además, se han encontrado experiencias traumáticas vividas que continúan teniendo influencia actual en la vida del paciente, así como ciertas carencias en el cuidado y en el entorno familiar, que también guardan relación con la patología límite. Con respecto a los rasgos límite, éstos se relacionan, en especial, con el área interpersonal, así como con los aspectos emocionales, donde también se han encontrado dificultades, que suelen estar muy presentes en los casos de pacientes con patología límite.

Formulación Clínica del Caso

Historia Clínica

Los acusados cambios de humor, la labilidad emocional y el temor a perder el control son algunas de las preocupaciones principales por las que el paciente acude a consulta. Algunos de los síntomas fueron referidos por el propio paciente de forma directa y explícita (*siento ansiedad; me encuentro decaído, triste; muchas veces no soy capaz de controlarme y exploto...*), mientras que otros se averiguan a lo largo de las sesiones, al ir indagando y explorando su historia de vida (alteración de la identidad, culpabilidad...). En este sentido, y con un decidido propósito didáctico, incluimos la Figura 5 que recoge los principales síntomas y dificultades que presenta el paciente.

Figura 5. Sintomatología y dificultades principales del paciente.



Conociendo a D...

Con el objetivo de comprender de una manera exhaustiva la historia del paciente, se procederá a exponer la información más relevante en cada una de las áreas de su vida.

Con respecto al *área familiar*, como se mencionó anteriormente, D presenta una relación conflictiva con su hermano, y una relación distante con el resto de la familia, con la cual convive. D refiere haber sido criado por sus abuelos. Cuando tiene 6 años, el paciente, su hermano y sus padres se mudan a la casa de sus abuelos y conviven con ellos. El motivo de esta mudanza fue el de ser capaces de gestionar mejor la situación con respecto a sus abuelos, quienes tenían una dependencia con el alcohol. D narra que, cuando se mudan con ellos, ya estaban en las últimas fases del tratamiento, aunque en alguna ocasión compraban alcohol a escondidas. En esa época los padres del paciente trabajan, por lo que solamente los veía a la noche o cuando acudían al bar familiar para

verlos, por lo que el cuidado pasa a estar a cargo de los abuelos. El paciente afirma sentirse independiente desde muy pequeño, alrededor de los 11 años, edad en la que comienza a hacerse la cena y la comida él solo. Cuenta que está acostumbrado a salir adelante por él mismo y que nunca habla de sus sentimientos con su familia. Debido a esto, siente que lleva la etiqueta de “*ser el fuerte*” y que es el sostén de su hogar, no pudiendo mostrarse vulnerable ya que todo se derrumbaría. D relata su recuerdo de cuando fallece su abuelo en su adolescencia, momento en el que no se permitió mostrar sus sentimientos para poder apoyar a su familia. Esta posición le sobrecarga y explica que a veces le gustaría “*ser visto*” ya que “*cuando estaba mal, nadie lo detectaba. Yo tampoco lo decía porque sentía y siento que tengo que ser el fuerte... así que lo paso todo yo solo*”. En este caso, se puede ir apreciando el origen de las dificultades en la regulación emocional mencionadas.

Cuando el paciente tiene 16 años, a su madre la trasplantan del hígado. Fue una operación muy peligrosa, pudiendo fallecer en ella. En ese punto la madre estaba muy enferma y llevaba en ese estado más de un año. Este hecho es muy importante ya que dificulta la crianza y los cuidados hacia un hijo, además del dolor que supuso para D ver a su madre así. En el mismo año de la operación de su madre, se produce una ruptura familiar con la familia materna.

Como se mencionó anteriormente, la relación del paciente con su hermano es conflictiva, “*chocamos mucho*”. La diferencia de edad entre ellos es de 6 años. Actualmente y desde siempre, la madre de D intenta mediar en la relación de éste con su hermano. D considera que, debido a la pérdida de relación que su madre sufrió con sus hermanos, no quiere que a sus hijos les ocurra lo mismo. Sin embargo, el paciente cuenta que para ello su madre lo presiona para que no marque límites “*cuando no estoy de acuerdo con mi hermano ella me dice que no salte y al final me lo acabo tragando todo*”. D considera que es el único al que se le impone esa presión para no “*causar problemas*”, pero que los problemas siguen ahí y lo único que sucede es que se coarta su libertad de poder expresarse. En este caso podemos apreciar la actitud sumisa del paciente, reprimiendo la emoción de la ira hasta que llega un punto en el que no es capaz de soportarla y explota de una forma intensa. Se puede observar, por lo tanto, algunas de las dificultades del paciente: el poner límites, la gestión de la ira y la impulsividad, mencionadas anteriormente.

En relación al *ámbito escolar*, D repite sexto de primaria. Tras aprobar, pasa al instituto y termina la ESO. No realiza bachillerato, entra en un ciclo de cocina, pero lo abandona como consecuencia de los conflictos con un profesor y, después, comienza en un ciclo de violencia de género, el cual sí que termina. Refiere que, en el colegio “*no llegué a sufrir bullying, aunque sí que empezaron a meterse conmigo, pero los frené por mi carácter*”. Cuando se le pide que desarrolle esto,

el paciente cuenta que algunos compañeros le comentaban que un grupo de clase lo ridiculizaba a las espaldas por llevarse mejor con las niñas. Ante esto el paciente cuenta que *“fui a plantarles cara y claro, no se lo esperaban y se sorprendían, conseguí que pararan”*.

Cuando se le pregunta por su relación con los profesores, D menciona la presencia de una profesora en el colegio que trataba mal a la mayoría del alumnado, incluido a él. Explica que les gritaba, les mandaba ir por los cafés y les decía que no valían para nada. D cuenta que siempre tuvo mucho carácter, no podía quedarse callado y quería defenderse, pero no sabía cómo enfrentar la situación y menciona que *“era peor...”*, haciendo referencia a que la frustración lo llevaba a llorar en clase y la profesora lo dejaba en evidencia delante del resto de alumnos. En la ESO también menciona a otra profesora que lo insultaba *“me llamaba analfabeto, tonto, decía que era muy raro...”*. Un día, tras estas faltas de respeto por parte de la profesora cuenta que *“se me cruzaron los cables, no pude controlar la ira y cogí una silla y la tiré al suelo, ella me expulsó de clase y yo me fui, pero ella venía detrás de mí así que di un portazo para que no me siguiera”*.

Como vemos, en la historia de D, haciendo referencia al ámbito educativo, se puede apreciar la presencia de varias figuras adultas que interfirieron negativamente en la autoestima del paciente. D refiere que *“me hicieron dudar de mí, cambiaron mi personalidad”*, lo cual está relacionado con la alteración de la identidad citada con anterioridad.

En cuando al *área relacional*, D cuenta con un grupo de amigas a las que percibe como su mayor apoyo, junto con su pareja. A la hora de conocer a gente nueva, el paciente refiere que al principio puede llegar a ser muy cortante, incluso considera que muchas veces cae mal porque *“creo que piensan que soy desagradable”*. Cuando se le pregunta por ello, comenta que *“es como si me protegiera con un muro para que los demás no puedan pasar ni hacerme daño, porque ya hubo quien llegó a mí y me hizo daño...”* (haciendo referencia a su expareja). La relación con su expareja comenzó a los 14 años y duró hasta los 16, con varias rupturas de por medio. Cuando dejaron de ser pareja, a los 16 años, es cuando comienza la sintomatología depresiva, *“me encerré en casa y no salía de mi habitación”*, que D sigue presentando hoy en día, aunque actualmente es de menor gravedad. Un aspecto importante que D relaciona con su expareja y con algunos profesores es el hecho de *“ser visto”*. El paciente cuenta que, al mantener una relación privada con su expareja, de manera no pública, ocultándose, sentía que no existía hacia los demás; con respecto a los profesores, éstos le hacían sentir que no era válido, por lo que *“no existo”*. Ahora, tomando como referencia a su familia, D cuenta que en ocasiones se siente *“invisible”* porque no detectan lo que le ocurre, pero que *“me gusta porque así nadie me molesta”*. En este punto podemos apreciar cierta ambivalencia por parte

del paciente que iría desde su necesidad explícita de “*ser visto*” hasta sentirse bien siendo invisible, encontrando varias contradicciones en su discurso, con las que él mismo se sorprende; esta ambivalencia es común en pacientes con rasgos límite.

Con respecto a su actual pareja, con el que lleva un año, la relación es buena. Viven juntos en casa de sus padres. D refiere que es de las únicas personas que sí que detectan cómo está, considerándolo uno de sus principales apoyos.

En el *ámbito laboral*, D trabaja desde el 2020 en el bar familiar que regenta con su hermano y con la pareja de éste. Tiene horario de tarde y únicamente puede quedar los sábados con los amigos, sin tener vacaciones. Puesto que la relación con su hermano y con su pareja es conflictiva, los días que coinciden en el trabajo suele haber tensión y un mal ambiente, lo cual hace que D no se sienta a gusto trabajando.

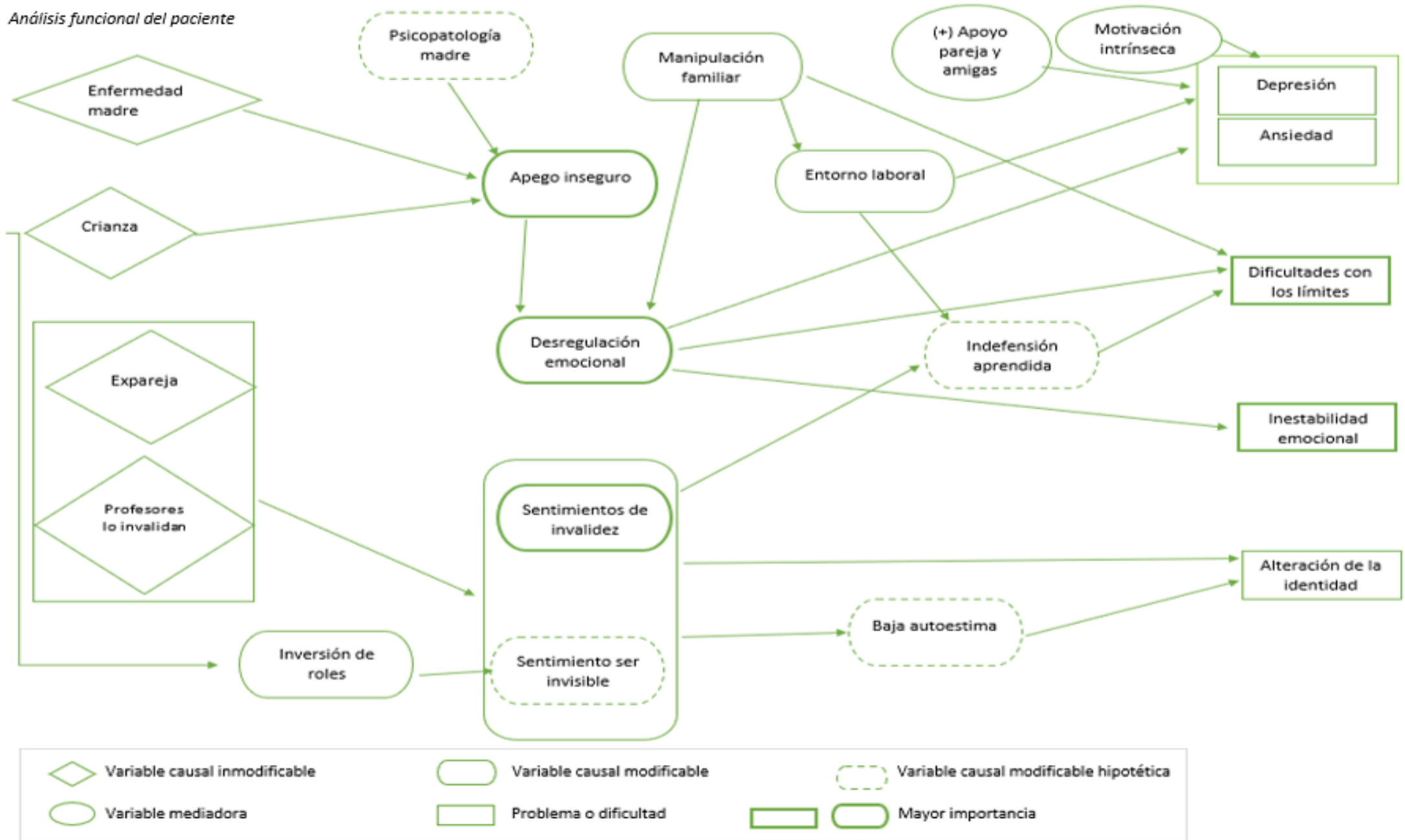
Como se puede constatar a partir de la historia clínica de D han sido distintos los ámbitos (familiar, escolar, relacional, laboral) que dan textura y consistencia a las limitaciones y desafíos que han salpicado su vida y que, a día de hoy, están muy presentes en su narrativa. Ansiedad, hostilidad, susceptibilidad interpersonal, alteración de la identidad... son algunas de las sombras que le acompañan en la actualidad y que dan cuenta, en buena medida, de su demanda de tratamiento.

Análisis Funcional

A continuación, se expone el análisis funcional, elaborado a partir de la información obtenida (historia clínica, autoinformes...), para el caso del paciente. En concreto, se pretende que el esquema que presentamos posibilite esclarecer una red explicativa de las relaciones funcionales entre las distintas variables que, a nuestro juicio, probablemente den cuenta del inicio, curso y mantenimiento de la problemática del paciente. El fin último es guiar adecuadamente las dianas objeto de la intervención psicológica que realizaremos.

Figura 6

Análisis funcional del paciente



Muy probablemente, una de las *variables causales* en la sintomatología del paciente sería el apego inseguro que presenta con respecto a sus cuidadores, considerado un factor de riesgo para el desarrollo de la sintomatología límite (Mosquera y González, 2011). Como variable que probablemente se relacione con el desarrollo de este tipo de apego, consideramos la crianza, en la que se aprecia la escasa presencia de sus padres en el hogar como consecuencia de su trabajo, así como el cuidado por parte de sus abuelos, que en ocasiones no pudieron actuar como figuras estables y seguras. Además, consideramos que otro *factor* que pudo haber influido en el apego inseguro haya sido la enfermedad de la madre del paciente, que la mantuvo ausente emocionalmente durante años. Como ya se ha constatado en la literatura (Mosquera et al, 2016), las experiencias tempranas adversas se relacionan con el desarrollo de este tipo de patologías.

Los pacientes con sintomatología límite suelen presentar dificultades de regulación emocional. En este caso, una de las *variables* que postulamos sería la desregulación emocional, que muy probablemente se derive del apego inseguro mencionado anteriormente y, en alguna medida, de las conductas de manipulación emocional, con las que a menudo se empuja al paciente a la inhibición de sus necesidades, reforzando la conducta sumisa. Todo esto, junto con un ambiente laboral en el que el paciente no se siente cómodo, probablemente incida en algunos de los *problemas y dificultades* del paciente: la depresión, la sintomatología ansiosa, las dificultades a la hora de poner límites y la inestabilidad emocional.

Para terminar, contemplamos la presencia de dos influencias negativas tales como su expareja y algunos profesores (cuya labor educativa es pobremente calificada por el paciente). Hipotetizamos que sus comportamientos y actitudes ejercieron una gran influencia en el desarrollo de los sentimientos de invalidez y los sentimientos de ser invisible. Esta última variable, además, consideramos que se desprende de la inversión de roles sufrida en su contexto familiar, lo cual, muy probablemente, obligó al paciente a asumir responsabilidades que no le correspondían para su edad y, seguramente por ello, el aprendizaje haya sido inhibir la manifestación de sus preocupaciones de cara a armonizar la convivencia con sus familiares. Todo esto podría haber derivado en una baja autoestima que, junto con los factores anteriores, incidiría en la alteración de la identidad. Consideramos que las variables anteriores, además de propiciar una baja autoestima en el paciente, también contribuirían a acentuar la indefensión aprendida, pudiendo hacer que se perciba incapaz y sin herramientas para afrontar situaciones, lo cual, una vez más, conduciría a las dificultades a la hora de fijar límites.

Finalmente postulamos que el paciente cuenta con el apoyo de su pareja y de su grupo de amigas (*variables mediadoras*), lo cual actuaría como factor protector que, junto con su motivación intrínseca (esforzándose por salir de casa, ir al gimnasio...) probablemente amortigüen el desarrollo de la sintomatología depresiva y ansiosa.

En definitiva, el análisis funcional del caso nos ha permitido acercarnos a la interacción entre las diferentes variables que conformarían la patología del paciente. El estudio de dicha interacción nos ayudará a la planificación de la intervención psicológica.

Intervención

Contexto Terapéutico

Partiendo de un enfoque ecléctico y en sintonía con las propuestas de tratamiento de diferentes clínicos en el área de trabajo del TLP, se emplean diferentes técnicas psicológicas que configurarán la guía de tratamiento con el caso que se nos presenta. Así, se incorporan elementos de distintos paradigmas (Linehan, 1993; Kenberg, 1996; Shapiro, 2007; Bateman y Fonagy, 2009) que actuarán en las dianas necesarias para la mejoría de este tipo de patologías. La psicoeducación, la regulación emocional, además de la desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (EMDR) serán, entre otros, elementos necesarios en la intervención. Dada la importancia del EMDR como fundamento de nuestra intervención, se exponen sus principales características.

Desde este abordaje se parte de la base de que los problemas psicológicos están causados por el efecto acumulado de experiencias adversas y traumáticas no resueltas (Shapiro, 2007), por lo que el trauma estaría interfiriendo en las conductas y dificultades actuales de los pacientes. Con respecto al trauma, Shapiro recoge dos tipos de traumas, los traumas “T”, que serían aquellos en los cuales la vida de los propios pacientes o de personas cercanas a ellos corrió peligro, siendo éstos fácilmente identificables, como accidentes, violaciones, catástrofes... y los traumas “t”, referidos a la vivencia de experiencias dolorosas no integradas, siendo más difíciles de detectar. El EMDR se apoya en el Modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI), según el cual, las experiencias de los individuos y las respuestas a ellas se almacenan en redes de memoria a las cuales se pueden acceder posteriormente, convirtiéndose, por lo tanto, en aprendizajes almacenados en redes neuronales, que contienen imágenes, pensamientos, emociones y sensaciones corporales. Ante acontecimientos impactantes que el cerebro no puede procesar, el sistema de procesamiento descrito se ve alterado, siendo incapaz de conectar la nueva experiencia (en este caso adversa) con el resto de información adaptativa ya almacenada previamente en otras redes de memoria. Las vivencias no procesadas e integradas, por lo tanto, repercutirán negativamente en la vida de las personas, pudiendo dar lugar a

síntomas en el presente. Las nuevas experiencias que guarden cierta similitud con la vivencia no procesada conectarán con esta red no integrada y activarán esquemas disfuncionales que el individuo puede poner en marcha de forma inconsciente, con el malestar derivado de ello al revivir la experiencia y las sensaciones relacionadas con ella. Así, a través de la terapia EMDR se accede a los recuerdos no elaborados y se desbloquean a partir de tandas de estimulación bilateral (EBL), permitiendo al sistema nervioso integrarlos.

Como se ha señalado, se emplean diferentes técnicas psicológicas. Una de las que más destacan por su frecuencia es la *Psicoeducación*. En este caso, la psicoeducación consiste en proporcionar al paciente información sobre diferentes aspectos del mundo sobre los que posee información desadaptativa, con el objetivo de crear esquemas adaptativos sobre los que se puedan integrar ciertas experiencias no resueltas (Mosquera et al, 2016). Con ello, su concepción sobre ciertos aspectos de su vida irá cambiando al ir conceptualizando la realidad de una forma diferente y más saludable, con lo que sus creencias irracionales y ciertos comportamientos y dificultades, de forma transversal, se irán modificando.

Además de esta técnica, y para completar lo que se realiza, destaca la *Regulación emocional*. Puesto que las personas con Trastorno Límite de la Personalidad suelen ser propensas a presentar estados emocionales intensos ante los que se sienten incapaces de manejar (Mosquera et al, 2016), o los cuales amplifican, es necesario el trabajo terapéutico con el mundo emocional. Para ello se parte de la identificación emocional y alfabetización de las emociones, aprendiendo a verbalizar los estados emocionales que presentan, así como a explorar el desencadenante, para, posteriormente, aprender estrategias de regulación emocional efectivas que ayuden a gestionar sus emociones de una forma adaptativa. Las personas con este tipo de patología suelen reaccionar de forma extrema ante las emociones, conteniéndolas en la medida de lo posible hasta que llegan a un estado de explosión que son incapaces de controlar (Linehan, 1993).

Por último, otra de las técnicas que se utiliza es *aprender a poner límites*. Debido al temor de ser abandonado y como consecuencia de los intentos de evitación de que esto ocurra, las personas con rasgos límite de la personalidad suelen tener grandes dificultades a la hora de establecer límites con los demás, apareciendo creencias y sensaciones negativas que refuerzan estas dificultades, así como habiendo sufrido experiencias adversas en las que aprendieron a no poner límites. Por tanto, el entrenamiento a la hora de poner límites, acompañado con la *psicoeducación* que se produce de manera transversal a lo largo de la intervención, es clave a la hora de mejorar los síntomas de los pacientes que suelen estar relacionados con el área interpersonal.

En un afán de iluminar el contexto terapéutico en el que se ha desarrollado la intervención, y una vez presentado el arsenal de las técnicas que se utilizan en personas con TLP, parece obligado identificar cuáles son los propósitos iniciales (ver Tabla 3) que guían la intervención.

Tabla 3. *Objetivos generales del proceso terapéutico de D.*

- Conectar sus síntomas con su historia de vida
- Modificar los esquemas disfuncionales hacia esquemas adaptativos
- Integrar experiencias no resueltas
- Identificar las emociones y sus desencadenantes
- Gestionar las emociones de una manera saludable
- Aprender a marcar límites de una manera adaptativa

La modificación de esquemas disfuncionales, la integración de experiencias no resueltas, la conceptualización de la historia vital como escenario en el que se han gestado y desarrollado los síntomas, la cuestión emocional (también su eficaz gestión) y el establecimiento de límites son, tal como recoge la Tabla 3, los principales retos a conseguir desde este contexto terapéutico.

Análisis de las sesiones y de la intervención terapéutica

A continuación, se presenta el proceso de intervención terapéutico realizado con el paciente. Todas las sesiones siguen el mismo esquema: *Introducción* (pequeña reseña de los aspectos más relevantes de la sesión que se analiza); *Transcripción fragmento-ejemplo sesión*² (transcripción de un fragmento de la sesión a modo de diálogo donde “T” es la terapeuta y “D” el paciente) y *Analizando el proceso* (análisis de dichos aspectos de la sesión, así como de la intervención realizada), para finalizar con un breve resumen. Se espera que todo ello permita al lector ir siguiendo algunos aspectos importantes que se producen a lo largo de las sesiones.

Sesión 1: Embudo emocional

En esta primera sesión se realizará una revisión de la historia del paciente. Para ello, se fue siguiendo línea de vida de D, en la que se recogen los acontecimientos negativos y positivos más destacables de su vida. Su sintomatología y, en especial, los episodios de inestabilidad emocional se acentuaron tras la cuarentena. El paciente refiere que en la cuarentena se sintió a gusto ya que no tenía más responsabilidades. Presentamos un fragmento de lo acontecido en sesión a continuación.

² Todas y cada una de las transcripciones de las diferentes partes de las sesiones de tratamiento aparecerán en cursiva y rodeadas por un marco.

T: ¿Cómo se acentúa la sintomatología?

D: Porque... cambia totalmente mi vida... Pasé de estar estudiando, venía de estudiar el ciclo de igualdad por la tarde y paso a trabajar directamente.

T: Es como que coincide con tu primer trabajo... Tu primer trabajo coincide con llevar el bar

D: Sí

T: Lo he entendido. ¿Sabes que esto es muy importante, D? Esto de empezar a formar parte del mundo laboral, del adulto...de la experiencia laboral, y es normal que vivieras cierto estrés. Es cuando los jóvenes suelen dar ese paso después de los estudios a este mundo. Y puede ser más grande. Este paso siempre causa cierto estrés o tensión, a todo el mundo, quizás a ti un poquito más, ¿puede ser?

D: Puede ser

T: Vamos a ir viendo. Entonces coincide que estás peor en el 2020, con que sales de la cuarentena y te pones a trabajar en el bar que regentaban tus padres. ¿Más cosas, D?

D: Empiezo a vivir con R (su actual pareja)

T: Empiezas a vivir con R... fijate, dos cosas, es muy importante. Tu primer trabajo, que conlleva responsabilidad, tu primera relación de pareja sería, convivís los dos... Una pregunta, ¿crees que habría estrés en cualquier persona? Por ejemplo, si nos lo cuenta Pepe, ¿padecería estrés en esa situación?

D: No sé...

En un afán de profundizar en el proceso, conviene destacar que se explican los niveles habituales de estrés que presentaría cualquier persona en una situación similar, normalizando la existencia, por lo tanto, de cierto estrés, el cual, en su caso, parece que fue mayor a lo esperable. Un aspecto importante que se irá analizando a lo largo de las diferentes sesiones es la narrativa del paciente. Como se puede apreciar, D responde a las preguntas de manera concisa, mostrándose cohibido en los primeros minutos de la sesión.

Se continúa realizando una revisión de su historia de vida haciendo referencia al área educativa, familiar y social. D continúa respondiendo únicamente con monosílabos hasta que se llega a la época de sus 16 años, una época dura para él. Se le pregunta si podría explicar él qué fue lo que ocurrió en esa época.

D: Pues a los 16... (se ríe) lo dejé, bueno lo dejé... discutí con una persona que era muy importante para mí (hace referencia a M, un chico del que se hablará más adelante); es cuando trasplantan a mi madre, que estaba muy mal del hígado, y yo estoy en el ciclo en el que hay profesores que son machistas, homófobos y de todo... Y también la ruptura familiar con la familia de mi madre.

T: Esto es super importante para nosotros. Ahí tu madre estaba mal...

D: Sí, estaba muy muy mal.

T: Si... supongo que ya llevaría una época mal... Esto es muy importante para mí. Estás viviendo con una mamá que necesita ayuda, que no está bien... Todas las mamás queremos hacerlo bien pero cuando nos pasan cosas significa que el cuidado que le doy a mi hijo no es el de la misma calidad... normal porque si estoy mal estoy mal, pero esto es muy importante.

D: (asiente)

T: Vemos que a tus 16 coinciden muchas cosas...

D: Sí.

T: Dejas el ciclo...

D: Sí.

T: Hablas de los profesores... supongo que tendrían algo que ver...

D: Sí, dejé el ciclo por los problemas que tenía con los profesores.

En este punto se indagan cuáles fueron los conflictos que existieron con sus profesores, descubriendo que D no se sentía aceptado por ellos por ser homosexual. Además, refiere que siempre fue una persona con carácter y que a sus 16 años no reaccionaba de la mejor manera. D, además, destaca su impotencia por no tener las herramientas necesarias para poder defenderse.

Me gustaría hacer un paréntesis con el propósito de explicar mejor esta temática. Como se verá a lo largo de las sesiones, el hecho de no sentir que posee (lo cual no excluye que realmente no las tuviera) las herramientas necesarias para afrontar ciertas situaciones es algo recurrente en la historia de D. Esto hace que se sienta indefenso a la hora de afrontar problemas o conflictos y que su forma de reaccionar se pueda catalogar de dicotómica: o bien no reacciona y reprime su ira y su malestar, o bien reacciona con explosiones de ira; esta visión polarizada suele ser habitual en los pacientes con Trastorno Límite de la personalidad. Un ejemplo de ello lo podemos ver en el siguiente relato de D.

D: El siguiente ciclo que hice lo hice en el mismo instituto. Un día tuve que entrar en la clase en la que estaba él (uno de los profesores) y ya me puso mala cara y pensé "este me va a escuchar". Cuando entré dije "¿puedo coger una cosa ahí atrás?" y no me contestó, entonces entré y cogí la cosa. Él me dijo "por lo menos ten educación y pide permiso" y pasé de él, no le dije nada. Al salir por la puerta me dice "te estoy hablando eh" y yo me giré y le dije "mira, si estás sordo no es mi problema" y cogí y me fui. Pero es que fue mirarme y yo ya sabía que iba a tener movida con este señor otra vez.

T: D, ¿cómo te estás sintiendo al hablar sobre esto?

D: (Se ríe) Ahora mismo si lo tengo delante le digo un par de cosas... estoy cabreado. Además, siempre lo pienso y me da rabia de que me conociesen con esa edad, que no tenía las herramientas para rebatir.

T: Vale, vamos a coger ese cabreo. Fija tu atención en el cabreo. ¿Dónde lo estás sintiendo?

D: En el pecho.

T: Vale, vamos a hacer un poquito de estimulación. Necesito que estires las piernas, no tengas tensión, que te pongas cómodo... y que fijas la atención en el pecho. Vamos a intentar bajar un poquito la emoción, y si es un pelín, pues está bien. A veces se consigue en el despacho y otras veces fuera de aquí.

A lo largo de esta narración, se puede apreciar la rabia que D sigue sintiendo con respecto a este episodio y a lo vivido en el primer ciclo con algunos de sus profesores. Entre los diferentes ciclos de estimulación bilateral, se le va preguntando al paciente cómo se siente y qué recuerdos o pensamientos le vienen a la cabeza. Se descubren dos creencias que presenta D con respecto a su orientación sexual "si la orientación sexual no corresponde con la de la mayoría, o no existes o te juzgan". Se recogen estas creencias con el fin de trabajarlas más adelante y se continúa con la estimulación, poniendo el foco en la emoción.

T: ¿Cuánta sensación de malestar o de enfado sientes?

D: De enfado, ahora poco.

T: Bien, si quieres, para las próximas veces en las que sientas enfado puedes coger este cojín. A veces lo usamos en la estimulación bilateral. También puede ser útil en casa cuando lo sientas, apretando el cojín, también puede dar un poco de salida a esa emoción. Aunque tiene matices, puedes sacar un poco así, pero depende para qué. Si tú tienes rabia, por ejemplo, hacia el novio de tu hermano, no es suficiente con esto. ¡Lógico! Van a funcionar más cosas, el poner límites, decir lo que piensas... No llega solo con esto, no voy a procesar y elaborar la rabia. Para que no te vayas con una idea de que con el cojín es suficiente.

En cuanto al proceso, y en esta parte de la sesión, se le explica la gestión del enfado y, simultáneamente, se le proporciona alguna herramienta que puede ser útil en momentos de alta intensidad emocional, introduciendo, además, la necesidad de poner límites y de gestionar el conflicto de una forma asertiva, no siendo suficiente con expulsar una parte de la activación fisiológica del enfado para poder solucionar el problema.

Al continuar indagando sobre episodios en los que se sintió rechazado por ser homosexual, D comenta que también su entrenador de piragüismo lo hizo sentir no aceptado. Además, refiere que en la actualidad sigue viviendo experiencias negativas relacionadas con este tema, como agresiones e insultos cuando se encontraba de fiesta por el hecho de ser homosexual, tras lo que se deriva el siguiente relato.

T: Esto que me comentas es muy importante, seguro que a día de hoy sigues teniendo experiencias de este tipo. Hoy me gustaría dejar atado todo lo que ha incidido en tus 16 años, para que te hiciera sufrir tanto y para que esta época esté tan marcada... El profesor es importante, y también el entrenador de piragüismo. Fíjate, dos figuras socializadoras, adultas, que se equivocaban absolutamente, lo estaban haciendo mal.

D: Además cuando lo hacía el entrenador de piragüismo era más pequeño, yo tenía 10-11 años, y es en plan, señor, no estoy pensando en eso, tengo 10 años ¿sabes? (se ríe)

T: Ha sido duro esto... Recibir estos comentarios, a tus 10 años que todavía no has descubierto tu orientación ni tu sexualidad y llega un profesor y te hace sentir que estás equivocado...

(silencio)

A los relatos que D narra, se añade información muy útil para elaborar y procesar el recuerdo, validando y legitimando las emociones del paciente. La última parte de la sesión se centra en la historia con su expareja de la adolescencia, la cual fue muy impactante para él. A día de hoy, en ocasiones, tiene ciertas pesadillas con este chico (a partir de ahora M) y le vienen ciertos flashbacks. En la narración que aparece a continuación se indaga sobre qué fue lo que ocurrió.

T: *¿Podemos llamarlo algo así como un amor no correspondido?*

D: *(pensativo) Mmm... sí y no...*

T: *Vale... ¿por qué sí y por qué no?*

D: *Hacia fuera no era correspondido, pero entre nosotros sí*

T: *Vale te entiendo. Públicamente no... a lo mejor a este chico le gustabas, pero le pesaba el estereotipo... Entonces es como que en la intimidad somos pareja, pero no estoy aceptando mi orientación... y con 16 es muy difícil, la sociedad suele decir "te estás equivocando..."*

D: *Sí, tal cual.*

T: *¿Qué sientes, D?*

D: *Esto sí que me molesta más... una vez ya te dije que yo no entendí... yo quiero tener una conversación con esa persona porque a día de hoy no lo entiendo.*

T: *Vale, necesitas tener una conversación. De momento no la tengas...*

D: *(la interrumpe). No, y no creo que la tengamos nunca.*

T: *Bueno, ¡nunca y siempre no existen! Mi recomendación es que ahora mismo no, de momento hay que hacerse más fuerte, estar mejor, para hacer otras cosas.*

D: *El otro día me di cuenta, hablando con mis amigas, de que hubo dos frases que me marcaron y creo que de ahí viene lo de no sentir que mis sentimientos valgan... Esa persona (M), en la última conversación que tuve con él, me dijo "eres la peor persona que me crucé en mi vida" y "espero no volver a verte delante nunca".*

T: *No eres una mala persona. Este chico fue muy duro. Con 16 años, ahora con 23, miramos para atrás... parece que estaba enfadado. No pienso que seas ni mala persona ni nadie con el que tu no quieras encontrarte. Tienes un grupo de amigas muy cuqui que me hacen sentir que acompañas y que te valoran... más ejemplos de que eres buena persona, cuando me hablas del bar, lo generoso que eres con tu tiempo y con tu esfuerzo... Y con más cosas. Pero sé que te quedó grabado esto...*

D: *Sí...*

T: *Completaremos esta elaboración ¿vale?*

Cabe destacar que, de forma transversal, uno de los objetivos de la terapia es el de mejorar la regulación emocional. Una de las técnicas que se emplea es la de la identificación de los estados emocionales, tanto en uno mismo, como en otras personas. En este caso se puede ver a modo de ejemplo cómo se le pone nombre al estado emocional que podría estar sintiendo su expareja (M) cuando le dijo esas dos frases que tanto daño le hicieron, ayudándole, por lo tanto, a identificar y a verbalizar el estado emocional de la otra persona y de qué manera ese estado emocional pudo influir en su comportamiento.

Al igual que con las dos cogniciones anteriores, se recoge el pensamiento de "mis sentimientos no valen como los de los demás" con el objetivo de trabajarlo más adelante y se continúa con la psicoeducación.

Como último punto de la sesión, se vuelve al presente de D para indagar cómo ha sido su estado de ánimo esta semana. Cabe recordar que el paciente presenta sintomatología depresiva, algo muy común en los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, que suelen presentar comorbilidad con el Trastorno Depresivo Mayor.

T: Vamos al presente un poco para cerrar la sesión. ¿Cómo estás yendo?
D: Estas semanas son un poquito... ando apagado.
T: Estás como decaído...
D: Sí.
T: ¿Con qué coincide? ¿Ha habido algo?
D: No...
T: ¿Trabajo? ¿Pareja? ¿Padres? ¿Amigas...?
D: (se ríe) No, como que no tenía ganas de nada...
T: Bueno... Este es el test que te pasamos (muestra el PAI), y aquí sale una depre... un tanto importante.
D: Sí.
T: Entonces, aunque no haya pasado nada, el estado de ánimo está un poquito ahí, bajo. A medida que avance la sesión debiéramos sentirnos mejor. Muchas cosas las estamos trabajando aquí, pero la depre está ahí. La depresión es como un embudo (enseña un embudo para ilustrarlo). Cuando hablamos de depresión a mí me viene un embudo, mantente bien arriba, la depresión es dejar cosas, dejar de hacer... a medida que abandonas cosas te vas colando, dejas de salir, dejas tus amigos, dejas una actividad... y te vas colando. Bajar bajas muy rápido, subir, es muy complicado. Por eso, mantente bien arriba. La terapia va a ir funcionando, pero también tenemos que mantenernos arriba, ir haciendo cosas que te hagan sentir bien. ¿Se ve?
D: Sí.
T: Todo lo que es entrar en bucle, las rumiaciones, la parte cognitiva, va a ayudar ¿a qué? ¿a sentirte mejor o peor?
D: Peor...
T: Peor, te va a ayudar a desregularte más. Ojo con esto... las rumiaciones, pensamientos, causan consecuencias. No es nada neutro. Si piensas en cosas positivas, te va a causar una emoción positiva. Pero si tú tienes pensamientos que te hacen sufrir vas a acabar desarrollando una emoción desagradable. Las emociones no es que sean malas ni buenas, aportan información. Pero vas a causar una sensación de sufrimiento.
D: Sí.

Como se puede apreciar, se realiza psicoeducación sobre lo que es la depresión, que se explica a través de la metáfora del embudo, y se presta atención a los componentes cognitivo, conductual y emocional, poniendo énfasis, en este caso, en la parte comportamental, siendo importante la realización de actividades que le hagan sentir bien.

A modo de resumen podemos observar que una de las técnicas más empleadas a lo largo de toda la sesión fue la psicoeducación. Con ella, además de aportar información sobre lo "normal", o esperable y lo saludable, se pretende ir elaborando de forma conjunta la historia de D con el objetivo de procesarla y entenderla desde una perspectiva adulta y madura, no quedándose únicamente con el recuerdo y el procesamiento -o falta de procesamiento- de su self de 16 años.

Sesión 2: *No me dejaban ser*

La segunda sesión con D tiene lugar 2 semanas después. Al principio su semblante es serio y su discurso conciso. Cabe destacar que el rostro del paciente suele ser serio, en especial al inicio de la sesión, presentando, además, una gama restringida de expresión emocional.

Para comenzar, se le explica que se va a entrar en la Fase 3 de la terapia, la de la medición del recuerdo traumático. Esta fase consiste en la medición de la línea base del recuerdo que se va a procesar, así como las imágenes, cogniciones, emociones y sensaciones físicas del paciente relacionadas con ese recuerdo. Se percibe a D confuso, por lo que se le vuelve a explicar en qué consiste esta herramienta de trabajo con el trauma.

T: Cuando una persona tiene un trauma, una época traumática, puede ser un año, dos, o un día puntual, esto lo trabaja el terapeuta con sus herramientas para trauma. Yo empleo EMDR, que es una terapia que empleo contigo desde que te he conocido. Lo que pasa es que vamos a hacer algo más específico, una estimulación bilateral, que es procesar el recuerdo. Entonces dentro de esta época de los 16 años se juntaron cosas. Diagnóstico de la mamá, los profes, la relación con el chico que te gustaba... y más cosas. Yo creo que fueron meses, ¿verdad?

D: (se encoge de hombros). Cuando estuve "mal mal" fue un año...

T: Un año es mucho... ¿Qué estás sintiendo en este momento?

D: Estoy pensando en el momento ese.

T: ¿Y qué estás sintiendo en el cuerpo?

D: Como enfado conmigo mismo por estar así durante tanto tiempo.

T: Vale, es lo que representamos con este muñeco (tiene los muñecos de la película "Inside out" que representan las emociones básicas). ¿Cuánto de enfado?

D: No sé... un 5 o así, me siento como... viéndolo desde ahora me pregunto ¿por qué estuviste así?

T: Cuando tú hablas desde el ahora... es desde el presente, tienes más edad y estás echando el ojo hacia atrás de manera retrospectiva, estás mirando con los ojos del yo adulto. No es lo mismo mirar desde la mirada del adulto joven que desde la mirada del adolescente.

D: Eso lo hago siempre, con todo. Siempre lo veo desde mi punto de vista de ahora y me pregunto ¿por qué hiciste las cosas así?

T: Y echas el ojo atrás. Esto que haces es muy interesante. ¿Es bueno o malo?

D: Hay veces que bueno y veces que malo...

T: Ah... ¿Me lo puedes explicar?

D: Por ejemplo, la relación con esa persona me hace mal, y veo cosas que yo hice mal... y me machaco.

T: Perdona... estaba escuchándote y... has dicho "esa persona". ¿Te gustaría compartir el nombre?

D: (Sonríe) Sí, M...

T: No lo has dicho...

D: Ya... no me gusta.

T: No te gusta... no das...

D: No...

T: Fíjate, es importante. Está bien, tú le nombras como tú quieres. "Esa persona" está bien. Porque ponerle nombre propio...

D: Lo hace más real...

T: Como que duele un poco más... ¿puede ser?

D: Si...

Llama la atención que, por primera vez, D verbalice y explicita desde dónde está analizando a situación. Cabe recordar que en la sesión pasada se puso especial énfasis en diferenciar la mirada del yo adolescente de la mirada del yo adulto; no se analizan las situaciones de igual manera si se cambia el momento desde el que se pone la mirada. Además, se pueden apreciar las dificultades del paciente a la hora de nombrar a su ex pareja de la adolescencia. Estas dificultades indican que el dolor que siente continúa siendo intenso y el hecho de no nombrarlo ayuda a “que no sea tan real”. Podemos percibir, por lo tanto, una falta de procesamiento e integración de esa época que sigue afectando a su actualidad. D continúa narrando los aspectos negativos que le produce echar la vista hacia atrás.

D: Y en esa parte es negativo... porque es un pensamiento que me machaca. Y en otras partes como mi relación con los profesores digo yo “por qué no tendré la mentalidad que tengo ahora para poder hacer actuado mejor”.

T: Fíjate, es super importante hablar esto antes de hacer lo que vamos a hacer. Lo que tú me dices es “ahora que soy más adulto, desde la mirada de los 24 años, veo que la relación que yo tenía con los profes... es como que no tenía herramientas”

D: Sí...

T: Vale, pero ¿qué pasó? Hoy en día tienes 8 años más, más experiencias, más habilidades, más estrategias... tienes más cosas. Pero, sin embargo, cuando tenías 16... ¿qué? ¿estaba bien o no?

D: Supongo que sí... hay cosas que sí y otras que no... (se ríe)

T: ¿A qué te refieres?

D: Eso lo hablamos una vez... que yo me siento mal por cómo actué con esa persona después de haber distanciado la relación.

T: Vale, vamos a hablar primero de los profes. El año del profesorado.

D: Pues...

T: Los profes que te descalificaban, que te hacían sentir... ¿Qué dirías?

D: O que no existía o que no era válido por ser gay.

T: Justo, esto es duro... ¿tú crees que, con 16 años, desde el yo adulto...?

D: Ese es el problema...

T: ¿Ese es el problema...? ¡No! Para ti es un problema, para mí es un crecimiento. Eso significa que maduraste

D: Ya... pero ahora no habría actuado así... Ahora no perdería las formas con ellos.

T: No hablemos de ti, vamos a hablar de otra persona. Otro chico que esté aquí y me cuenta algo parecido... Yo creo que ese chico de 16 años lo ha hecho lo mejor que ha podido.

D: Sí...

T: Dentro de un instituto, una institución, con los profesores, que los hay rancios... ¿Qué le vamos a pedir a un joven de 16...?

D: Ya... esa es la parte que menos me cuesta. Porque digo bueno, dentro de lo malo me estaban haciendo algo que no está bien...

T: *¿Quién se equivocaba? ¿El chico o ellos?*

D: *Ellos...*

T: *A mí me sale ternura hacia este chico de 16, que lo ha hecho lo mejor que ha podido*

D: *Ya...*

T: *Lo que está pasando es lo siguiente: tú viajas en el tiempo. Vas al pasado y desde el yo adulto, desde el yo maduro vas a los 16. Lo miras de manera retrospectiva y dices jolín... los profes se pasaban...*

D: *Sí...*

T: *¿Y qué piensas de ti? Desde el yo adulto, cuando ves a ese joven de 16 en tu mente*

D: *(pensativo) No sé... le diría que se tomase las cosas de otra manera...*

T: *Vale, pero ¿cuál es la emoción que despierta?*

D: *No sé... como... que... no me dejaban ser...*

T: *Que por ser él mismo recibía menosprecio, castigo...*

D: *Sí.*

T: *¿Pero qué emoción te despierta?*

D: *Como... (silencio) no sé...*

T: *(señala las figuras de las diferentes emociones)*

D: *Un poco de rabia, de decir, ¿por qué no dejáis ser a la gente?*

T: *Enfado, fíjate (señala la figura del enfado)*

D: *Le iría mucho mejor en los estudios si le dejáis ser, expresarse como él se quiere expresar (se siente la rabia en su tono de voz a la hora de expresar este mensaje)*

T: *Justo... invertimos mucho tiempo de la vida en los estudios, es muy importante. Es un sitio donde tenemos que estar a gusto. Rabia hacia el profesorado, y... ¿rabia al chico de 16?*

D: *No...*

T: *No, claro que no...*

Algo recurrente en la historia de D es la sensación de culpabilidad y de malestar relacionada con la falta de herramientas de adolescente. Se incita a que el paciente analice la situación desde otro punto de vista, como si la persona implicada no fuera él mismo, si no otro, con el objetivo de poder distanciarse y ver los hechos con una mayor claridad y objetividad. Además, en esta parte de la terapia se pueden observar las dificultades del paciente a la hora de verbalizar las emociones que siente. Se le pregunta en varias ocasiones por la emoción que siente ya que no suele responder a la pregunta a la primera. Gracias a esta verbalización emocional, se posibilita darle un espacio a la emoción y sentirla. Una vez que el paciente identifica y le pone nombre a la emoción que siente, tras la validación emocional que se realiza, se puede apreciar una diferencia en su tono de voz y en su lenguaje no verbal, con cierta rabia en su discurso. De igual forma, se le ayuda a contextualizar la emoción y a delimitar el motivo por el que la siente, así como las personas hacia las que la siente. Es muy importante diferenciar, en este caso, el sentimiento de rabia hacia los profesores del sentimiento de rabia hacia sí mismo.

Tras esto, se continúa indagando sobre la relación con su expareja (M), a sus 16 años. D nos cuenta que él intentó hacerlo bien pese a ser su primera relación y que no quería que se llegase al extremo de control y celos al que M pretendía llevarla, como podemos observar en su narración en el siguiente relato.

D: Yo intentaba no llevarlo al extremo al que él lo quería llevar... Además, esta persona no era fiel a los sentimientos que me decía a mí... Yo sabía que algunas cosas que yo hacía estaban mal e intentaba frenarlas...
T: Vale... corregirte...
D: Y... en cuanto rompemos... yo hice cosas para hacerle daño.
T: Vale, porque cuando termina la relación ¿cómo te sentiste?
D: Engañado.
T: Entonces tú te sentiste engañado... ¿traicionado?
D: Sí...
T: Y cuando uno se siente así ¿qué suele ocurrir a veces?
D: Pues haces cosas que igual no deberías hacer.
T: Justo... podemos hacer alguna cosa porque tenemos ese dolor ahí... Yo lo que veo es que, a tus 16 años, que es una época complicada, la etapa más complicada del ser humano... Ahí no tenemos todavía idea de lo que es una relación de pareja. Pero todos, en tu caso, en mi caso, en el de Sandra... A los 16 hacemos lo que podemos con lo que sabemos. No tenemos ese concepto de pareja como podemos tener más adelante.

Como vemos, la psicoeducación es algo que se emplea (y se seguirá empleando) a lo largo de todas las sesiones. Con ello se pretende continuar elaborando la narrativa del paciente con el objetivo de que comprenda en profundidad los motivos y todos los aspectos que estaban influyendo en su forma de comportarse a sus 16 años, normalizando que es algo intrínseco al ser humano y que las etapas del desarrollo son universales. A continuación, se produce un cambio en la temática y D relaciona dos aspectos importantes de su pasado. Considera que sentía que no existía tanto cuando los profesores lo rechazaban por ser homosexual, como cuando su expareja únicamente se comportaba como pareja en la intimidad, no aceptando su orientación sexual en aquel momento.

D: Es el mismo sentimiento de no existir... Si no haces nada cuando estás en público no existo...
T: Vale es tu sentimiento... "no existo" porque nadie me ve. En la psicología sería algo así como que yo no existo si las personas no me hacen visible. En este caso los profes no te hacían visible a veces. Era algo así como "no existo" hacia el profesor, por mi orientación, y "no existo" a nivel público hacia...
D: Hacia esta persona.
T: Es importante esto... cuando sí existías, existías siempre...
D: Durante la relación él estaba con una chica... y yo dije... no voy a estar engañándome a mí ni a la chica...
T: Y ahí es cuando rompéis.

D: Sí...

T: *¿Cómo te sientes ahora, contando esto, que es tan importante?*

D: *Más o menos... (se ríe)*

T: *¿Igual que en las primeras sesiones, o mejor? ¿O peor?*

D: *No, mejor (sonríe)*

T: *¿Con qué coincide que te sientas mejor?*

D: *Es un espacio seguro para hablar...*

T: *Gracias... y para sentir. Porque sientes, quizás, que no te juzgamos.*

D: *Sí... Para mí es un sitio seguro en el que puedo hablar y no me siento juzgado por ello...*

T: *Fue muy doloroso esto eh, lo que tú has pasado...*

En este fragmento se puede apreciar cierta alteración de la identidad, mostrando dificultades a la hora de mantener una representación estable de sí mismo que, en este caso, está fundamentada en la validación externa. La alteración de la identidad y los sentimientos y sensaciones derivados de ésta, como los que presenta el paciente, suelen ser habituales en personas con Trastorno Límite de la Personalidad. Relacionado con esto, me gustaría mencionar, de forma cualitativa, una de sus respuestas en el cuestionario EARLY, donde menciona que, en ocasiones, con su familia, le hacía sentir bien el sentirse invisible; sin embargo, también podemos observar la necesidad de ser visible. Se pueden percibir, por lo tanto, ciertas incongruencias en su discurso, cierta ambivalencia, estando esta dualidad muy presente en este tipo de casos. Además, algo que llama la atención es la forma en la que el paciente se expresa de forma no verbal, siendo su expresión facial incongruente con su estado anímico: D se sonríe al hablar de su malestar, se siente mal mientras que con su expresión facial amortigua esta sensación, conteniendo, por lo tanto, la tristeza.

La sesión continúa indagando cómo fue el inicio de su relación con M, pasando de ser amigos a tener otro tipo de sentimientos que derivaron en una relación sentimental a nivel privado, ya que M se negaba a hacerla pública.

En el siguiente relato se pueden observar las explicaciones que se realizan transversalmente a las sesiones acerca de las diferentes etapas evolutivas, pretendiendo normalizar lo que ocurrió en aquella etapa, siendo algo coherente a la edad en la que se dio, favoreciendo, una vez más, el procesamiento de los recuerdos.

D: Si... él se declara cuando tenemos 14 años... Yo lo veía como un amigo, pero a partir de ahí empezamos a quedar todos los días... Él me decía que era cosas de mejores amigos, un rollo muy raro, y, como que a partir de ahí...
T: ¡Un rollo muy raro desde aquí!
D: (se ríe) Sí...
T: Estamos a tus 24 años y yo estoy aquí... bueno yo soy muy mayor.... Miramos de manera retrospectiva... pero ¿era un rollo raro con 14?
D: Hombre igual no... igual estábamos confundidos... bueno, estaba él confundido, yo no.
T: No tenemos que perder de vista la etapa, del adolescente/preadolescente. Lo hacíais lo mejor que podíais.
D: Si... es verdad.

Se pueden percibir las dificultades de D a la hora de hablar de su expareja. A día de hoy sigue sintiendo dolor y hay muchos aspectos de la historia que sigue sin comprender, por ese motivo la elaboración conjunta de su historia es de una gran importancia.

D: Durante la relación discutimos porque él se lia con tías y hace lo que él quiere... y yo no puedo hacer lo que yo quiera (se ríe, indignado)
T: De manera pública... Él está contigo de manera privada, pero de manera pública está con tías y puede hacer lo que quiere. Y tú ¿por qué no puedes hacer lo que quieres?
D: Porque me decía que no podía... pero yo hacía igualmente lo que me daba la gana (vuelve a reírse) y él se cabreaba (su expresión facial expresa indignación, incredulidad)
T: Claro, porque las relaciones son simétricas, horizontales, hay una libertad para los dos, el uso debería ser el mismo. Es como que él te coartaba tu libertad y tu decías "no".
D: Sí, eso el primer año, después se cabreó y dejamos de hablar durante un mes... y en ese mes fue cuando empezó mi obsesión por esa persona
T: ¿Cuándo se enfada contigo?
D: Sí, y me deja de hablar un mes... ahí fue cuando me di cuenta de que sentía mucho más por él...
T: Ehhh... ¡no! Pero lo apunto... Para ti sí, para mí no.
D: (sonríe) Y... ese año fue horrible.
T: Esto es importantísimo. Por lo que entiendo él empezó a hacer su vida pública, dentro de sus 15-16, hacía lo que le daba la gana porque tú entendías que había una relación cerrada, monógama, lo que se suele decir.
D: Sí.
T: Entonces tú entendías "mira, tú estás conmigo y yo contigo...". Al final estáis juntos, pero a nivel privado, y él es como... no te permitía hacer lo que tú querías. Era como "yo hago lo que quiera, pero tú no", y tú te rebotas, normal y bien.
D: Me cabreo, hago lo que quiero, se cabrea, me deja de hablar, me dice que nuestra relación solo era para probar y que no siente nada por mí... y estamos un mes sin hablar. Después de ese mes vino, me pidió perdón y me dijo de volver a intentarlo. Y... ese año, fatal, porque él seguía haciendo lo que quería, pero yo ya no seguía haciendo lo que yo quería con nadie más y... se ponía extremadamente celoso si quedaba con R (su actual pareja) y ahí éramos amigos, pero él ya sabía que algo había porque R y yo ya nos habíamos liado antes. Y... nada, él empezó con la chica esa y yo dije hasta aquí, ya no aguanto más. Y lo pasé muy mal. Ahí fue cuando me encerré en casa, no quería salir, no me apetecía salir de mi habitación, dejé el ciclo...
T: ¿Cuánta sensación de malestar sientes?
D: ¿Ahora?
T: Sí, estás contando esto como... esto fue muy duro...

Una vez más se le presta atención al área emocional. En este momento de la sesión D estaba narrando lo ocurrido sin vislumbrar ningún tipo de emoción. Lo hacía de una forma plana, racional, sin apenas sentirlo, algo incongruente con el dolor que a día de hoy sigue sintiendo, por lo que se redirige la atención hacia las emociones.

A continuación, podremos observar que D no ha adquirido una comprensión de lo ocurrido, ni por parte de su pareja ni en relación a sus propias acciones y comportamientos. Presenta sentimientos de culpa que le causan un gran malestar y analiza la situación poniendo en foco de atención en lo que hizo, sin apenas tener en cuenta qué fue lo que lo motivó o lo que influyó en que se comportara así.

D: Lo tengo taaan pensado, taaan estudiado en mi cabeza... de buscar las cosas que no entiendo...

T: Vamos a entenderlo juntos ¿vale? Hay cosas que voy entendiendo más y son super importantes. Luego vamos a hacer procesamiento y, probablemente, como se extendió en el tiempo, porque las relaciones interpersonales se extienden en el tiempo, lo que hacemos es coger el primer episodio, como el más antiguo, también el más reciente, y el peor. Eso te lo explico en otro momento, pero vamos a hacer la estimulación bilateral... Es procesar los recuerdos traumáticos. Hoy no nos va a dar tiempo, pero lo vamos a hacer, lo estoy comprendiendo más. Siempre te diré desde la adolescencia... desde el yo adulto, mirando para la adolescencia cuando tú tenías 14 y él tenía 15.

D: Sí...

T: Yo lo que veo ahí, por si te vale, no sé si es una actitud de, "ya que él se está portando mal" o "ya que él se está" ... Lo veo muchas veces. La persona lo quiere conquistar intentando complacer más. A veces cuanto peor se porta mi pareja pues yo me siento mal, culpable, responsable y hago más y mejor, más y mejor... Y ahí es como una especie de complacencia, de conquista, que no se termina nunca. Y creo que esto te pasó un poco a ti.

D: (asiente) Sí... yo intentaba estar con él...

T: Sacrificando un montón de áreas y de parcelas... y la autoestima... se marchita.

D: (asiente)

T: No te equivocabas tú...

D: No... pero hay cosas que hice después que sí (cabizbajo)

T: ¿Quieres compartir una? Aunque hoy no la elaboremos.

D: Pues... cuando empezó con esa chica yo sabía que él iba a seguir queriendo tener la relación a escondidas. Entonces yo quedé con él para que hiciese cosas conmigo, y cuando llegó le dije que no y le hablé a la chica para decirle "mira este señor es un sinvergüenza"

T: Bueno... estabas muy herido.

D: Sí, no lo haría ahora eh.

T: Ehmm... No lo veo una catástrofe. Le has dicho a la tía mira este chico es una pieza.

D: (interrumpe) Porque sabía que iba a fastidiarle a él, mucho.

T: Mmm... bueno esto lo hablamos eh, vamos a hablarlo en la próxima sesión. Porque tú lo vives como una catástrofe y yo no... Él fue muy puñetero eh. Cuando alguien es puñetero... esto lo he visto aquí muchas veces. Cuando tú tienes una pareja puñetera, que te maltrata, descalifica, infravalora... y tú eres una tía o un tío normal, llega un momento en el que esa persona salta, y es puñetera igual. Eso es un subsistema, es nuestro organismo, nuestra salud. Entonces, cuando me cuentan algo yo siempre digo... quiero entender más cosas. No quiero entender solo tu actitud, también vamos a ver qué fue lo que pasó antes. Cuando me explicas qué pasó antes, explica lo de a posteriori.

D: Ya... pero a mí me hace sentir mal haber hecho algo así.
T: Vale, sí. Y eres muy honesto. Pero vamos a darle un poquito más... Tengo que ver por qué está tan grabado ahí esto que te hace sentir mal. Probablemente va en contra de tus valores, lo de machacar a otro o devolvérsela. No es algo que tu querías hacer.
D: No...
T: Vale, entonces si tú lo miras así de manera aislada dices jolín... Pero yo lo miro como que este tío... viene todo de atrás. Claro, como conducta, tú y yo estamos de acuerdo, "vaya pues qué mal". Pero hay que verlo con otra dimensión. Y no es por animarte el oído, tenemos que verlo más.
D: Ya...
T: Osea que esto te remueve, te hace sentir culpable y mal. Y no quieres que forme parte de tu vida, fue algo así como "castigarlo"
D: Sí, fue eso.
T: Vamos a ver por qué te salió eso, y esas cosas a veces son buenas que salgan. Tu imagínate esa tía que siempre la minusvaloran, la machacan, descalifican, un día, otro, otro... Llega un día ella y le mete un empujón. Ella me lo cuenta como una catástrofe, pero claro, ella no es una maltratadora... Vamos a ver todo esto ¿vale?

En este momento de la sesión, con el objetivo de aumentar su comprensión sobre su historia y lograr, con ello, que disminuyan sus sentimientos inadaptados de culpabilidad, se le explican aspectos del comportamiento humano y ciertos factores que influyen en él. Aunque la sesión comenzase con la pretensión de empezar la Fase 3 de la terapia, se puede ver que no fue así. Para entrar en la fase 3 es necesario valorar si el paciente requiere un proceso previo de preparación con el que entienda mejor sus dificultades y sus recursos, adquiera cierta estabilidad, gestione sus emociones y se sienta seguro para abordar sus experiencias difíciles. Ha quedado demostrado que la comprensión del paciente acerca de su historia, por el momento, es pobre, así como su gestión emocional, por lo que se pretende que adquiera una mayor comprensión y elaboración de lo ocurrido antes de entrar en dicha fase.

Sesión 3: Soy el sostén

El paciente acude a consulta con semblante serio, pudiendo apreciar cierta tristeza en su expresión facial. Llama la atención su vestimenta, con ropa de colores vivos, algo nada habitual en él, que suele vestir prendas oscuras. A continuación, mostramos un fragmento del inicio de la sesión.

T: ¿Qué tal? ¿Cómo vas... cómo te vas sintiendo?
D: Esta semana...
T: ¿Regulín?
D: (con la mirada al suelo) Sí...
T: ¿Y eso... con qué coincide?
D: No se... osea... me sentí... un poco... no sé... como... mal... y más sensible de lo normal.

T: ¿Y coincide con algo?

D: No sé, pensamientos de... pienso que cada vez estoy más separado de mi familia, cada vez pienso más distinto a ellos.

T: ¿Papá, mamá, hermano, pareja...?

D: Pareja no... el resto sí.

T: Y... ¿te sientes diferente a ellos?

D: Es como que... la sensación que tengo es que como yo sostengo todo me utilizan para eso.

T: Es importante lo que dices... pero me gustaría que lo desarrollaras un poquito más. ¿Qué es sostener todo? Es como muy general, no quiero interpretar yo... quiero entenderlo bien para poder ayudarte.

D: (con la voz quebrada) Es como que... como siempre fui yo el fuerte... se apoya todo en mí.

T: Eres fuerte. Vale, y se apoyan en ti...

D: Sí...

T: Vale, ¿a qué nivel? Afectivo, psicológico, económico...

D: Un poco en todo.

T: ¿A nivel doméstico?

D: No.

T: Vale. Por lo que me estás diciendo, es como que estás ayudando más tú de lo que te ayudan ellos, ¿por ejemplo?

D: Es que no diría ayudar... Es como que no estoy ahora mismo como para sostener todo... No podéis cargar todo en mí...

T: Por defecto, cuando tenemos un grupo de personas en una casa, cuando recae todo sobre uno... es muy complicado, me parece mucha carga para uno solo. Me gusta más cuando la unidad familiar forma un equipo. Imagínate, si hay una pareja que vive en una casa, deberían funcionar como un equipo, al mismo nivel. En una familia, también está bien como equipo. ¿Qué ocurre? A mí me viene ahora un tema económico a la cabeza. Si tú eres por ejemplo la persona que tiene un ingreso, una remuneración mensual, y tu madre que tiene 64 años... prejubilada... trasplantada de hígado, que está delicaducha y no trabaja fuera de la casa... ahí la madre puede hacer un trabajo doméstico y tú como hijo puedes ayudar económicamente y te salvarías de la parte doméstica.

D: Es que no hacemos vida en casa.

T: ¿A qué te refieres?

D: Están casi siempre en el bar, ella, mi abuela...

T: Vale...

D: Mi abuela siempre, y mi madre porque se aburre y se viene al bar.

T: Vale, está bien. Porque se aburren y claro... hay mucho movimiento en los bares, ¿se cuecen cosas muy chulas!

D: (asiente)

T: ¿Y quién hace la comida y todo eso?

D: Casi siempre yo.

T: Entonces, se trasladan casi todo el día al bar, entienden que allí van a comer, ¿después se van para casa?

D: Mi abuela se queda toda la tarde.

T: Vale se entretiene allí todo el día...

D: Sí... Y cenan ahí también.

T: Vale, voy a resumir a donde quiero llegar. Yo entiendo que cuando viven tres generaciones, una abuela, unos padres y tú con tu pareja... sois cinco personas. Entonces los cinco tenemos que entender que vamos a gastar de la comida y de los suministros. Tiene que haber un saco común para sacar suministros para los cinco. No sé si está pasando eso.

D: No.

T: Vale... Y el bar lo lleváis tú y tu hermano. ¿Cómo os repartís los beneficios?

D: Ahora mismo no hay porque son meses complicados... Pero si no es mitad y mitad.

T: Vale. ¿Y la parte del suministro de la luz, los gastos, la televisión...?

D: Primero se paga todo y después se reparte lo que se genere a mayores.

T: Vale, yo te voy a dar una idea. Quizás sería conveniente hacer una especie de ahorro para el bar. Poner una cantidad fija para los gastos del bar. Porque en agosto quizás hay más beneficios que en enero... y si dejamos un poco de ahorro para el bar, y así no quedarnos pillados los meses de menos beneficios.

D: Sí... es verdad.

T: ¿Qué es lo que pasa? Que tú te tienes que quedar con tu sueldo. Si la madre dice "aquí tenéis el negocio, llevadlo vosotros". Hay que ver qué significa eso. Mamá, ¿tengo que repartir contigo beneficios? Porque igual beneficia pagar un alquiler simbólico, doscientos euros al mes... y el resto es para ti. Me parece más sano que estar allí de empleado, cobrar un beneficio, pero que la comida de tu familia corra a cuenta de tus beneficios...

D: Bueno, lo estamos poniendo como gasto del bar...

T: Pero no es gasto...

D: Ya... pero es que yo ahora mismo ni pincho ni corto.

T: Pinchas más de lo que tu sientes... Eres el cocinero.

D: Ya, pero es que si por ejemplo un día decido no hacer la comida es un lloro de mi madre, una mala contestación de mi hermano, una cara de mierda de X... y al final del día estoy yo hecho mierda y ellos descojonándose o haciendo lo que les da la gana.

T: Te están manipulando... pero no importa porque los vamos a poner en su sitio (se sonríe). Esto es muy inconsciente. A ver, tu entorno te quiere bien, las madres quieren a sus hijos, pero eso está viciado... Al final tú no tienes tu sueldo, porque con él estás invitando a comer a la abuela, al padre, a la madre, al novio... lo interesante sería que tú tuvieras tu sueldo y que te sientas dueño y señor de tu sueldo, lo que veo es que no tienes un horario, no tienes sueldo definido, tienes que hacer de comer... no está nada delimitado... ¿me estoy liando?

D: No...

T: Necesitamos tener unos límites, una organización...

D: Es que no puedo...

T: Y va a influir en el estado de ánimo. ¿A qué te refieres con que no puedes?

D: Pasa lo mismo... si yo digo algo, van a ir junto de mi madre, mi madre va a venir y se va a poner a llorar y yo me voy a sentir mal...

T: ¿Cuál es tu propuesta? Seguro que tú has pensado en esto. ¿Cuál es tu propuesta, D?

D: Delimitar los horarios y si no queréis ayudar en el bar pues ya está (refiriéndose a su hermano y la pareja de éste)

T: Pero yo veo más cosas aquí... el horario, los días libres, el sueldo...

D: (se ríe) Pues no tengo un horario, no tengo días libres y no tengo un sueldo fijo.

T: Vale, pero no pasa nada porque lo estamos comprendiendo y hablando. Con esto no te puedes llegar a sentir bien porque te vas a sentir sometido.

D: (la interrumpe, se aprecia enfado y rabia en su discurso) Ya no es sometido, antes me sentía sometido, ahora me siento una mierda... es que no puedo opinar.

T: Te sientes ninguneado.

D: Sí, es que esta semana no hablé con nadie porque, ¿para qué? Es que el problema es ¿para qué?

T: Ya... pero esta situación poquito a poco tenemos que cambiarla, D.

D: Ya... pero yo lo que pienso es mandarlos a todos a la mierda...

T: Me gusta... mira si tú mandas a todos a la mierda... vamos a ponernos en esa alternativa. Tú le dices, mamá, no me interesa este negocio ¿Dónde buscarías trabajo?

En esta primera parte de la sesión el paciente describe sus sentimientos de indefensión, sintiéndose incapaz de poder llegar a dialogar con su familia y conseguir resultados favorables. Podemos apreciar una falta de habilidades por su parte a la hora de marcar límites y reclamar sus derechos, así como ciertos comportamientos de manipulación por parte de su familia que parecen

reforzar estas dificultades. Con respecto a la intervención, se emplea la psicoeducación a la hora de explicar el funcionamiento familiar y lo que es esperable con respecto a la colaboración de todos los integrantes a nivel económico y doméstico. Además, se evalúa la situación laboral del paciente y se insiste en la necesidad de incorporar una organización en el bar que influirá en su estado de ánimo y en su calidad de vida. Para lograr esto se requiere que el paciente aprenda a poner límites, aunque, en primer lugar, es necesario que comprenda qué es lo que está ocurriendo y qué sería lo favorable que ocurriera.

A continuación, se exploran los lugares que el paciente considera para buscar trabajo, siendo éstos en el sector de la restauración, aunque se muestra indeciso ya que cree que su familia lo haría sentir mal por su decisión.

D: Me harían sentir mal (su tono de voz es alto, mostrando enfado)
T: ¿A qué te refieres?
D: Me dirán que los dejo tirados.
(silencio)
T: ¿Quién te ha dicho eso...?
D: Eso me lo ha dicho mi madre. Por eso te digo que cada vez me veo más alejado de mi familia, yo nunca actuaría así hacia una persona a la que yo quiero...
T: Vamos a ir al punto en el que te dicen "¿me vas a dejar tirado?". Un hijo, aun habiendo empresa familiar en casa, no opta por quedarse en la empresa familiar no significa que deje tirado a nadie. Además, se puede dar un tiempo, "mamá, papá, vamos a buscar a alguien que trabaje aquí". Decir que no a la empresa familiar no es dejar tirado. Que tengamos empresas en la familia no significa que los hijos tengan que responsabilizarse. Como padre te puede fastidiar porque claro, es tu empresa...
D: (la interrumpe, tiene los ojos lacrimosos) Ya, pero me jode porque yo empecé con ilusión y me gusta ese trabajo (se le quiebra la voz), pero es que no sé cómo...
T: ¿Qué es lo que te gusta de ese trabajo, me lo explicas?
D: (llora)
T: No hay prisa D, tienes agua si quieres beber... De momento no estamos diciendo nada, ¿vale, D? Entiendo la situación, es complicada, pero no vamos a decidir nada hasta que tú te veas más fuerte
El paciente suspira y sigue llorando. Hay un silencio de un minuto en el que llora y se autorregula a través de la respiración.
D: Pues no sé, me gustan muchas cosas, puedo ser creativo, me gusta atender a la gente y no se... estar ahí, me gusta.
T: ¿Qué cambios harías? Seguro que lo has pensado, me has hablado del tener tu horario, tus días libres... No tiene que ver una empresa familiar con no tener horarios.
D: Ya...
T: Que mamá lo haya hecho así, que parece que ha hecho una vida dentro del negocio, lo cual es muy fácil que pase en la restauración... Antes la familia vivía en el negocio. Está bien porque hacías caja... pero también se paga una factura grande... Ahora está todo más delimitado, los de la vieja escuela no lo delimitaban, abrían y cerraban cuando se fuera el último, así todos los días y no había más vida que esta, el dinero se necesitaba, pero también había un gran sacrificio de cosas en la vida de uno. Entonces, quizás los papás lo han entendido así de siempre. Pero eso no significa que un hijo tenga que hacer un copia y pega, más de lo mismo... Ahora estamos en otra época socioeconómica... Antes cocinaba la mamá, ¿verdad? Ahora estás tú, un cocinero experimentado con formación, un profesional. Se puede hacer de una forma diferente. Lo importante es que estés cómodo en tu puesto de trabajo. A veces, los padres son

como que quieren más de lo mismo, y uno puede sentir una rigidez en hacerlo diferente. Imagínate que decides cerrar los lunes, ¿antes mamá cerraba algún día?

D: Al principio no, después la obligamos a cerrar los lunes.

T: Fíjate, antes no cerraba nunca, pero impulsaste tú un movimiento... ¿por qué la obligasteis?

D: Porque queríamos hacer vida con ella también.

T: Ahí está, ¿y seguís cerrando los lunes?

D: Sí, lo que pasa es que vamos a limpiar mi madre y yo... porque nadie va a limpiar

T: Pero así no descansas...

D: Ya, pero es que los demás ya dijeron que no van a ir.

T: Estaría bien que hicieras una especie de borrador... poner por escrito los cambios que necesitas hacer, cómo crees tú que puede funcionar bien la empresa. Se me ocurre que como los lunes es tu día libre quizás puede ir otra persona, o podríamos alternar.

D: Pero es que ya me dijeron claramente que no van a ir a limpiar. Vamos yo y mi madre y a veces va una chica.

T: Yo ahí veo que fuesen tu madre y la chica y tú no.

D: Pero hay veces que voy yo si la chica no puede ir ese día.

T: Yo me organizaría con alguien, si podéis, como gasto, como tu descanso, y avisarla siempre con antelación, que cuente que los lunes trabaja contigo. Así ya se organiza y lo tiene claro, y dirá que sí, pero si está pendiente de que la avisen, se busca la vida para trabajar, normal. A veces la gente dice que no porque no tenemos una buena propuesta con antelación.

En este fragmento podemos observar más ejemplos de manipulación que el paciente relata. Ante ellos, se pretende mostrarle la realidad con el objetivo de reducir sus sentimientos de culpa y de malestar ante la idea de no cumplir las expectativas de su familia con respecto al negocio familiar. Gracias a esto se favorece la elaboración y procesamiento de la situación de una forma diferente, más realista, conceptualizando la realidad de tal manera que facilite el cambio. Además, se emplea la técnica de solución de problemas con el paciente, analizando diferentes alternativas con las que poder reestructurar la situación laboral del paciente y sus relaciones interpersonales. Es importante que D entienda y sienta que puede reclamar sus derechos.

La sesión continúa indagando el ámbito laboral y familiar del paciente que, como vemos en este caso, se solapan al ser un negocio familiar. D menciona a su hermano (y socio) en el negocio, con el que la relación no es buena, y explica que se siente frustrado por la situación entre ellos y su madre.

T: A las madres les va a costar decirle al hijo que se acomoda "oye mira ponte las pilas". Y aunque yo sea recta, mis hijos siempre me van a ver como mamá. No dejo de ser madre en el negocio. Pueden verme como jefa, pero si no lo hacen, me lo tengo que currar. Son mis hijos-empleados, y yo soy la madre-jefa. Es como que tu hermano es un empleado además de hijo. A veces las empresas familiares se vuelven un poco turbias porque cuando me apetece soy tu hijo y cuando no soy tu empleado. Eso hay que sanearlo. No te puedo ver solo como empleado, nuestro lazo es diferente. Yo no sé ahí si hay un respeto entre tu madre y tu hermano, no sé si fluye.

D: Es que yo tengo la sensación de que él le contesta fatal y ella lo sobreprotege.

T: Pero esto es un negocio, lo que tenemos es un negocio, y toda la sobreprotección... en el ámbito laboral... no viene bien. Si tú lo ves muy viciado, tanto él como ella, una opción, que a lo mejor no estás preparado ahora, pero lo estarás, es "me voy" o esta es mi alternativa, os propongo esto.

D: Es que ahora mismo no puedo.

T: ¿A qué te refieres?

D: Que ya estoy mal como para aun por encima tenerles que decir algo y tener que aguantarlos... No es que hagan algo en contra de ti, es su actitud, las semanas siguientes tienen una actitud...

T: Te entiendo D, pero no implica que tú no puedas poner pequeños límites. Por ejemplo, los lunes no me voy al negocio. "Mamá, avisa a la chica y los lunes vais ella y tú a limpiar", eso es importante, es un pequeño límite. A mí se me ocurren hacer cosas pequeñas con las que tú puedas, que comprendas que las puedes llevar a cabo. Para más tarde siempre tienes esa alternativa, pero antes de marcharte siempre está bien ponerlo sobre la mesa, os propongo A y B, C es que me voy. Tú puedes tener pipeados lugares a los que echar currículums.

D: Es que no puedo hacer nada porque me siento mal después por mi madre...

T: La madre sabe lo que tiene, vamos a ir a esta parte. Mamá sabe cómo son sus hijos.

D: Ya, pero es que es siempre "no le digas nada, no quiero líos, es tu hermano..."

T: Pero mamá está diciendo "no quiero líos, pero quédate aquí a aguantar de la vela conmigo"

D: Ya.

T: A ver, mamá tiene alternativa de alquilar el bar. Está todo un poco entremezclado porque es "no digas nada, pero aguanta como yo..." Ella aguanta, porque lo decide así, pero no tiene por qué hacerte sentir mal porque tú no quieras aguantar, lo cual es la salud, es lo saludable, no dejarte pisar ni transgredir esos límites.

D: Ya...

T: Al final, ¿quién está dirigiendo el cotarro ahí?

D: Él.

T: No...

D: Él porque mi madre no le dice nada.

T: O ella... que está en un victimismo también.

D: Pero es que si él...

T: Ella permite, lo que está haciendo es una permisividad con todo eso, está permitiendo que eso ocurra todos los días.

D: Sí.

T: Decide no hacer nada... está diciendo algo. Quiero que lo entiendas tú. Si ella viendo eso, con su experiencia, viendo a un hijo y al otro, decide no decir nada, aún a expensas de tu salud mental y física... también quiero que sepas eso, D.

D: Ya... ya lo sé... Es que el otro día lo hablaba con ella, que me siento más identificado con mi padre ahora, estamos los dos ahí, no podemos opinar ni decir nada, que a mí no me contestan tan mal como a mi padre, pero o no me hablan, o me ponen mala cara, o no vienen un día, o se van antes... pero a mi padre le contestan fatal.

T: ¿Te refieres a tu hermano y tu cuñado?

D: Sí.

T: Creo que lo que están haciendo es lo que les da la gana y, cuando tú les haces sentir que se equivocan, utilizan la agresividad, hostilidad, y así hacen lo que les da la gana, que las cosas se sigan manteniendo como están, cuando es un error.

A lo largo del proceso terapéutico destaca el énfasis en la necesidad de que el paciente establezca límites y sea capaz de comunicarse, lo que se combina con explicaciones que permiten lograr una mayor comprensión por parte de D de su situación. El objetivo logre una visión más realista de la situación, con lo que sus sentimientos disfuncionales, como la culpa o el miedo a decepcionar, pierdan intensidad y desaparezcan, permitiendo la movilización para el cambio.

Posteriormente se realiza una recapitulación de lo explorado hasta ese momento en la sesión, haciendo hincapié la necesidad de un cambio en el ámbito laboral para una mayor estabilidad y calidad de vida del paciente. Ante esto, el paciente continúa mostrando sentimientos de indefensión y de incapacidad, como se puede apreciar en el siguiente relato.

D: Yo lo entiendo, y sé que debería hacer eso, pero es que no puedo.
T: Vale, de momento no puedes. ¿Qué tiene que ocurrir para que puedas?
D: Pues no sé, sentirme seguro conmigo mismo. Es que es eso, yo antes no hubiera aguantado esto, pero es que me fueron apagando y ahora no me atrevo a decírcles nada ya.
T: Imagínate, que tú me dices "Bea me estoy marchitando, me someto, me quedo sin autoestima...", vale, eso pasa cuando las personas te maltratan psicológicamente, ¿verdad? Cuando te machacan, y al final vez que tus opiniones no tienen sentido, que no se tienen en cuenta... te vas marchitando.
D: Es que no sé, cosas tan simples como pedir al McDonald's o así, les parece mal si no los aviso, y es en plan "pero si no estáis en el bar para qué os voy a avisar".
T: ¿Pero McDonald's para qué?
D: Para cenar, comer... lo que sea. Y si están por ahí haciendo su vida... Y luego le dicen a mi madre "es que no nos avisó" ¿y? Tú puedes pedirlo igual que yo. O le doy el regalo a mi madre por su cumpleaños y se lo tengo que dar a escondidas porque si no les parece mal por no preguntarles si querían participar. No sé, es que no puedo hacer nada.
T: Bueno... hay algunas cosas que tienen sentido. Hay muchas cosas aquí. Lo primero, si estás así marchito, psicológicamente afectado, sintiéndote pequeño... nadie dice que tengas que hacer una cosa grande, pequeñas cosas ¿vale? Pero, por otro lado, lo que tú me dices tiene sentido, por ejemplo, mamá esta de cumple ¿qué hacemos? Compramos algo entre todos, hacemos una comida entre todos... tiene sentido. Ese sentimiento colectivo, de grupo. La hora de la cena, no tienes que ser tú el organizador, pero...
D: (interrumpe, con un tono de voz que demuestra cierto enfado) Ya, pero es que, si yo lo organizo y no os preocupáis, aún por encima no os quejéis.
T: Yo lo que entiendo es lo siguiente, si en vuestra casa cenáis juntos, hay una organización, yo lo pongo sobre la mesa, si no haces de papá... "a ver, venís a cenar, qué cenamos..."
D: Es que lo tengo que hacer.
T: No.
D: (interrumpe) Sí, porque si no se cabrean.
T: ¿Te castigan?
D: Sí, bueno no, castigan a mi madre y mi madre me castiga a mí. A mí no me dicen nada directamente, piensan que tengo el carácter de antes y que si me dicen algo les voy a contestar.
T: Al final, D, sí que tienes que organizar cosas... por lo menos tienes que tener tú algo claro. Si no vas a estar en las quejas continuas... Vamos a focalizarlo. Sé que está siendo pesado esto, sé que te cuesta y veo que la intención que tienes es buena, pero si no pones una estructura y trabajas sobre ello vas a estar siempre en la queja "jo el negocio, no puedo decir nada, tengo que hacer esto...". Te veo muy perdido, con muchos sentimientos que te hacen sufrir, que no sabes que hacer, todo parece mal... Siempre hay la puerta B de irse, y la puerta A es la de cambiar cosas pequeñas "mirad yo no voy a llamar a la gente para cenar, ¿qué os parece que pongamos las cenas a las nueve? Yo pongo de lo que haya". Por otro lado, pequeñas cosas con las que tú no estás de acuerdo, yo haría un borrador, y las vas exponiendo.

En esta parte se introduce el término de "maltrato emocional" para encuadrar ciertas actitudes que su familia está teniendo con respecto al paciente y cuáles son las consecuencias esperables de ello. Además, cuando se habla acerca de poner en práctica ciertos cambios, establecer ciertos límites e ir modificando la situación, se hace énfasis en comenzar de manera progresiva, graduando los pasos a dar, en especial por las dificultades que el propio paciente refiere y por sus sentimientos de incapacidad a la hora de llevar a cabo alguno de estos cambios. También se puede apreciar cómo se contraargumenta al paciente con respecto a la visión que éste tiene de ciertos comportamientos propios y de su familia, como cuando habla de pedir la cena a domicilio o de la no-organización a la hora de preparar el regalo de su madre, haciéndolo a escondidas y sin avisar al resto de su familia. Tras esto, el paciente narra que en una ocasión les explicó a su hermano y a su pareja que no estaba cómodo y que estaba pensando marcharse del negocio.

D: Ellos me dijeron que no podían aportar más y que si quiero que se van... y yo les dije que si se querían ir que se fueran.
T: ¿Y no se van?
D: No...
T: Ya me lo imaginaba, no se van a ir... porque tú eres el empleado perfecto.
D: Y les dije que si no se iban yo quería estar en el mismo nivel que ellos, me dijeron "sí, sí, sí"
T: ¿Qué significa al mismo nivel?
D: Pues que si yo limpio ellos limpian...
T: No me vale, D, estás siendo muy infantil... lo siento.
D: (se ríe)
T: Esto es más de adultos.
D: Pues no sé, aportar lo mismo.
T: Yo sé lo que tú me dices, ¡eh! Pero te estoy forzando a que concretes. Esto es un negocio, y me da la sensación de que puede ir mejor. Tú has estudiado para esto, tienes que confiar en ti, primer punto. Tenemos que trabajar para que confíes en ti. Para llevar el negocio, debes tener tu borrador, el esquema con el horario, días libres, personal, productos, menús... todo lo que conlleva un negocio, para ver la viabilidad. Ese es el cambio que tú propones, no pueden ser generalidades. Un mensaje no es "nos ponemos a la misma altura". Yo sé lo que quieres decir, pero van a seguir en el no. Cuando pongas todo en marcha y no funcione es cuando puedes decir "me voy". Pero estás siendo infantil cuando estás en la protesta y en la queja. Ellos te necesitan, no tú a ellos.
D: Ya...
T: Ellos te necesitan, aunque no le des un valor ahora a lo que tienes, trabajaremos en ello. Pero ellos te necesitan. Entonces, si no funcionas de una forma más adulta, vas a estar mal, malhumorado... ¿y a ellos que más les da, si sigues funcionando?
D: Ya...
T: Y a veces, desgraciadamente, aunque tú solicites un cambio y comprendas, no significa que el otro cambie. Ese cambio en el otro lo hará cuando lo decida, porque tú estás "a ver si lo comprende", pero lo importante es que tú lo comprendas. El otro lo puede comprender, pero le conviene que tú estés ahí. Si hay muchas ganancias... a través de la hostilidad, si la cosa va funcionando pues mira... Pero con tu pan no se mete nadie. Para adquirir un título llevaste tu trabajo, tuviste que madrugar, ser responsable, estudiar, enfrentarte a los exámenes, llegar a unos resultados... Todo esto es un esfuerzo. Eres tú quien le tiene dar un valor a tu titulación, porque detrás hay un esfuerzo.

En el relato observamos cómo se materializan las dificultades del paciente mencionadas hasta el momento a la hora de posicionarse y poner límites, gestionando su negocio. Se hace referencia de manera explícita la actitud "infantil" del paciente al mantenerse en la queja sin concretar los cambios y sus peticiones. El objetivo es que sea consciente de la profesionalidad que requiere hacerse cargo de un negocio y de la necesidad de introducir cambios, operativizándolos, pudiendo así llevarlos a cabo, evaluar su puesta en marcha y pedir explicaciones en los casos en los que no se hayan cumplido. Del mismo modo, se trabaja con las expectativas del paciente mostrando que, aunque él solicite un cambio con la pretensión de que el resto de las personas lo comprendan y lo pongan en práctica, no depende únicamente de él que éste se lleve a cabo, en especial cuando existen ganancias secundarias del resto con la situación actual que dejarían de existir si el cambio se produce. Con esto se pretende que el paciente no asuma responsabilidades que no le corresponden. Además, se trata de que D sienta el valor que realmente tiene y lo necesario que es su puesto en el bar. El paciente parece presentar una baja tolerancia al afecto positivo, por lo que para que se valore más y aprenda a estar en contacto con comentarios positivos de los demás con respecto a él mismo, se detallan todos los esfuerzos

realizados por el paciente en su vida como estudiante para lograr conseguir el título que posee y con el cual podría acceder a otros puestos de trabajo relacionados con el sector de la hostelería.

La sesión termina con una recapitulación de lo abordado y el paciente refiere que tiene muchas cosas que hacer y que pensar. Como tarea intersesión se le propone que realice el borrador (que consiste en la elaboración de un documento donde refleje los cambios que le gustaría hacer en el negocio, así como los aspectos básicos que se deben de tener en cuenta) y que lo traiga en la próxima sesión para poder verlo y comentarlo en conjunto.

Sesión 4: Necesito un cambio

La sesión que se expone a continuación versa sobre tres ejes fundamentales: el área emocional, el área laboral y el área familiar. Estas tres áreas están totalmente relacionadas entre sí por lo que se espera que, si se logra introducir un cambio favorable en una de ellas, se produzcan beneficios en el resto.

T: *¿Cómo estás?*
D: *Bien*
T: *¿Sí? ¿Pensé que me ibas a decir que mal!*
D: *(sonriente) ¡No! Es que... llevo todas estas dos semanas pensando en que me sentía mal por haber llorado aquí... (se aprecia cierta vergüenza y ternura en su expresión facial, expectante de la reacción de la psicóloga ante su confesión)*
T: *¿¿Por haber llorado aquí?!*
D: *Sí...*
T: *¡Yo ni me acuerdo! Además, este es un sitio para llorar, para reír, para sentir todas las emociones... y está super bien*
D: *Ya... pero no sé... me cuesta mucho llorar delante de la gente*
T: *Ya... pero eso nos pasa a todos un poco... En parte porque, ¿qué dice la sociedad? ¿Dice que podemos llorar o que no?*
D: *No...*
T: *En cambio ¿podemos estar enfadados? ¿Qué está mejor visto, el enfado o el llanto?*
D: *El enfado*
T: *El enfado. Entonces lo que tu sufres es un poco lo que yo sufro, lo que sufre Sandra... Cuando nos salen las lágrimas a veces nos quedamos rayados, a veces se entiende como un mensaje de...*
D: *Debilidad*
T: *De vulnerabilidad... y todos somos vulnerables. Débiles no, no somos débiles, somos fuertes y somos vulnerables porque tenemos una vulnerabilidad. Para mí, que tu muestres una emoción aquí dice mucho de ti, de mí, de Sandra... es como que confías en nosotras. ¿Hay otros contextos en los que tu podías expresar la emoción, esa tristeza?*
D: *Me cuesta y llevaba tiempo sin llorar...*
T: *¿Cuándo estás a solas también?*
D: *Sí...*
T: *Es importante, sentir las emociones. Hay personas que no lloran... están como desconectadas de la tristeza. La tristeza dice cosas. Cualquier emoción nos dice algo... ¿Tienes un sistema saludable! Y... sacando esto... ¿qué tal te fueron las semanas? ¿cómo te has sentido?*
D: *Pues... intenté... Como me fui un poco rayado de aquí por eso, pensando en eso...*
T: *¿Cuáles eran esos pensamientos? Vamos a la parte cognitiva, ¿qué te decías?*
D: *Pues... "qué vergüenza..." ir ahí y no sé... siempre pienso en qué pensarán las otras personas...*
T: *(dirigiéndose a mí) ¿Tú has pensado algo?*
S: *No, ¡al contrario!*
T: *Justo, al contrario. Yo he visto a una persona muy saludable, que confiaba en nosotras, que confía en la terapia, en las sesiones.*
D: *Pues yo sentía vergüenza...*

T: Tú sentías vergüenza, que es una emoción aprendida, la vergüenza y la culpa. Vales, sales pensando en qué vergüenza...

D: Y como estaba así me centré en estar bien, en estar tranquilo

T: ¿Y cómo has hecho?

D: Como bloqueando... no haciendo mucho caso a lo de fuera, ni al bar, ni a mi hermano...

T: Es muy interesante lo que estás diciendo, es la forma en la que has regulado la vergüenza.

D: La vergüenza y... es como que el otro día llegué a un límite y necesitaba resetear, centrarme y estar tranquilo. Es como un patrón que se repite siempre, aguanto, aguanto, aguanto, hasta que llego a un límite en el que exploto de alguna forma, el otro día fue llorando, pero también puede ser cabreándome y siempre freno. Como que dejo todo de lado, impido que el resto me afecte, cierro todas las puertas para que nadie pueda llegar a mí en un tiempo hasta que yo diga "vale ya puedo volver".

T: Vale, ¿y esto cómo lo haces? ¿si yo veo a través de una ventana, tu vida, qué es lo que vería?

D: Bloqueando pensamientos... Como por ejemplo cosas del bar, la relación con mi familia

T: Lo que tu piensas sobre el bar, sobre tu hermano, sobre la relación entre ellos...

D: Sí. Dejo de pensar en eso, y si lo pienso como que lo borro. Mi cerebro me lleva ahí y yo pienso en otra cosa, me pongo un vídeo...

T: Te distraes con otra cosa. En modo general está bien, porque el pensar en la relación entre tu hermano y tu madre, el bar... los pensamientos que te vienen quizás no son buenos para ti, no te están ayudando. Por eso tú dices "no pienso en esto". No está mal. ¿Qué ocurre? Hay una cosa que está super bien, dejas de hacer algo que no era bueno, que no te venía bien. Dejas de hacer algo que no te sumaba. Ahora, la generalidad es, no por dejar de pensar en eso significa que se solucione, pero puede ser un gran paso, pero la relación con tu madre sigue estando ahí, lo laboral sigue estando ahí... y más cosas. Pero al menos lo que no haces es dañarte, entrando en rumiaciones.

D: Sí, lo que pasa es que igual consigo bloquearlo durante dos semanas, porque si no voy a estar mal esas dos semanas, pero cuando estoy mejor vuelvo a hacer lo mismo. Vienen esos pensamientos y no los bloqueo porque ya estoy mejor anímicamente.

T: Vale, muy listo, está bien cómo lo haces. Lo que pasa es que al final, tú coges una especie de distancia, dejas de hacer algo que no te viene bien... entonces para ponerte bien dejas de hacer eso. Pero al final tú sigues con esa familia, ese hermano y esa parte laboral. Entonces tenemos que trabajar esas cosas para que no funcionen así. Porque el problema sigue estando ahí y tiene vida propia, aunque dejes de pensar en eso, sigue existiendo. Además, dejar de darles vueltas a las cosas no implica una solución. Está muy bien, pero igual tenemos que ir a otro nivel. Vamos a él cuando estamos un poquito más fuertes. Durante las sesiones van pasando cosas, y quizás nos vamos sintiendo más fuertes para pasar a otro nivel.

Tal y como se puede apreciar en esta primera parte, el aspecto emocional es el protagonista. El paciente muestra dificultades en la expresión emocional y ha descrito sus sensaciones de vergüenza tras haber expresado la tristeza a través del llanto en la última sesión. Con respecto a la intervención, se normalizan las dificultades a la hora de expresar emociones que suele sufrir, en general, la población como consecuencia de las "normas" sociales. Además, se refuerza positivamente el que haya sido capaz de mostrarse en la sesión, dejando ver su parte vulnerable y la confianza en la terapia. A través de la psicoeducación sobre las emociones se pretende potenciar la comprensión sobre el mundo emocional, así como desmontar las creencias disfuncionales con respecto a este tema.

Se puede apreciar un cambio en la narrativa del paciente, que se vuelve más rica y éste se vuelve capaz de analizar e identificar lo que le ocurre, así como de explicarlo con una mayor agilidad, lo cual es muy positivo ya que aporta más información sobre su mundo interno. D describe cómo ha gestionado sus emociones durante la semana, bloqueando los pensamientos y distanciándose del entorno con el objetivo de que no lleguen a él y no lo dañen. Se pone de manifiesto la función de protección de este mecanismo, a la vez que explica que, aunque exista una parte positiva, no es

suficiente para solventar los problemas, que siguen existiendo, aunque no se piense en ellos, al mismo tiempo que sigue sufriendo sus consecuencias.

Se continúa el hilo de la última sesión, explorando el ámbito laboral del paciente y las posibilidades de cambio. D continúa presentando sentimientos que le impiden la movilización, como la culpa y el sentir que está fallando a su familia; explica que de forma racional es consciente de que la realidad es otra, pero su sentimiento continúa siendo el mismo. Se avanza con las explicaciones sobre varias temáticas y con las estrategias de solución de problemas explorando posibles alternativas y sus dificultades, además de indagar cuándo aparecieron en el paciente por primera vez estas creencias.

D: Después del covid, al terminar el ciclo de prevención, yo quería estudiar el ciclo de fotografía, pero a mis padres no les hacía mucha gracia al principio porque tendría que irme a Coruña... Al principio me decían que no, yo les decía que me daba igual estudiar por las mañanas y trabajar por las tardes.
T: Porque buscarías un trabajo.
D: Sí, yo se lo propuse. Y después sí que me dejaban, pero no me cogieron, entonces fue cuando me empezaron a presionar para que trabajara.
T: Vale, ahí te empezaron a presionar. ¿Te presionaban para que trabajaras en ese bar?
D: No. Intentaron buscarme otro bar para que lo llevara yo solo...
T: Perdona, ¿buscarte? ¿Quién...?
D: (con una sonrisa y un tono de voz que expresa cierta timidez) Mi padre, mi hermano y X.
T: Pero fíjate, ¿por qué ellos, si tú también eres una persona adulta?
D: Ya, yo iba con ellos a verlos...
T: Sí, pero fíjate, esto es muy importante, como que parece que ellos estaban decidiendo por ti... Con la edad que tu tenías... Una de las características de las personas adultas es que pueden decidir...
D: Ya... yo no quería empezar a trabajar, quería seguir estudiando.
T: Vale, lo entiendo. Pero al final no te cogieron entonces es cuando optas por trabajar.
D: Sí...
T: Vale. Hay una combinación, de toda la vida, la que tú propusiste, de trabajar y estudiar. No tienes que dejar de estudiar ahora, tú puedes estudiar cuando te dé la gana.
D: (con una sonrisa) Sí... me lo estoy planteando ahora.
T: ¿Sí? ¿Y en qué pensaste?
D: Fotografía... me sigue gustando mucho, y diseño de interiores.
(...)
T: ¿Cómo te ves tú dentro de 6 meses?
D: No lo sé...
T: ¿Cómo crees? ¿O alguien en tu situación?
D: Si fuese otra persona se piraría.
T: Lo anoto. ¿Cómo te ves tú con un "déjalo estar así, así estamos bien" dentro de 6 meses?
D: No... no aguantaría.
T: Ahí está, perderías salud, ojo. Y eso me dice que tú dentro de 6 meses puedes tener menos salud, y cuando tomamos decisiones es necesario tener mucha salud. No me gusta cuando tomamos decisiones y estamos marchitos. Yo como psicóloga, quiero que tomes decisiones. Las tenemos que sopesar, pros y contras, pero siempre es bueno tomarlas cuando estamos fuertes.
D: Ya... pero me cuesta muchísimo tomar decisiones ahora mismo, como que es enorme para mí.
T: Vale, sí, y a veces es algo muy grande. Vale, vamos a esa parte. Me gusta cómo estás diciendo que en 6 meses te ves mal... ¿Tú tienes claro que si sigues así no estarás bien?
D: Sí.
T: ¡Eso es un avance! Tomar conciencia de qué es lo que está ocurriendo, y ponerle pequeños nombres.

En este momento de la terapia se trata de proyectar al paciente hacia el futuro con la pretensión de que sea consciente de cómo se encontraría si no se produce ningún tipo de cambio en la situación, tratando, una vez más, de movilizarlo. Cuando se le pregunta por la elaboración del borrador que se le propuso como tarea intersesión dos semanas antes D comenta que lo intentó, pero que no fue capaz de empezar, dejando ver, una vez más, sus sentimientos de indefensión y las

dificultades a la hora de establecer, o incluso pensar, en posibles cambios. A través del relato del paciente, se puede observar que las decisiones que toma están profundamente influenciadas por la opinión de sus progenitores, lo cual podría alertar de una cierta dependencia.

T: Me da la sensación de que quizás hay una pequeña dependencia en ti.
D: ¿Hacia el bar?
T: Hacia los padres... ¿te sientes un poco dependiente emocional? De la mamá...
D: Como que... sus sentimientos me pesan más, me influyen más que los del resto. Es como que, si están mal, yo estoy mal. Hay cosas que me cabrean, como que mi hermano les conteste mal.
T: ¿Por qué?
D: Porque mi madre me dice eso de "no busques líos, para qué le vas a decir nada, total da igual... haz como yo que yo paso de ellos".
T: A ver, la mamá es contradictoria. No quiere serlo, las madres no quieren ser contradictorias. La contradicción no es saludable, perjudica.
D: Es que a mi... me pone en una encrucijada, me dice cada día una cosa diferente y yo no sé qué hacer...
T: Ahí está, esos son los nombres que tenemos que poner.
D: Por ejemplo, igual está una semana quejándose de mi hermano, y después están juntos dentro de cinco minutos tan normales. Y es como, a ver, si estás cabreadísima hace solo cinco minutos, ¿cómo vas a estar ahora tan normal?
T: Ahí está la contradicción... y es perjudicial para el entorno. Es un mensaje de quédate en el negocio, eres importante, pero no le digas nada a tu hermano. Está siendo contradictoria. Probablemente fue así siempre.
D: Sí, fue así siempre.
T: La sensación es como que mueve los hilos por detrás.
D: Sí, es como que siempre intenta que estemos bien, a toda costa. Como no se lleva bien con sus hermanos, nos fuerza a que nos llevemos bien sí o sí pase lo que pase.
T: Ese es su trauma.
D: Y yo no lo veo así. Por ejemplo, en una familia, si tú eres mi madre y si me haces algo que a mí me hace daño de verdad, si decido no volver a hablarte es una decisión que es correcta igual que si decido perdonarte y hablarte. No porque seas familia tienes que forzar a llevarte bien sí o sí pase lo que pase.
T: Tú me quieres decir, no porque sea familia me tengo que dejar herir.
D: Sí.
T: Ser familia no te da derecho a herir.
D: Sí. Ni tienes que ponerte en el hombro el llevarte bien sí o sí pase lo que pase.
T: Forzar. Vale, pero primero comprende esto. Tu madre viene de una relación traumática. Si ella no fue capaz de llevarse bien con sus hermanos, lo está forzando, significa que está traumatizada. Está pasando un trauma transgeneracional. Tuvo una situación traumática con sus hermanos y lo que hace es proyectar eso en vosotros, ese es su trauma. No es tu responsabilidad. Es "mamá, no te llevas bien con tus hermanos, pero esto no eres tú, soy yo con mi hermano, estamos en otra fecha... no tiene nada que ver". A veces los padres quieren que sus hijos hagan lo que ellos no pudieron. ¿Sabes este rollo?
D: Sí.
T: Y no es así. Te darás cuenta de que la mamá es un poco contradictoria, y esto causa un efecto. Y poquito a poco vas a ir colocando el nombre, y no es sano, no es que lo haga a propósito, pero no es sano.
D: Sí... y creo que lo hace también con mi padre, porque tiene una personalidad parecida a la mía.

Que D sea consciente de su situación también implica que comprenda, en cierto modo, el funcionamiento de sus progenitores y, en este caso, el comportamiento de su madre en aquellos momentos en los que pretende lograr que sus hijos tengan una buena relación. Para ello se le explica la influencia del trauma sufrido por parte de su madre con respecto a la relación con sus hermanos y cómo, a través de ello, pretende interferir entre la relación de sus hijos para que no pasen por lo mismo que ella. En este fragmento también se puede ver cierta polarización del pensamiento por parte del paciente, situándose en dos extremos: en uno de los extremos se sitúa el llevarse bien a toda

costa y, en el otro, el dejarse de hablar y perder la relación familiar con aquellas personas que le pueden hacer daño en cierto momento, pareciendo no apreciar, por lo tanto, los puntos intermedios del continuo. Como se ha comentado en sesiones anteriores, esta dualidad y ambivalencia es muy común en pacientes con estas características, siendo uno de los rasgos del Trastorno límite de la personalidad.

En el momento en el que D menciona la “personalidad”, la terapeuta realiza unas preguntas relativas a la personalidad dependiente, siguiendo los criterios del DSM-5, para analizar si podría presentar ciertos rasgos de este trastorno de la personalidad, por lo que transcribimos el siguiente fragmento.

T: *¿Te cuesta tomar decisiones cotidianas sin que alguien te aconseje?*
D: *Mmm... depende cuales, pero hay algunas que sí.*
T: *Vale, quizás las de mayor envergadura, que nos pueden costar a todos, pero ¿igual a ti un poco más?*
D: *Sí...*
T: *Por ejemplo, esto que hablábamos de irte a trabajar a este sitio, que me decías “Bea a mí esto...”, creo que puede tener que ver con este puntito.*
D: *Sí...*
T: *Vale. ¿Puedes tener dificultades a la hora de mostrar un desacuerdo? Tú para decirle a alguien, mira yo no estoy de acuerdo, ¿crees que es fácil para ti decirlo?*
D: *No... es difícil. Con la única persona con la que puedo hacerlo es con R (su pareja).*
T: *Vale, me alegro de que puedas mostrar desacuerdo en la pareja. Sin embargo, con la mamá, con el papá, que debiera...*
D: *Siempre pienso que no quiero llegar a tener la relación que tienen mis padres, de no decir “no estoy de acuerdo con esto”.*
T: *Esto es más de lo mismo... como tú, entre comillas y con cariño, estás traumatizado por parte de padres, estás evitando... Cuando estamos tocados de algún sitio queremos hacer todo lo contrario. Por un lado, aprendemos, si lo hacemos consciente está bien, pero que no sea algo inconsciente...*
D: *Sí, es consciente. Yo siempre le digo a R que una cosa que tengo clara es que, si yo tengo algo que decirle se lo voy a decir, y no quiero que se cabree, quiero que haga lo mismo.*
T: *Genial... Claro, de manera asertiva.*
D: *Sí.*
P: *Bueno, que se cabree, me lo apunto. Porque a mí me va a dar igual que se cabree mi pareja. No es que me de igual, pero yo no puedo decidir sobre la emoción que va a sentir.*
D: *Ya...*
T: *Tú puedes decir las cosas, pero no puedes decidir lo que va a sentir el otro. Lo que podemos decidir es decirlo de manera asertiva para que la persona tenga más posibilidades de recibirlo bastante bien, pero la última palabra la tiene el receptor.*
D: *Sí...*
T: *Entonces, esto también tiene que ver con tu mamá. Tú tienes derecho a decir las cosas, mejor de manera asertiva, pero tienes que empezar a ver que no tienes la capacidad o la responsabilidad de la reacción que tienen. Si no, va a parecer que tienes como poderes, y no lo tenemos.*
D: *Es que ese es el peso que me ponen. Por ejemplo, cuando me mi madre me dice “haz lo que quieras”.*
T: *Ahí no me vale el “haz lo que quieras” de las madres.*
D: *Y después se pone a llorar cuando voy a hacer algo.*
T: *Mira, el “haz lo que quieras” después de haber escuchado el “no le digas nada” no es un haz lo que quieras. Un haz lo que quieras es cuando te hacen sentir que están contigo y te aceptan digan lo que digan. ¿Tú sientes eso?*
D: *No siempre.*

T: Justo, no es un haz lo que quieras. Sería "hijo, haz lo que quieras porque digas lo que digas estoy de tu parte". Hay lío aquí, lío trabajable, estamos comprendiendo, poniendo nombres. Te sientes así porque el entorno es un poco complicado, y si vamos viendo las cosas va a ser un avance. Entonces no es un haz lo que quieras, y si aún por encima lloro, te voy a hacer sentir mal.

D: Ya... y no hago nada.

T: Claro, así es... Mira más preguntas. ¿Tienes dificultades para iniciar proyectos?

D: Sí.

T: ¿Tú te has sentido como que has podido hacer alguna cosa por alguien, aunque te desagrade, pero hacerlo para agradar...?

D: Sí, casi siempre.

T: Es importante esto. ¿Crees que has tenido siempre pareja? Como una necesidad de tener a alguien...

D: Hubo una época que sí que lo sentía.

T: Vale, y ahora ya no. ¿Sientes que podrías no tener pareja?

D: Ahora mismo no, porque estoy bien.

T: Vale... y si no estuvieras bien, ¿sentirías mucha dificultad para dejar?

D: Sí...

T: Vale. Fíjate, te he hecho algunas preguntas así muy rápidas que pueden dar un puntito de dependencia, como un rasgo nuestro de... en este caso de persona un poquito dependiente. No es para asustarte.

D: No, si es que soy muy dependiente... Por ejemplo, con mi mejor amiga, si discutimos, estoy ¡fatal!

T: ¿Sabes que les pasa a las personas dependientes? Como que adoptan la emoción del otro, si está bien estoy bien, y si está mal lo estoy mal. Depende de cómo esté, ¡estoy yo!

D: Sí, ¡es que tal cual!

T: ¡Claro! Te vamos a deshacer de eso, ¡para que tengas tu independencia! Porque es bueno, ¿no? Es bueno sentir tus emociones y no adoptar las emociones del otro. Si Pepe adopta la emoción de Pepa, es como que son dos cuerpos diferentes, personas diferentes, y probablemente Pepe no aprendió, de pequeño o de adolescente, a diferenciarse. No por él, si no por la madre. No ha habido una diferenciación. Es difícil de entender. Es como que los papás tienen que trabajar la independencia del niño, soltarlo de sí. Tienen que validar su identidad. Cuando hacen cosas diferentes que ellas harían, decirles "pues muy bien". No hacerlo sentir mal por hacer o sentir diferente a ellos, al contrario, validarlos.

D: Es que... a mí mi madre siempre me repitió una madre cuando era pequeño, de decir "yo era como tú, hasta que crecí". Y siempre me decía eso.

T: Mmm... no lo entiendo mucho

D: Yo tenía mucho carácter, y siempre me decía eso, "yo era como tú, hasta que crecí y me di cuenta de que así no iba a ningún lado"

T: Te está diciendo no te enfades, no te indignes... El enfado es límites, hasta aquí. Y te dice no tengas límites... Me lo apunto...

La última parte de la sesión se dedica a explorar los posibles rasgos dependientes que puede manifestar el paciente. De manera transversal, se le explica que las personas somos responsables de nuestro comportamiento y de la manera en la que nos expresamos, pero no tenemos poder sobre los sentimientos de los demás. Además, se introduce el concepto de diferenciación y simbiosis, que forma parte del desarrollo psíquico de los infantes. Si no se produce este fenómeno de diferenciación de las figuras de apego, las personas suelen adquirir las emociones y los sentimientos de las personas cercanas e importantes a ellos, en especial de sus progenitores. En el caso de D, este aspecto le ocurre con su madre y con su mejor amiga.

Para finalizar, D nos cuenta una frase de su madre que le impactó en su infancia: "yo era como tú, hasta que crecí y me di cuenta de que así no iba a ningún lado". Este tipo de educación está muy relacionada con las dificultades actuales del paciente a la hora de poner límites, pudiendo percibir que su enfado no es legítimo, o que no tiene derecho a posicionarse con respecto a los demás, lo cual también concuerda con sus sentimientos de incapacidad y de indefensión para llevarlos a cabo.

La sesión termina con un resumen de lo tratado hasta el momento. Para concluir, se le pregunta qué es lo que más le resuena de la sesión y el paciente refiere que lo que más le impactó es el hecho de que no es responsable de los sentimientos ajenos.

Sesión 5: Tuve un mental boom...

Tras preguntarle a D qué tal ha pasado la semana, éste nos cuenta que fueron unos días de mucho trabajo y que la pareja de su hermano ya no trabaja en el bar. Desconoce el motivo, pero para él es una buena noticia ya que se siente más cómodo trabajando al no percibir tanta presión. Considera a su hermano más autónomo de lo que lo era X, por lo que se agiliza el trabajo y el peso no recae únicamente sobre D.

T: Ahora que está tu hermano y te sientes más cómodo, con este cambio veo una oportunidad para sentarte con él y hablar. Al final en las empresas hay que hablar de qué queremos hacer, cómo queremos dirigir, cuál va a ser el menú, la compra... ¡Es una oportunidad! Algunas cosas pueden ser un copia y pega, aprovechándolas tal y como las hemos hecho, y en otras puede ser una oportunidad para hacer un pequeño cambio. ¿Cómo lo ves de actitud, a tu hermano?
D: Mmm... bastante bien... me da un poco de cosa porque no sé si me querrán pedir algo, porque parece que me están haciendo la pelota.
T: Vale ... me lo apunto, hay personas que preparan el terreno...

En la sesión vuelve a salir el tema de las posibilidades entorno a una gestión diferente de los beneficios del negocio, siendo importante que cada uno tenga su sueldo y se reserve una parte para los gastos comunes. Se conceptualiza la incorporación del hermano de D al trabajo como un giro que se puede aprovechar para introducir cambios en la empresa, movilizándolo al paciente para ello.

D: Ayer... tuve un mental boom y... le dije...
T: (lo interrumpe) ¿Un qué? ¿Cómo un insight?
D: Sí, y estaban mi hermano y mi madre allí y les dije que había que replantearse lo del bar.
T: ¡Bien! Genial.
D: Y... como que lo entendieron. Mi madre un poco menos pero mi hermano parece que bien. Dijo cosas que joder... me sentaron bien la verdad.
T: ¿Tu hermano? ¿Me pones algún ejemplo?
D: Pues dijo que las decisiones las tenía que tomar yo, ni él ni mi madre.
T: ¿Por qué?
D: Porque es mi negocio.
T: Vale, frase bonita, me la apunto, porque... del dicho al hecho hay un trecho.
D: Ya... eran cosas en ese sentido.
T: Bien, viste una actitud buena, una disposición. Vale, pues vamos a aprovechar esa ola, ¿te parece, D? La mamá como es de la vieja escuela le va a costar un poco...

Por primera vez, el paciente introduce un cambio en su patrón de funcionamiento tras un insight y verbaliza a su familia la necesidad de replantearse la gestión del bar. Podemos observar cómo hizo frente a su sentimiento de indefensión y al miedo de que su propuesta no fuera bien acogida por los miembros de su familia, siendo, finalmente, sorprendido por la positiva reacción de su hermano. La sesión continúa explorando los cambios propuestos por el hermano para llevar mejor el negocio familiar y cuáles serían otros posibles aspectos a tener en cuenta, así como la posible o posibles maneras de ponerlos en marcha, como el horario, el sueldo, las tareas asignadas a cada uno de los trabajadores...

Al reforzar al paciente por su esfuerzo, se introduce la temática sobre su sentimiento de sentirse en deuda con su familia por llevar el negocio familiar, como se puede observar en el siguiente relato.

T: No es bueno que te sientas en deuda. Si yo trabajo en un negocio familiar, necesito ganar mi sueldo, es mi esfuerzo. Si voy dejando ir... esta parte de pasar, de complacer, de sacrificio, esto puede venir de vuelta. Es una parte no asertiva. Puede haber una parte de mí que puede ser muy complaciente. Quizás lo aprendimos en casa, cuando nos dicen que es el negocio familiar, que hay que sacarlo adelante, ayudar a los padres... Pero otra parte de mí es una parte más sana, que puede decir "jolin, tengo derecho a trabajar en cualquier sitio del mundo, a tener mi sueldo...". Esa parte está ahí, y son bastante diferentes, ¿verdad?

D: Sí...

T: Hay una parte del yo adulto, del yo sano, pero hay otra parte del yo que no es adulto, que está siendo más infantil, te mete debajo de las reglas de los papás. Quizás has aprendido a ayudar a tus padres así, cuando puedo ayudar a los padres de muchas maneras, no tiene por qué ser esa. Hay muchas maneras. ¿Se ve?

D: Sí...

T: ¿Qué te viene?

D: Que es un poco lo que me pasa, tengo esas dos partes.

T: ¿A qué te refieres?

D: A que siempre estoy pensando... ¿por qué estoy ahí? Si en realidad no me aporta nada...

T: Eso tal y cómo lo tenías hace quince días... era muy complicado. Ahora le puedes dar una vuelta.

D: Sí.

T: Justo, ahora tienes una oportunidad ¿vale?

D: Sí... y eso, luego tengo la otra parte de "es el negocio de tus padres..."

T: Hay otra parte en ti que es como que "tengo que mantenerme aquí, es así como está, lleva siendo así toda la vida..." De complacer. Es la parte de complacer.

D: Sí.

T: Complacer es como que atiendo las necesidades de los demás y no las mías. Y cuando hacemos esto... a veces es como que sentimos una renuncia. Si complacemos, vamos renunciando, a mi dinero, al tiempo... Es como que satisfago las necesidades del otro...

D: Sí...

T: Pues que yo satisfaga las necesidades del otro no significa que satisfaga las mías... Hago feliz al otro... Bueno, supuestamente feliz, porque al final tampoco son muy felices... Pero pienso en el otro y en su bienestar, pero no estoy cultivando el mío... Entonces, esto te puede persuadir de seguir en esa tesitura. Ahora ya estás en otra. Pero mantenerte en esta situación, con este sacrificio diario, puede explotar... Al final las personas tenemos que estar cómodas, o lo máximamente cómodas en el lugar en el que estamos. Entonces, si tú escuchas tu yo adulto, yo más sano, más adulto, te puede decir "D, la cosa tal como va... no va bien, vas a explotar...". Y explotar puede ser "os vais a tomar por saco, me largo", o exploto y al siguiente día no pasa nada, que tampoco es muy productivo.

D: (se ríe)
T: Entonces, a ese yo adulto lo vamos escuchando, lo que nos va diciendo, que igual es "D, tienes que estar más cómodo, al menos inténtalo, hay más alternativas, pero si te quedas, el tiempo que te quedas, tienes que estar más cómodo". En psicología cómodo es algo así como con más salud. ¿Bien?
D: Sí... Y tiene que ser así, porque si no, no voy a aguantar mucho más.
T: Claro, y no tienes que aguantar. ¿Dónde has aprendido a aguantar?
D: No se... yo creo... que desde siempre.
T: Vale... y cuando aguantamos, ¿estamos saludables?
D: No...

Se le explica al paciente la situación en la que se encuentra, haciendo referencia a lo que es saludable y a lo que no lo es, pretendiendo, por lo tanto, desmontar sus creencias disfuncionales y los sentimientos asociados a ellas, como el sentir que defrauda a su familia por no continuar con el negocio familiar, teniendo la sensación de que es lo que debe de hacer. Al ampliar su perspectiva, se pretende que los cambios que se vayan realizando encajen en una nueva conceptualización de la realidad, en un esquema sano. Además, en este punto de la sesión se le expone al paciente lo que es la complacencia, algo que influye en gran medida en su forma de comportarse, y se detallan los riesgos y consecuencias que se derivan de ella. De igual forma, se presta atención a dos partes: el yo adulto y el yo inmaduro. Es algo que ya se explicó en sesiones previas, pero sigue siendo útil hacer referencia a estas dos partes a través de las cuales D puede interpretar la situación. La pretensión es que el paciente sea consciente de cuál es el "yo" desde el que está analizando la realidad y comience a hacerlo a través el yo adulto, sano y maduro. En esta parte de la sesión, el paciente responde de forma escueta, pero a nivel no verbal se puede observar que presta atención a lo que se le va explicando y se muestra implicado e interesado en lo que comenta.

Tras esto, siguiendo las dinámicas de las sesiones anteriores, se continúa brevemente con el proceso de regulación emocional del paciente, en concreto de la gestión del enfado y la ira.

T: Como la ira y el enfado te preocupan, ¿no?
D: Sí...
T: Que explotes. La ira y el enfado, si lo vemos en otra persona que está en la misma situación que tú, y siente que es injusto... está sintiendo un poquito de ira y de enfado. Entonces la bola va creciendo. Por eso es importante que estas situaciones poco a poco vayan cambiando. Vale. Y con esta emoción de la ira, o enfado, ¿se te ocurre algo que puedas hacer para que no sea tan grande?
D: La verdad es que no...
T: A mí se me ocurre una. Se me ocurre el no hacer algo, dejar de hacer algo.
D: ¿Como qué?
T: Toma consciencia de cómo sientes esa ira y cómo se agranda. Vete a un episodio donde sentiste enfado y se agrandaba.
D: Pues no se... cuando más me cabreo es cuando me siento... como que mi opinión no vale, que me pisan demasiado. Me cabrea. Por ejemplo, cuando estaba X (la pareja de su hermano) en el bar, echa cosas en cara, como tareas que tiene que hacer, por el simple hecho de quejarse. Dijo "no le voy a hacer esto también" y exploté.
T: Vale, es como que X se negaba a hacer la tarea que le correspondía y te dijo esa frase.

D: Sí. Bueno, y no me la dijo directamente a mí, se la dijo a mi madre.
T: Vale. Fíjate, para mí lo importante es que te diste cuenta de que tu ira no tuvo solamente que ver con la tarea que no realizó.
D: Sí
T: Justo, fue la gota que colmó el vaso. Es como que en varias ocasiones pasó tu límite. Mi pregunta es, ¿el límite estaba bien marcado?
D: Pues igual no. Es que... cuando empezaron a salir yo tenía 16 y siempre me dijeron "es la pareja de tu hermano, hay que respetarlo". Y obviamente yo lo respeto, no le hablo como si fuera uno cualquiera, le tengo un respeto por mi hermano. Pero, eso tuvo la parte negativa de que quizás no marqué los límites como los debería haber marcado con esa persona.
T: Las dos cosas son compatibles, D. Lo has dicho muy bien. El respeto a una persona no es incompatible con marcar límites.
D: Ya... pero es como que antepongo respetarlo a marcar los límites.
T: Vale, te entiendo. Vamos a verlo en una familia en general. ¿Tú crees que el respeto y los límites pueden ser compatibles?
D: Sí... pero yo no lo hago. Ese es el problema.
T: Tal y como me lo cuentas, y me vienen unas frases de la sesión anterior... Es como que mamá, por encima de todo, hasta por encima de ti, está el respeto a la pareja de tu hermano. Hay una frase que es como "mira, no quiero jaleos".
D: Sí
T: Y al final, ¿qué me dice mi madre? Si yo tengo un conflicto y me dice "Si Bea, pero no quiero jaleos". ¿Cuál es el mensaje que me está mandando?
D: Que no tengo razón. A mí lo que me llega es no me puedo quejar porque no tengo razón.
T: Justamente. El mensaje es algo así como "tus necesidades te las comes, tus límites te los comes, es más importante la serenidad que tú Bea, que tu criterio, que tu tiempo...". Me encoje. Me hace invisible. Y que yo respete no significa que no pueda decir las cosas de manera asertiva. Pero quizás tu mamá te lanza el mensaje de que respetar es perder tú.
D: Sí...
T: Esto es muy importante, D. Por eso para ti respeto y límite están ahí... no los ves como lo vemos nosotras, como psicólogas. Respeto y límites son un tándem. ¿Se ve?
D: Sí...
T: Entonces, a veces, si vemos que nos van pisando los límites, nos llenamos de rabia y enfado. Y a veces para gestionar esa rabia es bueno pensar cuáles son mis límites, y si alguien pasa la raya hay que decirle "ey", sobre todo si nunca la hemos puesto.

En el relato se puede observar cómo se intenta trabajar con el paciente las acciones que hacen aumentar la intensidad de las emociones, aunque en esta ocasión el paciente todavía no logra identificarlas. Sin embargo, sí que se logra identificar los desencadenantes de la emoción del enfado, siendo éstos el traspaso de numerosos límites por parte de otros.

Se trabaja con las creencias que subyacen a las dificultades del paciente a la hora de poner límites. Gracias a la comprensión y a las explicaciones sobre la forma sana de marcar límites, se pretende que la conducta disfuncional del paciente se modifique gracias a una visión más adaptativa de la realidad. Para ello se emplean diferentes ejemplos y se hace hincapié en que no es necesario que nos den la razón para poder continuar teniendo en cuenta nuestras necesidades. El paciente se muestra un poco confuso sobre ello, dando la sensación de que sí que necesita la validación externa para sentirse seguro marcando sus propios límites. Tras ello, se desprende el siguiente diálogo.

T: ¡Tú lo que buscas es un cambio en la cabeza del otro! Eres muy pretencioso.

D: Osea... ¡yo lo quiero es que se den cuenta de lo que hacen!

T: ¿Y cómo se llama eso? ¡Tú quieres provocar un cambio! Muy bien, pues mejor que venga él y tú te vas a casa a tomar el día libre (se ríe) Cambia el que quiere cambiar. Nadie tiene magia para cambiar el problema del otro. Yo tampoco. Tu cambias porque tú quieres, porque estás aquí y aprovechas las sesiones. Pero tú quieres que cambie la mente del otro.

D: La verdad es que sí...

T: Cambia el que quiere cambiar. Estás más cerca del cambio del otro cuando dices las cosas, desde la asertividad. Pero el objetivo no es cambiar a tu hermano. La terapia es para ti. Entonces, si estamos pendientes de la frase "tienes razón" es que todavía necesitamos más seguridad. Cuando prescindes y no necesitas escuchar el "tienes razón", ahí estamos más seguros.

Se pretende que el paciente adquiera seguridad interna y no dependa de la validación de los demás a la hora de priorizar y darle valor a sus necesidades.

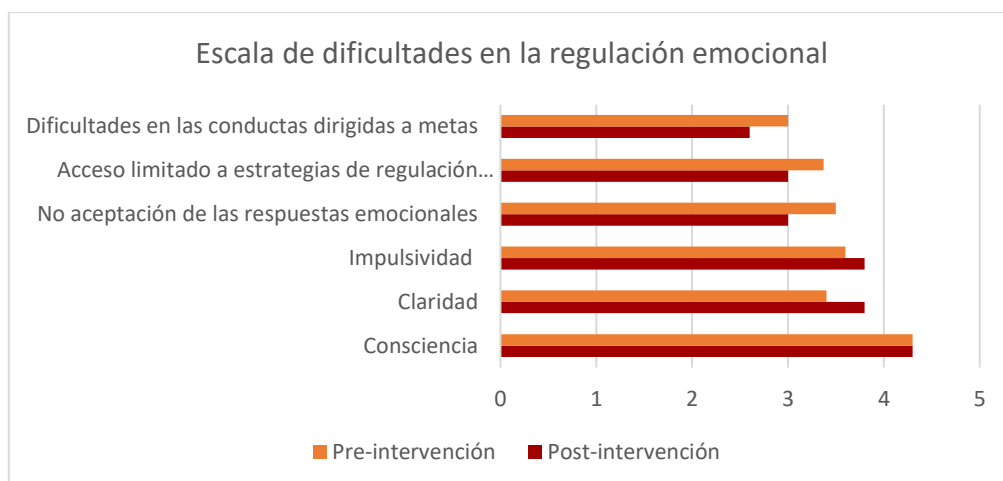
La sesión finaliza preguntándole a D qué es lo que se lleva hoy de la sesión y comenta que lo que más le ha impactado es el hecho de que no se tiene que enfocar en cambiar a la otra persona. Admite que esto le quita una responsabilidad de encima y la posibilidad de centrarse en su propio proceso y en sus propios cambios. Se le refuerza esta idea haciendo énfasis en la decisión que cada persona toma diariamente con respecto al tipo de adulto quiere ser. Por último, D se compromete a elaborar el borrador sobre los posibles cambios en el bar y a revisarlo conjuntamente en la próxima sesión antes de presentarlo en el negocio familiar.

Resultados de la intervención

Con el objetivo de confirmar la obtención de mejoras tras la aplicación del tratamiento a lo largo de las distintas sesiones comentadas previamente, se presentan los resultados obtenidos a partir de la evaluación post-intervención.

Por lo que respecta a las *dificultades de regulación emocional* (Figura 7), los resultados indican que en la mayoría de los aspectos que evalúa mejoraron las puntuaciones en relación a la evaluación pre-intervención.

Figura 7. Resultados pre y post intervención en la Escala de dificultades en la regulación emocional.



En concreto, el paciente percibe menores dificultades en la conducta dirigida a metas, acepta de mejor grado las respuestas emocionales y presenta un mayor acceso a las estrategias de regulación emocional. La *No aceptación de las respuestas emocionales* parece destacar por ser el factor en el que se observa la mayor mejoría. A pesar de dichas mejorías, no es menos cierto que las puntuaciones en

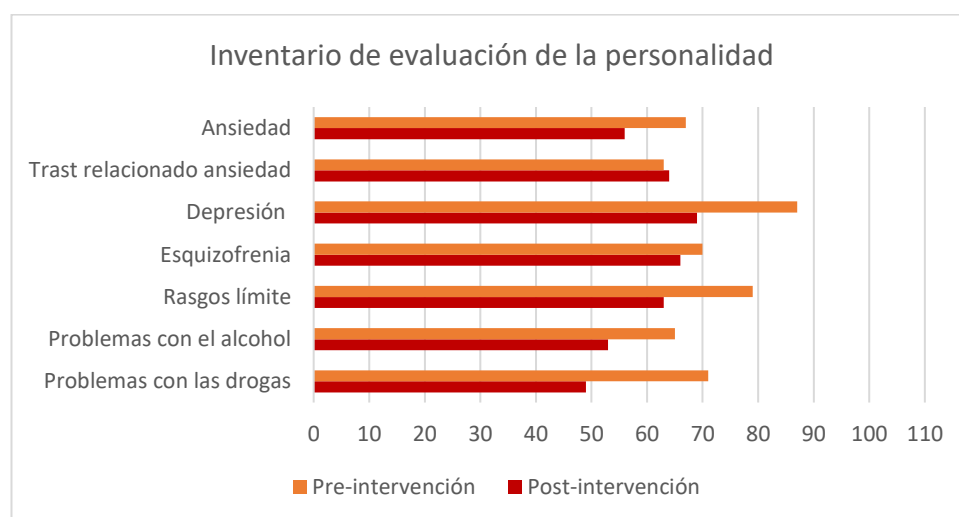
Impulsividad y *Claridad* son ligeramente superiores, lo cual parece indicar la existencia de más dificultades a la hora de diferenciar emociones mientras éstas son experimentadas y en la gestión de las respuestas impulsivas.

Por último, no existen diferencias en cuanto a *Consciencia*, lo cual quiere decir que la capacidad del paciente a la hora de reconocer emociones no ha cambiado.

En suma, se ha podido observar una mejoría en tres de los factores evaluados, indicando una mayor aceptación de los diferentes estados emocionales y menores reacciones negativas ante las emociones; la percepción de más estrategias de regulación emocional y una menor interferencia de las emociones en las conductas dirigidas a metas.

Por lo que respecta a las variables clínicas evaluadas, se puede observar una mejoría en todas ellas (Figura 8) a partir del tratamiento, exceptuando los *Trastornos relacionados con la ansiedad*.

Figura 8. Resultados pre y post intervención en el Inventario de evaluación de la personalidad.



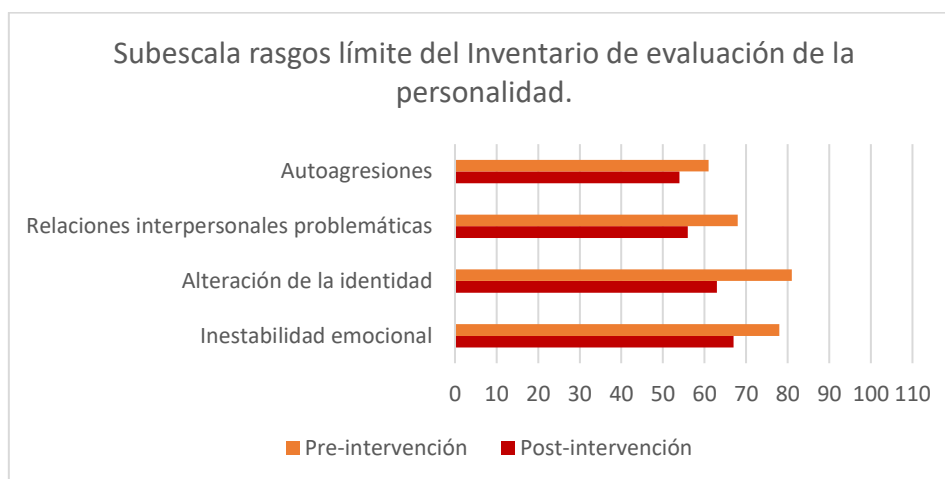
El factor *depresión* es el que más destaca, pudiendo observar una acusada mejoría con respecto a la evaluación pre-intervención, pasando, de un nivel grave, a un nivel moderado, lo cual indicaría la presencia de pesimismo, cierta sensibilidad y predisposición a dudar acerca de sí mismo, con sentimientos de infelicidad, diferenciándose de la descripción de las puntuaciones pre-tratamiento. Con respecto a la ansiedad, comórbida a la patología del paciente, también se puede apreciar una disminución en su nivel, cuyas puntuaciones apuntan hacia la disminución de quejas de ansiedad y una mejora en la gestión del estrés. De nuevo, los resultados muestran con claridad que se han reducido los aspectos relacionados con los problemas con el alcohol, cuya puntuación implicaría un consumo de alcohol moderado sin apenas presencia de consecuencias adversas asociadas a él, y

los problemas con las drogas, que indican un consumo infrecuente. El único factor en el que la puntuación tras el tratamiento es ligeramente superior sería *Trastornos relacionados con la ansiedad*, aunque la diferencia entre la evaluación pre-post es mínima, por lo que el significado de la puntuación no varía, indicando la existencia de miedos y preocupaciones, y poca confianza y seguridad en sí mismo.

Por último, y de vital importancia en el presente trabajo, destaca la disminución del factor *Rasgos límite*, uno de los factores más disfuncionales previamente a la intervención. Su puntuación indica que, tras el tratamiento, se ha pasado de un nivel grave a un nivel moderado, lo cual significa que el paciente parece presentarse como malhumorado, sensible y con ciertas incertidumbres acerca de sus metas vitales, en contraposición a sus notables sentimientos de falta de comprensión por los demás antes de la intervención, así como la no tan frecuente presencia de suspicacia o de comportamientos ambivalentes en las interacciones con el resto. A nivel general, por lo tanto, los resultados indican una mejoría en la gran mayoría de las escalas clínicas evaluadas.

Al igual que en la evaluación pre-intervención, y debido a la importancia del caso que nos ocupa, se analizó la subescala de *Rasgos límite*, en la que se pueden constatar notables mejorías en todas y cada una de las dimensiones que la componen (Figura 9).

Figura 9. Resultados pre y post intervención en la Subescala Rasgos límite del Inventario de evaluación de la personalidad.



La representación del paciente sobre su propia identidad parece haberse desarrollado y ser más estable a partir del tratamiento. Las puntuaciones en esta dimensión (*Alteración de la identidad*) han pasado de un nivel grave a un nivel moderado, lo cual indicaría la ausencia de cambios repentinos e impredecibles en sus planes vitales, aún con la existencia de ciertas dudas y sentimientos de vacío.

Las puntuaciones en *Inestabilidad emocional* indican menores cambios emocionales rápidos y extremos que tan frecuentes eran en el paciente en la evaluación previa a la intervención. Del mismo modo, se pueden apreciar mejores puntuaciones en *Relaciones interpersonales problemáticas*. Los resultados indican un nivel ajustado en la actualidad, lo cual apunta hacia unas relaciones sociales más equilibradas, en contraposición a la tendencia hacia la intensidad y el caos que parecía ser frecuente previamente al tratamiento. Por último, haciendo referencia a las *Autoagresiones*, la disminución de los niveles de esta subescala implica una menor tendencia a actuar de forma impulsiva, lo cual parece indicar que el paciente presta mayor atención a las consecuencias de sus actos en comparación a la evaluación pre-intervención. Además, algunos de los comportamientos impulsivos eran de tipo autodestructivo y, en la actualidad, su frecuencia es menor.

Con respecto a la gravedad de la sintomatología en el Trastorno Límite de la Personalidad, los resultados continúan indicando un nivel de gravedad leve, con la diferencia de la inexistencia del atracón semanal habitual.

Es necesario mencionar, además, los cambios a nivel cualitativo que parecen haberse producido a lo largo de las sesiones.

A lo largo del proceso psicoterapéutico, se han podido observar avances a la hora de identificar y verbalizar emociones por parte del paciente, así como en la expresión emocional. Algunas de las dificultades a la hora de identificar y expresar emociones pueden ejemplificarse a partir del siguiente relato extraído de la sesión 2.

T: *¿Y qué piensas de ti? Desde el yo adulto, cuando ves a ese joven de 16 en tu mente*

D: *(pensativo) No sé... le diría que se tomase las cosas de otra manera*

T: *Vale, pero ¿cuál es la emoción que despierta?*

D: *No sé... como... que... no me dejaban ser...*

T: *Que por ser él mismo recibía menosprecio, castigo...*

D: *Sí*

T: *¿Pero qué emoción te despierta?*

D: *Como... (silencio) no sé...*

T: *(señala las figuras de las diferentes emociones)*

D: *Un poco de rabia, de decir, ¿por qué no dejáis ser a la gente?*

T: *Enfado, fíjate (señala la figura del enfado)*

Al inicio de las sesiones, D apenas mostraba sus emociones, manteniéndose plano afectivamente hasta que, en la tercera sesión se permitió llorar por primera vez, exteriorizando lo que sentía. En la cuarta sesión, se puede apreciar una mayor identificación emocional por su parte, siendo

consciente y verbalizando por sí mismo las emociones que sentía, así como describiendo su manera de “gestionarlas” durante las dos semanas previas a la sesión, lo cual se aprecia en el siguiente relato:

D: Pues yo sentía vergüenza...

P: Tú sentías vergüenza, que es una emoción aprendida, la vergüenza y la culpa.

Vales, sales pensando en qué vergüenza...

D: Y como estaba así me centré en estar bien, en estar tranquilo

P: ¿Y cómo has hecho?

D: Como bloqueando... no haciendo mucho caso a lo de fuera, ni al bar, ni a mi hermano...

P: Es muy interesante lo que estás diciendo, es la forma en la que has regulado la vergüenza.

Por último, en la quinta sesión destaca la identificación por parte de D de los desencadenantes de la emoción del enfado, algo que, en las primeras sesiones no ocurría de una forma tan clara y directa. Todo esto parece indicar una mayor comprensión de su mundo interno por su parte.

Otro cambio que se puede apreciar, a nivel cualitativo, es el cambio que se produjo en su patrón de funcionamiento (con tendencia a la sumisión) hacia la verbalización de sus necesidades y de las necesidades del negocio, proponiéndole a la familia un cambio en el bar, a pesar de los miedos que le impedían dar el paso hacia la propuesta.

D: Sí, y estaban mi hermano y mi madre allí y les dije que había que replantearse lo del bar.

T: ¡Bien! Genial.

Desde la primera hasta la última sesión se ha podido observar un cambio en la narrativa del paciente. En las sesiones iniciales, las respuestas de D se caracterizaban por ser escuetas, ofreciendo, en general, poca información, y con tendencia a responder con monosílabos únicamente a lo que se le preguntaba. En las últimas sesiones se puede apreciar una mayor riqueza en su discurso, con descripciones más detalladas y enlazando unos aspectos con otros, lo cual es un avance a tener en cuenta. A modo de ejemplo, se extrae el siguiente relato del paciente de la sesión cuatro.

D: Y yo no lo veo así. Por ejemplo, en una familia, si tú eres mi madre y si me haces algo que a mí me hace daño de verdad, si decido no volver a hablarte es una decisión que es correcta igual que si decido perdonarte y hablarte. No porque seas familia tienes que forzar a llevarte bien sí o sí pase lo que pase.

En definitiva, y a tenor de los resultados comentados, se ha constatado la disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa comórbida al TLP del paciente. Los rasgos límite han disminuido, presentando menores niveles de inestabilidad emocional, alteración de la identidad y autoagresiones, y mejorando las relaciones interpersonales. Con respecto a la regulación emocional, el paciente parece haber mejorado en cuanto a la aceptación de las respuestas emocionales, la conducta dirigida a metas y el acceso a estrategias de regulación emocional.

Discusión

El conocer el origen, las causas y los aspectos que influyeron en el desarrollo y que continúan ejerciendo una gran influencia en el mantenimiento del problema, resulta imprescindible para la planificación de la evaluación y el planteamiento de los objetivos de la intervención. De este modo, después de la entrevista con el paciente y, a modo de obtener la información necesaria, se emplearon diferentes cuestionarios y autoinformes. Tras las cinco sesiones de intervención descritas en los apartados anteriores, se han observado mejorías en ciertos aspectos del funcionamiento del paciente.

La regulación emocional, aspecto nuclear en este trabajo, es una de las dianas de tratamiento claves en la intervención con este tipo de pacientes (Linehan, 1993), siendo la desregulación emocional uno de los principales problemas en las personas con TLP (como es el caso de D), con las múltiples implicaciones en el resto de las áreas de su vida que esto conlleva. Según la *Teoría biopsicosocial* de Linehan (1993), las personas con TLP tienen una vulnerabilidad emocional, que se caracteriza por la rápida e intensa reacción a ciertos estímulos que evocan respuestas emocionales en el entorno, así como por el lento retorno al nivel basal tras la activación emocional. Esta vulnerabilidad emocional interaccionaría con un entorno infantil invalidante desde el punto de vista emocional, mostrando conductas de castigo, rechazo o bien indiferencia ante las expresiones emocionales de los niños, sin proporcionar, por lo tanto, condiciones óptimas que posibiliten un aprendizaje en la regulación de las expresiones emocionales. A través de la historia clínica y a lo largo del transcurso de las sesiones, se han ido averiguando las dificultades emocionales del paciente, así como de qué tipo ha sido el entorno en el que se ha criado, descubriendo cierto abandono emocional en la crianza, evaluado con la ayuda del cuestionario EARLY.

Específicamente, y atendiendo a las dificultades en la regulación emocional, este trabajo ha constatado una mejoría del paciente a la hora de aceptar las respuestas emocionales, presentando una menor tendencia a la reacción negativa ante las diferentes emociones. También aumentó el acceso a las estrategias de regulación emocional, así como las conductas dirigidas hacia las metas con una menor interferencia de las emociones en ellas.

Con respecto a las estrategias de regulación emocional, se ha encontrado que, en pacientes con depresión y ansiedad comórbidas al TLP, como es el caso del paciente, suele existir un peor acceso a ellas relacionado con la percepción negativa de sus habilidades propia de la depresión, así como con la catastrofización de la ansiedad (Borza, 2017), por lo que el proceso de mejora en las estrategias de regulación emocional, probablemente, sea más arduo.

A pesar de las mencionadas mejorías, bien es cierto que con respecto al constructo *Claridad e Impulsividad*, los resultados advierten de peores puntuaciones tras la intervención. Con respecto al primero, hipotetizamos que esto puede deberse al hecho de haber aumentado su abanico emocional que, en un primer momento, puede abrumar y causar confusión en su vida cotidiana a la hora de diferenciar sus estados emocionales mientras son experimentados. En relación a la impulsividad, es uno de los síntomas del TLP que se ha identificado como más resistente al cambio (Zanarini et al, 2004), por lo que cabría esperar que su mejora no fuera al mismo ritmo que el resto, o incluso que se produzca como resultado del mantenimiento de las mejorías en los demás aspectos de la regulación emocional.

A nivel general, con respecto al mundo emocional, la literatura parece ir línea con los resultados obtenidos en el presente trabajo, indicando efectividad en diferentes intervenciones psicológicas con respecto a la regulación emocional (Koons et al., 2001; McMMain et al., 2009), aunque también existen estudios en los que la regulación emocional es más resistente a la mejoría (Bohus et al., 2004; Neacsiu et al., 2014), lo cual supone un reto en la intervención en patología límite, y los resultados en el caso de D suponen un gran avance en el tratamiento.

Con respecto a la sintomatología depresiva, se puede observar una gran evolución, pasando de un nivel grave a un nivel moderado que, junto con la disminución de la sintomatología ansiosa, parecen claros avances en la patología del paciente. En línea con esto, diferentes estudios confirman la disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa (Turner, 2000; Tyrer, 2003; López et al., 2004; Bateman y Fonagy, 2009; Pascual et al., 2015) tras la intervención psicológica de pacientes con rasgos límite.

Tomar conciencia de sus dificultades y comportamientos, comprender el/los motivos y los factores que han influido en su concepción del mundo y en sus sentimientos, así como la psicoeducación basada en el aumento de información saludable y adaptativa sobre múltiples aspectos (relaciones interpersonales, funcionamiento familiar, derechos asertivos...) consideramos que serían aspectos de la intervención que parecen haber contribuido a la disminución de la sintomatología, junto con la elaboración y procesamiento de ciertos episodios de su historia vital. Este último aspecto es de vital importancia puesto que el trauma es considerado como un factor causal en el desarrollo del TLP (Ball y Links, 2009), incluyendo también, en el trauma, ciertas experiencias adversas de la infancia que darían lugar a un apego disfuncional (Bateman y Fonagy, 2004). Además, actualmente la regulación emocional se conceptualiza como un constructo de tratamiento transdiagnóstico, averiguando que a través de la intervención en regulación emocional se producen mejoras en múltiples patologías (Sloan et al., 2017), entre las que se encuentran el Trastorno límite de la Personalidad, la depresión y la ansiedad, entre otras. En este caso, por lo tanto, sería esperable que, aunque consideramos la regulación emocional como una de las dianas de tratamiento del TLP, también esté implicada en las mejorías de la sintomatología ansiosa y depresiva.

Por último, y tomando como referencia las principales variables evaluadas, se ha encontrado una mejoría en la sintomatología límite del paciente, presentando menores niveles en todos los aspectos de los rasgos límites evaluados, siendo éstos las *autoagresiones, relaciones interpersonales problemáticas, alteración de la identidad e inestabilidad emocional*. Así, tras la intervención realizada, parece haber aumentado la conciencia del paciente acerca de las posibles consecuencias de sus actos, presentando, por lo tanto, una menor tendencia a actuar de forma impulsiva, en especial en aquellos comportamientos de tipo autodestructivo, donde juega un papel muy relevante la regulación emocional mencionada anteriormente. Estos hallazgos también han sido encontrados en otros estudios, tanto con respecto a la mejoría en cuanto a la inestabilidad emocional (Stepp et al., 2008; Rameckers et al., 2021), como en cuanto a las autoagresiones (Linehan et al., 2006; Pascual et al., 2015).

Además, según los resultados, las relaciones interpersonales parecen ser menos problemáticas, lo cual, probablemente, estaría motivado por el aprendizaje de sus derechos y a la hora de poner límites, así como por la modificación de sus esquemas disfuncionales, introduciendo información adaptativa sobre lo que deberían ser las relaciones saludables. Aunque no se han encontrado estudios que hallan analizado específicamente las relaciones interpersonales problemáticas, sí que existen trabajos que investigaron el funcionamiento interpersonal y el ajuste

social (Stepp et al., 2008; Bateman y Fonagy, 2009; Kramer et al., 2016), encontrando mejorías tras la intervención, por lo que podría considerarse evidencia indirecta con respecto a nuestro hallazgo.

Del mismo modo, el paciente parece haber adquirido un concepto acerca de sí mismo más estable y parecen producirse menos cambios emocionales repentinos e intensos. Por lo que respecta a la integración de la identidad, este hallazgo también ha sido encontrado en otros estudios (Doering et al, 2010; Leppäem et al., 2015).

Es relevante señalar, además, los avances y cambios a nivel cualitativo que se pudieron ir observando en el transcurso de las diferentes sesiones y a través del análisis de las transcripciones del relato del paciente y de la intervención terapéutica.

Con respecto a la regulación emocional, en un primer momento, se dedicaron parte de las sesiones a la identificación de los diferentes estados emocionales que presentaba el paciente, observando, en las primeras sesiones, dificultades a la hora de detectar y verbalizar las emociones que sentía, para pasar a la reflexión acerca de su significado, desarrollando, así, una perspectiva metacognitiva. Tras ello, se exploraron diferentes estrategias de regulación emocional que podrían ser útiles para el paciente a la hora de gestionar sus emociones. Se puede observar el avance que se produjo en la tercera y cuarta sesión con respecto esto, donde el paciente identifica, verbaliza y comprende las emociones que siente, así como describe su forma de reaccionar ante ellas. Un ejemplo de esto se extrae del siguiente relato (sesión cuatro) a modo de ejemplo.

D: La vergüenza y... es como que el otro día llegué a un límite y necesitaba resetear, centrarme y estar tranquilo. Es como un patrón que se repite siempre, aguanto, aguanto, aguanto, hasta que llego a un límite en el que exploto de alguna forma, el otro día fue llorando, pero también puede ser cabreándome y siempre freno. Como que dejo todo de lado, impido que el resto me afecte, cierro todas las puertas para que nadie pueda llegar a mí en un tiempo hasta que yo diga "vale ya puedo volver".

P: Vale, ¿y esto cómo lo haces? ¿si yo veo a través de una ventana, tu vida, qué es lo que vería?

D: Bloqueando pensamientos... Como por ejemplo cosas del bar, la relación con mi familia

P: Lo que tu piensas sobre el bar, sobre tu hermano, sobre la relación entre ellos...

D: Sí. Dejo de pensar en eso, y si lo pienso como que lo borro. Mi cerebro me lleva ahí y yo pienso en otra cosa, me pongo un vídeo...

(...)

D: Sí, lo que pasa es que igual consigo bloquearlo durante dos semanas, porque si no voy a estar mal esas dos semanas, pero cuando estoy mejor vuelvo a hacer lo mismo. Vienen esos pensamientos y no los bloqueo porque ya estoy mejor anímicamente.

Además, destaca la mejora en la expresión emocional por parte de D, siendo capaz, en la tercera sesión, de mostrar lo que estaba sintiendo y permitiéndose llorar. Esto es un claro avance ya que a lo largo de las sesiones podían apreciarse momentos en los que la expresión facial del paciente era incongruente con su estado de ánimo, lo cual lo podemos observar en el siguiente texto, recuperado de la sesión dos.

D: Durante la relación discutimos porque él se lia con tías y hace lo que él quiere... y yo no puedo hacer lo que yo quiera (se ríe, indignado)

T: De manera pública... Él está contigo de manera privada, pero de manera pública está con tías y puede hacer lo que quiere. Y tú ¿por qué no puedes hacer lo que quieres?

D: Porque me decía que no podía... pero yo hacía igualmente lo que me daba la gana (vuelve a reírse) y él se cabreaba (su expresión facial expresa indignación, incredulidad)

...

D: (sonríe) Y... ese año fue horrible

Así, gracias al análisis de las sesiones, contamos con información adicional a las pruebas evaluativas que ponen de manifiesto los diferentes avances con respecto al mundo emocional.

El paciente se focalizaba en aquellos aspectos vitales en los que no se sentía satisfecho y, además, su tendencia a la atribución externa fue uno de los factores que impedían la movilización hacia el cambio. Así, el prestar atención a su mundo interno y ampliar la perspectiva de la realidad, parece haber favorecido la actitud abierta al cambio por parte del paciente que, junto con el aprendizaje sobre sus derechos y sobre prestar atención a sus necesidades, consideramos que se relacionaría con esta disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa. Todo ello parece haber influido en el cambio en el patrón de funcionamiento por parte del paciente que se puede apreciar en la quinta sesión a la hora de proponerle un cambio a su familia con respecto al negocio familiar, verbalizando, así, sus necesidades, y convirtiéndose en un elemento activo del cambio que le gustaría conseguir en el trabajo, así como en la relación familiar y laboral, tal y como se puede observar en el siguiente fragmento de la última sesión.

D: Ayer... tuve un mental boom y... le dije...

T: (lo interrumpe) ¿Un qué? ¿Cómo un insight?

D: Sí, y estaban mi hermano y mi madre allí y les dije que había que replantearse lo del bar.

T: ¡Bien! Genial.

D: Y... como que lo entendieron. Mi madre un poco menos pero mi hermano parece que bien. Dijo cosas que joder... me sentaron bien la verdad.

Parece necesario reseñar en este momento el papel del clínico en la terapia a la hora de establecer una buena alianza terapéutica, en especial con este tipo de pacientes. Se pudo apreciar un cambio en la narrativa y discurso del paciente a lo largo de las diferentes sesiones, pasando de responder únicamente a lo que se le preguntaba y empleando una gran cantidad de monosílabos, a permitirse detenerse más en sus explicaciones, aumentando la riqueza de su discurso, lo cual también se puede considerar un avance a nivel cualitativo que forma parte del proceso. Contar con una base segura, sentirse validado, no juzgado y comprendido, son experiencias que el paciente apenas ha tenido a lo largo de su historia vital. En terapia, proporcionarle al paciente un entorno de este tipo, además de favorecer el vínculo entre terapeuta-paciente, permite que adquiera una mayor fortaleza y seguridad en sí mismo. Relacionado con todo ello, destaca el siguiente relato del paciente.

T: ¿Cómo te sientes ahora, contando esto, que es tan importante?

D: Más o menos... (se ríe)

T: ¿Igual que en las primeras sesiones, o mejor? ¿O peor?

D: No, mejor (sonríe)

T: ¿Con qué coincide que te sientas mejor?

D: Es un espacio seguro para hablar...

T: Gracias... y para sentir. Porque sientes, quizás que no te juzgamos

D: Sí... Para mí en un sitio seguro en el que puedo hablar y no me siento juzgado por ello...

Este hecho iría en línea de estudios que hallaron que proveer una base segura tendría efectos invisibles (Prades, I y Romero, M., 2015), que quizás no se traducen en primera instancia en una disminución de los niveles de ansiedad, pero contribuiría a que los pacientes con TLP funcionen a un nivel más integrado.

Es necesario señalar, por último, una consideración final, y es que hay que prestar atención al telón de fondo de la cotidianidad del paciente. D convive con algunos miembros de su familia por los que se siente, en ocasiones, manipulado, al igual que ocurre con su entorno laboral. Por lo tanto, en las esferas de la vida más relevantes del paciente se encuentran aquellas personas cercanas que, en ocasiones, le hacen sentir un gran sufrimiento. Por lo tanto, las habilidades de regulación emocional y el aprender a poner límites, entre otros, son aspectos que el paciente debe poner en marcha en un gran número de ocasiones y con una gran frecuencia, lo cual es esperable que, en un primer momento, cause angustia y dificultades.

En definitiva, teniendo en cuenta los objetivos de intervención, y tras el análisis de la información cuantitativa y cualitativa, algunos de nuestros propósitos parecen ir en la dirección adecuada. Conectar los síntomas con su historia de vida con el fin de aumentar la comprensión sobre

su comportamiento y sensaciones, la modificación de los esquemas disfuncionales hacia esquemas adaptativos, la identificación de sus emociones y sus desencadenantes (así como su gestión de una manera saludable), la integración de experiencias no procesadas y el aprender a marcar límites de forma asertiva, así como el ser consciente de que tiene el derecho de hacerlo, fueron los principales retos a seguir en una intervención que, por norma general, produce beneficios a medio-largo plazo. En el caso de D, pese a la existencia de ciertos aspectos cuyo cambio se espera que sea un proceso más arduo, y teniendo en cuenta el número de sesiones, pudimos observar, en general, una evolución positiva, la cual esperamos que continúe produciéndose a medida que la terapia se siga desarrollando.

Limitaciones

En el presente trabajo encontramos ciertas limitaciones. Una de ellas sería la generalización de los resultados, siendo la transferibilidad de los hallazgos reducida, al ser un estudio de caso único. Además, a la hora de realizar una revisión bibliográfica con el objetivo de analizar los resultados de diferentes intervenciones en pacientes TLP, observamos que los estudios suelen poner énfasis en ciertos constructos que implican una mayor gravedad, como comportamientos autolíticos, intentos suicidas, hospitalizaciones... por lo que en el caso de pacientes que no manifiestan una sintomatología grave, como es el caso que se nos presenta, se encontraron dificultades a la hora de encontrar literatura que describa este tipo de casos más leves. Con respecto al margen de mejora que podemos esperar, consideramos una posible limitación el tiempo entre consultas. Una gran parte de los estudios evalúan la efectividad de la terapia realizada con una frecuencia semanal y, en muchos casos, con más de una sesión a la semana (Burgal y Pérez, 2017). En este caso, la frecuencia es quincenal, por lo que cabría pensar que un elevado contacto terapéutico pudiera ser aliado.

Orientaciones de futuro

Esperamos que el proceso terapéutico de D continúe en la dirección a la que se dirige. Ahora que paciente y terapeuta parecen haber establecido una alianza robusta, esperamos que, desde esta base segura, continúe la intervención manteniendo y promoviendo nuevas mejoras.

La regulación emocional, imprescindible para la gestión vital, así como para los niveles de ansiedad, debería continuar siendo uno de los focos en la planificación del tratamiento de D. Seguir comprendiendo su sintomatología, integrando y procesando su historia vital, cuya no elaboración continúa subyaciendo a muchos de los síntomas y dificultades que D presenta actualmente, con sus experiencias y episodios dolorosos, sus carencias afectivas y la comprensión de dichas repercusiones en sus síntomas actuales deberían ser, a la par, otra de las rutas que guíen la intervención. Esperamos

que, al continuar con esta labor terapéutica, sea más capaz todavía de comprender el porqué de algunos de sus problemas, y continúe aprendiendo a gestionarlos de una manera más saludable.

En el futuro, consideramos como posibilidad incorporar intervenciones familiares. El objetivo de dichas intervenciones nunca será culpar a la familia, si no explicar, a través de la psicoeducación, qué repercusiones han podido tener algunas experiencias, pasadas y actuales, en la sintomatología del paciente. Además, deberían trabajarse ciertos aspectos que se pueden mejorar a nivel de convivencia, como la comunicación, la asertividad y la empatía, con la pretensión de mejorar la calidad de vida del paciente y de los miembros que conforman la unidad familiar.

Deseamos que la adherencia al tratamiento de D continúe siendo así de alta, así como sus ganas de seguir trabajando e implicándose en este (duro) proceso que es la terapia. Los resultados obtenidos tras cinco sesiones de tratamiento parecen ser positivos y esperanzadores, por lo que esperamos que a medida que avance la intervención las mejorías sean cada vez más notables.

Conclusiones

Este trabajo ha tenido como objetivo fundamental describir y explorar, tras una exhaustiva evaluación, la intervención realizada con el paciente y analizar los resultados post-tratamiento. Tras ello, hemos podido extraer las siguientes conclusiones:

- Se han constatado mejorías tras la intervención psicológica en regulación emocional, adquiriendo mayores habilidades a la hora de aceptar sus diferentes estados emocionales y disminuyendo sus dificultades a la hora de acceder a estrategias de regulación y de dirigir sus conductas hacia metas.
- Se produjo una acusada disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa.
- Los niveles de rasgos límite mejoraron notablemente, así como todas sus dimensiones: alteración de la identidad, inestabilidad emocional, autoagresiones y relaciones interpersonales problemáticas.
- A nivel general, el paciente adquirió una mayor comprensión acerca de ciertos episodios y experiencias vividas, y la relación que dichos acontecimientos guardan con algunos de sus síntomas actuales.
- A nivel cualitativo, lo analizado en el transcurso de las sesiones de psicoterapia apoya las mejorías encontradas en la evaluación cuantitativa.

- En el análisis del relato del paciente se apreciaron cambios y mejoras en la identificación emocional, verbalización y expresión de las emociones, así como reflexión y comprensión de los desencadenantes y de su comportamiento.
- Destaca el cambio en la narrativa y el discurso del paciente, caracterizándose, en las primeras sesiones, por la brevedad, y aumentando, en las últimas, su riqueza a la hora de explicarse y proporcionar información acerca de su mundo interno.

Esperamos que con el presente trabajo hayamos podido acercarnos a lo que sería el proceso de intervención de un paciente con características límite al haber relatado, con la mayor exactitud posible, qué es lo que acontece en la psicoterapia con pacientes con esta patología, permitiéndonos analizar los resultados obtenidos con respecto a la línea base.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ball, J y Links, P. (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: Evidence for a causal relationship. *Current Psychiatry Reports*, 11 (1), 63-68.
- Bateman, A y Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355–1364.
- Bohus M, Kleindienst N, Limberger M, Stieglitz R, Domsalla M y Chapman A (2008). The Short Version of Borderline Symptom List (BSL-23): Development and Initial Data on Psychometric Properties. *Psychopathology*. 42- 32-39.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M., Schmahl, C., Unkel, C y Linehan, M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 487–499.
- Borza, L. (2017). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19 (2). 203-208.

- Burgal, F y Pérez, N. (2017). Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad: una revisión. *Papeles del Psicólogo*, 38 (2). 148-156. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2832>
- Choi-Kia, L., Finch, E., Masland, S., Jenkins, J y Unruh, B. (2020). Lo que funciona en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Revista de Toxicomanías*, (84), 3-14.
- Corchero, M., Balés, C., Oliva, C y Puig, C. (2012). Diagnóstico, evolución y tratamiento de una adolescente con Trastorno Límite de la Personalidad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, (103), 55-64.
- Cuevas, C y López, A. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychocogical Therapy*, 12 (1), 97-114. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56023335007>
- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P y Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy by community psychotherapists for borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 389-395.
- Domènech, E. (2019). Trastorno límite de la personalidad: revisión sistemática de las intervenciones TLP: comparación de tratamientos. *Revista de Psicoterapia*, 30 (113). 197-212. [10.33898/rdp.v30i113.274](https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.274)
- Gómez, M., Zapata, J., Andrade, R. y Estrada, S. (2022). Dificultades en la regulación emocional de pacientes con trastorno límite de personalidad atendidos en un centro de terapia dialéctico conductual de Medellín, Colombia. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 15 (1), 11-19. <https://reviberopsicologia.iberro.edu.co/article/view/2262>
- González, A., Mosquera, D., Leeds, A y Santed, M. (2019). Initial validation of an instrument to evaluate early trauma: The EARLY Scale. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 3 (4). 229-233.
- Gratz, K., y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Kenberg, O (1996). A Psychoanalytic theory of personality disorders. En J Clarkin y M Lezenweger (Ed.), *Major Theories of Personality Disorders* (pp. 106-140). New York: Guilford Press.

- Koons, C., Robins, C., Tweed, J., Lynch, T., Gonzalez, A., Morse, J y Bastian, L. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371–390.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Cruse, J., New, A y Leweke, J. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377. 74-84.
- Leppänen, V., Hakko, H., Sintonen, H., y Lindeman, S. (2016). Comparing effectiveness of treatments for borderline personality disorder in communal mental health care: The BPD Study. *Community Mental Health Journal*, 52, 216-227.
- Linehan, M (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.
- Linehan, M., Comtois, K., Murray, A., Brown, M., Gallop, R., Heard, H y Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757–66.
- López, D., Cuevas, P., Gómez, A., y Mendoza, J. (2004). Psicoterapia focalizada en la transferencia para el trastorno límite de la personalidad. Un estudio con pacientes femeninas. *Salud Mental*, 27(4), 44-54.
- McMain, S., Links, P., Gnam, W., Guimond, T., Cardish, R., Korman, L., y Streiner, D. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1365–1374.
- Morey, L. (1991). *Personality Assessment Inventory (PAI)*. Florida: Psychological Assessment Resources.
- Mosquera, D y González, A. (2011). Del apego temprano al TLP. *Mente y cerebro*, (46), 18-27.
- Mosquera, D y González, A. (2013). Terapia EMDR en el trastorno límite de la personalidad. *Acción Psicológica*, 10 (1), 85-96. <http://dx.doi/10.5944/ap.10.1.7036>
- Mosquera, D. (2011). Trastorno límite de la personalidad. Una aproximación conceptual a los criterios del DSM. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 1 (1), 1-25.

- Mosquera, D. (2018). Los efectos de sentirse invisible. *ESTD Newsletter*, 7 (1).
- Mosquera, D., Leeds, A y González, A. (2016). La aplicación de la terapia EMDR en el trastorno límite de la personalidad. *Journal of EMDR Practice and Research*, 10 (3), 115-132. <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.10.3.E15>
- Muñoz, A., Vargas, R y Hoyos, J. (2015). Escala de dificultades en regulación emocional (DERS): Análisis factorial en una muestra colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 19 (1). 225-236. [10.14718/ACP.2016.19.1.10](http://dx.doi.org/10.14718/ACP.2016.19.1.10)
- Neacsiu, A., Lungu, A., Harned, M., Rizvi, S., y Linehan, M. (2014). Impact of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts on emotional experience, expression, and acceptance in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 53, 47–54.
- Pascual, J., Palomares, N., Ibáñez, A., Portella, M., Arza, R., Reyes, R., Soler, A., Marsá, M., Ruiz, J., Soler, J y Carrasco, J. (2015). Efficacy of cognitive rehabilitation on psychosocial functioning in Borderline Personality Disorder: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15 (1).
- Prades, I y Romero, M. (2015). Tras las huellas *borderline*: rastreando el apego de personas con trastorno límite de la personalidad. *Redes*, (32). 59-69. <https://redesdigital.com/index.php/redes/article/view/179>
- Rameckers, S., Verhoef, R., Grasman, R., Cox, W., Emmerik, A., Engelmoer, I y Arntz, A. (2021). Effectiveness of Psychological Treatments for Borderline Personality Disorder and Predictors of Treatment Outcomes: A multilevel meta-analysis of data from all design types. *Journal of Clinical Medicine*, 10 (23). <https://doi.org/10.3390/jcm10235622>
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocolos, and procedures* (2ª Ed). New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2007). EMDR and case conceptualization from an adaptive information processing perspective. En F. Shapiro, F. Kaslow y L. Maxfield (Eds.), *Handbook of EMDR and family therapy processes* (pp. 3-36). New York: Wiley.
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H y Staiger, P. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, (57). 141-163. [10.1016/j.cpr.2017.09.002](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002)

- Stanley, B y Brodsky, B. (2007). Terapia dialéctica conductual. En J. M. Oldham, *Tratado de los trastornos de la personalidad* (309-322).
- Stepp, S., Epler, A., Jahng, MA y Trull, T. (2008). The effect of dialectical behavior therapy skills use on borderline personality disorder features. *Journal of Personality Disorders*, 22 (6). 549-563.
- Tryer, P., Thompson, S., Schmidt, U., Jones, V., Knapp, M y Davinson, K. (2003). Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in current deliberate self-harm. *Psychological Medicine*, 33. 969-976.
- Turner, R. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 413-419.
- Young, J., Klosko, J y Weishaar, M. (2003). *Terapia de esquemas. Guía práctica*. Bilbao: Desceleé de Brouwer.
- Zanarini, M., Frankenburg, F, Hennen, J., y Silk, K (2004). Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 28-36.

Índice de tablas

Tabla 1: <i>Criterios diagnósticos para el Trastorno Límite de la Personalidad según el DSM-5</i>	5
Tabla 2: <i>Criterios DSM-5 que cumple el paciente</i>	8
Tabla 3: <i>Objetivos generales del proceso terapéutico de D</i>	23

Índice de figuras

Figura 1: Resultados en la Escala de dificultades en la regulación emocional.....	9
Figura 2: Resultados en la subescala EARLY-FN.....	10
Figura 3: Resultados en el Inventario de evaluación de la personalidad.....	12
Figura 4: Puntuaciones en la Subescala de rasgos límites del Inventario de evaluación de la personalidad.....	12
Figura 5: Sintomatología y dificultades principales del paciente.....	14
Figura 6: Análisis funcional del paciente.....	18
Figura 7: Resultados pre y post intervención en la Escala de dificultades en la regulación emocional.....	55
Figura 8: Resultados pre y post intervención en el Inventario de evaluación de la personalidad.....	56
Figura 9: Resultados pre y post intervención en la Subescala Rasgos límite del Inventario de evaluación de la personalidad.....	57

Anexos

Anexo I: Escala de dificultades en la Regulación emocional (DERS)

Anexo II: Escala EARLY