

**RELEVANCIA DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA PARA DISMINUIR EL
MALESTAR EMOCIONAL DE UNA PACIENTE FEMENINA DE 22 AÑOS CON
TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN SU PROCESO
TERAPÉUTICO.**

Investigador:

DANIELA MARTÍNEZ

Directora:

IRENE POLO MARTÍNEZ

**UNIVERSIDAD DEL NORTE
DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
BARRANQUILLA**

2020

Resumen:

Los trastornos de la personalidad constituyen un área de notable actualidad en el campo de la salud mental, ocupando un lugar preponderante en la psicología clínica y en la psiquiatría. Esto se debe en gran parte, a la incidencia global de estos trastornos (entre el 10% y el 13%) en la población, tanto en su presentación aislada como comórbida. Dentro de este caso de estudio, se tiene una paciente femenina de 21 años de edad, diagnosticada con TLP, la cual tendrá relevancia junto con la alianza terapéutica para abordar el proceso de estudio. La calidad de la alianza terapéutica resulta ser un buen predictor de los resultados obtenidos por distintas modalidades terapéuticas y está directamente relacionada con la adherencia al tratamiento, dado que la insuficiencia de la alianza entre paciente y terapeuta, conlleva al abandono temprano del tratamiento. No obstante, en Colombia los casos de consulta psicológica por trastorno límite de la personalidad son muchas. En tal sentido, se estima que el 50% de los afectados con esta patología, buscan algún tipo de ayuda como lo es la terapia psicológica. En este trabajo se concluye, que el lenguaje de la relación terapéutica es universal, que se muestra a modo de pilar fundamental, incluso en casos de personalidad específicamente en el TLP y que, además, es un aspecto relevante a tener en cuenta desde cada terapeuta para implementar dentro de la terapia psicológica con sus pacientes.

Palabras claves: Alianza terapéutica, trastorno límite de la personalidad, malestar. Terapia cognitivo conductual.

Abstract

Personality disorders constitute a highly topical area in the field of mental health, occupying a prominent place in clinical psychology and psychiatry. This is largely due to the global incidence of these disorders (between 10% and 13%) in the population, both in their isolated and comorbid presentations. Within this case study, there is a 21-year-old female patient, diagnosed with BPD, which will have relevance together with the therapeutic alliance to approach the study process. The quality of the therapeutic alliance turns out to be a good predictor of the results obtained by different therapeutic modalities and is directly related to adherence to treatment, since the insufficiency of the alliance between patient and therapist leads to early abandonment of treatment. However, in Colombia there are many cases of psychological consultation for borderline personality disorder. In this sense, it is estimated that 50% of those affected with this pathology seek some kind of help such as psychological therapy. In this work, it is concluded that the language of the therapeutic relationship is universal, that it is shown as a fundamental pillar, even in cases of personality specifically in BPD and that, in addition, it is a relevant aspect to be taken into account by each therapist to implement within psychological therapy with their patients.

Keywords: Therapeutic alliance, borderline personality disorder, malaise. Cognitive behavioral therapy.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mi tutora Irene Polo Martínez, psicóloga clínica Magister en psicología; quien con sus conocimientos y apoyo me guio, a través de cada una de las etapas de este estudio de caso, para alcanzar los resultados esperados. Por otro lado, quiero agradecer a la Universidad del Norte, por brindarme todo el apoyo; a mis compañeras, quienes compartieron sus conocimientos siendo un cimiento durante el recorrido, a mis amigos de siempre, por creer en mí. Por último, quiero agradecer a mi familia por estar presente durante este proceso dándome fortaleza. Simplemente, sin ellos no sería un hecho. En especial, quiero hacer mención de mis abuelos, por ser mi guía y mi motivación constante, por creer en la fortaleza de cada uno de mis pasos, y por enseñarme que se trabaja arduamente por nuestros sueños.

TABLA DE CONTENIDO

1.	9	
	Título:	7
	Investigador y director	7
2.	INTRODUCCIÓN	8
3.	JUSTIFICACIÓN	10
4.	ÁREA PROBLEMÁTICA	13
5.	PREGUNTAS U OBJETIVOS	17
	Objetivo general	17
	Objetivos específicos	17
6.	HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE	18
	Identificación	18
	Motivo de consulta	19
	Identificación	20
	Análisis descriptivo de problemas	21
	Formulación analítica conductual: relación molar	23
	Análisis Funcional	24
	Historia del problema	27
	Historia familiar	28
	Genograma	30
	Proceso de evaluación clínica	30
	Conceptualización diagnóstica	47
7.	DESCRIPCION DETALLADA DE LAS SESIONES	52

8. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA	68
Alianza Terapéutica	68
Trastorno Límite de la Personalidad	70
Alianza terapéutica en los trastornos límites de personalidad	71
Estrategias de intervención de las alianzas terapéuticas en los trastornos límites	74
Desregulación emocional	77
Intervención del trastorno límite de personalidad	79
Intervención Familiar en el abordaje TLP	82
Modelo Cognitivo Conductual	83
9. ANÁLISIS DEL CASO	90
10. DISCUSIÓN	99
11. CONCLUSIONES	106
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
13. ANEXOS	122

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Desregulación emocional	24
Tabla 2. Alteración del Estado de ánimo	25
Tabla 3. Desregulación emocional	25
Tabla 4. Dificultades en las relaciones intrafamiliares	26
Tabla 6. Inventario de Depresión de Beck, 2018.	33
Tabla 5. Escala de desesperanza, 2018.	34
Tabla 7. Inventario de la ansiedad, 2018.	36
Tabla 8. Inventario de Depresión de Beck, 2019	37
Tabla 9. Escala de Desesperanza, 2019.	39
Tabla 10. Inventario de la Ansiedad, 2019.	41
Tabla 11. Esquema de Young, año 2019	42
Tabla 12. Aplicación de prueba esquemas de Young, 2020	44
Tabla 13. Proceso de evaluación de Relación terapéutica	45
Tabla 14. Diseño de Intervención	49

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Inventario de Depresión de Beck, 2018.	34
Gráfico 2. Escala de Desesperanza, 2018.	35
Gráfico 3. Inventario de la Ansiedad, 2018.	36
Gráfico 4. Inventario de Depresión de Beck, 2019 entre febrero y junio	37
Gráfico 6. Aplicaciones inventario de depresión de Beck entre agosto y noviembre, 2019.	38
Gráfico 6. Aplicaciones escala de desesperanza 2019 entre febrero y junio	39
Gráfico 7. Aplicaciones escala de desesperanza 2019 entre agosto y noviembre	40
Gráfico 8. Inventario de la Ansiedad, 2019.	41
Gráfico 9. Estadísticos descriptivos básicos y fiabilidad año 2018	42
Gráfico 10. Estadísticos descriptivos básicos y fiabilidad año 2020	45

1. INFORMACION GENERAL DEL PROYECTO

Título:

Relevancia de la relación terapéutica para disminuir el malestar emocional de una paciente femenina de 22 años con trastorno límite de la personalidad en su proceso terapéutico.

Investigador y director

Investigadora: Daniela Martínez

Directora: Irene polo Martínez. Psi Clínica-Mg.

2. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo contiene el estudio de un caso clínico único, en donde se desea destacar la relevancia de la alianza terapéutica que se estableció con una paciente que presenta diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP), cuyos problemas radican en: desregulación emocional, alteración del estado de ánimo de tipo depresivo y dificultades intrafamiliares e interpersonales. A partir de esto, a lo largo del trabajo, se presentará cómo la alianza terapéutica influye de forma positiva para facilitar la adherencia al tratamiento y proceso terapéutico. Por tanto, se encontrará la descripción en cuanto al proceso de evaluación, el análisis de las intervenciones a través de la Terapia Cognitivo Conductual, haciendo uso de la alianza terapéutica.

En el mismo orden de ideas, se presenta una descripción detallada del caso, donde se especifican los datos del paciente, su problemática, la historia, personal, familiar y médica, en las cuales se presentan las situaciones que presentan los síntomas de la paciente, así como las estrategias comportamentales, describiendo las sesiones realizadas correspondiente a la sesiones del proceso terapéutico que se llevó a cabo, en donde se evidencia cómo a través de la relación terapéutica establecida con el paciente, se facilitó el proceso resolución de los problemas que presenta la paciente.

Además, se encuentra el marco teórico, donde se encontrarán los referentes teóricos basados en la terapia cognitiva conductual para abordar el caso de estudio. La presentación de estos modelos se complementa con investigaciones que sustentan la eficacia de la

alianza terapéutica para disminuir el malestar emocional presentado por la paciente, complementado a través del discurso que se establece entre el terapeuta y el paciente, donde se construye el binomio salud – enfermedad.

Los trastornos de la personalidad constituyen un área de notable actualidad en el campo de la salud mental, ocupando un lugar preponderante en la psicología clínica y en la psiquiatría. Esto se debe en gran parte, a la incidencia global de estos trastornos (entre el 10% y el 13%) en la población, tanto en su presentación aislada como comórbida (Escribano, 2006).

Dentro de este caso de estudio, se tiene una paciente femenina de 21 años de edad, diagnosticada con TLP, la cual tendrá relevancia junto con la alianza terapéutica para abordar el proceso de estudio. De acuerdo con Chacón, (2015) la calidad de la alianza terapéutica resulta ser un buen predictor de los resultados obtenidos por distintas modalidades terapéuticas (Horvath y Symonds, 1991; Luborsky, 1994, citado en Corbella y Botella, 2003) y está directamente relacionada con la adherencia al tratamiento, dado que la insuficiencia de la alianza entre paciente y terapeuta, conlleva al abandono temprano del tratamiento (Wiston, 1994).

La metodología aplicada guarda una relación con los objetivos de la investigación, a modo de lograr la disminución del malestar, por medio de la alianza terapéutica cuya adherencia al tratamiento permitirá cambios positivos y la posibilidad de que la paciente no abandone su tratamiento.

Por último, se presenta el análisis del caso, donde se establece la alianza terapéutica con la paciente que presenta trastorno límite de la personalidad para disminuir el malestar emocional de la misma. Se plantea la discusión y las conclusiones que arrojó el estudio de acuerdo con el objetivo general y específicos, para comprobar la efectividad de las herramientas terapéuticas, para un aporte de índole práctico e investigativo, lo cual ayudará a los profesionales a trabajar con pacientes que presentan este tipo de diagnósticos.

3. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con Casal y Sierra (2002), las estrategias metodológicas que se proponen en este caso de estudio, permiten traducir la experiencia clínica de un modo más organizado para la comprensión teórica y práctica de cualquier psicólogo. Por tanto, se considera este estudio de importancia para la comunidad clínica e investigativa, abordado desde un caso a través de un enfoque teórico de la psicología.

Este estudio de caso se enfoca en la relación terapéutica, y las conductas apropiadas que el psicólogo debe tener, para disminuir el malestar que se genera en los pacientes con personalidad límite. La relación terapéutica es el canal, a través del cual, transcurre la psicoterapia y, por lo tanto, es la condición de posibilidad del tratamiento. En uno de los trabajos de investigación más citados en este tema, Lambert (1992), halló que la relación terapéutica es uno de los principales factores más comunes, en un 30% de la mejoría del paciente.

La alianza terapéutica, es multidimensional por naturaleza y su calidad varía en función de una compleja interdependiente y fluctuante matriz que abarca los componentes: acuerdo en las tareas, las metas y vínculo positivo. Bordin (1979, 1994), fue quien desarrolló una reformulación transteórica de la alianza terapéutica y la conceptualizó como consistente en tres componentes interdependientes: acuerdo en las tareas, las metas y vínculo positivo. Esto apoya la visión de que los terapeutas que son empáticos, congruentes y muestran aceptación por sus pacientes, son más capaces de negociar las tareas y objetivos de la terapia y desarrollan un vínculo terapéutico más positivo (Watson & Geller, 2005; Gomez, 2018).

En este estudio de caso, el modelo que se utilizó corresponde al Instituto de Terapia Cognitiva de Beck el cual consta de un esquema constituido por cuatro grandes fases: historia del caso, formulación del caso, plan de tratamiento y curso del tratamiento (Academia de Terapia Cognitiva, 2013), las cuales permiten comprender de manera más efectiva la metodología enmarcada en el Estudio de Caso, debido a que la normatividad que presenta corresponde con un análisis detallado y descriptivo de un modelo cognitivo basado en la evidencia empírica (Beck, Rush y Shaw 2010).

Esta investigación sirve para que se logre ampliar el conocimiento de la comunidad en general en temas específicos como lo es la relación terapéutica y cómo influye en la disminución del malestar en un paciente con TLP. Por otra parte, permitirá que se beneficien al observar la importancia de establecer una buena relación terapéutica aquellos

profesionales de apoyo social de atención directa a población que padecen TLP, es decir, redes de salud mental, comunidad terapéutica de salud mental, unidades de salud mental y rehabilitación entre otros, es así como, Herpertz et al. citado por Chacón (2015), afirma que en la actualidad el TLP genera un gran interés siendo el trastorno de la personalidad más investigado, esto es debido, entre otras razones, a su alta prevalencia, gravedad y elevada comorbilidad, a los costos sanitarios que genera y a las nuevas opciones terapéuticas disponibles. En el ámbito clínico y social, el TLP se está convirtiendo en un trastorno de elevada entidad en salud pública, El CatSalut o Servicio Catalán de Salud es el organismo encargado del sistema de prestaciones sanitarias públicas en la Comunidad autónoma de Cataluña, creó en el año 2003 un Grupo de Trabajo sobre TLP y la creación de varias unidades asistenciales específicas para su diagnóstico y tratamiento como una forma de dar respuesta a esta problemática.

Lo anteriormente mencionado, muestra la finalidad de conocer a dicha patología para adquirir comprensión sobre la relación con este tipo de pacientes, por lo que se intenta contribuir al mejor conocimiento y comprensión de las personas que padecen este trastorno, así como las necesidades de atención que presentan. En general, a toda la comunidad profesional permitirá generar conciencia y mejor empatía en cuanto a la comprensión de los comportamientos de estos pacientes en cuanto a su patología; también, facilita establecer una relación entre el personal asistencial y los pacientes.

Así mismo, su utilidad metodológica bajo el enfoque cognitivo conductual permitirá a psicólogos clínicos de este enfoque poner en práctica ciertas técnicas o procedimientos propuestos por autores como Bordin, (1979), Marsha, Linehan, Beck y Freeman entre otros

teóricos, que ofrecen una visión distinta de la relación terapéutica y como esta disminuye el malestar en la paciente, con respecto a la alteración del estado de ánimo, la desregulación emocional, y la dificultades en las relaciones intrafamiliares e intrapersonales.

Finalmente, es importante mencionar que este trabajo permite contribuir a la comunidad científica o académica; la demostración y la veracidad con la que el proceso terapéutico, bajo el enfoque cognitivo, permite realizarse con un paciente con TLP, y el valor que tiene la relación terapéutica y su impacto para el éxito del proceso y la estabilidad en distintas áreas personales del paciente.

Todo esto se fundamenta bajo la teoría de Horvath y Bedi (2002), quienes mencionan que la fortaleza de la alianza depende del grado de acuerdo entre paciente y terapeuta sobre las metas y tareas terapéuticas y de la calidad del vínculo entre ambos. Los hallazgos de la investigación establecieron que la alianza terapéutica es el mejor predictor de los resultados en psicoterapia.

4.ÁREA PROBLEMÁTICA

A nivel mundial, diferentes investigaciones establecen que en un 15% de pacientes con TLP; tienden a mejorar por la adecuada aplicación de técnicas de la TCC, mientras que la proporción explicada por la relación terapéutica, llegaba al 30%. Sin embargo, otros datos arrojan que en cuestiones de alianza terapéutica la mejoría se establecía en un 36% y que el 57% mostraba una variancia significativa en el resultado final de la terapia (Corbella,

2003). Por tanto, los datos arrojados manifiestan la importancia de la alianza terapéutica en el tratamiento de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad, la cual contribuye a disminuir el malestar que presentan los pacientes.

Por otro lado, un estudio reciente en España, exactamente el hospital general de Catalunya con pacientes que padecen TLP; muestra la importancia de la alianza terapéutica y como esta puede estar influenciada por algunas características de quién presenta TLP. Las propias características de personalidad de estos pacientes los hacen verse resistentes hacia el cambio, así como la negación de que existe un problema que afecta sus vidas. Así pues, concluyeron que aquellos que inician un proceso terapéutico, es decir el 36% mostraban resistencia al tratamiento; además de presentar dificultades en establecer la alianza terapéutica. En tal sentido, encontraron que la alianza terapéutica fue establecida y que ese mismo porcentaje logró obtener resultados exitosos al final del tratamiento (Botella, 2000).

La validez predictiva de un test o validez relativa al criterio se refiere al grado de eficacia con el que se puede predecir o pronosticar una variable de interés o criterio a partir de las puntuaciones de ese test (Muñiz, 1998). Existe una moderada pero fiable relación entre una buena alianza terapéutica y un resultado positivo en psicoterapia individual, familiar y de grupo. En numerosos estudios se ha encontrado una relación significativa entre la alianza y el resultado final de la psicoterapia. Es decir, la alianza terapéutica resulta ser un buen predictor de los resultados conseguidos por diferentes modalidades psicoterapéuticas (Corbella y Botella, 2003), por lo que muchas investigaciones han

incluido diferentes medidas de alianza (variables predictoras) y distintos resultados de la psicoterapia (criterio) evaluados a través de diferentes procedimientos.

En 1980 se incluye en el DSM III como un diagnóstico controversial para la comunidad científica, debido a la heterogeneidad en la sintomatología asociada al trastorno y que venía precedido del Trastorno de Personalidad Pasivo-Agresivo (Stone, 2007). En la actualidad, el DSM 5 constata que el TLP se caracteriza por la presencia de una marcada inestabilidad en cuanto al autoconcepto y establecimiento de metas a nivel personal y socio emocional, acompañado esto por una conducta de tipo impulsiva y hostil. Así mismo, se evidencia una dificultad característica en la identidad, el autocontrol y la empatía en general.

Se ha investigado además que la causa principal de esta problemática obedece a un factor familiar, es decir, existe un factor de riesgo superior cuando la persona convive con alguien más que evidencie la sintomatología limítrofe. Por otro lado, el factor psicosocial contribuye de manera significativa al desarrollo de este trastorno, debido a alguna exposición de tipo traumático, condición de abuso sexual o físico durante la infancia (Barlow y Durand, 2001). Esto es corroborado por el DSM 5 cuando estima la existencia de un factor genético y fisiológico para el riesgo en el desarrollo de un TLP. Así mismo, se ha encontrado que si la exposición a un trauma infantil se combina con una personalidad de tipo impulsiva puede ocasionar el surgimiento de una sintomatología asociada al TLP (Figuroa & Silk, 1997).

No obstante, en Colombia los casos de consulta psicológica por trastorno límite de la personalidad son muchos. En tal sentido, se estima que el 50% de los afectados con esta patología, buscan algún tipo de ayuda como lo es la terapia psicológica (Andrade, 2005). Así mismo, se ha evidenciado un alto porcentaje de pacientes con TLP; que han manifestado haber encontrado cambios con TCC además de indicar que se les hacía difícil inicialmente centrar su confianza en el terapeuta, cumplir con el horario, realizar tareas o actividades complementarias como parte del tratamiento (Andrade, 2005). Además, identificaron que sus respectivos terapeutas eran amables, cálidos, comprometidos y eficaces. En efecto, esto garantizó en cierta medida que los pacientes se sintieran vinculados positivamente a sus terapeutas y llevaran una mejor relación entre ellos.

En conclusión, las investigaciones apuntan a nivel mundial que hay una alta importancia en investigar esta temática; así como, incursionarla dentro de la terapia con pacientes que padecen TLP, ya que se ha comprendido que, al no establecer una alianza terapéutica con el paciente, muy difícilmente se logre trabajar y cumplir objetivos, así como establecer metas dentro del proceso terapéutico. (Andrade, 2005). Por lo anteriormente expuesto, este estudio de caso único, pretende dar respuesta a la pregunta problema ¿Qué relevancia tiene la alianza terapéutica en la disminución del malestar en una paciente de 22 años diagnosticada con Trastorno Límite de Personalidad?

5. PREGUNTAS U OBJETIVOS

¿Qué relevancia tiene la alianza terapéutica en la disminución del malestar en una paciente de 22 años diagnosticada con Trastorno Límite de Personalidad?

Objetivo general

Analizar la importancia de la alianza terapéutica como estrategia facilitadora para disminuir el malestar de una paciente con diagnóstico de TLP

Objetivos específicos

- Describir las características de la alianza terapéutica antes y después del proceso terapéutico con una paciente con diagnóstico de TLP.
- Comparar las características de la alianza terapéutica antes y después del proceso terapéutico con una paciente con diagnóstico de TLP.
- Comparar los niveles de depresión, desregulación emocional y dificultades familiares e interpersonales antes y después de la aplicación tratamiento, basados en el plan de intervención.
- Considerar cómo la alianza terapéutica fue una estrategia facilitadora para disminuir el malestar emocional.

6. HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Identificación

Nombre: CO

Edad: 22 años

Fecha de nacimiento:

Sexo: F

Nivel de escolaridad: Pregrado

Ocupación: estudiante de comunicación social

Lugar de procedencia: Barranquilla

Religión: católica

Evaluated por: Daniela Martínez Rodríguez

Contacto inicial: Paciente que ingresa al consultorio sola y por iniciativa propia en estado de alerta, orientada en las 3 esferas (persona, espacio y tiempo), bien presentada, vestida acorde a su edad, sexo y contexto. Establece contacto visual sin alteración en la memoria reciente y remota. Impresiona con inteligencia promedio. Afecto deprimido con emociones de (rabia, tristeza y ansiedad) con respuestas fisiológicas (molestias estomacales, palpitations, temblor de manos, presión en el pecho). Su pensamiento es lógico y su juicio es conservado y coherente. Lenguaje claro, espontáneo y buen tono. Conducta motora sin alteraciones.

Motivo de consulta

Paciente: “Estoy triste”. “Hace 3 años me hacían bullying en el colegio”. “A raíz de eso, después de un tiempo empecé a cortarme las piernas, mi papá me abandonó desde que nació y este año hace 1 mes lo conocí personalmente”. “Mi papá es el culpable de que yo sea así, todo lo que soy es por él”.

Quejas del Paciente:**Aspecto Cognitivo**

“Soy rara y loca” “soy diferente a los demás”. Pienso “como sería si me atropella un carro saliendo de la universidad”. “cómo sería tirarme del puente de la universidad”. “¿Y si me corto las piernas?”. “No puedo matarme ni lastimarme porque sufriría mi mamá “quiero arrancarme la cara soy muy fea”.

Aspecto Afectivo

Rabia, irritabilidad, tristeza, culpa, miedo, rencor, sentimiento de vacío, amor, odio.

Aspecto conductual

Conductas evitativas de sumisión, episodios frecuentes de llanto.

Aspecto Fisiológico

Presión en el pecho, temblor en las manos, palpitaciones, incapacidad para relajarse, aceleración del ritmo cardíaco. Insomnio, pérdida del apetito.

Aspecto relacional

Dificultades interpersonales e intrafamiliares.

Aspecto contextual

Ambiente universitario, ambiente familiar.

Identificación

Problema No. 1: Desregulación emocional

Problema No. 2: Alteración del estado de ánimo de tipo depresivo

Problema No. 3: Dificultades en las relaciones intrafamiliares e interpersonales.

Análisis descriptivo de problemas

P1: Desregulación emocional

La paciente manifiesta que a lo largo del día tiene pensamientos donde recuerda el bullying del cual fue víctima hace 3 años en el colegio, lo cual la hace sentir ansiosa, irritable, impotente, y triste. Estos tres sentimientos los puntúa en 100% en una escala de 0% a 100%. Esta situación refiere presentarla alrededor de 4 veces en la semana. Puntúa la ansiedad en 80% en una escala de 0% a 100%. Se siente aturdida, fuera de control con síntomas fisiológicos de palpitaciones, aceleración del ritmo cardiaco, y molestias estomacales. Además, refiere que luego de los recuerdos se siente triste y que en varias oportunidades llora al recordar. El sentimiento de tristeza ante al recuerdo de la situación lo puntúa en un 8% en una escala de 0% a 100%. Así mismo, refiere sentirse ansiosa y triste ante las peleas con sus familiares y amigos, especialmente con su madre.

La emoción de ansiedad lo puntúa en 90% en una escala de uno 0 al diez 100%, y la tristeza en ocho 80% en una escala de 0% a 100%, con cogniciones tales como; “nunca podre tener una bonita familia”, “siempre los encuentro discutiendo y agrediéndose”. Finalmente decide leer un buen libro para calmar su ansiedad. en momento de discusiones donde se manifiesta su desregulación emocional, refiere ser hostil puntuándolo en un 8% en una escala de 0 a 100%. Además, refiere que en muchas situaciones pierde en control y se encierra en su cuarto golpeando la puerta fuerte al cerrarla.

P2: Alteración del estado del ánimo de tipo depresivo

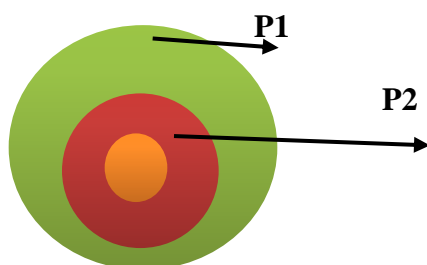
La paciente manifiesta presentar dificultad para conciliar el sueño en las noches y si lo logra se despierta dos (2) veces durante la madrugada. Lo cual refiere que ocurre los 7 días a la semana. Así mismo, manifiesta pensamientos rumiantes como “no puedo tener una bonita familia” “siempre los encuentro agredándose y discutiendo” “debería estar dormida” “mi mama no me quiere” “no quisiera recordar más cuando me hacían bullying”, “definitivamente esos no eran mis amigos” los cuales le generan sentimiento de tristeza y rabia. Se presenta la tristeza y la rabia, siete (7) días a la semana puntuando ambas emociones en una escala del 0% al 100% en un rango de 80%. Refiere tener cogniciones depresivas y se siente muy triste después de tener discusiones con la madre y el resto de la familia, además de expresar que en medio de las peleas le da dolor de estómago y se le acelera el corazón. A consecuencia de todo esto, decide escuchar música o leer un libro para acostarse, sentirse más relajada y apagar los pensamientos.

P3.: Dificultades en las relaciones intrafamiliares e interpersonales

La paciente manifiesta que en su casa se presentan fuertes discusiones entre todos los integrantes de la familia (Madre abuela- madre-pareja), (madre- paciente). Asegura que la relación entre la abuela y la madre está completamente rota y que además se odian, se insultan y se gritan constantemente. Se presentan discusiones acaloradas entre la madre y su pareja en donde se violentan física y verbalmente. Así mismo, las discusiones entre ella y la

madre son hirientes donde la madre le expresa no entenderla y que es demasiado rara. Esto le genera a la paciente cogniciones tales como “mi mama no me quiere” “quisiera desaparecer”. Manifiesta que en varias oportunidades la madre la ha agredido físicamente en medio de las discusiones (cachetadas) por faltarle al respeto, esto genera en ella pensamiento como: “mi mama no me ama” “¿qué debo hacer para que me acepte?” Estas discusiones se presentan cinco a siete (5/7) días a la semana, Generándole irritabilidad y rabia las cuales puntúa en un 8 en una escala de 0% a 100%. Tristeza y sensación de vacío puntuándolo en 8% en una escala de 0% al 100% además de soledad e infelicidad que las puntúa en 10 en una escala de 0% a 100%. Además, refiere sentir, aceleración del ritmo cardiaco y molestias estomacales que refiere sentirlas cinco (5) días frente a las discusiones. Así mismo, refiere discutir en oportunidades con sus amigos, ya que ellos suelen criticar la manera tan agresiva de ella responder y actuar. Estas críticas la hacen sentir triste y produce pensamiento en ella como: “seguro me dejarán de hablar” “no querrán ser más mis amigos” “mi familia se distanciará de mí”, puntuando la tristeza en un ocho (8) en una escala de cero (0) a diez (10), respuestas fisiológicas de ansiedad como dolor de estómago y aceleración del ritmo cardiaco, que refiere sentirlas cinco a siete (5/7) días a la semana. Ante las peleas con sus familiares y amigos como consecuencia de esto, decide irse a su cuarto a llorar y luego intenta calmarse leyendo su libro favorito.

Formulación analítica conductual: relación molar



→ P3

Su desregulación emocional y poco control de impulsos, donde se ve manifestada su sintomatología ansiosa, en la cual, al momento de perder el control, siente dolor estomacal, aceleración del ritmo cardiaco, temblor de manos, sudoración de manos, e incapacidad para controlarse. Asimismo, esta sintomatología se ve interceptada por su alteración del estado de ánimo, donde la paciente se siente deprimida, con sentimientos de tristeza, minusvalía, desesperanza y cogniciones asociadas a dicha sintomatología, que, a su vez, interfiere en las dificultades familiares e interpersonales que presenta, viéndose así afectada.

Análisis Funcional

P1: DESREGULACIÓN EMOCIONAL

Tabla 1. Desregulación emocional

Antecedente		Recordar el bullying del cual fue víctima, recordar las peleas con su madre y sus familiares.
Conducta	Rta. Cognitiva	“se burlaban de mi” “nadie me quería” me hacían bullying por rara” “no me respetaban” “merecía más respeto” “nunca podre tener una bonita familia” siempre están discutiendo y agrediéndose”
	Rta. Afectivo/ Emocional	Irritabilidad tristeza, impotencia
	Rta. Motora /comportamental	Aprieta fuerte los dientes, empuña las manos con fuerza, llanto.
	Rta. Fisiológica	Incapacidad para relajarse, palpitaciones, aceleración del ritmo cardiaco, molestias estomacales.
Consecuencia		Se reactiva su esquema de vulnerabilidad al daño, vulnerabilidad a la crítica y rechazo. Mientras se encierra en su cuarto a llorar(R-) se pone a leer el libro

	que más le guste para que su ansiedad disminuya y sentirse mejor (R-).
--	---

P2: ALTERACIÓN DEL ESTADO DEL ÁNIMO

Tabla 2. Alteración del Estado de ánimo

Antecedente		Al despertarse en las madrugadas, recordar la situación de bullying, y las peleas con su mamá.
Conducta	Rta. Cognitiva	“debería estar dormida” “mi mamá no me quiere” “no puedo tener una bonita familia” “siempre los encuentro agrediendo y discutiendo”, “no quisiera recordar más cuando me hacían bullying”, “definitivamente esos no eran mis amigos”
	Rta. Afectivo/ Emocional	Irritabilidad, impotencia, tristeza.
	Rta. Motora /comportamental	Episodios de llanto durante la noche.
	Rta. Fisiológica	Palpitaciones, aceleración del ritmo cardíaco, molestias estomacales.
Consecuencia		Llanto desbordante. Decide ponerse a leer o escuchar música para distraerse, apagar sus pensamientos y relajarse.

P2: DESREGULACIÓN EMOCIONAL

Tabla 3. Desregulación emocional

Antecedente		Recordar el bullying del cual fue víctima, recordar las peleas con su madre y sus familiares.
Conducta	Rta. Cognitiva	“se burlaban de mi” “nadie me quería” me hacían bullying por rara” “no me respetaban” “merecía más respeto” “nunca podre tener una bonita familia” siempre están discutiendo y agrediendo”
	Rta. Afectivo/ Emocional	Irritabilidad tristeza, impotencia, incapacidad para controlarse.
	Rta. Motora /comportamental	Aprieta fuerte los dientes, empuña las manos con fuerza, llanto.

Rta. Fisiológica	Incapacidad para relajarse, palpitaciones, aceleración del ritmo cardiaco, molestias estomacales.
Consecuencia	Se encierra en su cuarto a llorar. se pone a leer el libro que más le guste para que su ansiedad disminuya y sentirse mejor.

P3: DIFICULTADES EN LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES

Tabla 4. Dificultades en las relaciones intrafamiliares

Antecedente	La madre le da cachetadas, discuten y le dice que es rara.	
Conducta	Rta. Cognitiva	“mi mama no me ama” “quisiera desaparecer”.
	Rta. Afectivo/ Emocional	Rabia, irritabilidad, tristeza, sensación de vacío, soledad, infelicidad
	Rta. Motora /comportamental	Le grita fuertemente a la madre que deje de pegarle y forcejea con ella. Episodios de llanto.
	Rta. Fisiológica	Incapacidad para relajarse, palpitaciones, aceleración del ritmo cardiaco, molestias estomacales.
Consecuencia	Se encierra a llorar en su cuarto. Escucha música para relajarse, dejar de pensar y sentirse mejor. Su malestar disminuye.	
Antecedente	Cuando sus amigos le dicen que es agresiva a la hora de actuar y responder.	
Conducta	Rta. Cognitiva	“seguro me dejarán de hablar” “no querrán ser más mis amigos” “mi familia se distanciará de mi”
	Rta. Afectivo/ Emocional	Tristeza
	Rta. Motora /comportamental	Irse a su casa, episodios de llanto.
	Rta. Fisiológica	incapacidad para relajarse, palpitaciones, aceleración del ritmo cardiaco, molestias estomacales.
Consecuencia	Se encierra a llorar en su cuarto. Se pone a leer su libro favorito .	

Historia del problema

Paciente de contextura gruesa y estatura promedio. Vestido, acorde al contexto y su edad.

Es la mayor y única hija del primer matrimonio de sus padres. Tiene una hermana de 7 años de edad con síndrome de Down, la cual es producto del segundo matrimonio de su madre.

Manifiesta tener buena relación con su hermana, aunque en algunos momentos se muestra irritable hacia las conductas de su hermana y manifiesta no tolerarla mucho.

Presenta una relación conflictiva con su madre, aunque expresa de amarla mucho.

Refiere que su madre no la comprende ya que la tilda de rara y amargada. Desde muy temprana edad no le gustaba que las personas le dieran abrazos ya que invadían su espacio, lo cual actualmente sigue siendo así. Refiere sentir a sus emociones muy intensas y así mismo, manifiesta que en ocasiones siente amor y odio hacia su madre y las personas que mantienen algún tipo de relación con ella.

Recuerda que comía muchos dulces hasta tener dolor estomacal. Desde muy pequeña se preguntaba; ¿por qué su padre no estaba en casa como su mama, y los demás familiares? A los 12 años su madre le explico, que su padre no regresaría a casa porque él había decidido no ser más su pareja. Lo cual le generaba en ella mucho dolor. A los 15 años la madre decide contarle que su papa había querido irse, porque no quería tenerlas como familia; y que al momento de quedar embarazada le pidió abortar. Refiere haberse sentido ante esto

vulnerable, abandonada, no amada, y rechazada por su padre. A partir de esto, refiere haber sentido odio hacia su padre e incapaz de perdonarlo. Refiere que su padrastro siempre ha sido bueno con ella, a pesar de tener un carácter muy fuerte.

Nunca lo ha visto como un padre, pero aun así no impide que lo quiera. Se siente en total seguridad al decir que siempre sentirá ese vacío de su padre y que nunca será suficiente para poder llenarlo. Manifiesta que a sus 21 años no se siente completamente amada por su madre y que además le importa mucho ese afecto y la aprobación que ella le dé para sentirse tranquila y feliz. Luego de un año de encontrarse en el proceso terapéutico, manifiesta que se ha venido sintiendo interesada en mantener una relación de noviazgo con algún chico. Refiere que se siente preparada y más abierta emocionalmente. Actualmente mantiene una relación de noviazgo con un joven de su edad, llevando cuatro (4) meses de relación, y que su madre se mantiene enterada de esta relación y planean salir a un centro comercial los tres (3) para presentarlo.

Historia familiar

Refiere que su familia, es agresiva. Y que desde que tiene razón, recuerda ver como su madre su abuela y su abuelo tenían discusiones. Que aun siendo pequeña presencio muchas veces cuando la madre lloraba por las discusiones que mantenía con la abuela ya que ella, culpaba a su mama de la muerte de su tío. Hoy en día, refiere que esa situación aún reluce ante las discusiones entre su madre y la abuela, y que la hacen sentir impotente y muy triste. Refiere que su hermana nació con síndrome de Down, y esto generó un impacto emocional fuerte para su madre. Además de que a ella también la desilusionó mucho ya que

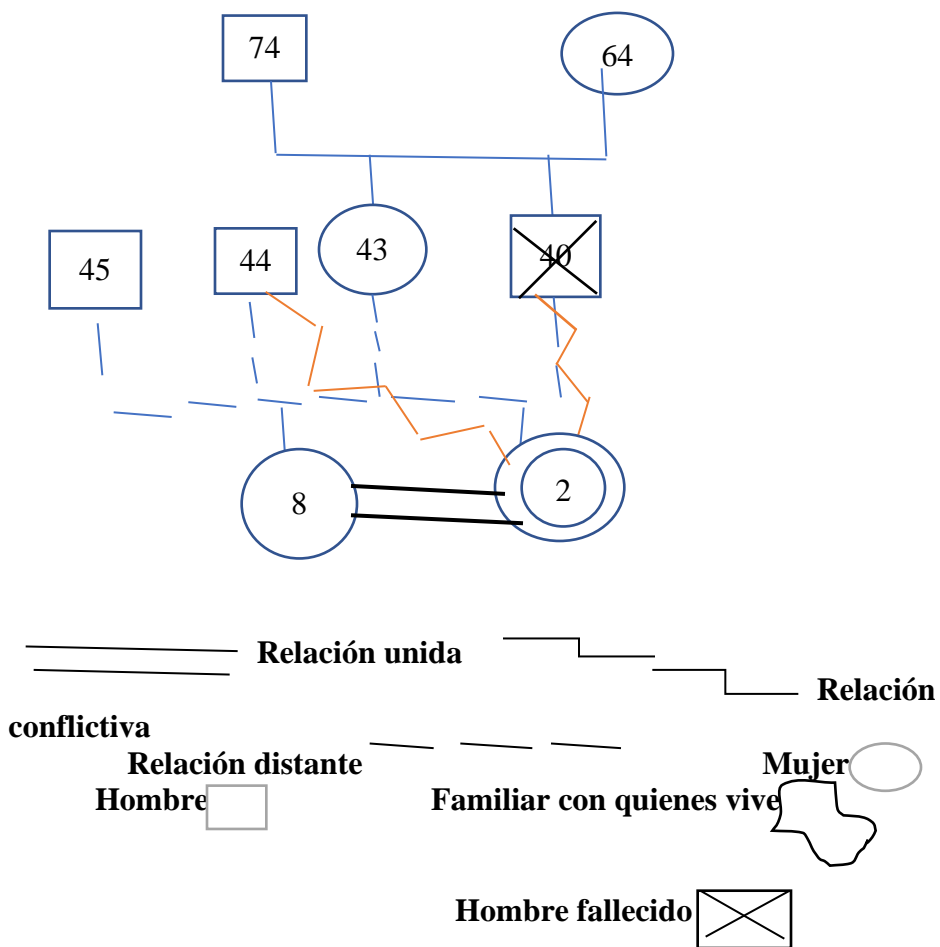
no esperaba que su hermana naciera con un trastorno genético. Recuerda que su madre se deprimió mucho además de que se mostraba irritable ante los cuidados de su hermana que demandaban tiempo y dedicación. A causa de esto, sintió que su mamá la abandonó porque dejó de centrar su atención en ella, para dársela a su hermana.

Después de la llegada de su hermana, la familia se mostró colaborativa con la ayuda en la atención de su hermana menor, incluso manifiesta que poco tiempo después ella también participaba en la ayuda de sus cuidados. Refiere que pocas veces comparten a nivel de familia ya que cada quien se centra en sus problemas y asuntos, y que ya se acostumbró. Un año después de su inicio en el proceso terapéutico, refiere entender mucho mejor a su hermana y aceptarla tal y como es. La relación con su madre medio año atrás seguía siendo conflictiva, aunque refiere no ser igual que antes.

Comenta que la madre empezó a asistir a cursos de yoga que le permiten regular sus emociones adecuadamente, y que esto hace que las discusiones sean pocas. Refiere que al momento de discutir son pocas veces las que le levanta la voz. Hoy en día no siente que su madre centre 100% su atención en ella, y que en ocasiones se le olvida que debe compartir el amor y el afecto de su madre con su hermana menor. Refiere seguir sin contacto con el padre, y que aún le sigue doliendo mucho su abandono y que no la ame como ella lo esperaba. Un año después de encontrarse en el proceso terapéutico, a modo de actualización reporta que en cuanto a su historia familiar reporta cambios significativos. Manifiesta que en algunos aspectos la madre y la abuela se muestran más tolerantes, y que se respetan entre sí. Y que la relación entre ella y su madre ha mejorado en cuanto aceptación y tolerancia, además del respeto agregando que aún hay aspectos por mejorar. Así mismo, la

relación de su padrastro con la madre ha mejorado ya que nota que hay más dialogo entre ellos y menos discusiones.

Genograma



Proceso de evaluación clínica

Durante el proceso de evaluación, se realizó la intervención con el apoyo de distintas pruebas psicológicas, como: El inventario de depresión de Beck, para detectar la depresión y su gravedad, la escala de desesperanza de Beck, para detectar el pesimismo y actitudes negativas hacia el futuro y riesgo de suicidio, el inventario de ansiedad de Beck, para medir la gravedad de la ansiedad actual, la prueba de relación terapéutica y TLP de Aguilar y Serrano, para medir cuan establecida se encuentra la relación terapéutica, y la percepción del paciente sobre el terapeuta. Por último, la escala elaborada de resistencia al cambio, para medir específicamente este rasgo de personalidad, que permite predecir la reacción de un sujeto frente al cambio.

Inventario para la depresión de Beck (BDI)

Se trata de un autoinforme que consta de 21 reactivos que miden síntomas de depresión en adolescentes de 13 años en adelante y adultos. Cada reactivo está formado por una escala descriptiva de cuatro opciones; a mayor puntuación, mayor gravedad de la sintomatología. El informe valora la gravedad de cada síntoma durante las dos semanas inmediatas previas. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 63.

Confiabilidad y validez: El BDI-II posee sensibilidad y especificidad aceptables, así como una confiabilidad adecuada que oscila entre .90 y .91. Los resultados referidos a su validez de constructo no son tan estables. El modelo de dos factores, cognitivo-afectivo y somático-vegetativo, originalmente informado por Beck et al. (1996) en población general, se ha corroborado sólo parcialmente. (Vásquez, 1986- 1995).

Escala de desesperanza de Beck (BHS) (Aliaga, 2006)

Es una escala de aplicación individual o colectiva, su edad de aplicación es a partir de los 16 años. El BHS está basado en una visión cognitiva de la desesperanza. Consta de 20 afirmaciones con dos opciones de respuesta. Verdadero o Falso. No tiene tiempo límite de aplicación, pero ligeramente toma 5 a 10 minutos. Los ítems que indican desesperanza se califican con un punto; los que no lo indican se califican con 0 puntos, de tal manera que el puntaje máximo es 20 y el mínimo 0. Su interpretación es de 0- 3 rango normal o asintomático; 4-8 leve; 9-14 moderado; 15-20 severo. Sin embargo, un puntaje mayor a 9 es un buen predictor de una eventual conducta suicida.

Confiabilidad y validez: El análisis de la confiabilidad del BHS mediante la técnica de la consistencia interna indica un coeficiente alfa de Cronbach es de 0.80 (n=782), y con la técnica test-retest con un intervalo de 2 semanas el coeficiente de Pearson es de 0.68 (n=100).

Inventario de ansiedad (BAI)

Es un inventario auto aplicado, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, estando sobrerrepresentado este componente. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV. Cada ítem se puntúa de 0 a 3,

correspondiendo la puntuación 0 “en absoluto” 1 a “levemente, no me molesta mucho”, 2 a moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo y la puntuación 3 a “severamente, casi no podía soportarlo”. La puntuación total es una suma de las de todos los ítems. Si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará solo la de la mayor puntuación. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

Confiabilidad y validez: posee una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71. La fiabilidad test- retest tras una semana es de 0,67 a 0,93 y tras 7 semanas de 0,62. Con respecto a su validez tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general). Los coeficientes de correlación ρ con la escala de ansiedad de Hamilton es de 0,51, con el inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de 0,47 a 0,58 y con la Subescala de Ansiedad del SCL-90R de 0,81.

Cuestionario de esquemas de Young, YSQL2.

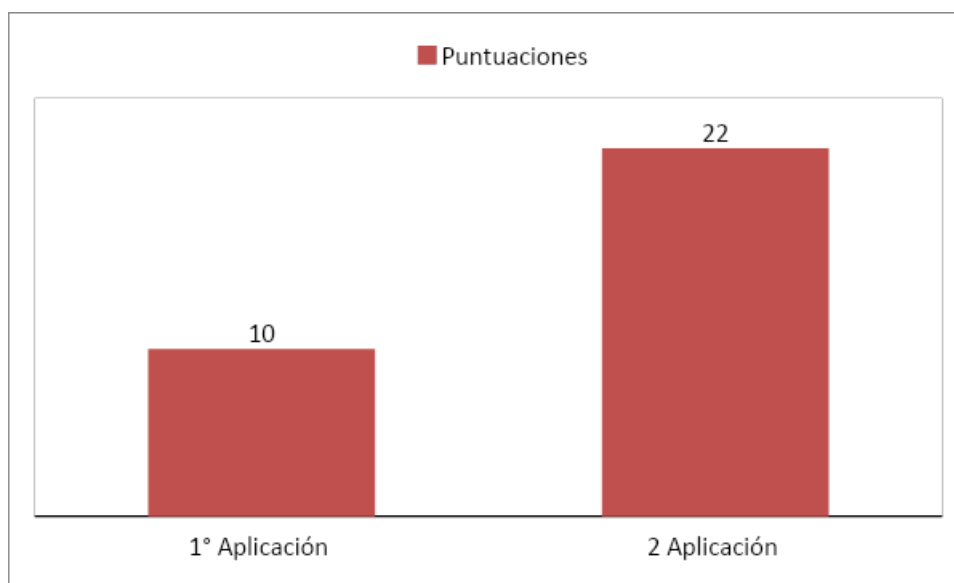
El cuestionario de esquemas de Young YSQ-L2, evalúa los esquemas repartidos en 45 ítems. Esquemas tales como: Abandono, insuficiente autocontrol/autoindisciplina, desconfianza y abuso, privación emocional, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, autosacrificio, estándares inflexibles 1, estándares inflexibles 2, inhibición emocional, derecho, entrapamiento.

Confiabilidad y validez: La confiabilidad y validez tipo alfa del cuestionario es de 0.91. el alfa de los factores oscila entre 71 y el 85.

Tabla 6. Inventario de Depresión de Beck, 2018.

Área a evaluar	Prueba	1° y 2 Aplicación	Puntaje
Depresión	Inventario de depresión de Beck	Noviembre 8 2018 Noviembre 15 2018	22 (depresión severa) 10 (sin depresión)

Gráfico 1. Inventario de Depresión de Beck, 2018.

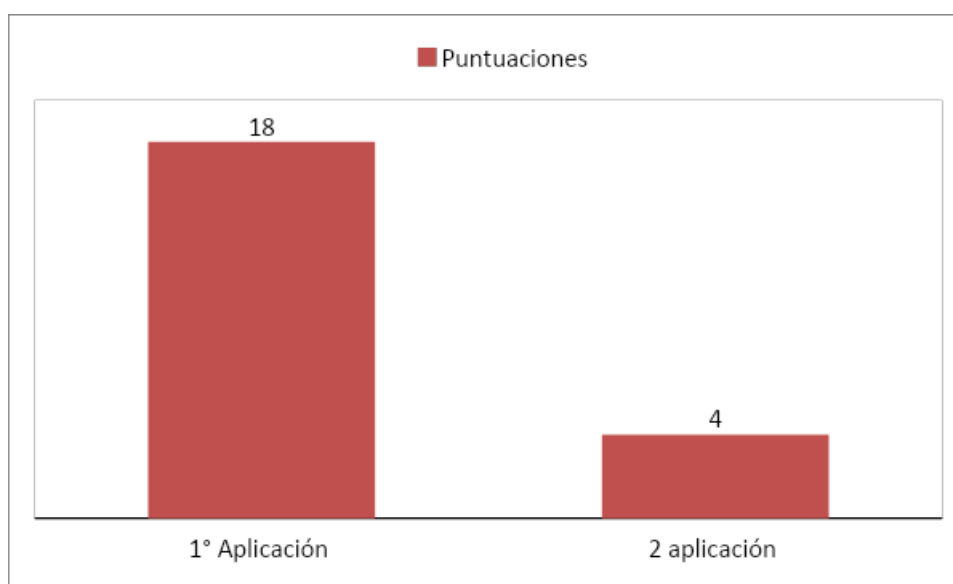


En la primera aplicación, se puede evidenciar que la paciente se encuentra en un rango de 10 con respecto al porcentaje arrojado por la prueba. Lo cual quiere decir que no presenta depresión. Posteriormente en la segunda aplicación, la paciente obtiene un puntaje de 22 puntos, lo cual indica una depresión severa, según los estándares de la prueba. Así mismo, muestra que la paciente se siente insatisfecho de todo, sentimientos de tristeza o melancolía, y disgusto consigo.

Tabla 5. Escala de desesperanza, 2018.

Área a evaluar	Prueba	1° y 2 Aplicación	Puntaje
Depresión	Escala de desesperanza	Octubre 25 2018 Noviembre 8 2018	18 (desesperanza alta) 4 (desesperanza leve)

Gráfico 2. Escala de Desesperanza, 2018.



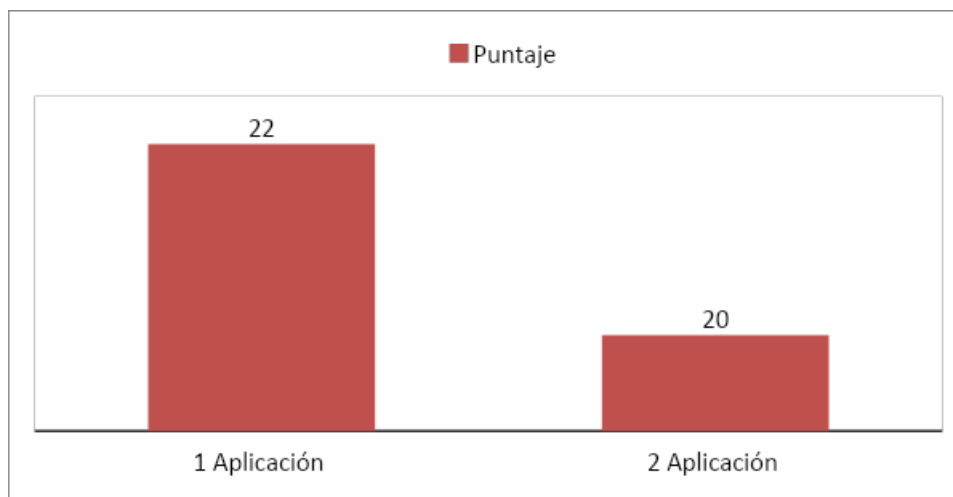
Interpretación: En la primera aplicación, se encontró que, la paciente muestra un alto grado de desesperanza lo cual lo indica según los estándares de la prueba, arrojando un puntaje de 18%. Mostrando así, que todo a su alrededor es más negativo que positivo, piensa que difícilmente conseguirá lo bueno en su vida, y que además es inútil que luche por lo que quiere, ya que es muy probable que lo consiga.

Posteriormente en la segunda aplicación, la gráfica muestra como la paciente se torna optimista y con esperanza y optimismo hacia la vida y el futuro. con esperanza de triunfar en el futuro en lo que desea. Esto indica que se presenta bajo riesgo de cometer suicidio catalogado según los estándares de la prueba en un 4% de desesperanza.

Tabla 7. Inventario de la ansiedad, 2018.

Área a evaluar	Prueba	1° y 2 Aplicación	Puntaje
Ansiedad	BAI	25 de octubre 2018 2 de noviembre 2018	22 (ansiedad moderada) 20 (ansiedad moderada)

Gráfico 3. Inventario de la Ansiedad, 2018.

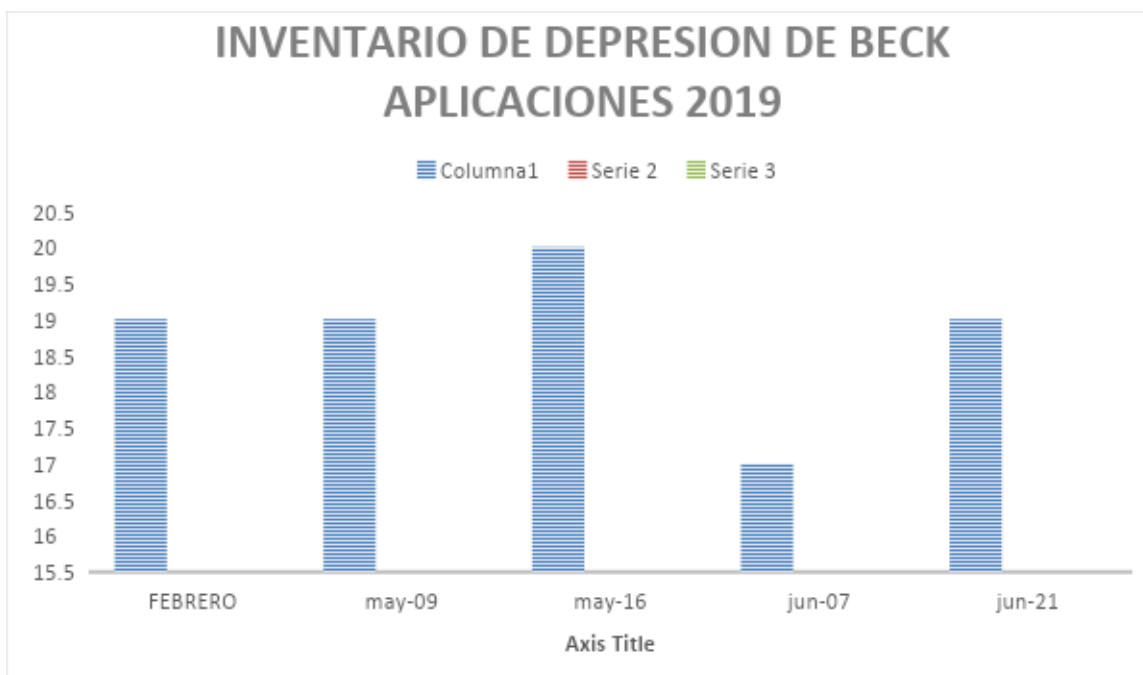


Interpretación: En la primera aplicación su ansiedad inicial se encontraba moderada, lo cual significaba que la paciente poseía recursos psicológicos para poder enfrentarla y manejarla, además de que la sintomatología no era desbordante y podía ser soportable.

Tabla 8. Inventario de Depresión de Beck, 2019

Área a evaluar	Prueba	2 aplicación	Resultados
Depresión	Inventario de depresión de Beck (BDI)	Febrero 21 2019 Mayo 9 2019 Mayo 16 2019 Junio 7 2019 Junio 21 2019 Agosto 9 2019 Agosto 16 2019 Agosto 30 2019 Septiembre 13 2019 Septiembre 27 2019 Octubre 4 2019	19 (depresión leve) 19 (depresión leve) 20(depresión moderada) 17(depresión leve) 19(depresión leve) 18(depresión leve) 19(depresión leve) 18(depresión leve) 20 (depresión moderada) 21(depresión moderada) 19(depresión leve) 18 (depresión leve) 17(depresión leve)

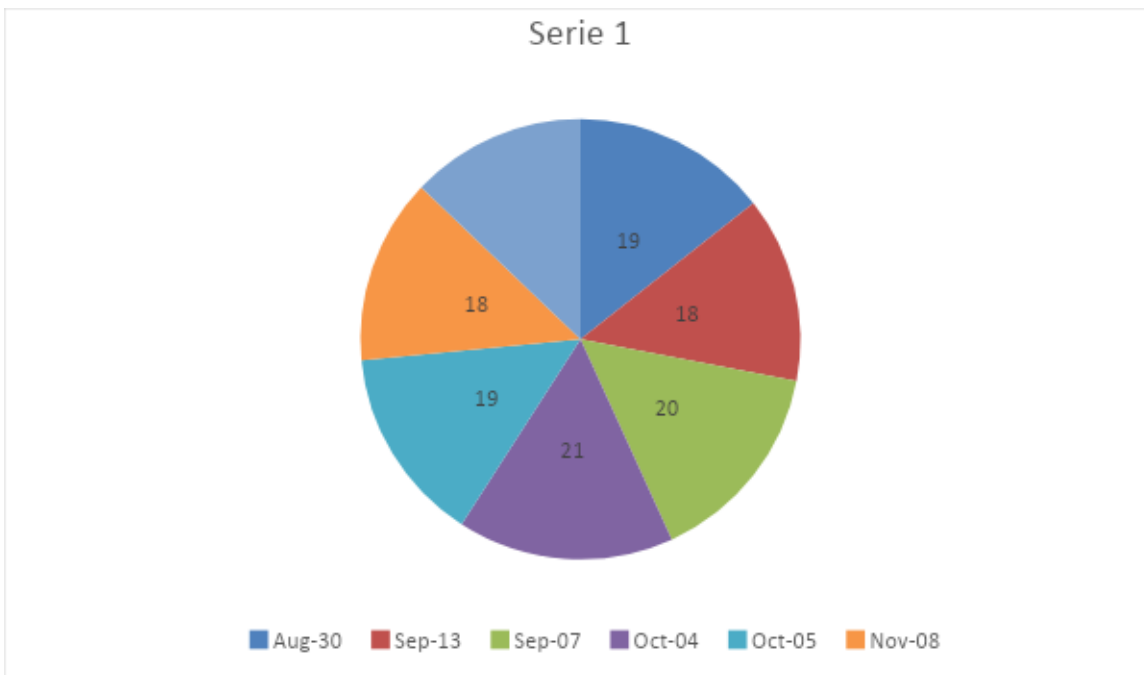
Gráfico 4. Inventario de Depresión de Beck, 2019 entre febrero y junio



Se muestran los resultados en relación a febrero y junio, indicando que la paciente según los estándares de la prueba se encuentra optimista con la vida y más motivada. Se encuentra

entre los rangos de 19 para abajo indicando que su depresión es leve. Excepto en el mes de mayo, que aumento su puntaje a 20 indicando que su depresión es moderada.

Gráfico 6. Aplicaciones inventario de depresión de Beck entre agosto y noviembre, 2019.

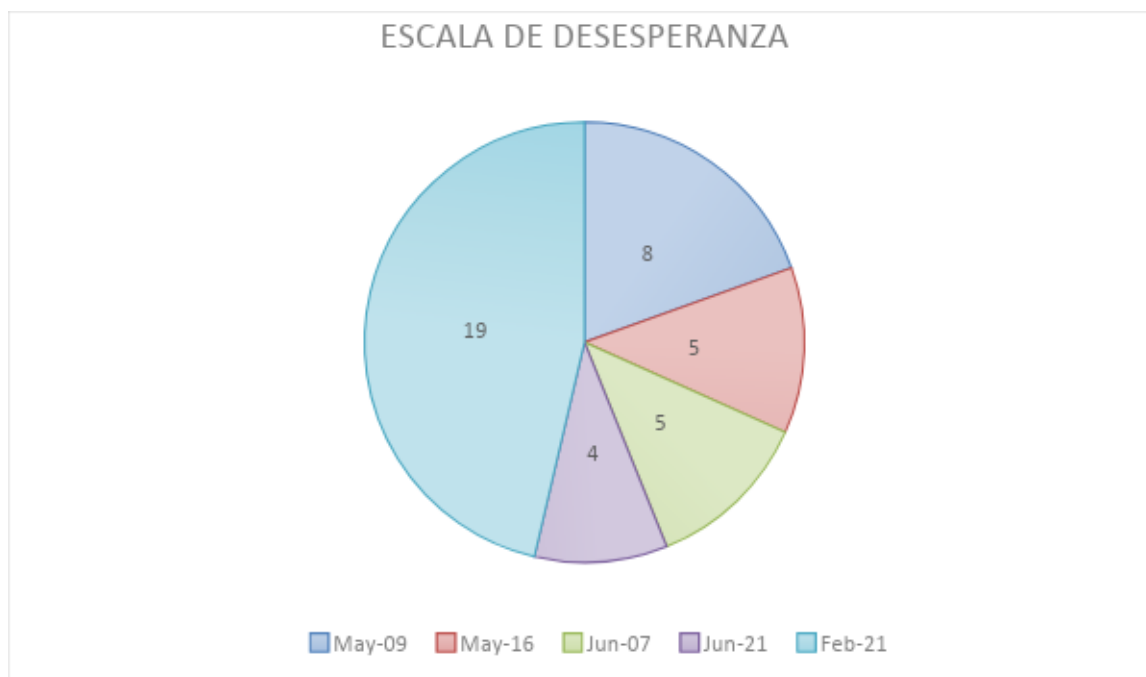


Se muestran los puntajes con relación a los meses de agosto hasta noviembre. Se evidencia según los estándares de la prueba, que la paciente se muestra un poco más optimista ante las situaciones que le generan alteración en su estado anímico, indicando que su depresión es leve. Excepto en los meses de septiembre y octubre que con relación al mes de agosto, su depresión es moderada subiendo entre 2 y 1 punto.

Tabla 9. Escala de Desesperanza, 2019.

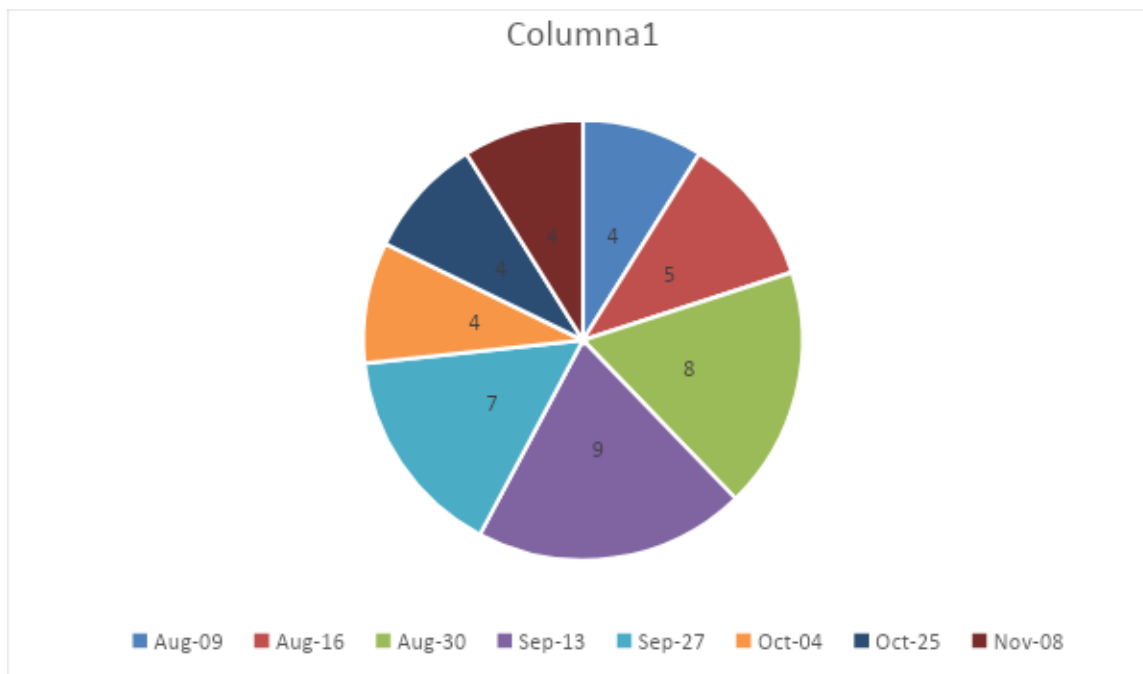
Área a evaluar	Prueba	2 aplicación	Resultados
Depresión	Escala de desesperanza (HS)	Octubre 25 2019 Noviembre 8 Febrero 21 2019 Mayo 9 2019 Mayo 16 2019 Junio 7 2019 Junio 21 2019 Agosto 9 2019 Agosto 16 2019 Agosto 30 2019 Septiembre 13 2019 Septiembre 27 2019 Octubre 4 2019 Octubre 25 2019 Noviembre 8 2019	19 (desesperanza alta) 8 (desesperanza alta) 5 (desesperanza leve) 5(desesperanza leve) 4 (desesperanza leve) 4(desesperanza leve) 5(desesperanza leve) 8(desesperanza alta) 8 (desesperanza alta) 7(desesperanza leve) 4(desesperanza leve) 4(desesperanza leve) 4(desesperanza leve) 4(desesperanza leve) 4(desesperanza leve) 4(desesperanza leve) 4(desesperanza leve)

Gráfico 6. Aplicaciones escala de desesperanza 2019 entre febrero y junio



Interpretación: se muestran los resultados entre mayo y junio, indicando que la paciente posee una desesperanza leve. Con bajo riesgo a cometer suicidio. Esto indica además, que se encuentra más optimista hacia la vida y el futuro.

Gráfico 7. Aplicaciones escala de desesperanza 2019 entre agosto y noviembre



Interpretación: se muestran los resultados de las aplicaciones entre agosto y noviembre. Lo cual, según los estándares de la prueba posee una desesperanza leve. Excepto en la tercera semana de septiembre y la última de agosto, en donde su desesperanza es moderada.

Tabla 10. Inventario de la Ansiedad, 2019.

Área por evaluar	Prueba	2 aplicación	Resultados
Ansiedad	Inventario de ansiedad de Beck (BAI)	Febrero 21 2019 Mayo 9 2019 Mayo 20 2019 Junio 21 2019	14 (ansiedad muy baja) 19(ansiedad muy baja) 11 (ansiedad muy baja) 10(ansiedad muy baja)
Ansiedad	Inventario de ansiedad de Beck (BAI)	Agosto 16 2019 Agosto 30 2019 Septiembre 27 2019 Octubre 25 2019	11(ansiedad muy baja) 12(ansiedad muy baja) (12 (ansiedad muy baja) 11 (ansiedad muy baja) 13(ansiedad muy baja)

Gráfico 8. Inventario de la Ansiedad, 2019.

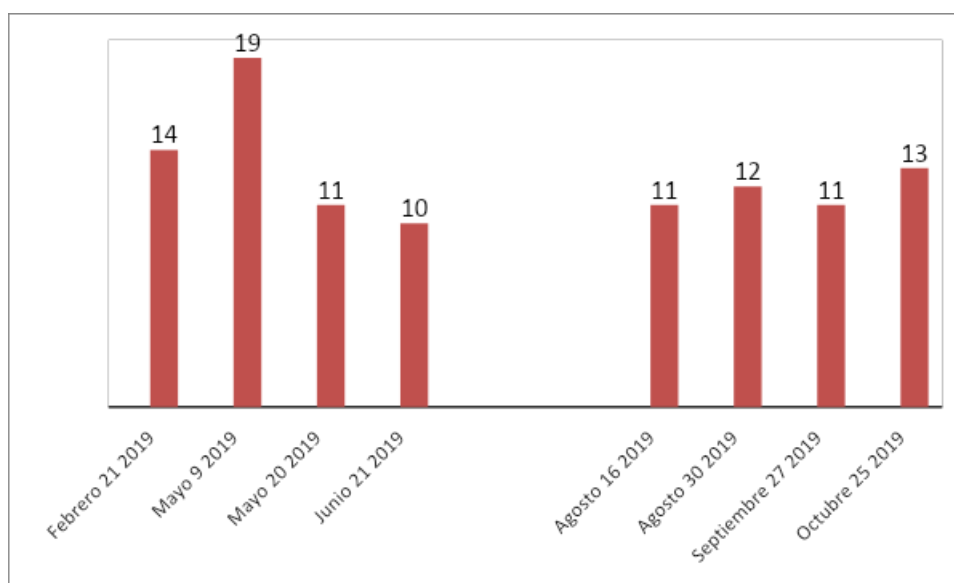
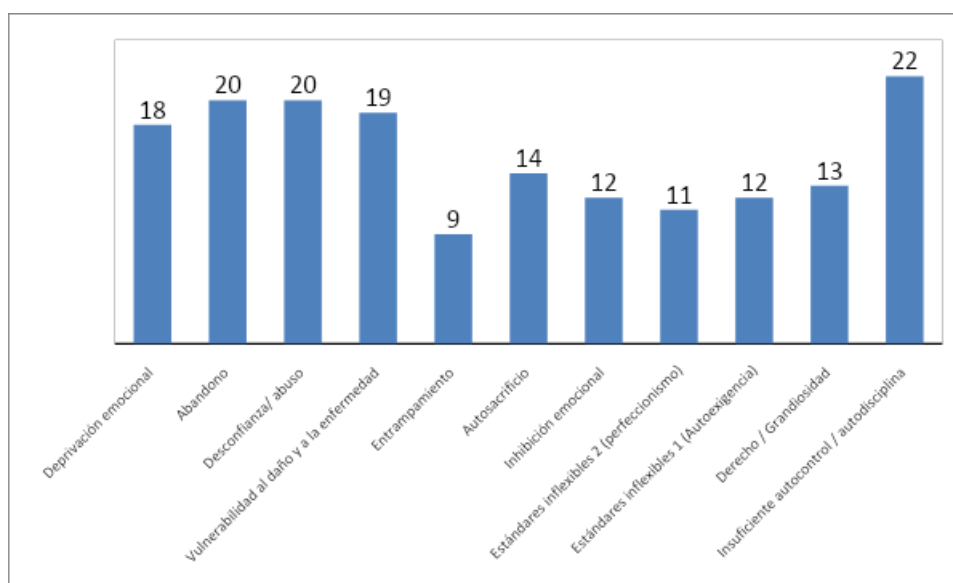


Tabla 11. Esquema de Young, año 2019

Factores	Fiabilidad (α)	
Deprivación emocional	30	Medio
Abandono	36	Medio
Desconfianza/ abuso	30	Medio
Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	24	Bajo
Entrampamiento	11	Bajo
Autosacrificio	24	Bajo
Inhibición emocional	18	Bajo
Estándares inflexibles 2 (perfeccionismo)	16	Bajo
Estándares inflexibles 1 (Autoexigencia)	16	Bajo
Derecho / Grandiosidad	15	Bajo
Insuficiente autocontrol / autodisciplina	31	Medio

Gráfico 9. Estadísticos descriptivos básicos y fiabilidad año 2018



Interpretación: En esta primera aplicación la paciente obtuvo el puntaje “medio” de esquemas tales como deprivación emocional, abandono, desconfianza y abuso e insuficiente autocontrol e indisciplina.

Prueba de relación terapéutica y TLP (Aguilar y Serrano, 2009).

La prueba consta de varios sub-items. Consta de una primera parte que evalúa habilidades terapéuticas tales como; orden del día, referente a si el terapeuta programo o no la agenda, comentarios, que refiere si el terapeuta dio información clara y el paciente la comprendió, entendimiento, eficacia personal, eficacia, uso eficiente.

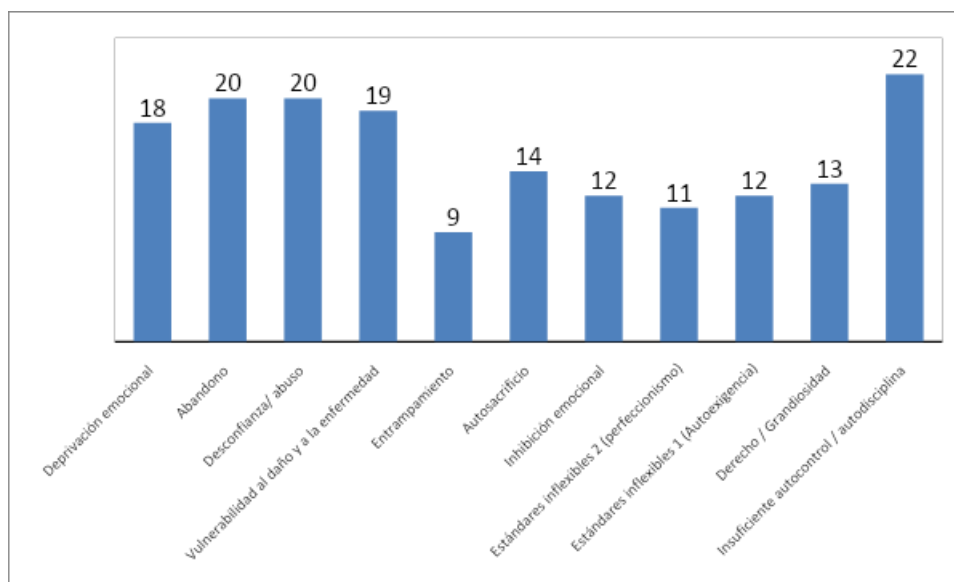
Una segunda parte que evalúa conceptualización, estrategias y técnicas; divididas en: descubrimiento guiadas, refiere si el terapeuta fue hábil en el uso de descubrimiento guiado durante el periodo de sesiones para estudiar los problemas del paciente y ayudar a sacar sus propias conclusiones, centrarse en clave cogniciones o comportamientos, refiere si el terapeuta utiliza técnicas apropiadas para obtener cogniciones o comportamientos, o si no trato de obtener ideas específicas, estrategias para el cambio, aplicación de técnicas cognitivo conductuales, y tareas. Estas dos primeras partes deben ser calificadas por el paciente en una escala del 0 al 6 donde 0 es pobre, 1 apenas adecuado 2 mediocre 3 satisfactorio, 4 buena, 5 muy buena y 6 excelente. Junto con esto, una tercera parte que consta de: otras consideraciones que abarcan aspectos tales como; si el terapeuta trato adecuadamente con los problemas especiales, pero utiliza estrategias o conceptualizaciones incompatibles, que debe ser evaluado con SI O NO. Por último, una cuarta parte que consta de calificaciones y comentarios generales. En este aspecto el paciente tendrá que calificar al paciente en una escala de cero (0) a seis (6) al donde 0 seria pobre y cinco (5) excelente. Ejemplo: ¿cómo calificaría al terapeuta en este periodo de sesiones como terapeuta cognitivo?

Confiabilidad y validez: Es una prueba especialmente diseñada para individuos que padecen trastorno de la personalidad límite. Posee una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,91 a 0,94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,72. La fiabilidad test- retest tras una semana es de 0,68 a 0,95 y tras 7 semanas de 0,63. Co respecto a su validez tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general). Los coeficientes de correlación ρ con la escala de ansiedad de Hamilton es de 0,512.

Tabla 12. Aplicación de prueba esquemas de Young, 2020

Factores	Fiabilidad (α)	
Deprivación emocional	18	Bajo
Abandono	20	Bajo
Desconfianza/ abuso	20	Bajo
Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	19	Bajo
Entrampamiento	9	Bajo
Autosacrificio	14	Bajo
Inhibición emocional	12	Bajo
Estándares inflexibles 2 (perfeccionismo)	11	Bajo
Estándares inflexibles 1 (Autoexigencia)	12	Bajo
Derecho / Grandiosidad	13	Bajo
Insuficiente autocontrol / autodisciplina	22	Medio

Gráfico 10. Estadísticos descriptivos básicos y fiabilidad año 2020



Interpretación: En esta segunda aplicación, la paciente obtuvo esquemas bajos en comparación a su primera aplicación, excepto su insuficiente autocontrol, indisciplina, que en relación a la primera aplicación, el puntaje igualmente fue medio.

Tabla 13. Proceso de evaluación de Relación terapéutica

Prueba	Aspecto a evaluar	Resultados 1 Mayo 16 2019	Indicadores	2 Aplicación Marzo 13/2020	Indicadores
Relación terapéutica y TLP	Relación terapéutica	4	Buena	5	Muy buena
		4	Buena	6	Excelente
		4	Buena	6	Excelente
		3	Satisfactorio	6	Excelente
		3	Satisfactorio	6	Excelente
		3	Satisfactorio	5	Muy buena
		1	Apenas adecuado	5	Muy buena
		3	Satisfactorio	6	Excelente
		4	Satisfactorio	6	Excelente
		4	Buena	5	Muy buena
		4	Buena	6	Excelente
		4	Buena	6	Excelente
		4	Buena	6	Excelente

Interpretación: Durante la etapa inicial del tratamiento posterior a la aplicación y evaluación de la prueba, se encontró que la paciente percibía al paciente dentro de la terapia como que el terapeuta solicitó medianamente la información para determinar la comprensión de las mismas, no aseguraba que el terapeuta comprendiera la situación del paciente a tal punto de sentir desconfianza, y medianamente el terapeuta colaboraba en aspectos dentro de la terapia. Posteriormente, al aplicar nuevamente la prueba en la fase final del tratamiento; se encontró, en la primera parte que se encuentra de acuerdo respecto a que el terapeuta trabajó con el paciente para establecer una agenda con los problemas, y objetivos adecuados para el tiempo disponible. Calificándola como “Muy buena”.

En la segunda parte, siendo calificada como “excelente” la paciente afirma que la terapeuta ha seguido una estrategia coherente para el cambio que parecía muy prometedor e incorporó técnicas cognitivo- conductuales apropiadas. Con respecto a las tareas señala que el terapeuta revisa la tarea anterior y asigna la tarea “estándar” de la terapia cognitiva pertinente a las cuestiones tratadas en el periodo de sesiones, así mismo que la tarea se ha explicado a detalle. En la tercera parte indicó que no surgen problemas durante el periodo de sesiones, por ejemplo, la no adhesión a la tarea, cuestiones entre terapeuta y paciente, desesperanza sobre la continuación de la terapia y la recaída. En la última parte, califica al terapeuta cognitivo como muy bueno. La calificación global que indicó la paciente con respecto al terapeuta fue muy buena. Basándonos de la escala de calificación que permite evaluar cada sub- ítem y los aspectos que cada uno de ellos comprende para su evaluación, nos permite a modo general interpretar que existe una “ muy buena” relación terapéutica basada en acuerdo en las tareas y objetivos, empleo adecuado de estrategias terapéuticas

cognitivas-conductuales, empatía, buenas estrategias de cambio, y buena programación de la agenda de trabajo, que permite a la paciente continuar en el proceso terapéutico, evidenciar cambios favorables y compromiso en el proceso.

Conceptualización diagnóstica

Diagnostico principal:

300.4 (F34.1) trastorno depresivo persistente (distimia) de inicio temprano, con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual leve.

301.83 (F60.3) Trastorno límite de la personalidad con rasgos de personalidad dependiente.

V61.20 [z62.820] Problema de relación entre padres e hijos.

Se identifica trastorno depresivo persistente (distimia) de inicio temprano, con episodios intermitentes de depresión mayor con episodio actual leve; que según el DSM V se caracteriza por estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. Presencia durante la depresión, de dos (o más) de los siguientes síntomas: poco apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnias, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Así mismo, durante el

periodo de dos años de alteración del individuo, nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

No se diagnostica un trastorno depresivo mayor, ya que de acuerdo a las manifestaciones de la paciente y al indagar los episodios previos, se encuentra que viene con sintomatología depresiva relacionada con los criterios del numeral B, del trastorno depresivo persistente, desde hace aproximadamente dos años.

Se hace el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad con rasgos de personalidad dependiente. Los cuales, según los rasgos de la personalidad límite tiene como criterios para el cumplimiento del diagnóstico los siguientes: patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco o más de los siguientes hechos: esfuerzo desesperados para evitar el desamparo real o imaginario, patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación, alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo, impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios), comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas, inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado del ánimo (episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y rara vez, más de unos días),

sensación crónica de vacío, enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira, ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves .

Se hace la identificación de este diagnóstico ya que la paciente asegura sentir una alta dominancia de inestabilidad de las relaciones interpersonales y su autoimagen. Así mismo de impulsividad intensa, y manifiesta empezar a presentarlo exactamente a los 5 años.

El trastorno de la personalidad límite a menudo se presenta junto con trastornos depresivos o bipolares. Cuando se cumplen los criterios para ambos, pueden diagnosticarse los dos. Debido a que la presentación el trastorno de la personalidad límite puede ser transversalmente similar a un episodio de un trastorno depresivo o bipolar, también está relacionado con otros trastornos de la personalidad, cambio de la personalidad debido a otra afección médica, trastornos por consumo de sustancias y problemas de identidad. De los posibles trastornos relacionados, después del análisis y la evaluación pertinentemente realizados no se encontraron criterios cumplidos para realizar un posible diagnóstico de estas.

Cuadro 1. CONCEPTUALIZACION Y/O FORMULACIÓN COGNITIVA

Datos relevantes de la infancia		
Madre sobreprotectora, depresiva, altamente crítica y exigente.		
Abandono del padre desde su concepción, Padre ausente .		
Esquema Nuclear		
Esquemas: Abandono, subyugación, rechazo, vulnerabilidad al daño y a la crítica, desconfianza y abuso, autosacrificio, insuficiente autocontrol.		
Creencia de desamor: siempre me abandonará, mi madre jamás podrá		
Reglas: " tengo que agradarle a los demás"	Actitudes: "Es horrible que me traten de loca y rara". "Para siempre seré infeliz". Es horrible sentir que soy mala persona"	Suposiciones: Si sigo siendo diferente, rara y loca la gente seguirá viéndome diferente. Si no cambio mi actitud me seguirán rechazando.
"tengo que ser diferente para que me acepten"	Es horrible sentir que soy mala persona"	Si mis compañeros de clase se burlan de mí, entonces es porque en realidad hay algo mal en mí.

Estrategias (s) Compensatorias (s), mantenedoras y evitativas

Subyugación: tiene que agradar a los demás. (madre, abuelos, amigos, pareja, incluso desconocidos). Excluye sus necesidades para estar al servicio de los demás. Búsqueda constante de hacer feliz a otros cuando no es feliz consigo misma.

Búsqueda de aprobación: necesidad de ganar la aprobación de los demás, (especialmente de la madre) acostada de desarrollo de su propia identidad. Le es muy importante lo que la madre piense de ella como persona, mujer, hija, hermana, novia.

Estrategia compensatoria: Estudiar excesivamente para ocupar su mente

Estrategia mantenedora: discusiones con la madre. Siente que la madre no la ama y la rechaza.

Situación 1

Su madre le dice que esa prenda que

Situación 2

Al participar en clase algún compañero se

Situación 3

Su amigo le dice que debe expresar más sus

Pensamiento Automático

“nunca puedo agradarle”
“nada me podrá amar como quiero”

Pensamiento Automático

“soy diferente”
“soy la burla”
“me rechazan”

Pensamiento automático

“me quedare sola”
“no soy normal”

Significado del P.A.

Desamor

Significado del P.A.

defectuosidad

Significado del P.A

Desamor
defectuosidad

Emoción

enojo, tristeza

Comportamiento

Evita volver a participar

Comportamiento

Decide no hablarle por el

FORMULACIÓN CLÍNICA

Paciente femenina de 22 años de edad, que presenta trastorno depresivo persistente (distimia) de inicio temprano, y un trastorno de personalidad límite con rasgos de personalidad dependiente. trastorno límite de la personalidad, el cual presenta como criterios de diagnóstico según el DSM V los siguientes :patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco o más de los siguientes hechos: esfuerzo desesperados para evitar el desamparo real o imaginario, patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación, alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo, impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios), comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas, inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado del ánimo (episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y rara vez, más de unos días), sensación crónica de vacío, enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira,

ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves . a su vez presenta rasgos de personalidad dependiente tales como: cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que le cuiden y apoyen, siente una preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

Trastorno depresivo persistente con las siguientes características: A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes: 1. Poco apetito o sobrealimentación. 2. Insomnio o hipersomnias. 3. Poca energía o fatiga. 4. Baja autoestima. 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones. 6. Sentimientos de desesperanza.

El cuadro afectivo con el que ingresa la paciente, se caracteriza por un estado de ánimo irritable, con rabia, tristeza, desesperanza, sentimiento de vacío, y episodios de llanto. Así mismo, presenta respuestas ansiógenas como incapacidad para relajarse, palpitaciones, aceleración del ritmo cardíaco y molestias estomacales. Refiere que a lo largo del tiempo su madre decidió confesarle que su padre la había rechazado desde su concepción, y que por tal motivo la abandono y no regreso más, lo cual le produjo tristeza hasta entonces, y cada vez que lo recuerda. Refiere que hace 4 años cuando fue víctima de bullying por parte de sus compañeros en el bachillerato, presento un ataque de pánico, con la sensación de no tener el control sobre si misma además de dificultad para respirar. De igual manera manifiesta despertarse por las noches, donde recuerda el bullying del cual fue víctima en el bachillerato. Así mismo cogniciones como “se burlaban de mi” “nadie me quería” me hacían bullying por rara” “no me respetaban” “merecía más respeto”, refiere

que dichas cogniciones le producían llanto y una profunda tristeza, y que además se le aceleraba el corazón, con molestias estomacales. paralelo a esto, manifiesta ser parte de una familia disfuncional, en la que siempre desde muy temprana edad, ha presenciado peleas entre los mismos. Manifiesta que actualmente, y con el paso de los años, las constantes peleas han sido peores, donde se agreden físicamente. Dicha situación, hace que se genere en ella mucha ansiedad manifestadas en sintomatología tales como; aceleración del ritmo cardiaco, molestias estomacales, e incapacidad para controlarse. Esto tiene como consecuencia que su estado de ánimo se altere, lo cual se ve reflejado al momento en que después de la pelea surgen cogniciones tales como; “no poder tener una bonita familia, siempre los encuentro agrediendo y discutiendo”, lo cual la hace sentir muy triste y desganada. Manifiesta, que en conjunto a nivel interpersonal presenta dificultades en cuanto a la manera de convivir y relacionarse con sus amigos. Refiere que han mencionado en muchas oportunidades, a modo de críticas, que la manera en que ella se dirige hacia ellos es bastante agresiva. Y que, además, al momento de actuar también muestra su agresividad con ellos. Estas críticas, causan sentimiento de tristeza, y refiere que al momento de oír sus comentarios tiene cogniciones como: “seguro me dejarán de hablar” “no querrán ser más mis amigos”, con respuestas ansiosas fisiológicas como; aceleración de ritmo cardiaco, y dolor estomacal. Además de esto, asegura que se siente muy triste antes sus criticas lo cual la hace sentir desganada y en ocasiones presenta llanto.

Dado lo anterior, se identificaron 3 problemas en el caso de CO, siendo P1 alteración del estado del ánimo de tipo depresivo, P2. Desregulación emocional, P3 dificultades en las relaciones intrafamiliares e interpersonales, que muestran relación de la siguiente manera: Tanto P1 P2 y P3 muestran una relación anidada, de manera que cada

problema se alimenta entre sí. al momento de deprimirse por las peleas que tiene con sus amigos ante las críticas hacia la agresividad que manifiesta al dirigirse, hace que tenga pensamientos “seguro me dejarán de hablar” “no querrán ser más mis amigos”, donde refiere que al momento de las criticas siente molestias estomacales y aceleración del ritmo cardiaco. Manifiesta que a modo de consecuencia se siente muy triste y desganada. Refiere sentirse ansiosa al no hablarse algunos días con sus amigos por las peleas que se presentan, manifestando dolores estomacales. Así mismo, estas discusiones influyen de manera negativa en sus relaciones de amistad, lo cual le genera preocupación, presentando sintomatología ansiosa, como dolor estomacal y aceleración de su ritmo cardiaco. En conjunto, a modo familiar, presenta constantes discusiones con los integrantes de su familia especialmente con su madre, dado que la madre es altamente crítica y la juzga. Lanza comentarios que para ella son ofensivos como; “porque eres tan rara”. Refiere que su madre la agrede física y verbalmente pegándole cachetadas, justificando su agresión en que CO le ha faltado al respeto. Esto, genera un impacto en su ánimo haciéndola sentir deprimida después de las peleas, con sentimientos de minusvalía y agotada; a tal punto de tener cogniciones de muerte como “quiero morir” “desearía desaparecerme” “como seria si no existiera”. Refiere, además, que a consecuencia de las discusiones vuelve a sentirse irritada y deprimida lo cual hace su relación tensa y conflictiva. Refiere que siempre en las discusiones se le acelera el corazón, y que también presenta dolor en el estómago. A su vez refiere que, en las noches, en ocasiones se despierta y piensa en las discusiones que tiene con su familia donde la madre la agrede físicamente, y que, a su vez, recuerda la situación de bullying de hace 4 años, donde la agredían verbalmente y se burlaban de su aspecto.

Esto la hace sentir ansiosa, con molestias estomacales al recordar y refiere sentir profunda tristeza por las situaciones que ha tenido que vivir.

Paralelo a esto, y refiriéndonos al origen de sus problemas; se evidencia a lo largo de la historia de CO, un conjunto de factores a modo de; factores predisponentes, factores desencadenantes, distales y proximales, que le dan sentido y explicación a su situación actual. Biológicamente reporta un cuadro depresivo por parte de la madre, lo cual le causa vulnerabilidad a nivel biológico a la depresión. Además de ansiedad, ya que manifiesta que la madre presentaba ansiedad al momento de su gestación, por el abandono de su esposo.

Desde su concepción, la paciente fue rechazada y abandonada por su padre, y donde más adelante experimento situaciones de rechazo por parte de su madre, ya que refiere que siempre ha pensado que la no aceptación de su madre, es un sinónimo de rechazo. Refiere haber experimentado el abandono por parte de la madre, al momento de nacer su hermana con síndrome de Down, ya que su madre le quito la atención y la desplazo hacia su hermana menor. Para ella, esto fue interpretado como un abandono. Además de esto siguió experimentando situaciones de rechazo social, por parte de sus compañeros de colegio en la época del bachillerato. Las constantes críticas, juicios de valor, comentarios despectivos, y burlas, la hacían sentir rechazada, e irrespetada. Manifiesta experimentar un tercer abandono por parte de su mejor amiga, quien después de participar por mucho tiempo en las burlas y críticas, le manifestó no sentirse a gusto siendo su amiga. Refiere haberse sentido dolida y que no podía vivir sin ella. Según (young, 1989), aparece el esquema mal adaptativo temprano (entrampamiento) que refiere a una excesiva implicación y cercanía emocional con personas significativas a expensas de una individuación completa o un

desarrollo social normal. Con frecuencia implica la creencia de no poder o ser feliz sin el apoyo constante de la otra persona. Ser víctima de bullying no fue una situación sencilla y soportable, su intolerancia al malestar, y la incapacidad para manejarlo, la llevaron a autolesionarse las piernas por medio del cutting (cuchilla). Cabe resaltar que esta situación afectó su autoimagen, y autoestima, ayudando a la manifestación también, de respuestas fisiológicas producidas por las experiencias vividas, tales como; temblor de manos, dolor estomacal, nervios, palpitación, aceleración del ritmo cardiaco entre otras. Esto también permitió la configuración de sus esquemas de abandono, vulnerabilidad al daño, a la crítica, esquema de rechazo, desconfianza/ abuso. Refiere que estas situaciones alteraban su estado de ánimo, presentando episodios de profunda tristeza, donde manifiesta haberse sentido desesperanzada y sin ganas de volver al colegio, y que tiempo después aparecían ideas con respecto a la muerte, donde manifiesta haber sentido más de una vez ganas de suicidarse. Refiere jamás haberlo intentado porque no quisiera ver a su madre sufrir por ella, según (Abramson, 1989) refiere que, en la teoría de la desesperanza, las personas que poseen estilos inferenciales negativos (vulnerabilidad), poseen mayor riesgo que las personas que no exhiben dichos estilos para desarrollar síntomas depresivos especialmente desesperanza. Y que a sí mismo, tendrá patrones inferenciales adaptativos como: 1. Tendencia a inferir estables y globales causan los sucesos negativos. 2 tendencia a inferir que los sucesos negativos presentes serán también futuros, 3. Tendencia a inferir características negativas sobre si mismos, cuando ocurren sucesos negativos. Así mismo, se presentaron episodios de llanto en algunos días al recordar la situación. CO, imaginaba que todo quien se acercara a ella, seria con intención de dañarla o burlarse de su aspecto y actitudes, a tal modo de

culpase por ser así. Teniendo esto en cuenta, desarrolla una desesperanza aprendida (Seligman, 1975).

Teniendo en cuenta lo anterior, CO va generando una vulnerabilidad cognitiva a la depresión que desde (Beck,1963) según la triada cognitiva que el propone, presenta los 3 componentes que son: visión negativa de sí mismo, tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa, y visión negativa del futuro, dado que, de este modo, percibe al mundo como dañino y amanzánate además de sentirse vulnerable, lo cual esto último le da respuesta a su sintomatología ansiosa.

Por tal motivo y debido a lo anterior, se instauran los esquemas, que a tal punto hoy manifiesta tales como: Esquema de abandono, desconfianza y abuso, vulnerabilidad al daño y a la crítica, insuficiente autocontrol/autoindisciplina subyugación y Creencia de desamor: siempre me abandonará, mi madre jamás podrá amarme, no agrado a nadie, soy defectuosa, no me respetan, soy vulnerable, estoy fuera de control la subyugación está a merced de los demás. . Así como también se han mantenido o reforzado por las experiencias que ha vivido a lo largo de su historia en sus relaciones familiares, y sociales (amistades). Cabe mencionar que ante sus relaciones familiares y con sus amistades, mostro conductas de subyugación en donde siempre estaba a merced del otro y dejaba en segundo plano sus necesidades para suplir la de los demás, para no ser abandona y ser amada. Esta conducta fue aprendida por modelamiento de la figura materna por modelamiento, según Bandura (1969), la mayor parte de la conducta humana se aprende por observación mediante modelado. La cual consiste en que el sujeto observe la conducta de un modelo y la imite, para adquirir nuevos patrones de respuesta, fortalecer o debilitar respuestas, y facilitar la ejecución de respuestas ya existentes en el repertorio conductual del sujeto. Así mismo, la

conducta agresiva de los niños, que es reforzada por sus padres es la que tiene mayor tendencia a repetirse. (Ana Mate, 2018). la aprobación de su madre es la más importante, este motivo hace parte de las discusiones que se presentan entre ellas además de las discusiones por cualquier motivo que presenta con la familia. Su familia se caracteriza por tener un estilo de comunicación agresivo, en donde desde temprana edad, de acuerdo a su historia, refiere recordar las discusiones agresivas entre su abuela y la mamá, y también años después entre su padrastro y la madre. Refiere que en situaciones con su familia y amigos se muestra empática, con capacidad de hacer cumplidos, entablar conversaciones, dar explicaciones o dar respuestas pero que su estilo de comunicación se muestra agresivo, y que varias veces sus amigos le han expresado que es muy tajante y se muestra grosera ante maneras de actuar y responder.

Actualmente a causa del estilo de comunicación aprendido de su núcleo familiar, presenta una alteración de las habilidades sociales manifestadas en un aumento de la conducta asertivo agresiva. Las personas con este estilo de comunicación expresan los sentimientos y opiniones de una manera inapropiada, que viola las de los demás; sus consecuencias suelen ser negativas, incluyendo una notable tensión en las relaciones interpersonales o la evitación de futuros contactos. (Mangione, 2002). Así mismo, el asertividad es una parte importante y esencial de las habilidades sociales que reúne las actitudes y pensamientos que favorecen la autoformación como personas y la defensa de los derechos propios con respeto, es decir, sin agredir y ser agredido. (Caballo, 2002). Según lo anteriormente mencionado, podemos concluir, que este estilo agresivo por el cual CO se comunica, lo hace a modo de sobrecompensación, defender sus derechos, sus ideas,

su postura, su opinión, y no dejar que la agredan, con el fin de protegerse para que no le causen daño de igual manera como cuando fue víctima de bullying en el colegio, y así mismo en su contexto familiar pese a las discusiones las cuales desde temprana edad se ha visto expuesta.

A modo de síntesis, tratándose de una paciente de alto riesgo, y su alteración emocional, y pese a sus trastornos actuales, la intervención dentro del proceso terapéutico es vital para su estabilidad, así como de su bienestar e integridad física, no solo para prevenir que la ideación suicida se lleve a cabo, los impulsos de conductas autolesivas (cutting) aparezcan nuevamente y se agraven, se agrave su trastorno afectivo sino también para prevenir a futuro que se instaure un trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad, y otros trastornos de la personalidad.

Conceptualización diagnóstica

Diagnostico principal:

300.4 (F34.1) trastorno depresivo persistente (distimia) de inicio temprano, con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual leve.

301.83 (F60.3) Trastorno límite de la personalidad con rasgos de personalidad dependiente.

V61.20 [z62.820] Problema de relación entre padres e hijos.

Se identifica trastorno depresivo persistente (distimia) de inicio temprano, con episodias intermitentes de depresión mayor con episodio actual leve; que según el DSM V se caracteriza por estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. Presencia durante la depresión, de dos (o más) de los siguientes síntomas: poco apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnias, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Así mismo, durante el periodo de dos años de alteración del individuo, nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

No se diagnostica un trastorno depresivo mayor, ya que de acuerdo a las manifestaciones de la paciente y al indagar los episodios previos, se encuentra que viene con sintomatología depresiva relacionada con los criterios del numeral B, del trastorno depresivo persistente, desde hace aproximadamente dos años.

Se hace el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad con rasgos de personalidad dependiente. Los cuales, según los rasgos de la personalidad límite tiene como criterios para el cumplimiento del diagnóstico los siguientes: patrón de inestabilidad de las

relaciones interpersonales, de autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco o más de los siguientes hechos: esfuerzo desesperados para evitar el desamparo real o imaginario, patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación, alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo, impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios), comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas, inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado del ánimo (episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y rara vez, más de unos días), sensación crónica de vacío, enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira, ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves .

Se hace la identificación de este diagnóstico ya que la paciente asegura sentir una alta dominancia de inestabilidad de las relaciones interpersonales y su autoimagen. Así mismo de impulsividad intensa, y manifiesta empezar a presentarlo exactamente a los 5 años.

El trastorno de la personalidad límite a menudo se presenta junto con trastornos depresivos o bipolares. Cuando se cumplen los criterios para ambos, pueden diagnosticarse los dos. Debido a que la presentación el trastorno de la personalidad límite puede ser transversalmente similar a un episodio de un trastorno depresivo o bipolar, también está relacionado con otros trastornos de la personalidad, cambio de la personalidad debido a otra

afección médica, trastornos por consumo de sustancias y problemas de identidad. De los posibles trastornos relacionados, después del análisis y la evaluación pertinentemente realizados no se encontraron criterios cumplidos para realizar un posible diagnóstico de estas.

Tabla 14. Diseño de Intervención

Estabilizar el estado de ánimo de tipo depresivo	Debatir PA: “soy la burla” “me rechazan” “estoy diciendo bobadas”.	Reestructuración cognitiva: debate socrático.	1y2	80%/100- disminuya a 20-30%
	Decrementar creencias relacionadas con necesidad de amor y aprobación, esquema de rechazo, abandono, vulnerabilidad al daño y a la crítica.	Técnica de relajación (Respiración abdominal) (Relajación progresiva).	2y3	Nivel de credibilidad: 80% 100% Disminuya a: 50% 60%
	Expresar y controlar adecuadamente las emociones de rabia, enojo, tristeza.	Entrenamiento en identificación, reconocimiento y expresión de las emociones (rabia, enojo, tristeza)	4	Disminución de intensidad de la tristeza de 8/10 a 2/10 Disminución de intensidad de la rabia de 8/10 a 2/10 Disminución de enojo y tristeza. Disminución de intensidad de la tristeza de 8/10 a 2/10
		Técnica del ABC de la conducta Entrenamiento en respiración abdominal		
	Establecer la Relación emociones-pensamiento y conducta.	entrenamiento afecto)	5	Disminución de intensidad de la irritabilidad de 8/10 a 2/10
	Entrenamiento en el manejo de sus emociones de tristeza e irritabilidad.	Psicoeducar a la paciente en la importancia de hacer ejercicio, y dormir bien.	5	Lograr que la paciente establezca vínculos afectivos sanos.

	Decrementar los episodios frecuentes de llanto.		6	Lograr modificar su estilo de comunicación agresiva, a comunicación asertiva
	2 disminuir insomnio, y controlar la sobrealimentación	Entrenamiento de habilidades sociales y	7	Que la paciente logre realizar actividad física
Disminuir su desregulación emocional	Entrenamiento en manejo de ansiedad en situaciones de estrés. Disminuir las respuestas ansiógenas a nivel fisiológico	Respiración abdominal y progresiva	9	Que la paciente logre realizar una correcta respiración, y que sea correctamente utilizada en situaciones de crisis.
	Debatir pensamientos automáticos que generan ansiedad “soy rara y loca” “soy diferente a los demás”	Debate socrático modificación de pensamientos automáticos.	10, 11	Nivel credibilidad: 80%/100- disminuya 20-30%
	Entrenamiento en regulación emocional	Identificar la emoción y expresarla. Rol play	12,13	
	Decrementar los episodios de ansiedad Psicoeducar a la paciente sobre que sucede en nuestro cuerpo a nivel fisiológico frente a la ansiedad	Respiración abdominal y progresiva	14	Que la paciente logre realizar una correcta respiración, y que sea adecuadamente utilizada en situaciones de crisis. Que la paciente logre entender sus respuestas fisiológicas, porque suceden y así tomar el control de ellas.
Mejorar las relaciones intrafamiliares e interpersonales	Debatir el pensamiento automático “mi mamá no me quiere” Decrementar la conducta de evitar la emoción.	Debate socrático Identificar la emoción y expresarla.	15	80%/100- disminuya a 20-30%

	Disminuir la sensación de vacío e infelicidad.	Role play	16	Nivel de las emociones: 80%/100- disminuya 20-30%
	Instruir en una correcta respiración en medio en medio de la aceleración del ritmo cardiaco	Poner en práctica en casa herramientas para una comunicación asertiva	17	
	Mejorar la relación madre e hija	Entrenamiento en asertividad y role play	18	
Prevención de recaídas Y seguimiento	Debilitar las ideaciones suicidas y conductas autolesiones.	Debate socrático	19	Debilitar la ideación suicida de 80/100 a 50/100
	Trabajar relación con la figura materna.	Realizar sesiones juntas	20	Lograr que madre e hija forjen sus lazos afectivos
	Trabajar el apoyo de la familia en el periodo de recuperación y tratamiento.	Debate socrático modificación de pensamientos automáticos.	21	Nivel credibilidad: 80%/100- disminuya 20-30%
	Prevenir que se instaure un trastorno depresivo mayor	Monitorear cada 15 días	22	

7. DESCRIPCION DETALLADA DE LAS SESIONES

A continuación, se realizará una descripción detallada de algunos fragmentos de las sesiones realizadas en el transcurso del tratamiento. Es importante resaltar que, las primeras sesiones del proceso terapéutico fueron las más complicadas en cuanto al establecimiento de la alianza terapéutica, ya que a la paciente se le dificultaba depositar la confianza en el terapeuta, además de ser intermitente.

Sesión 14

Objetivo de la sesión: Generar empirismo colaborativo con el objetivo de elaborar hipótesis y tareas de forma conjunta y someterlas a la evidencia científica.

Descripción de la sesión: Se establece acuerdo entre las tareas se hace la revisión si la tarea ha sido detalladamente explicada y posteriormente comprendida por la paciente, con la finalidad de que sea puesta en práctica.

Transcripción de la sesión:

Terapeuta: Después de lo que hemos conversado en esta sesión, con respecto a las discusiones que se han presentado entre tú y tu madre durante esta semana, ¿qué pensamientos se han activado o que ideas han surgido?

Paciente: “Que mi mamá y yo no podremos mejorar nuestra relación, que me rechaza, que me juzga, que nunca seré suficiente para ella”.

Terapeuta: Te entiendo. ¿Y eso como te hace sentir?

Paciente: “Me hace sentir enojada, triste y vacía”.

Terapeuta: ¿Y cuando te sientes así, que haces?

Paciente: “Soy grosera con ella, me predispongo demasiado”.

Terapeuta: ¿Y eso como te hace sentir?

Paciente: “Triste y vacía”.

Terapeuta: ¿Notas como llegas al mismo punto de inicio?

Paciente: “¡He caído en cuenta!”

Terapeuta: La idea era que cayeras en cuenta de tus conductas, sentimientos y pensamientos que siempre llegan al mismo punto de inicio. ¿crees saber por qué pasa esto?

Paciente: “¿Porque no hago nada por solucionarlo?”

Terapeuta: Pienso que de esa forma sería desmeritar tu esfuerzo y el deseo de mejorar tu relación con tu madre, además de todos los intentos que has hecho. ¿Qué crees que este sucediendo, para que no logres solucionarlo?

Paciente: “Que realmente no sé cómo. Porque cuando estamos discutiendo todo es muy difícil y no puedo detenerme a pensar y me dejo llevar por mis impulsos”.

Terapeuta: Tranquila, no te preocupes. Entiendo que no sepas aun manejar esta situación, y que al momento de las discusiones te ganen tus impulsos. ¿A partir de la actividad de la sesión anterior y lo dialogado el día de hoy, que actividad o tarea crees que puedes realizar al respecto?

Paciente: “Pienso que podría aplicar la técnica de respiración abdominal que me enseñaste y más aún cuando este discutiendo con ella”.

Terapeuta: Perfecto. Pienso que el malestar que obtienes a raíz de las discusiones es un problema que no debe estar dirigido específicamente a discutir o no. Es decir, debemos trabajar en atacar el problema de base que se desprende de la intolerancia al malestar que se

produce en ti al discutir con tu madre. Me gustaría que, si se presenta en la semana otra discusión, y te genere malestar, tu pienses que el dolor emocional que estas sintiendo es inevitable e impredecible. Es inevitable porque viene de tu mamá y ella te importa. Por lo tanto, te dolerá. Te daré un ejemplo que quiero que lleves presente: nunca sabrás cuando puede picarte una abeja, y si ocurre deberás tolerar el dolor un tiempo. Hasta que apliques alguna pomada que lo resuelva. Es decir, debemos tratar de aceptar las emociones. Junto con la actividad de respiración, me gustaría que trabajaras en distraerte con lo que más te guste, y afrontar. ¿está clara la instrucción?

Paciente: “¿Sí, pero a que te refieres con afrontar?”

Terapeuta: Esta es la más difícil porque implica solucionar el problema que te afligió. Debes tratar de enfocarte en el problema, mas no en la emoción. En este aspecto me gustaría que una hoja plantearas dos preguntas con sus respectivas respuestas. ¿de qué trata el problema? ¿Cuál es la opción más saludable? . ¿fué clara la explicación?

Paciente: “Me gusto esa actividad. Pienso que es muy reflexiva”.

Terapeuta: Ok. Espero que puedas ver tus propios avances con la actividad. Nos vemos la próxima sesión.

Sesión 21

Objetivo de la sesión: Motivar e identificar el motivo de inasistencias frecuentes a consulta de la paciente y por medio de la entrevista motivacional, generar motivación para continuar en el proceso.

Descripción de la sesión

Se indagará si hay algo que le esté sucediendo a la paciente que le genere malestar o incomodidad que respalde la inasistencia. Por otra parte, se encontrará la explicación que reporta la paciente por sus fallas no justificadas a las sesiones, además de no atender al correo.

Terapeuta: Debo resaltar que se han mostrado ciertos avances dentro de tu proceso de terapia, además de evidenciarse compromiso, se de tus deseos de cambiar, que estás haciendo tu mayor esfuerzo y eso me agrada. ¿De acuerdo a eso, me gustaría saber cómo te estas sintiendo actualmente con el proceso?

Paciente: “Si, yo me he sentido bien” sé que me he ausentado, y lo siento. Estuve pensando que hablar de mi vida y recordar el bullying y las situaciones dolorosas que he vivido me generan malestar. Me da miedo recordarlas y siento dolor”.

Terapeuta: Tranquila, te entiendo. Creo que recordar esas situaciones cargadas de ese malestar que percibes, no quieres volver a experimentarlo. además, de sentir dolor y miedo. Lo importante es que estas hoy aquí y puedes explicarme como te sientes, mi pregunta era con el fin de comprenderte porque me interesa saber qué piensas y poderte colaborar.

Paciente: “Gracias, sé que lo hemos hablado, pero para mí es difícil.

Terapeuta: Claro, yo comprendo. ¿Por qué crees que sea difícil para ti?

Paciente: “Ante todo quiero aclarar que no es por ti, o porque no confié en ti. Tu eres mi guía en estos momentos y me siento bien. ¿Lo que sucede es que, a veces, por ejemplo, discuto con mi madre antes de venir aquí, y no me siento dispuesta me entiendes? Otras veces, porque hablar de mi pasado es triste.

Terapeuta: ¡Claro que te entiendo! Pero, ten siempre presente que este es tu espacio, el lugar donde puedes desahogarte libremente y ser tu. Piensa que cada vez que hablas de

cómo te sientes, te liberas, te descargas. Recuerda que hablar de los dolores del pasado ayudan a sanar.

Paciente: “Tienes toda la razón! ¿Sabes? A pesar de que lo sé, debería recordarlo más a menudo. Yo estoy aquí por mí y para mí, y que si no lo expreso jamás podré trabajar sobre ello. ¿No crees?”

Terapeuta: ¡También lo creo! Qué bueno que hayas podido darte cuenta. ¿Quisiera saber, como te sientes en este momento?

Paciente: ¡Me siento mucho mejor! Trataré de reportar mi inasistencia en caso tal no pueda llegar a tiempo o asistir, además de estar más atenta al correo.

Terapeuta: me agrada que podamos dialogar al respecto y aclarar nuevamente algunos aspectos. Es importante ya que, de ambas partes la comunicación es esencial para llevar un buen proceso juntas y entendernos. De igual forma, hemos hablado que si en algún momento te sientes incomoda o tienes dudas, puedes comunicármelo con toda la confianza, que yo estaré para ayudarte.

Paciente: ¡Gracias!

Sesión 22

Objetivo de la sesión: Motivar a la paciente en la etapa de cambio de preparación, para que pase a la etapa de cambio de acción. Para ello, se expondrán las ventajas de realizarlo a partir de un artículo de depresión. Además, se realizará la técnica de dominio y agrado, con el fin de que la paciente muestre por medio de la puntuación su agrado con respecto a la actividad realizada, y posterior a esto psicoeducar.

Descripción de la sesión: Se analizan los beneficios de realizar actividad física con el objetivo de facilitar su objetivo de etapa de cambio, de preparación- acción de mantener su hábito de vida saludable. Se presenta artículo científico.

Transcripción de la sesión:

Terapeuta: ¿Ok, me dices que no piensas que hacer ejercicio ayude a mejorar tu estado de ánimo depresivo?

Paciente: “Sí. Pienso que de ninguna manera podría ayudar. ¿Qué tiene que ver el ejercicio con la depresión? No entiendo cómo podría hacer ejercicio si precisamente la depresión no me deja a veces estar motivada para realizar actividades”.

Terapeuta: Entiendo lo difícil que debe ser manejar a diario ese estado anímico. Cuando uno está deprimido precisamente no tiene ganas de hacer actividad física, lo que sucede es que, si estamos a la espera de realizar algo por voluntad, jamás lo haremos, ya que, la depresión interfiere en realizar nuestras actividades cotidianas con normalidad. Para que entiendas mejor, tengo para ti el día de hoy, un artículo científico que nos muestra cómo la depresión puede ser combatida por realizar actividad física, y que tan bueno puede ser para nuestra salud.

Paciente: “Tendría que ser una buena explicación o motivo para que me pueda decidir”

Terapeuta: Ok. Revisemos la información basada en un artículo de revista. Esto es basado en investigaciones que le dan validez y confiabilidad a la información que te suministraré. Según las investigaciones, los individuos con síntomas depresivos tienden a

tener menores niveles de actividad física a causa de la falta de interés y motivación para unirse a las actividades que pudieran ayudar a sobrellevar las actividades de la vida diaria, por lo que conlleva un estilo de vida sedentario. Sin embargo, está demostrado que este tipo de personas al tomar la iniciativa de adquirir el hábito de realizar actividad física y cambiar su estilo sedentario a saludable mejora considerablemente el estado de ánimo. Además, cabe mencionar que el estado físico y mental van de la mano y si se fortalece uno, el otro queda beneficiado. Al realizar actividad física, en nuestro cerebro, se liberan unas moléculas como dopamina, serotonina y noradrenalina. Ellas, están implicadas en la regulación de emociones, por lo que la práctica de ejercicio físico de forma constante, puede ayudar a prevenir y aliviar síntomas de depresión.

Paciente: “ Wow! ¿Todo eso causa hacer ejercicio? Creo que me resistía a la idea, porque no encontraba relación entre uno y el otro, pero ahora que se, pienso que puedo intentarlo”.

Terapeuta: Me agrada que hayas dado cuenta. Noto que, la lectura ha sido de gran ayuda para motivarte. ¿Crees que podrías practicarlo inicialmente 3 veces a la semana durante 20 minutos?

Paciente: “Estoy segura que sí, quiero ponerlo en práctica para evidenciar cambios en mi”.

Terapeuta: Ok. Quisiera que, al momento de realizar la actividad física, cualquiera de tu elección, trates de darle un puntaje del 0 al 5, donde cero es poco, y cinco es mucho. Esto es, con la finalidad, de que puedas valorar el dominio y el placer que te causa dicha actividad. ¿Qué te parece?

Paciente: “Me gusta la actividad, no puedo esperar ponerla en practica teniendo en cuenta lo que aprendí del artículo”.

Terapeuta: ¡Estoy segura que lo harás muy bien.!

Sesión 24

Objetivo de la sesión: Establecer acuerdos en la asignación de tareas.

Descripción de la sesión: se establece acuerdo entre las tareas se hace la revisión si la tarea ha sido detalladamente explicada y posteriormente comprendida por la paciente.

Trascripción de la sesión:

Terapeuta: Después de lo que hemos conversado en esta sesión, con respecto a las discusiones que se han presentado entre tú y tu madre, ¿qué crees que deberías hacer como tarea para esta semana?

Paciente: “Creo que negociar o acordar con mi mamá, que cuando estemos hablando respetemos la palabra y sin alzar el tono de la voz, por ejemplo. Ya que por eso es que se inician las discusiones”.

Terapeuta: Estoy de acuerdo con esa tarea. Muy bien, te felicito. Me gustaría que al poner en práctica el ejercicio, estuvieras muy atenta a los cambios que se presenten.

¿Logras comprender lo que digo?

Paciente: ¿te refieres a que ponga atención a cómo reacciona mi mamá y como se torna nuestro dialogo al respetarnos la palabra y no gritarnos?

Terapeuta: veo que has comprendido muy bien el ejercicio. ¿Estás de acuerdo?

Paciente: “claro que si”

Terapeuta: Ok. Entonces, podrías decirme ¿qué ventajas crees que puedes obtener realizando esta actividad?

Paciente: “Mmm, pienso que aprender. Aprender a comunicarme con asertividad y más respeto. Y a partir de allí, enseñarle también a mi madre. Ella también debe aprender no solo yo”.

Terapeuta: Estoy de acuerdo en que ambas pueden aprender. La comunicación se da entre dos o más personas. Pienso que si realizan el ejercicio pueden obtener buenos resultados.

Paciente: Gracias Daniela. Ya quiero intentarlo.

Sesión 23

Objetivo de la sesión: Definir cuál es la conducta de la madre que desmotivan a la paciente a mejorar la relación.

Descripción de la sesión: se indaga que sucedió en la última semana con respecto a las discusiones que tiene con la madre y como podría sentirse más motivada frente a dicha situación.

Transcripción de la sesión:

Terapeuta: ¡me place verte nuevamente! ¿Cuéntame que novedades han surgido en la última semana?

Paciente: “me gusta estar hoy aquí. Ya me hacía falta. Te contare que he tratado de llevarme bien con mi madre y lo sabemos, pero es inútil, no funciona. Ella es muy dura conmigo.

Terapeuta: cuando dices que tu madre es dura contigo, ¿a qué te refieres?

Paciente: ella suele ser ofensiva muchas veces, para ella las cosas nunca las hago bien como ella quiere, ¡no valora mis esfuerzos! Me refiero a que, yo intento mejorar mi relación con ella y ella me critica hasta por querer mejorar.

Terapeuta: Te entiendo. Estoy segura que con el tiempo lo vas a lograr. Pienso que deberías intentarlo de nuevo, para que logres entender su punto de vista. ¿quisiera saber cómo te sientes al respecto?

Paciente: Me siento desmotivada, porque mi esfuerzo por mejorar la relación con mi madre no funciona.

Terapeuta: ¿qué crees que deberías hacer al respecto?

Paciente: pienso que, debería intentarlo y tratar de comprenderla. Pienso que no la comprendo del todo o lo suficiente para que la relación mejore.

Terapeuta: me parece una buena decisión.

Paciente: en ocasiones pienso que me hace falta tomar la iniciativa y expresarme. Yo a veces espero que ella me diga o haga cosas que, realmente no tendría como saberlas que las quiero. ¿Entiendes?

Terapeuta: Entiendo. Siempre es bueno comunicarse con el otro y manifestarle como nos sentimos. Así cumples con tu parte y ya queda de parte de la otra persona, si decide optar por dialogar o no.

Paciente: si, pienso que no le doy la oportunidad a ella de saber, y tampoco me la doy a mí misma de expresarme con mi propia mamá.

Terapeuta: si, pienso que ambas merecen la oportunidad. Pienso que, partiendo de allí, se pueden lograr grandes cambios. ¿No te parece?

Paciente: me parece, yo empezaré a poner en práctica algo tan sencillo, pero, tan complicado como es comunicarse.

Terapeuta: así evitas suponer o sacar hipótesis. Hemos hablado en otras sesiones que, por suponer acerca de lo que ella piensa o diría de ti, te predispone y te hace sentir triste, ¿no?

Paciente: así es. Todo lo que quiero es trabajar para mejorar, incluso con ella.

Terapeuta: lo sé, y te felicito por el empeño que has demostrado por mejorar.

Sesión 19

Objetivo de la sesión: Identificar las cogniciones asociadas a las situaciones conflictivas con su madre.

Descripción de la sesión: Se indaga que sucedió en la última semana con respecto a las discusiones que tiene con la madre y como podría sentirse más motivada frente a dicha situación.

Transcripción de la sesión:

Terapeuta: ¡Me place verte nuevamente! ¿Cuéntame que novedades han surgido en la última semana?

Paciente: “Me gusta estar hoy aquí. Ya me hacía falta. Te contare que he tratado de llevarme bien con mi madre y lo sabemos, pero es inútil, no funciona. Ella es muy dura conmigo”.

Terapeuta: Cuando dices que tu madre es dura contigo, ¿a qué te refieres?

Paciente: “Ella suele ser ofensiva muchas veces, para ella las cosas nunca las hago bien como ella quiere. ¡no valora mis esfuerzos! Me refiero, a que yo intento mejorar mi relación con ella y ella me critica hasta por querer mejorar”.

Terapeuta: ¿Cuándo dices que es ofensiva, a que te refieres?

Paciente: “Me refiere a que me dice palabras ofensivas”.

Terapeuta: ¿Podrías darme un ejemplo de cuáles?

Paciente: Sí, por ejemplo: “eres rara y loca”, “siempre vives con cara como si alguien te estuviera persiguiendo”, “no eres normal”.

Terapeuta: Entiendo. ¿Y eso, como te hace sentir?

Paciente: “Enojada, triste”.

Terapeuta: Ok, ¿en algún momento lo han dialogado?

Paciente: “Sí. Y me hace sentir incomprendida. rechazada”.

Terapeuta: Te comprendo. ¿y eso, también se lo dijiste?

Paciente: “Pues no. Me apena”.

Terapeuta: Entiendo. ¿podrías decirme porque te apena?

Paciente: “Porque pienso que se va a burlar de mí”.

Terapeuta: Entiendo. ¿podrías identificar que otros pensamientos surgen?

Paciente: “Pues que también pensaría que soy tonta, que no me ama”.

Terapeuta: Ok. me dices que te apena decirle a tu mamá lo que sientes. Además, me dices que, si lo haces, piensas que ella se burlaría de ti, pensando que eres tonta, y que ella no te ama. ¿Podrías decirme, por qué piensas que se burlaría de ti?

Paciente: “Pues no sé. Yo solo lo pienso. Es más, creo que siempre que me molesto con ella cuando estamos discutiendo es a raíz de lo que pienso que ella dirá si decido hablar”.

Terapeuta: Ok, ¿y qué piensas de eso?

Paciente: “Pues que no está bien. Porque estoy suponiéndolo, lo sé”.

Terapeuta: Exactamente. ¿Qué piensas que podrías hacer entonces?

Paciente:” ¡Expresarle como me siento! Pero no sé cómo hacerlo sin pensar que se burlara de mi o que me vera como tonta”.

Terapeuta. Te entiendo y mucho. Se lo difícil que es para ti decirle tus intimo sentimientos a tu mama. Es natural, a veces nos cuesta decirles a nuestros padres como nos sentimos, pero pienso que expresar como nos sentimos ante una determinada situación, nos hace sentir mucho mejor.

Paciente: “Exactamente eso pienso”.

Terapeuta: Ok, ¿te gustaría que intentáramos simular la situación donde discutes con ella, y puedas decirle como te sientes?

Paciente:” Sería perfecto y de gran ayuda”.

Terapeuta: Ok, entonces yo jugare el rol de tu madre y tu actuaras siendo tú en esa situación, ¿quedo claro?

Paciente: “Super claro”.

Terapeuta: Por todas gritas, me parece que eres rara y loca. ¡Tienes comportamientos extraños que no son normales!

Paciente: “No me tienes que hablar así, respétame. Tú también tienes tus problemas y actúas raro y no te lo ando diciendo”.

Terapeuta: Ok. Hagamos un stop aquí. En este momento, ¿qué crees que deberías agregar?

Paciente: “Debería decirle como me siento porque de lo contrario seguiríamos discutiendo”.

Terapeuta: Muy bien te felicito. Volvamos al ejercicio.

Paciente: “Me gustaría decirte mama que esas palabras son ofensas para mí. Me hacen sentir poco amada, rechazada por ti. Me siento muy triste y enojada. No me respetas. Me gustaría tanto que nuestra relacion mejorara. Ya entendí que yo también debo comunicarte mis sentimientos y no suponer para así dejar de pelear. pero me gustaría que me pudieras entender y no juzgar”.

Terapeuta: Hiciste un buen trabajo. ¿Podrías decirme como te sientes?

Paciente: “¡Ufffff!, descargada! Ignoraba lo bien que podía sentirme con tan solo decirle lo que pensaba”.

Terapeuta: Crees que, ¿si existe una próxima vez, puedes intentarlo?

Paciente ¡” Claro que sí!”

Terapeuta: Te entiendo. Estoy segura que lo vas a lograr. Pienso que en una de las partes no recae totalmente la culpa. Pienso que se encuentra dividida esa responsabilidad, ya que la relación es de ambas. Es decir, ambas son responsables. Con esto no quiero decir, que no comprenda como te hace sentir el simple hecho de que tu mamá te haga señalamientos negativos. Sé que te duele y que te hace sentir triste.

Paciente: “Sí. Tienes mucha razón. Yo no había pensado en esto realmente y estoy segura que mi mamá ni idea tiene de cómo me hace sentir. ¿Cómo va a saberlo si no se lo digo? Esta todo más claro en mi cabeza. Sé que ella no debería decirme esas cosas, pero, también es cierto lo que dices, no solo ella tiene la culpa de las peleas. ¡Gracias por ayudarme!”

Terapeuta: ¡Es siempre con gusto! Recuerda que este trabajo es de colaboración entre tu y yo para salir adelante.

Paciente: “Pienso que tienes razón, debería intentarlo y tratar de comprenderla. Pienso que no la comprendo del todo o lo suficiente para que la relación mejore”.

Terapeuta: Me parece una buena decisión.

Sesión 20

Objetivo de la sesión: Generar empirismo colaborativo con el objetivo de elaborar hipótesis y tareas de forma conjunta y someterlas a la evidencia científica.

Descripción de la sesión: Se establece acuerdo entre las tareas se hace la revisión si la tarea ha sido detalladamente explicada y posteriormente comprendida por la paciente, con la finalidad de que sea puesta en práctica.

Trascripción de la sesión:

Terapeuta: Después de lo que hemos conversado en esta sesión, con respecto a las discusiones que se han presentado entre tú y tu madre durante esta semana, ¿qué pensamientos se han activado o que ideas han surgido?

Paciente: “Que mi mamá y yo no podremos mejorar nuestra relación, que me rechaza, que me juzga, que nunca seré suficiente para ella”.

Terapeuta: Te entiendo. ¿Y eso cómo te hace sentir?

Paciente: “Me hace sentir enojada, triste y vacía”.

Terapeuta: ¿Y cuándo te sientes así, que haces?

Paciente: “Soy grosera con ella, me predispongo demasiado”.

Terapeuta: ¿Y eso cómo te hace sentir?

Paciente: “Triste y vacía”.

Terapeuta: ¿Notas como llegas al mismo punto de inicio?

Paciente: “¡He caído en cuenta!”

Terapeuta: La idea era que cayeras en cuenta de tus conductas, sentimientos y pensamientos que siempre llegan al mismo punto de inicio. ¿crees saber por qué pasa esto?

Paciente: “¿Porque no hago nada por solucionarlo?”

Terapeuta: Pienso que de esa forma sería desmeritar tu esfuerzo y el deseo de mejorar tu relación con tu madre, además de todos los intentos que has hecho. ¿Qué crees que esté sucediendo, para que no logres solucionarlo?

Paciente: “Que realmente no sé cómo. Porque cuando estamos discutiendo todo es muy difícil y no puedo detenerme a pensar y me dejo llevar por mis impulsos”.

Terapeuta: Tranquila, no te preocupes. Entiendo que no sepas aun manejar esta situación, y que al momento de las discusiones te ganen tus impulsos. ¿A partir de la actividad de la sesión anterior y lo dialogado el día de hoy, que actividad o tarea crees que puedes realizar al respecto?

Paciente: “Pienso que podría aplicar la técnica de respiración abdominal que me enseñaste y más aún cuando este discutiendo con ella”.

Terapeuta: Perfecto. Pienso que el malestar que obtienes a raíz de las discusiones es un problema que no debe estar dirigido específicamente a discutir o no. Es decir, debemos trabajar en atacar el problema de base que se desprende de la intolerancia al malestar que se produce en ti al discutir con tu madre. Me gustaría que, si se presenta en la semana otra discusión, y te genere malestar, tu pienses que el dolor emocional que estas sintiendo es inevitable e impredecible. Es inevitable porque viene de tu mamá y ella te importa. Por lo

tanto, te dolerá. Te daré un ejemplo que quiero que lleves presente: nunca sabrás cuando puede picarte una abeja, y si ocurre deberás tolerar el dolor un tiempo. Hasta que apliques alguna pomada que lo resuelva. Es decir, debemos tratar de aceptar las emociones. Junto con la actividad de respiración, me gustaría que trabajaras en distraerte con lo que más te guste, y afrontar. ¿está clara la instrucción?

Paciente: “¿Sí, pero a que te refieres con afrontar?”

Terapeuta: Esta es la más difícil porque implica solucionar el problema que te afligió. Debes tratar de enfocarte en el problema, mas no en la emoción. En este aspecto me gustaría que una hoja plantearas dos preguntas con sus respectivas respuestas. ¿de qué trata el problema? ¿Cuál es la opción más saludable? . ¿fue clara la explicación?

Paciente: “Me gusto esa actividad. Pienso que es muy reflexiva”.

Terapeuta: Ok. Espero que puedas ver tus propios avances con la actividad. Nos vemos la próxima sesión.

8. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

Alianza Terapéutica

El constructor de alianza terapéutica desde la terapia cognitivo conductual, ha sido considerado como una variable no específica, ni técnica, ni instrumental, sino solo auxiliar de otras técnicas que, si producen cambio terapéutico como, por ejemplo: cuando la presencia del terapeuta reduce la ansiedad. (Gonzales, 2012). Por otro lado, Sterba (1934) destacó la importancia de la identificación positiva del paciente con su terapeuta en el logro de las distintas tareas terapéuticas. Dicho de otro modo, según lo destacado por Sterba (1934), para el trabajo con pacientes que padecen TLP, la alianza entre paciente- terapeuta es un vínculo importante, casi que sanador y que garantiza el éxito del tratamiento. En líneas generales, es así como la alianza terapéutica debe entenderse como un trabajo de equipo en el que tanto el psicólogo como el paciente se involucren y apunten al mismo fin como lo es: cambiar juntos.

En paralelo, Zetzel (1956) usó el término alianza terapéutica para referirse a la capacidad del paciente de emplear la parte sana de su yo en vincularse o unirse al analista en el cumplimiento de los cometidos terapéuticos. Por otra parte, Luborsky (1976), sugirió que la alianza entre terapeuta y paciente se desarrollaba en dos fases: a) la primera fase o alianza tipo I, sobre todo en el inicio de una psicoterapia, representa la percepción que el

paciente tiene del terapeuta como una persona que le ayuda y que le ofrece apoyo, en el marco de una relación cálida y afectuosa y b) la segunda fase o alianza tipo II, en fases posteriores del proceso psicoterapéutico, incluye el “capital” que destina el paciente a trabajar y colaborar conjuntamente con el terapeuta en las tareas propias del proceso (Andrade, 2005). Lo anteriormente expuesto, explica las diferencias que existen en distintos momentos del proceso de terapia, como lo es; inicial y final. Es por esta razón, que el terapeuta en la fase inicial debe optar por tener en cuenta el constructo de alianza terapéutica como aspecto vital a tratar durante esta fase. Así mismo, posteriormente establecido este constructo, apoyarse de estrategias, técnicas cognitivo- conductuales específicas y modificación de plan de trabajo, permitirá finalmente que se haya establecido. Además, propicia a que surja un espíritu colaborador en el paciente para trabajar conjuntamente con el terapeuta en las tareas propias del proceso.

No obstante, Gelso y carter, (1985) postula que la relación terapéutica se puede redefinir como aquel componente actitudinal y afectivo; que presenta tanto el consultante como el terapeuta de manera recíproca en terapia. Además, se puede entender como ese vínculo entre ambas partes implicadas en la terapia, el cual se establece y se desenvuelve mediante la interacción que se da en el proceso de intervención (Krause & Horvarth, 2011), (Etchevers, 2012). Es por ello, que ambas partes tanto paciente-terapeuta deben trabajar el componente actitudinal y afectivo, lo cual comprende el vínculo que se establece y posteriormente se desarrolla a lo largo del proceso.

Según lo planteado por este autor, analiza que dentro del proceso terapéutico con pacientes que padecen TLP, no es posible establecer una alianza terapéutica sin la presencia de componentes como: actitud-afecto por ambas partes, el cual, permite posteriormente que mediante la interacción con el paciente; se forje una relación de colaboración y apoyo, que consta de empatía, capacidad de escucha, autenticidad, contacto visual, motivación y confianza.

Trastorno Límite de la Personalidad

En ese mismo contexto, los pacientes con trastorno límite de la personalidad, han ganado cierta importancia a lo largo del tiempo como patología psiquiátrica ya que las características clínicas que lo componen, hacen que se torne difícil tratarles, ya que tienden a interrumpir los tratamientos y así mismo a recaer. En tal sentido, la importancia de establecer una relación terapéutica garantiza el éxito terapéutico al final de dicho proceso.

Aunado a esto, desde la TCC basado en el TLP, la alianza terapéutica está directamente relacionada con la adherencia al tratamiento, conllevando a que por la insuficiencia de la alianza entre terapeuta y paciente conlleve al abandono temprano del tratamiento. Diferentes estudios, han encontrado que se presentan dificultades significativas en la formación de la alianza terapéutica y los pacientes con trastorno límite de la personalidad.

Al respecto, Munroe, McLeary, Marziali, (1999), aseguran que estos pacientes con esta patología psiquiátrica poseen dificultades para establecer relaciones terapéuticas empáticas;

lo cual los hace percibir como hostiles y demandantes. El hecho de sostener una alianza terapéutica estable podrá auspiciar que el paciente con TLP persista en el tratamiento y adquiera progresos a nivel sintomático significativo, así como que logre crear una correcta adaptación con su medio o entorno. (Wiston, 1994); aun cuando en las etapas iniciales del proceso terapéutico, los pacientes con TLP se muestran resistentes al cambio durante la fase inicial del tratamiento. Por ello, una vez establecida la alianza entre paciente-terapeuta, facilita que el paciente se adhiera al tratamiento y adquiera avances significativos a nivel de sus cogniciones, conductas, hábitos, y estilos de afrontamiento; que como resultado permitirán motivarlo a permanecer en el proceso. Además, permitirá que el paciente logre percibir al terapeuta como un soporte que le brinda seguridad, confianza, comprensión colaboración, estabilidad, y apoyo.

Alianza terapéutica en los trastornos límites de personalidad

La revisión de Alexander, Feeney, Hohaus y Noller (2001) concluye que es válido considerar que algunas relaciones adultas son relaciones de apego. Las relaciones entre adultos y sus padres y, en psicoterapia, entre pacientes y terapeutas, es probable que presenten las propiedades de los vínculos de apego. El estilo de apego del paciente influye en los resultados y en el proceso terapéutico. Existen distintos estudios que examinan la relación entre el estilo de apego del paciente y los resultados en psicoterapia (Castonguay y Beutler, 2006).

Los resultados convergen en tres hallazgos importantes: los pacientes con apego seguro tienden a obtener mejores resultados; los pacientes con apegos preocupados o inseguros tienden a responder más pobremente; los pacientes con estilos de apego seguros obtienen más beneficio con tratamientos breves. Más recientemente, algunas investigaciones se han centrado en estudiar la relación entre el tipo de apego de pacientes adultos y la alianza terapéutica.

Gunderson (2002) plantea ciertas características necesarias que deben hallarse en un paciente como la motivación, la disposición psicológica, la capacidad para la introspección, una tendencia favorable para ver el problema en sí mismo y desear el cambio y la posibilidad de asumir la responsabilidad básica de su seguridad. Asimismo, propone aptitudes favorables de hallarse en un terapeuta como la experiencia, la formación y determinadas cualidades personales de carácter y actitud. Deben mostrarse responsables, audaces, alegres, receptivos y orientados hacia la acción.

En esta línea, Gunderson (2002) desarrolla tres formas de Alianza Terapéuticas que se dan de forma consecutiva durante la terapia. En primer lugar, ubica la Alianza Contractual la cual hace referencia al acuerdo inicial entre el paciente y el terapeuta en cuanto a los objetivos terapéuticos y a su papel en la consecución de éstos, dicha forma de alianza se puede observar en la Fase I.

En segundo lugar, ubica la forma relacional, dimensión afectiva y empática, en la cual el paciente considera que el terapeuta es atento, comprensivo, auténtico y amable, y se

corresponde con la Fase II. En tercer y último lugar, ubica a la Alianza de trabajo, que resalta la dimensión cognitiva y emocional; y busca que el paciente considere al terapeuta como un colaborador, como una persona confiable. En el establecimiento de esta alianza se observa una mejoría significativa para los pacientes límite. Esta forma de alianza se corresponde con la Fase III y IV de la terapia.

La conceptualización del término Alianza Terapéutica (AT) fue desarrollándose a lo largo del siglo XX y en términos generales ha sido usado para explicar la relación existente entre terapeuta y paciente durante el proceso psicoterapéutico. La alianza terapéutica adquiere especial relevancia en el intento por definir y sistematizar los elementos que componen la relación terapéutica que resulten de mayor utilidad para el éxito de la terapia. Diversos estudios (Barber, Crits-Cristoph y Luborsky, 1996; Gaston, Marmar, Thompson y Gallager, 1991) encontraron que la alianza terapéutica explicaba entre un 36% y un 57% de la varianza del resultado al final de la terapia, así como los estudios en los que han encontrado que la alianza terapéutica es un buen predictor del resultado terapéutico (Henry y Strupp 1994; Horvath y Symonds, 1991; Orlinsky, Grawe y Parks, 1994; Corbella y Botella, 2004).

Estos resultados han despertado el interés por la investigación de los componentes que influyen en la construcción y desarrollo de la alianza terapéutica (Corbella y Botella, 2004). Obegi (2008) expone cómo el componente de la alianza es el que desempeña un papel crucial en el apoyo a la labor de la terapia. Este autor considera que la teoría del apego, con

su énfasis en el desarrollo y la dinámica de las relaciones íntimas, pueden ayudar a ampliar nuestra comprensión del vínculo terapeuta-cliente.

La importancia de la alianza terapéutica en los tratamientos de pacientes con trastornos de la personalidad ha sido ampliamente estudiada. Piper, et al. (1991) observaron que el nivel de alianza terapéutica y el resultado del tratamiento se encuentra asociado a la calidad de las relaciones objetales de los pacientes. En este sentido, los abandonos en psicoterapia representan una gran dificultad en los pacientes con trastornos de la personalidad (Gunderson, et al., 1989; Skodol, et al., 1983). Tal como establecen Perry & Bond (2002) estos pacientes tienen problemas interpersonales que pueden transferir a la psicoterapia afectando el desarrollo de la alianza terapéutica. Asimismo, una alianza deteriorada o pobre puede llevar a la terminación prematura del tratamiento.

En relación a esto, Hilsenroth, et al. (1998) sugieren que la capacidad o necesidad del paciente de establecer vínculos afectivos es un predictor en la continuación de la terapia, mientras que el egocentrismo y la indiferencia predicen el abandono. A modo de evitar los abandonos y resaltando la importancia del factor relacional en psicoterapia, Piper, et al. (1995) advierten que es de suma importancia que los terapeutas controlen los cambios en la alianza en las primeras fases de la terapia, abordando los problemas cuando ésta se deteriora o no mejora.

Estrategias de intervención de las alianzas terapéuticas en los trastornos límites

Como tratamiento de estos pacientes se tomará en cuenta, en esta ocasión, la Terapia Cognitiva de Aaron Beck y la Terapia Dialéctica Comportamental de Marsha Linehan.

La Terapia Cognitiva Conductual es una forma de intervención psicoterapéutica en la que destaca la reestructuración cognitiva, la promoción de una alianza terapéutica de cooperación y métodos para el trabajo conductual y emocional. Su hipótesis de trabajo es que los patrones de pensamiento, llamados “distorsiones cognitivas” tienen efectos adversos sobre las emociones y las conductas, y que, por tanto, su reestructuración por intervención psicoterapéutica y psicoeducativa mejore el estado del paciente. En el caso de los Boderline, parte de la base de que sus esquemas mentales disfuncionales son determinantes e influyen en el resto de la sintomatología, por lo tanto se pretenderá con la terapia cambiar estos esquemas utilizando las técnicas de modificación cognitiva. Beck y Freeman (1995) proponen seis pasos:

- 1.- Fomentar una relación de confianza con el paciente. En este paso importa destacar que la relación entre terapeuta y paciente Límite desempeña en la terapia un papel más importante de lo habitual porque muchos de los problemas del paciente se dan en un ámbito interpersonal. Acá se plantea la dificultad de establecer una relación terapéutica cooperativa entre los implicados y lograr que el paciente deposite la confianza en el terapeuta, porque es un componente del mundo que el paciente ve como dañino, pero se comienza por comprender explícita y compartidamente el problema del paciente.

2.- Reducir el pensamiento dicotómico. Es típico en este tipo de trastorno que las cogniciones funcionan de manera categorial, es decir, se valoran las situaciones de manera extrema, blanco o negro y no en base a matices o en una dimensión continua. Beck y Freeman (1995) explican que “el trabajo eficaz para reducir el pensamiento dicotómico exige en primer lugar demostrarle al cliente que él piensa de esa manera y convencerle de que le interesa dejar de hacerlo” (p. 289). Se muestra directamente al paciente que pensar en un continuo es más realista y adaptativo que hacerlo de manera dicotómica. Para ello se recurre a los ejemplos de su vida y se utiliza el diálogo socrático, para dar cuenta de la inexistencia de pruebas concretas que corroboren sus pensamientos. Con la práctica, el pensamiento dicotómico declinará gradualmente y el paciente irá incorporando el método para cuestionar su propia manera de pensar.

3.- Control creciente de las emociones. Estos pacientes creen que si expresan su malestar hacia otros serán rechazados, por lo cual se trabaja básicamente en demostrarles que sus expresiones no necesariamente tendrán consecuencias negativas. Los autores describen que en esta etapa del tratamiento al ceder el pensamiento dicotómico se evalúa de manera más crítica sus propios pensamientos lo que conlleva una disminución de las desequilibradas reacciones del estado de ánimo, porque el paciente comenzará a manifestar sus emociones de manera más adaptativa y asertiva según sea la situación. Se trabaja en la reconceptualización de las emociones, es decir, explicarle al paciente que no es malo, por ejemplo, experimentar rabia, que es un sentimiento humano, sino lo que hay que trabajar es su manera de expresión. Se utilizarán técnicas de dramatización y también cabe la posibilidad de realizar una intervención grupal porque es una oportunidad de trabajar en el control de las emociones in vivo, de manera natural.

4.- Mejorar el control de la impulsividad. Se trabaja con el paciente su capacidad de elegir si actuará o no en base a un impulso, para luego no lamentarse de su conducta. Se interviene en base a la auto observación para identificar el impulso antes de actuar, luego se explorarán lo ventajoso de lograr un control de estos impulsos para inhibir la respuesta automática. Consecuentemente, se exploran alternativas y luego se seleccionan las respuestas considerando las expectativas del paciente y lo que puede bloquear una mejor elección de estas repuestas, como los miedos o supuestos que operan a la base. Finalmente, se instrumentaliza la respuesta, se pone en práctica y a prueba en experimentos conductuales.

5.- Fortalecimiento en el sentido de Identidad. Beck y Freeman (1995) escriben que “la técnica cognitiva que escoge metas específicas y las aborda de modo activo, genera sentido más claro de las propias metas, prioridades y logros del paciente (p. 295). Se proporciona retroalimentación a las decisiones y buen comportamiento que vaya adquiriendo el paciente y a si mismo ir evaluando con realismo sus acciones. Si el paciente no logra un buen funcionamiento, es evidente que no se le otorgará una retroalimentación, por lo cual es necesario que el terapeuta tenga una atención minuciosa para atender a los pequeños avances que puedan darse en el paciente.

6.- Abordar los supuestos de base. Se toman las creencias subyacentes del paciente, se definen de manera detallada para luego recurrir a experimentos conductuales para poner a prueba estas creencias. Es de suma importancia tomar en consideración la complejidad de

modificar la convicción que el paciente Límite tiene sobre una falla intrínseca que provocará rechazo en su entorno, llevándolo a actuar de manera evitativa para relacionarse íntimamente. Es por ello que es necesario hablar de manera abierta su creencia acerca de sus “defectos inaceptables”, y que considere el precio que paga por evitar la intimidad. Aquí el terapeuta le proporcionará al paciente su aceptación con empatía, que no será enjuiciado a pesar que se reconocerán de él sus peores defectos (Beck y Freeman, 1995).

Desregulación emocional

La desregulación emocional consiste en un control pobre del niño o del adulto sobre su propia expresión afectiva en distintas situaciones sociales. Se caracteriza por escasa flexibilidad y espontaneidad, falta de control y conductas disruptivas (Eisenberg et al., 1996; Shields & Cicchetti, 2001).

Al respecto, la regulación emocional es la capacidad de modificar el propio estado emocional para promover comportamientos adaptados al contexto y orientados a los objetivos de la persona (Thompson, 1994). Es la capacidad de responder a las demandas del entorno con un rango de emociones socialmente apropiado y suficientemente flexible como para ser espontáneos, retrasando o inhibiendo, si fuera necesario, reacciones no adecuadas al contexto (Barret y Campos, 1987; Campos, Campos y Barret, 1989).

En el proceso de regulación emocional se ven implicados tanto respuestas fisiológicas y comportamentales (Goldsmith et al., 1987; Buss & Plomin, 1984; Rothbart, 1981; Lang et al. 1998; Kagan, 2010) como ambientales (Strelau, 2001; Higgins, 1987,

2000; Bandura & Cervone, 1983), que implican equilibrio, integración y madurez emocional, de acuerdo con los objetivos de la persona y con el contexto.

La desregulación emocional es una de las características principales en el trastorno límite de la personalidad. Se trata de un trastorno asociado con poca claridad y conciencia emocional (Leible y Snell, 2004; Wolff et al., 2007), baja capacidad de tolerar el malestar (Gratz et al., 2006), la tendencia a utilizar estrategias de regulación desadaptativas ante situaciones de malestar (Wupperman et al., 2009) y dificultad en utilizar la reevaluación cognitiva en la regulación de las emociones (Schulze et al., 2011).

Las dificultades en la regulación emocional están implicadas en una gran variedad de trastornos de ansiedad (Cisler et al., 2010). Dichas dificultades pueden tener como resultado estrategias de afrontamiento ineficaces, con respuestas de miedo condicionadas que conducen a una reacción que parece incontrolable. En el caso del Trastorno de Ansiedad Generalizada, las personas pueden referir una menor comprensión emocional, reactividad negativa a las emociones y menor capacidad de calmarse después de haber experimentado emociones negativas (Tull et al., 2009; Mennin et al., 2005).

Intervención del trastorno límite de personalidad

Terapia dialéctico-conductual (DBT). La DBT es una modalidad de tratamiento psicológico descrita por primera vez como tratamiento estructurado para el TLP por la psicóloga Marsha Linehan en 1993 (Linehan, 1993). Se trata de una modalidad de

tratamiento que incluye sesiones individuales y sesiones grupales para el entrenamiento de diversas habilidades.

Se trata de un enfoque de origen cognitivo-conductual que incorpora la filosofía dialéctica y la práctica del Zen. Para este enfoque, las alteraciones emocionales y conductuales propias del TLP son mantenidas por un ambiente invalidante que refuerza unas conductas claramente disfuncionales. A partir de aquí, el tratamiento se dirige en primer lugar al abordaje de conductas que pueden suponer una situación de riesgo vital para el paciente (conductas de autolisis e intentos de suicidio).

Típicamente, los pacientes tienen la posibilidad de contactar con el terapeuta para el afrontamiento de situaciones de crisis (por teléfono), previo acuerdo con el terapeuta. El fin de la terapia es básicamente entrenar al paciente para la puesta en práctica de otras conductas más adaptativas para la resolución de las relaciones intra e interpersonales, mitigando al mismo tiempo otras conductas que interfieren negativamente con el éxito de la terapia (conductas de riesgo, abandono e inasistencia a las citas...), para conseguir después la validación y la aceptación de las propias experiencias personales. El programa de tratamiento pasa por diversas fases, habitualmente de manera lineal (aunque no necesariamente).

Las diversas fases contemplan, como se ha dicho antes, el manejo de las conductas de autolisis, el afrontamiento de conductas que repercuten negativamente en el éxito de la terapia, la validación de los conflictos emocionales, el aumento de la capacidad para regular

las propias emociones y para mantener unas relaciones interpersonales satisfactorias (principalmente en formato grupal), elaboración de situaciones traumáticas anteriores, entrenamiento para la resolución de los problemas de la vida diaria y para la promoción del auto-respeto y finalmente entrenar al paciente para mantener la alegría y para disfrutar de sus experiencias personales.

La psicoterapia focalizada en la transferencia (PFT) está manualizada, se aplica en dos sesiones individuales por semana, y está dirigida a la contención y el análisis de los intentos de separación de los demás ante el temor de que terminen en el abandono, y que tiene su origen en los intentos de separación de la madre en la infancia. Supone que ante esta circunstancia, los demás son percibidos como personas maliciosas al tiempo que el paciente puede sentirse despreciable. Esta terapia intenta abordar los conflictos, las emociones y las conductas derivadas de estas distorsiones y errores.

Terapias cognitivas: Las terapias cognitivas se utilizaron inicialmente para el tratamiento de los trastornos psicopatológicos del eje I del DSM-IV. Sin embargo, progresivamente se han ido extendiendo para el abordaje también de los trastornos de la personalidad, y entre ellos el TLP. Entre las terapias cognitivas, podemos destacar la Terapia Cognitiva de Beck, la Terapia Cognitiva Centrada en Esquemas de Young y la Terapia de Valoración Cognitiva de Wessler. Por su especial relevancia en ensayos clínicos aleatorizados, describiremos brevemente las dos primeras (para una descripción más exhaustiva (Rodríguez y Muria, 2006).

La terapia cognitiva de Beck parte de la asunción de que los pacientes con TLP tienen serias dificultades para identificar creencias y esquemas cognitivos erróneos y disfuncionales, tanto para sí mismos como para con los demás. Por tanto, esta terapia pretende entrenar a los pacientes para que aprendan a identificar estas creencias para posteriormente modificarlas de una manera más ajustada a la realidad; en cuanto a la Terapia centrada en esquemas de Young (SFT), destacar que ésta se centra en identificar y modificar los “esquemas desadaptativos tempranos” que estarían en la base de las alteraciones del TLP (Young, Klosko y Weishaar, 2003): vergüenza, aislamiento social y soledad, dependencia e incompetencia e indeseabilidad. Sólo a partir de la modificación de tales creencias el paciente podría manejar las alteraciones propias del TLP.

También se expone la escala de desesperanza de Beck (BHS) fue diseñada por el autor y sus colaboradores con el objetivo de contar con un instrumento útil que permita detectar pesimismo y actitudes negativas hacia el futuro de pacientes con depresión y riesgo de suicidio, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir éxito en su vida. La BHS estaría basada en el modelo de tres factores que considera el factor afectivo, el motivacional y el cognitivo. En la BHS el Factor Afectivo indaga acerca de sentimientos de esperanza, felicidad, fe, entusiasmo y momentos agradables. El Factor Motivacional recoge información respecto de la pérdida de motivación en la persona, manifestada en las decisiones de no querer esforzarse por algo deseado, querer rendirse o no querer conseguir nada en especial. El Factor Cognitivo está orientado a obtener información acerca de las expectativas futuras y anticipaciones negativas respecto a la vida (Beck et al., 1974).

Intervención Familiar en el abordaje TLP

De acuerdo con Rodríguez Moya y Peláez (2013), la intervención terapéutica con las familias no sólo influye en un mejor pronóstico del TLP, sino que también previene la aparición de trastornos adicionales en los familiares. En esta revisión, sus autores recalcan que la terapia familiar, en que la familia ha de sentirse apoyada y no juzgada, ha de estar enfocada a proporcionar información y generar conocimientos sobre la enfermedad, modificar respuestas familiares desadaptativas, dar apoyo en situaciones de crisis, mejorar las habilidades de comunicación interfamiliares disminuyendo la emoción expresada (en adelante, EE) y facilitar habilidades de resolución de problemas y afrontamiento de conflictos. Para llevarla a cabo con éxito, los autores proponen una serie de pasos en la intervención psicoeducativa, con un terapeuta que poco a poco fomenta la autonomía familiar en aspectos como el establecimiento de límites, la actuación adecuada ante situaciones críticas o el mantenimiento de las relaciones sociales.

Por un lado, Segurana y Bartel (2016) realizaron un estudio acerca de la experiencia de una madre y una hermana de una persona diagnosticada con TLP. En él, se reflejan las dificultades que dichos familiares reconocen en el día a día de la convivencia con esta persona. Entre ellas destacan el aumento de los enfrentamientos familiares por la nula participación de la persona en el reparto de tareas, la modificación de los roles y las dificultades económicas.

Además, la vivencia de esta situación ha producido un descenso en la calidad de vida, a pesar de procurar mantener sus actividades de ocio para evadirse de estas situaciones. Por

otra parte, estos familiares hacen referencia a sentimientos de culpabilidad e impotencia, denunciando en relación a esto la falta de apoyo por parte del personal sanitario, que conduce a un déficit de conocimientos ante las situaciones que pueden presentarse. Por último, destacan el estigma que existe en la sociedad actual acerca de las enfermedades de salud mental, que les ha llevado a aislarse por miedo al rechazo por parte de su entorno.

Tras el análisis de los resultados obtenidos se concluye que el impacto del TLP en la unidad familiar de sus miembros es significativo, especialmente a nivel emocional, social y del desarrollo, siendo la influencia de carácter negativo en todos los ámbitos.

Modelo Cognitivo Conductual

La Terapia Cognitiva Conductual es una forma de intervención psicoterapéutica en la que destaca la reestructuración cognitiva, la promoción de una alianza terapéutica de cooperación y métodos para el trabajo conductual y emocional. Su hipótesis de trabajo es que, los patrones de pensamiento llamados distorsiones cognitivas tienen efectos adversos sobre las emociones y las conductas y que, por tanto; su reestructuración por intervención psicoterapéutica y psicoeducativa mejore el estado del paciente.

En el caso de los Boderline, parte de la base de que sus esquemas mentales disfuncionales son determinantes e influyen en el resto de la sintomatología. Por lo tanto, se pretenderá con la terapia cambiar estos esquemas utilizando las técnicas de modificación cognitiva. En mi opinión, las distorsiones cognitivas creencias y esquemas, determinaran patrones de pensamiento y conductas que llevaran al paciente a tomar decisiones, sentir

emociones, percibir el mundo, vivir en torno a él; así como, poner barreras y resistirse al cambio.

Así mismo, la modificación de pensamientos y el debilitar creencias permitirá que sea posible que el paciente modifique sus ideas, pensamientos y conductas; volviéndolas más adaptativas y así, percibir al terapeuta como un puente de ayuda, generador de cambio. En tal sentido, Beck y Freeman (1995) proponen seis pasos; reducir el pensamiento dicotómico, fomentar una relación de confianza con el paciente, control creciente de las emociones, mejorar el control de la impulsividad, Fortalecimiento en el sentido de identidad, abordar los supuestos de base (Linehan, 2012). Además, se ha mostrado que los terapeutas cognitivos conductuales tienden a hablar más, son más estructurados, empáticos, tienden a dar más consejos y más información, Keijser & Schaaap (2000), lo que fortalece la relación terapéutica.

Beck, (1979), identifica 3 factores que refuerzan el mantenimiento de la relación terapéutica ya construida, a saber:

A) confianza básica; la cual está ligada más a la percepción y concepto que el paciente tenga del terapeuta esto incluye, sentirse seguro, hallarse comprendido, y contemplar que en conjunto con el terapeuta puede encontrar la posible solución a sus conflictos.

B) el rapport; el cual intenta establecer el plan terapéutico con la participación del paciente por tal motivo establecerán objetivos y metas que alcanzar, el terapeuta por lo general utiliza la ayuda del feedback para establecer un rapport eficaz.

C) colaboración terapéutica; en la cual se utilizan técnicas como el modelamiento directo o cognitivo, empirismo colaborativo e implementación de tareas para casa revisadas en consulta. (Beck, 1979). Así pues, dentro de esta investigación; los pasos propuestos por Beck, se llevaron a cabo permitiendo evidenciar la importancia de cada aspecto. Sin embargo, es importante resaltar que, la “colaboración terapéutica”; fue relevante ya que, al establecer confianza, brindar apoyo, y seguridad y la implementación de técnicas cognitivo conductuales acertadas para cada una de sus necesidades, logró que la paciente se viera menos hostil, defensiva y menos resistente.

En conclusión, esto permitió que fuera más sencillo desarrollar el plan de prevención de recaídas y seguimiento, teniendo en cuenta que la prevención de recaídas, se centra en analizar, identificar, y discutir con el paciente las posibles dificultades y contratiempos que podrían entorpecer la evolución adecuada de su problemática. Desde mi punto de vista, considero que este aspecto no podría llevarse a cabo; sin un establecimiento y mantenimiento previo de la relación terapéutica, teniendo en cuenta que el vínculo se va debilitando a medida de lo espaciado que van siendo los encuentros. Dentro de las características que conforman la alianza terapéutica, se encuentra la empatía. La empatía, mejora mucho la relación terapéutica y facilita el cambio. Es decir, disminuye la capacidad de resistencia frente al cambio. Además, la empatía permite:

Comprender mejor las conductas negativas del cliente (incluyendo la resistencia al cambio), evita emitir juicios sobre estas, reduce las reacciones emocionales ante las

mismas, y permite pensar mejor en posibles soluciones. Descuidar la actitud empática y dedicarse sólo a las “labores técnicas” puede llevar a ver al terapeuta como insensible, especialmente en las primeras sesiones. (Cormier, 2000). De este modo, las características del terapeuta son de vital importancia, ya que favorecen la relación, tales como: Cordialidad, competencia, confianza, atracción y grado de directividad. (Cormier, 2000).

Por otro lado, Wolberg (1967), aconseja que el terapeuta debe evitar exclamaciones como: exclamaciones de sorpresa negativa, expresiones de excesiva preocupación, juicios moralistas, manifestaciones de impaciencia, falsas promesas, discusiones políticas o religiosas, afirmaciones dogmáticas, manifestaciones de intolerancia, tranquilizaciones innecesarias, disputas o polémicas con el cliente, agobiar al cliente con sus propias dificultades, quitar importancia a los aspectos positivos del cliente, culpar al cliente por sus fallos, explorar material traumático cuando existe una gran resistencia, hacer interpretaciones profundas prematuras y criticar, amenazar, ridiculizar o rechazar al cliente.

Aunado a esto, considero que la relación terapéutica también se vería negativamente afectada si el terapeuta se muestra rígido, tenso, cansado, aburrido, defensivo, crítico, culpabilizador, distante o distraído y, por lo tanto, se lograría que el paciente se mostrara; resistente, con dudas hacia el terapeuta, incrédulo al cambio y sus creencias irracionales estarían más arraigadas. Asimismo, pienso que es importante mantener una mentalidad abierta, incluso hacia las actitudes irracionales, respetar el derecho del cliente a expresar valores y preferencias diferentes a los del terapeuta y hacer comentarios amables o comprensivos en el momento indicado.

En ese mismo contexto, el empirismo colaborativo se alza como una estrategia relacional dentro de la cual el terapeuta intenta auspiciar esta participación, sin la cual resulta imposible evolucionar el proceso terapéutico. En paralelo, el significado del empirismo colaborativo se basa en regular la marcha de la terapia, de forma tal que asegure que el paciente comparta la conceptualización del problema y considere sensatas y razonables las técnicas propuestas. Si esto no sucede, el terapeuta deberá reconsiderar, en función de los motivos del paciente; la conceptualización del caso y adaptar la intervención técnica en consecuencia. (Semerai, 2002).

En tal sentido, el empirismo colaborativo pretende refutar o confirmar los supuestos que tiene el paciente y por ende se indaga para encontrar evidencia que confirme o refute estas creencias, y es colaborativo ya que se trabaja en conjunto con el paciente; se crea una alianza que, a su vez, ayuda a crear vínculos fuertes que ayudan a la relación terapéutica.

Esta relación, va más allá de la comunicación y trata de que el terapeuta suministre las condiciones para que el paciente se involucre de manera activa en la intervención, utilizando el empirismo colaborativo. (Camacho, 2003). En términos generales, la terapia es vista como una elaboración, entre dos partes que ayudan a su implementación y al abordaje del proceso adoptando una actitud activa por parte del terapeuta. (Barigoltz, 2010). En resumen, la colaboración del terapeuta cobra singular relevancia en el establecimiento del empirismo colaborativo, ya que con el asentamiento adecuado de ésta los resultados son predecibles. En ese mismo contexto, la terapia cognitiva ha adoptado la

idea de que la relación terapéutica pone de manifiesto el equilibrio de la colaboración entre el terapeuta y el cliente.

El empirismo colaborativo hace referencia al enfoque basado en datos que sigue la terapia cognitiva. Estos datos, provienen del cliente y pone de manifiesto los fundamentos fenomenológicos de la terapia cognitiva. Mientras tanto, el descubrimiento guiado está diseñado para sembrar dudas sobre la certeza de las creencias del cliente, en lugar de obligar que piense, el terapeuta utiliza el descubrimiento guiado para animarle a elaborar explicaciones más adaptativas y funcionales. En síntesis, el empirismo colaborativo y el descubrimiento guiado fomentan una atmosfera de curiosidad entre paciente- terapeuta. (Ferrer, 2010).

Así pues, según Beck y Emery (1985), la naturaleza colaborativa de la intervención terapéutica puede fortalecerse a través de métodos como: Desarrollar la relación sobre una base recíproca, evitar agendas escondidas; es decir, todos los procedimientos son abiertos y se explican claramente al paciente, diseñar tareas intercesión de un modo colaborativo, admitir errores y mantener un ambiente colaborativo, en referencia al lugar en que se desarrolla la terapia (Shrick Tyron & Winograd, 2002).

Atendiendo a estas consideraciones, cada autor mantiene posturas, similares y distintas con respecto a cómo establecer la alianza terapéutica, cuáles son las características de la misma y la importancia de la empatía para establecer una relación. Asimismo, como el adecuado empleo de técnicas que ofrece la terapia cognitivo conductual nos permite;

reducir el pensamiento dicotómico, debatir creencias y pensamientos, esquemas que conllevan al paciente a un repertorio cognitivo y conductual.

También, es de importancia mencionar la relevancia del empirismo colaborativo en conjunto al establecimiento de la alianza terapéutica, y a su vez trabajar en el mantenimiento; que dará paso al mantenimiento del paciente en el proceso, y finalmente permitirá reducir su resistencia viéndose reflejado en el cumplimiento de metas y objetivos terapéuticos.

En último lugar, basado en lo plasmado en el cuerpo de este escrito no hay acuerdo en la comunidad científica, acerca de la existencia de un patrón de alianza terapéutica establecido en el transcurso de las fases iniciales, media y tardía del proceso terapéutico. De manera general, se puede afirmar que la investigación sobre la relación terapéutica se ha enrutado a estudiar aquellos aspectos referentes a la colaboración y al carácter interactivo de la relación, resaltando entre ellos la alianza terapéutica. (Andrade, 2005).

9. ANÁLISIS DEL CASO

La unidad de análisis del presente estudio de caso corresponde a mostrar la relevancia de la alianza terapéutica y la disminución del malestar de una paciente femenina de 22 años con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. La alianza terapéutica es el punto de encuentro entre el paciente y el terapeuta, es un vínculo único que se establece en la terapia y en el que se basa la confianza y el entendimiento necesarios para abordar el proceso de cambio en el que el paciente se halla inmerso (Andrade ,2005).

A partir de los objetivos planteados, se describen las características de la alianza terapéutica antes y después del proceso terapéutico con una paciente con diagnóstico de TLP, por medio de la prueba de relación terapéutica, la cual evaluó el área de habilidades terapéuticas tales como el orden del día, comentarios, mantenimiento, eficacia interpersonal, colaboración, ritmo y uso eficiente del tiempo. Se evalúa la segunda área correspondiente a la conceptualización, estrategias y técnicas: el descubrimiento guiado, centrarse en clave cogniciones o comportamientos, estrategias para el cambio, aplicación de técnicas cognitivo conductuales y tareas, las estrategias y técnicas, la cual se aplicó al paciente, para llevar a cabo el proceso terapéutico.

El proceso terapéutico es heurístico, en cual permite hallar soluciones posibles que se descubren por el proceso constante de evaluar, es así como, se identificó que la paciente no mostraba interés en fijar acuerdos con la terapeuta entre sesiones con respecto a tareas u objetivos terapéuticos, estas características que presenta las personas con TLP son esperadas al interior de la terapia, la alta voluntaria y abandono precoz es frecuente, por consiguiente, era importante evaluar en la condición pre-posprueba de la alianza

terapéutica, para dar respuesta a los objetivos específicos, se aplicó la prueba de Relación terapéutica y TLP de Aguilar y Serrano (2009), en la cual se encontró que en las habilidades y generalidades terapéuticas: el orden del día, los comentarios, entendimiento fueron buenos, en cuanto a la conceptualización, estrategias y técnicas: centrarse en clave, comportamiento, estrategias para el cambio y aplicaciones de técnicas conductuales fueron buenas también, percibió que no surgían problemas entre sesiones, y califica al terapeuta cognitivo como adecuado sin embargo, en cuanto a cómo se sintió trabajando con la terapeuta lo consideró moderadamente difícil, no receptivo. Estos resultados fueron contrastados con la paciente ante el poco cumplimiento de citas, su escepticismo ante aplicación y el resultado favorable de la terapia, por lo se consideró relevante afirmar la confianza con la disponibilidad y aceptación del terapeuta, ante la validación de sus emociones, escucha empática, el empirismo colaborativo, confrontación empática. También se realizaron ajustes de agenda, objetivos terapéuticos, técnicas cognitivo conductuales en el diseño de intervención, detenerse detalladamente en aspectos que conforman la alianza terapéutica como; el rapport, la empatía, las no señalizaciones, la escucha activa, reflejo, síntesis, la inmediatez de las respuestas, la eficacia interpersonal y colaboración; contribuyeron en la construcción de la relación entre paciente- terapeuta. Debido a esto, la paciente respondió favorablemente ante dichas características de la alianza terapéutica, viéndose reflejado en la libertad de expresar acuerdos y desacuerdos en las tareas, interés por revisar los logros alcanzados, realización de tareas, asistencia constante a las sesiones, confianza hacia el terapeuta, y confianza hacia la eficacia de técnicas cognitivo-conductuales y efectividad del tratamiento. Además, la modificación de técnicas cognitivo-conductuales permitió profundizar en aspectos claves con la finalidad de que la paciente

obtuviera un entrenamiento adecuado y acertado como; entrenamiento en afecto, control de impulsos, entrenamiento en emociones, entrenamiento en empatía, asertividad, toma de decisiones, entrenamiento para establecer relación entre emoción, pensamiento y conducta, debatir pensamientos automáticos, disminuir insomnio, y regulación emocional.

Posteriormente, en la fase posprueba, se encontró que en las habilidades y generalidades terapéuticas: el orden del día lo percibió como excelente puesto que, percibía que el terapeuta trabajo con la paciente para establecer una agenda con los problemas y objetivos, adecuado para el tiempo disponible. los comentarios, los percibió como excelente afirmando que fue hábil para obtener y responder señales verbales y no verbales. El entendimiento, lo percibió excelente, puesto que, el terapeuta daba respuestas a la paciente, donde el tono de la respuesta del terapeuta trasmite una comprensión de la situación del paciente, mostrando una excelente escucha y empatía., finalmente, en cuanto a la eficacia interpersonal, lo percibió como excelente, puesto que, piensa que el terapeuta muestra un grado satisfactorio de calor, preocupación, confianza, autenticidad y profesionalismos, y que, además, no se observaron problemas interpersonales. La colaboración, lo percibió como excelente donde piensa que el terapeuta alienta al paciente tanto como sea posible a tomar un papel afectivo durante el periodo de sesiones(por ejemplo, ofreciendo opciones) para que pueda funcionar como un “equipo”, en el ritmo y uso eficiente del tiempo, lo percibió como muy bueno, puesto que, piensa que el terapeuta fue un éxito en el uso del tiempo de manera eficiente, y que, además, el terapeuta mantiene adecuados controles sobre el flujo y el ritmo de la discusión

En cuanto a la conceptualización técnicas, Descubrimiento guiado: lo percibió como muy bueno, puesto que, el terapeuta era especialmente hábil en el uso de descubrimiento guiado, durante el periodo de sesiones para estudiar los problemas del paciente y, ayudar a sacar sus propias conclusiones, logrando así, un excelente equilibrio entre la habilidad, interrogatorios y otros modos de intervención. Centrarse en clave cogniciones o comportamientos, lo percibe como excelente, dado que, percibe el terapeuta muy hábilmente se centró sobre las principales ideas, hipótesis y comportamientos etc, eran los más pertinentes para el problema y ofreció una buena oportunidad para el progreso, en la estrategia para el cambio, lo percibe como excelente, dado que, percibe que el terapeuta ha seguido una estrategia coherente para el cambio que parecía muy prometedora, y que incorpora las técnicas cognitivas conductuales más apropiadas, en la aplicación de técnicas cognitivo conductuales la percibió muy buena dado que, piensa que el terapeuta aplico técnicas cognitivo conductuales con moderada habilidad, asimismo en la tarea, la percibió como excelente ya que, piensa que el terapeuta reviso cuidadosamente las tareas cognitivas. En otras consideraciones, la paciente no piensa que hayan surgido problemas durante el periodo de sesiones (por ejemplo, la no adhesión a la tarea, cuestiones entre terapeuta y paciente, la desesperanza sobre la continuación de la terapia), además, piensa que, el terapeuta fue excelente y se mostró hábil en el manejo de los problemas especiales con el uso de la terapia cognitiva. Finalmente, en calificaciones y comentarios generales, la paciente califica al terapeuta cognitivo durante las sesiones como excelente, además, piensa que la terapeuta sería buena al momento en participar un estudio de caso que se lleve a cabo para hacer intervención desde la TCC. La paciente piensa que, fue satisfactorio trabajar con

el terapeuta, finalmente da una valoración global del terapeuta como profesional, percibiéndolo como muy buena.

Se puede observar los cambios en la preposueba en la alianza terapéutica, con tendencia a muy satisfactorio, lo anterior permite deducir que la alianza terapéutica. Dado lo anterior, podemos concluir que debido al establecimiento de la alianza terapéutica se logró reducir la resistencia al cambio, lo cual, junto con el trabajo realizado para establecer la alianza terapéutica y mantener la relación entre terapeuta y paciente, dio paso al cumplimiento de objetivos planteados que sustentan el éxito del tratamiento hasta el momento.

En cuanto a la comparación de las características de la alianza terapéutica antes y después del proceso terapéutico con una paciente con diagnóstico de TLP. Al iniciar el tratamiento la paciente presentaba dificultades en cuanto a establecimiento de las tareas (no se mostraba interesada en la realización y cumplimiento de las mismas), percibir al terapeuta como alguien de confianza, mostrarse colaborador, se mostraba poco interesada en el cambio además de escéptica, incumplía con las asistencias a la terapia y no reportaba excusas por ausentarse semanalmente. Es por esto, que, en la fase inicial del tratamiento, fue un poco difícil establecer la alianza terapéutica debido a que los pacientes con trastorno límite de la personalidad, son bastante difíciles.

En cuanto al orden del día en la fase inicial en lo que respecta a las generalidades terapéuticas, en el orden del día la terapeuta trabajó con el paciente para establecer un programa mutuamente satisfactorio que incluyó los problemas específicos que presentaban malestar en la paciente, donde se puede contrastar mediante la prueba que la recepción fue buena en la primera aplicación y muy buena en la segunda aplicación.

En cuanto a los comentarios, la terapeuta realizó preguntas suficientes para estar segura de que el paciente entiende al terapeuta en todo el periodo de sesiones para determinar las reacciones del mismo. El terapeuta ajusto el comportamiento en respuesta a los comentarios y temas abordados en las sesiones, este proceso la relación la relación fue buena al inicio de la terapia y excelente para la segunda aplicación.

Para la habilidad de entendimiento, la terapeuta comprende la situación del paciente, “realidad interna”, como se refleja, por lo tanto, entiende explícitamente lo que el paciente comunica, mantiene buena capacidad de escucha y empatía. Al inicio de la terapia la relación fue buena y para la segunda aplicación fue excelente.

En cuanto a la eficacia interpersonal se muestra un grado satisfactorio de calor, preocupación confianza, autenticidad y profesionalismo. Para la primera aplicación la relación se mostró satisfactoria, por lo que se trabajó en la terapia con la paciente, para su posterior aplicación de la prueba presentó un indicador excelente, afianzando la alianza terapéutica con la paciente.

Al respecto, la colaboración la relación entre el terapeuta y la paciente fue colaborativa, se centran en el problema considerando importante establecer las relaciones. Para su primera aplicación la paciente manifestó un indicador satisfactorio, mientras que para la segunda se mostró excelente.

Para el ritmo y uso eficiente del tiempo, en la primera aplicación los indicadores mostraron que la relación fue satisfactoria, durante el proceso de trabajo de sesiones, la relación se mostró excelente en el uso del tiempo manteniendo adecuados controles sobre el flujo y el ritmo de la discusión.

Así mismo en la segunda área evaluada, las conceptualizaciones, estrategias y técnicas, se encontró que: sobre el descubrimiento guiado, la primera aplicación se mostró apenas adecuada, donde se trabajó afianzando nuevas perspectivas a través del descubrimiento guiado, teniendo en cuenta las alternativas, las ventajas y desventajas a través de debates utilizados adecuadamente para concluir con una muy buena relación por parte de la paciente y el terapeuta.

Centrarse en las cogniciones claves y comportamientos se utilizaron técnicas específicas para determinar el comportamiento de interés para el objetivo del problema, centrándose en la terapia cognitivo conductual para su mayor progreso. Por lo que en la primera aplicación la relación se mostró satisfactoria y para la segunda fue excelente.

En este orden de ideas, para la estrategia del cambio, en la primera aplicación la relación fue satisfactoria, donde el terapeuta mantiene una estrategia coherente para generar el

cambio que se mostró razonable en la segunda aplicación con un resultado excelente. En cuanto a la aplicación de la técnica cognitivo conductual, la terapeuta aplicó muy hábilmente y de manera satisfactoria evidenciado en la prueba donde en la primera aplicación el resultado es bueno y para la segunda aplicación se mostró muy satisfactorio.

El seguimiento realizado en el transcurso del tratamiento permitió resaltar el valor que representa el establecimiento de la relación terapéutica; y, así mismo, tener en cuenta las características que son de vital importancia para su establecimiento, en la adherencia terapéutica, mejoría sintomática y adaptación en su medio.

Para el logro del objetivo sobre la descripción de la disminución del malestar en su depresión, desregulación emocional, dificultades familiares e interpersonales de la paciente con diagnóstico TLP se tuvo en cuenta la conceptualización y elaboración del plan de intervención.

Al inicio de la terapia fue difícil que la paciente disminuyera la sintomatología de depresión y desesperanza, la cual fueron evaluadas por medio de la escala de depresión de Beck y de desesperanza, se encontraba muy deprimida siendo su depresión grave, y su desesperanza alta, verbalizaba cogniciones depresivas tales como; “mi mamá no me ama”, “no me respetan”, “estaría mejor muerta”, “soy un estorbo” “soy infeliz”, “soy rara”, por lo que se establecieron las sesiones mediante la alianza terapéutica, donde el terapeuta dio paso al establecimiento del rapport, una escucha activa, lo cual resultaron eficaces para ella en la disminución del malestar. En la fase media se reflejó la depresión moderada, se

encontraba más esperanzada con respecto a la vida y el futuro, ya disfrutaba y sentía más placer al desarrollar actividades cotidianas de su vida como leer, salir con sus amigos, ver televisión, etc. Esto se llevó a cabo mediante la aplicación de las técnicas conductuales tales como, reestructuración, cognitiva, descubrimiento guiado, debate, dominio y agrado entre otras. Las mediciones de esta variable fueron realizadas semanal, quincenalmente y mensualmente, encontrándose en la fase final del proceso, la depresión leve y sin riesgo de suicidio en la escala de desesperanza.

Con respecto a la desregulación emocional se intervino mediante la entrevista clínica, en sesiones junto con la madre, se indagó como era la dinámica entre ambas y dentro del núcleo familiar. Además, se logró establecer las técnicas cognitivas conductuales que intervienen en la desregulación emocional de la paciente con trastorno límite de la personalidad, dichas dificultades, se relacionan con alteraciones en el proceso de vinculación y con un patrón de desregulación emocional, donde existe una falta de control en la conducta causada por la hiperactividad emocional, con dificultades para regresar a la calma, esto se debe a factores ambientales durante la infancia y la adolescencia (Martínez, C, 2005), que afectan en la modulación de las emociones, lo cual hacía que la paciente tuviera discusiones y agresiones físicas con su madre, en dichas discusiones donde decidía lanzar objetos, y tirar muy fuerte las puertas, como muestra de su poca capacidad para regularse. En dichos conflictos, refería sentirse constantemente ansiosa, con respuestas fisiológicas como; sudoración de manos, incapacidad para relajarse, molestias estomacales, cefaleas y palpitaciones.

A través de ello se aplicó el inventario de ansiedad de Beck (BAI), para evaluar y controlar su sintomatología ansiosa, la cual, es un aspecto que se encuentra inmerso dentro de su problema de desregulación emocional. Cabe resaltar que, en la fase inicial del tratamiento, la paciente se mostraba muy ansiosa, y con incapacidad para controlarse ante situaciones de estrés, o de discusiones, mostrándose siempre hostil. Por otra parte, posterior a la fase inicial, de acuerdo a la intervención por medio de técnicas establecidas, que ofrece la terapia cognitiva conductual diseñadas en el plan de intervención tales como: respiración abdominal y progresiva, entrenamiento en regulación emocional y control de impulsos, manejo de identificación, expresión y control de las emociones, la paciente fue disminuyendo su malestar, su desregulación emocional.

Además de esto, existía la predisposición o incredulidad con respecto a evidenciar cambios reales y palpables a lo largo del tratamiento psicológico, evidenciados a la luz de distorsiones cognitivas tales como: inferencia arbitraria (“No voy a mejorar con terapia porque soy un desastre”) ,sobregeneralización (“ siempre seré igual), catastrofización (es terrible tener que hablar de mis intimidades con un extraño), filtraje o abstracción selectiva: (“ Es insoportable tener que cambiar quién eres”), pensamiento polarizado (“soy incapaz de cambiar”). Asimismo, esquemas tales como: inadecuación, vulnerabilidad a la crítica, desconfianza y abuso, fracaso, imperfección/vergüenza, rechazo, abandono, insuficiente autocontrol. Dentro del plan de trabajo, al identificar las distorsiones, se intervinieron mediante la reestructuración cognitiva y debate socrático, dichas distorsiones cognitivas tenían una alta credibilidad, las cuales inicialmente se encontraban con un puntaje de

80%/100% y que con el objetivo de decrementarlas se logró disminuirla a un 20%/30. En conjunto, dentro de la entrevista clínica se identificaron sus esquemas, pudiendo analizar que sus esquemas de abandono, vulnerabilidad a la crítica, al daño, y rechazo, se encontraban altos, lo cual, produjo la necesidad de aplicar el cuestionario para los esquemas de Young YSQL-2, donde se corroboró lo identificado dentro de la terapia. En ese sentido, se realizó la intervención por medio de reestructuración cognitiva y debate socrático, utilizando posteriormente la prueba YSQL-2 para evaluar si había modificaciones en los mismos. Se encontró que todos sus esquemas se encontraban medianamente altos incluyendo sus esquemas que inicialmente se encontraban altos, como; abandono, rechazo, y vulnerabilidad al daño y a la acrítica.

Es notorio que, en las sesiones explicadas anteriormente, la paciente manifiesta que las relaciones intrafamiliares no son positivas debido a que existen muchos problemas en su núcleo familiar, refiere que pocas veces comparten en familia y que las discusiones aun relucen entre la madre y su abuela lo que la hacen sentir triste y deprimida. Por tanto, se tomó en cuenta la entrevista clínica como medio de evaluación, en donde relucieron aspectos de agresión física y verbal entre el núcleo familiar especialmente entre la madre y la abuela. Por medio de la entrevista se pudo evaluar que, desde muy temprana edad, ella vive en una estructura familiar con ausencia de límites, inversión de roles, coaliciones que con figuran una familia disfuncional, tipo amalgamada. A través de la entrevista clínica que se hizo con la madre se pudo indagar saliendo a la luz como era la dinámica en esa familia, que permitieron corroborar aspectos que la paciente mencionaba dentro de la terapia.

Al implementar estas técnicas y realizar los ajustes pertinentes de manera apropiada en la intervención, teniendo en cuenta el acuerdo y participación de la paciente, la cual forma parte de la relación terapéutica, se trabajaba paralelamente en establecer o formar una alianza terapéutica sólida, fundamentada en la confianza y apoyo por parte del terapeuta; que le brindaba confianza a la paciente ya que bajo su esquema de desconfianza no se permitía establecerla. También al disminuir el malestar, mostrándose receptiva frente a modificar hábitos, conductas y posteriormente pensamientos que se vieron reflejados a nivel conductual, permitió que finalmente se cumplieran los objetivos planteados.

Por último la manera en la cual se considera que la alianza terapéutica fue una estrategia facilitadora para disminuir el malestar en la paciente, teniendo en cuenta que las técnicas aplicadas y el uso del establecimiento de la alianza terapéutica, así como el establecimiento de objetivos, estructuración del plan de trabajo entre sesiones y de intervención, permiten que la evolución del paciente sea más adecuada disminuyendo los niveles de depresión, la desregulación emocional y el conflicto en las relaciones interpersonales e intrafamiliares en el caso de estudio.

10. DISCUSIÓN

Partiendo del análisis del caso donde se especifica la implementación del proceso de evaluación, y se establece la unidad de análisis del estudio de caso que es resaltar la importancia de la alianza terapéutica como estrategia facilitadora para disminuir el malestar de una paciente con Trastorno Límite de la Personalidad en esta discusión se pretende retomar los objetivos planteados para desarrollar el caso. Por tanto, se presentarán cómo éstos se han logrado cumplir a lo largo de la revisión teórica y la intervención realizada con el paciente.

Primeramente, se describieron las características de la alianza terapéutica antes y después del proceso terapéutico con una paciente con diagnóstico de TLP. Partiendo que la psicoterapia no se podría concebir sin el establecimiento de una relación terapéutica entre paciente y terapeuta, y que, además, ésta, es un canal a través del cual transcurre la psicoterapia y por lo tanto es la condición de posibilidad del tratamiento. Como lo expone (Bordin, 1979), la relación terapéutica consta de tres componentes o características tales como: acuerdo en las tareas, acuerdo en las metas y vínculo positivo. Es por ello, que la fortaleza de la alianza depende del grado de acuerdo entre paciente y terapeuta sobre las metas y tareas terapéuticas y de la calidad del vínculo entre ambas. Atendiendo a estas consideraciones, la alianza terapéutica es el mejor predictor de los resultados en psicoterapia.

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio de caso se confirma al comparar lo planteado por (Bordin, 1979), que estas tres características fueron significantes en el tratamiento, teniendo en cuenta que los pacientes que padecen TLP, presentan dificultades para establecer vínculos, ya que son altamente hostiles y demandantes (Marziali, Munroe, McLeary, (1999) citado por Chacon, 2015). El acuerdo en las tareas y metas, dependió efectivamente, del grado de acuerdo que se mantuvo entre paciente-terapeuta. Concordando que, sin la implementación de estas tres características principales planteadas por este autor, no se hubiese logrado el inicio del establecimiento de la relación terapéutica en la primera fase del tratamiento.

Esto se observa a través de la prueba de relación terapéutica, en la cual se establecen los indicadores de acuerdo con las habilidades terapéuticas, la conceptualización, estrategias y técnicas aplicadas para establecer la relación terapeuta – paciente, cuyos resultados manifiestan la evolución debido a que los indicadores al inicio de la prueba se presentaban en satisfactorio, bueno, apenas adecuado respectivamente, y posteriormente en la posprueba mejoraron en las categorías de excelente. Lo anterior coincide con lo propuesto por Beck y Young, (1985), quienes han trabajado desde la perspectiva del “empirismo cooperativo”, destacando que, entablando relaciones de cooperación con los pacientes, se puede lograr identificar las percepciones que no son congruentes con la realidad, enfatizando en que el terapeuta muestre seguridad para mejorar la confianza.

Con respecto a la Comparación de las características de la alianza terapéutica antes y después del proceso terapéutico con una paciente con diagnóstico de TLP, varios estudios

como el de Piero et al. (2012) citado por Chacón, (2015) han detectado dificultades importantes en la construcción de la alianza terapéutica y los pacientes con TLP, dificultades que están relacionadas con alteraciones en el proceso de vinculación y con un patrón de desregulación emocional prevalente, también Horvath y Greenberg (1989), planteaban que según la conceptualización de alianza terapéutica de Bordin (1979), diferenciaba entre las proyecciones inconscientes del paciente (transferencia) y la unión positiva entre este y el terapeuta (Alianza). Desde lo cognitivo, la transferencia y la unión positiva se analizan a la luz de supuestos de la paciente, tales como: desconfianza y abuso, vulnerabilidad al daño, vulnerabilidad a la crítica, autosacrificio, rechazo, insuficiente autocontrol, privación emocional, hostilidad hacia el terapeuta esperando ser rechazado por él.

Comparar los niveles de su depresión, desregulación emocional, dificultades familiares e interpersonales antes y después de la aplicación del tratamiento, basados en el plan de intervención, se logró; se confirma que la mejora en la alianza conduce a la reducción en la psicopatología general del TLP y a un mejor pronóstico en todas las intervenciones terapéuticas (Chacón,2015). Es menester mencionar que ni la alianza ni las técnicas por sí solas garantizan la efectividad. En cuanto al malestar de la depresión se estableció el plan de intervención donde se pretende estabilizar el estado de ánimo de tipo depresivo, la paciente presentaba cogniciones de “soy la burla”, “me rechazan”, estoy diciendo bobadas”. A través de ello se implementaron la técnica de reestructuración cognitiva a través del debate socrático, la técnica de relajación, entrenamiento en identificación, reconocimiento y expresión de las emociones (rabia, enojo, tristeza), técnica del ABC de la conducta, con el fin de disminuir los niveles de credibilidad, intensidad en la tristeza, la rabia e irritabilidad.

A través de las diferentes técnicas aplicadas se pudo lograr que la paciente estableciera los vínculos afectivos, además de modificar su estilo de comunicación agresiva a comunicación asertiva. Lo anterior se relaciona con lo que manifiesta Beck et al. (1974), parte de la asunción que los pacientes con TLP tienen serias dificultades para identificar creencias y esquemas cognitivos erróneos y disfuncionales, tanto para sí mismos como para con los demás. Por tanto, esta terapia pretende entrenar a los pacientes para que aprendan a identificar estas creencias y modificarlas de una manera más ajustada a la realidad.

De eso se desprende, el aporte planteado por Linehan (2012), ya que valida la compatibilidad de las técnicas de la TCC mencionadas anteriormente con las personas que padecen TLP. Concluye, que mediante las mismas; dichos pacientes presentan cambios favorables en reducir significativamente la frecuencia y el riesgo de las conductas suicidas y parasuicidas, adherencia al tratamiento, la ideación y depresión, las razones para vivir y la desesperanza mostrarían mejoría comparadas con el estado inicial (Linehan, 2012).

Con respecto a la prueba de los esquemas de Young se pudo determinar que los esquemas estaban alterados haciendo la especificidad de vulnerabilidad al daño, vulnerabilidad a la crítica, desconexión y rechazo, abandono y de acuerdo al plan y diseño de intervención que se creó para ella, se tuvo en cuenta como objetivo, disminuir y debilitar esos esquemas se entraron a debatir por medio de la reestructuración cognitiva, debate socrático, entonces, ya en la fase final del tratamiento la prueba fue aplicada nuevamente para evaluar cómo era que se encontraban sus esquemas luego de la intervención y ya se

encontraban que estaban debilitados en un 80% y que a partir de ese momento tenía respuestas más adaptativas frente a las situaciones, su estilo de afrontamiento era mejor, la manera de ver la vida, de relacionarse con las personas, sus pensamientos.

Los aspectos mencionados por el autor, tales como: reducir el riesgo de las conductas suicidas y la ideación; mostraron cambios favorables al interior del tratamiento, ya que la paciente empezó a adquirir y presentar conductas más adaptativas que le permitieron debilitar esta conducta; empleando técnicas tales como: reestructuración cognitiva y debate de pensamientos. Paralelo a esto, sus razones para vivir eran muchas mostrándose más esperanzada frente a la vida y el futuro, además de mostrarse motivada ante el proceso, cumpliendo con la asistencia a las sesiones programadas lo cual reflejaba su adherencia al tratamiento.

En cuanto a la desregulación emocional, los sujetos TLP presentan más dificultades en regulación emocional que los sujetos de la población general, mostrando dificultades en referencia al acceso de estrategias la intervención (Chacón, 2015), lo anterior se observó en la paciente en estudio, lo que llevó a que teniendo en cuenta que se requería de un ambiente terapéutico basado en la seguridad, confianza, validación de sus emociones, se dirigió los objetivos en disminuir el manejo de la ansiedad en situaciones de estrés, las respuestas ansiógenas a nivel fisiológico, entrenamiento de regulación emocional, así como la psicoeducación a la paciente sobre que sucede en nuestro cuerpo a nivel fisiológico frente a la ansiedad. Se implementaron las técnicas de respiración abdominal y progresiva, el debate socrático, la respiración abdominal y progresiva, logrando que la paciente mantenga una

buena respiración, el nivel de credibilidad disminuya en un 30%, además de entender las respuestas fisiológicas, para tomar el control de ellas.

Para ello, se aplicó el inventario de la ansiedad que resultó satisfactorio debido a que la paciente disminuyó el nivel de ansiedad de leve a muy bajo. Dando importancia a la alianza terapéutica y la relación entre el terapeuta y el paciente a través de las sesiones aplicadas. Todo ello se correlaciona con lo manifestado Thompson (1994), haciendo énfasis en que la desregulación emocional es la capacidad de modificar el propio estado emocional para promover comportamientos adaptados al contexto y orientados a los objetivos de la persona, respondiendo a las respuestas fisiológicas y comportamentales de la paciente.

En concordancia con lo anterior, para mejorar las relaciones interpersonales e intrafamiliares, la paciente presentaba pensamientos sobre “mi mamá no me quiere”, “disminuir la sensación de vacío e infelicidad, mejorar la relación entre madre e hija”. La implementación de las técnicas se basó bajo debate socrático, role play, entrenamiento y asertividad, lo cual conllevó a que la paciente lograra poner en práctica las herramientas para una comunicación asertiva, con el fin de que las discusiones entre madre e hija disminuyeran. Esto se dio a través de la entrevista clínica, donde se llevaron a cabo sesiones en las cuales se encontraba presente la madre de la paciente, aumentando los lazos afectivos entre madre e hija.

De acuerdo con Rodríguez Moya y Peláez (2013), la intervención terapéutica con las familias no sólo influye en un mejor pronóstico del TLP, sino que también previene la

aparición de trastornos adicionales en los familiares. En esta revisión, sus autores recalcan que la terapia familiar, en que la familia ha de sentirse apoyada y no juzgada, ha de estar enfocada a proporcionar información y generar conocimientos sobre la enfermedad, modificar respuestas familiares desadaptativas, dar apoyo en situaciones de crisis, mejorar las habilidades de comunicación interfamiliares disminuyendo la emoción expresada (EE) y facilitar habilidades de resolución de problemas y afrontamiento de conflictos.

Dicho de otro modo, la disminución del malestar se centra en la capacidad que tiene el terapeuta en la toma de decisiones sobre todo lo referente al tratamiento del paciente, a supervisar constantemente el plan de tratamiento terapéutico además de implementarlo y llevarlo a cabo (Martínez, 2015). Para esto, es imprescindible que el terapeuta desarrolle dicha tarea de trabajo desde el sentido común, la sensibilidad y la prudencia, con una disposición a comunicarse y entenderse con el paciente, así como entender los principales aspectos de la personalidad del paciente sin juzgar. Las respuestas excesivamente directivas o autocráticas suelen provocar respuestas de disminución del malestar en el paciente (Martínez, 2005).

Por último, se puede aproximar como conclusión que la alianza terapéutica fue una estrategia facilitadora para disminuir el malestar, como lo afirma Chacón (2015) el mantenimiento de una alianza terapéutica positiva favorecerá que el sujeto permanezca en tratamiento y que obtenga una mejoría sintomática importante de la intervención terapéutica. Inicialmente en el proceso terapéutico, se evidenció en la paciente cómo disminuía el malestar de acuerdo a los ajustes y modificaciones que se realizaban en los objetivos terapéuticos y asignación de tareas. Dichos ajustes eran comunicados en sesión,

donde la paciente tenía la oportunidad de participar según su criterio, así como también se evidencia en la disposición en cuanto a comunicación y entendimiento por parte del terapeuta.

11. CONCLUSIONES

El estudio que se llevó a cabo para analizar la importancia de la alianza terapéutica como estrategia facilitadora para determinar el malestar de una paciente con diagnóstico de TLP. se presentan las siguientes conclusiones:

En cuanto a la descripción y la comparación de las características de la alianza terapéutica antes y después del proceso terapéutico con una paciente con diagnóstico de TPL, se obtuvieron resultados positivos debido a que la paciente en su proceso terapéutico logro establecer una agenda de los problemas y objetivos adecuándose en el tiempo

disponible, además de responder señales verbales y no verbales, la relación entre terapeuta y paciente se mostró satisfactorio en cuanto a la profesión, confianza y profesionalismo.

Con respecto a la disminución del malestar de depresión, se llevó a la cabo un plan de intervención, a través de las técnicas implementadas se logró identificar que la paciente desde la infancia presenta problemas con los familiares, lo cual aumenta los niveles de depresión ya que ha vivido desde los cinco años de edad, a medida que se fue llevando a cabo el proceso terapéutico la paciente fue disminuyendo ese malestar de una depresión leve a una moderada. También se aplicó la escala de desesperanza para determinar qué tan esperanzada se encontraba frente a la vida, disminuyendo la desesperanza de alta a leve.

La desregulación emocional fue disminuyendo también en las situaciones de estrés, aplicando el inventario de ansiedad, donde se logró que la paciente disminuyera el nivel de ansiedad de moderado a leve. Afianzado la importancia de la alianza terapéutica para este tipo de trastornos. En el mismo orden de ideas se logró el mejoramiento de las relaciones interpersonales e intrafamiliares a través de la intervención, que resulto satisfactoria en sesiones junto con la madre para afianzar los lazos afectivos entre ellas.

Por tanto, para considerar cómo la alianza terapéutica fue una estrategia posiblemente facilitadora para disminuir el malestar, teniendo en cuenta que no existe acuerdo en la comunidad científica para su establecimiento. Cabe resaltar que, cada paciente es único en cuanto a sus problemas, pensamientos, emociones, definiciones de sí mismo, creencias, esquemas, posturas, distintos en la percepción del mundo, de los demás y de sí mismo.

No obstante, de acuerdo a las revisiones realizadas en este trabajo se concluye, que el lenguaje de la relación terapéutica es universal, que se muestra a modo de pilar fundamental, incluso en casos de personalidad específicamente en el TLP y que, además, es un aspecto relevante a tener en cuenta desde cada terapeuta para implementar dentro de la terapia psicológica con sus pacientes.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Academia de Terapia Cognitiva. (2013). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad.

Desclée De Brouwer.

Aguilar, L., & Serrano, M., (2009). Cuestionario de relación terapéutica y TLP.

Caracterización de la relación terapéutica en el marco de la terapia cognitivo conductual en una paciente con trastorno límite de la personalidad.

Alexander, R., Feeney, J., Hohaus, L. y Noller, P. (2001). Estilo de apego y recursos de afrontamiento como predictores de estrategias de afrontamiento en la transición a la paternidad. *Relaciones personales* , 8 (2), 137-152.

Alexander, R., Feeney, J., Hohaus, L., & Noller, P. (2001). Attachment style and coping resources as predictors of coping strategies in the transition to parenthood. *Personal Relationships*, 8(2), 137-152.

Aliaga, J., Rodríguez, L., Ponce, C., Frisancho, A. & Enríquez, J. (2006). Escala de Desesperanza de Beck (BHS): adaptación y características psicométricas. *Revista de Investigación en Psicología*, 9(1), 69-79.

Álvarez, H. (2005) Tratamiento para Pacientes con Trastorno Bordeline de la Personalidad. El Modelo Dialéctico Comportamental. Las tesinas de Belgrano. Volumen Nº 191. Revisado el día lunes 17 de septiembre del 2007 desde http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/191_krummer.

- American Psychiatric Association. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (1ª ed.). Masson ediciones.
- Andrade, N. (2005). Alianza terapeutica. clinica y salud, 22.
- Ana Mate, J. A. (2018). *Esquemas cognitivos disfuncionales*,. España.
- Bandura, M. (1963). *tecnicas que se basan en el modelamiento*. España: panamericana.
- Bandura, A., & Cervone, D. (1983). Self-evaluative and self-efficacy mechanisms governing the motivational effects of goal systems. *Journal of personality and social psychology*, 45(5), 1017.
- Barber, J. P., Crits-Christoph, P., & Luborsky, L. (1996). Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(3), 619.
- Barigoltz, S. (2010). Terapia cognitiva y depresión. *Revista de la asociacion de la psicoterapia de la republica argentina*, 9.
- Barlow, D., & Durand, V. (2001). *Psicología anormal. Un enfoque integral*, 2.
- Barrett, K. & Campos, J. (1987). Perspectives on emotional development II: A functionalist approach to emotions. En J.D. Osofsky (Ed) *Handbook of infant development*, 2nd ed. Oxford, England: John Wiley & Sons (pp. 555-578).

Beck A. y Emery G. (1985). *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. New York: Basic.

Beck, A. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York.

Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin.

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(6), 861.

Beck, A. y Freeman, A. (1995) *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Buenos Aires: Paidós ediciones.

Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión (19a Edición ed.)*.

Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (1996). *Inventario de depresión de Beck: II. Evaluación psicológica*.

Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psycoterapy: theory, research and practice*, 16, 252-260.

Botella, L. (2000). *investigacion en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. España: Vision Net.

Buss, A. H., & Plomin, R. (1984). *Temperament: early developing personality traits*. Hillsdale, Nueva Jersey: Erlbaum.

- Buss, A. H., & Plomin, R. (1984). Theory and measurement of EAS. *Temperament: Early developing personality traits*, 84, 104.
- Caballo, V. (2000). El trastorno límite de la personalidad: controversias actuales. *Psicología desde el caribe.*, 27.
- Caballo, V. (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia.
- Cachón, L (2015). (s.f.). *Terapia dialéctica conductual grupal en el trastorno límite de la personalidad: apego, alianza terapéutica y mejora sintomática. Terapia dialéctica conductual grupal en el trastorno límite de la personalidad: apego, alianza terapéutica y mejora sintomática*. Universidad ramon llul, Barcelona.
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la terapia cognitiva*. Buenos Aires.
- Campos, J. y Barrett, K. (1989). Emergent themes in the study of emotional development and emotion regulation. *Developmental Psychology*, 25(3), 394.
- Casal, G. B., & Sierra, J. C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 525-532.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. Oxford University Press, USA.

- Castonguay, L., & Beutler, L. (2006). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships, and techniques factors. *Journal of clinical psychology*, 62(6), 631-638.
- Chacón, L. (2015). *Terapia Dialéctica Conductual Grupal en el Trastorno Límite de la Personalidad: Apego, Alianza Terapéutica y Mejora Sintomática* (Doctoral dissertation, Universitat Ramon Llull).
- Cisler, J., Olatunji, B., Feldner, M. y Forsyth, J. (2010). Emotion regulation and the anxiety disorders: an integrative review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32; 68–82.
- Corbella, S. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19.
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). *Investigación en psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes*. Vision Libros.
- De Psiquiatría, A. A. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM 5*. Médica Panamericana.
- Cormier, W. (2000). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. California: Desclee de brouwer, S.A 2000.
- Díaz, M. (2003). La terapia conductual dialéctica. Aperturas psicoanalíticas, hacia modelos integradores. Volumen N° 13. Revisado el día miércoles 19 de septiembre del 2007 en <http://www.aperturas.org/13jimenezlinehan.html>

- Eisenberg, N. Fabes, R.A., Guthrie, I.K., Murphy, B.C., Maszk, P., Holmgren, R. et al. (1996). The relations of regulation and emotionality to problem behavior in elementary school children. *Development and Psychopathology*, 8, 141-162.
- Escribano, N. (2006). Trastorno límite de la personalidad: Estudio y Tratamiento. *Intelligo*, Copyright ©InstitutoInNiS, 1, 4-20.
- Etchevers, M. (2012). Relación terapéutica: Estudio en población de estudiantes universitarios. Facultad de psicología - UBA / secretaría de investigaciones / anuario de investigaciones / volumen xx, 10.
- Ferrer, A. (2010). Las terapias cognitivas: mitos y aspectos controvertidos. *Revista de psicología*, Universidad de Antioquia, 21.
- Ferrer, A. (2015). Prevalencia de los trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios de Medellín. *Prevalence of Personality Disorders in College Students of Medellin*, 24
- Figuroa, E. y Silk, K. (1997). Implicaciones biológicas del abuso sexual infantil en el trastorno límite de la personalidad. *Revista de trastornos de la personalidad*, 11 (1), 71-92.
- Fossa, P. (2012). Obstáculos del proceso terapéutico: una revisión del concepto de vínculo y sus alteraciones. *Revista de Psicología GEPU*, ISSN 2145-6569, Vol. 3 No. 1., 26.
- García, A. (2005). Factores personales en la relación terapéutica. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 8.

- Gaston, L., Marmar, C., Gallagher, D., & Thompson, L. (1991). Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy processes. *Psychotherapy Research*, 1(2), 104-112.
- Gaston, L., Marmar, C., Gallagher, D., & Thompson, L. (1991). Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy processes. *Psychotherapy Research*, 1(2), 104-112.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The counseling psychologist*, 13(2), 155-243.
- Goldsmith, H. H., Buss, A. H., Plomin, R., Rothbart, M. K., Thomas, A., Chess, S., & McCall, R. B. (1987). Roundtable: What is temperament? Four approaches. *Child development*, 505-529.
- Gomez, B. (2018). La relación terapéutica en la terapia cognitiva. "Paciente y terapeuta son componentes de un equipo cuyo fin es aliviar el sufrimiento.", 21.
- Gonzales, N. (2012). Alianza terapéutica. *Clínica y salud*, 22.
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., & Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 850.

Gunderson, J. (2002). Psicoterapia psicodinámica en el trastorno límite de la personalidad.

J. Gunderson. y GO Gabbard (Eds.), Psicoterapia en los trastornos de la personalidad, 28.

Gunderson, J. G., Prank, A. F., Ronningstam, E. F., Wachter, S., Lynch, V. J., & Wolf, P. J.

(1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *The Journal of nervous and mental disease*, 177(1), 38-42.

Henry, W. P., & Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process.

The working alliance: Theory, research, and practice, 51-84.

Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological*

review, 94(3), 319.

Hilsenroth, M. J., Holdwick Jr, D. J., Castlebury, F. D., & Blais, M. A. (1998). The effects

of DSM-IV cluster B personality disorder symptoms on the termination and continuation of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(2), 163.

Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome

in psychotherapy: A meta-analysis.

Horvath, A., & Bedi, R. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy*

relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients (pp. 37–69). New York: Oxford University Press.

- Kagan, J. (2010). *The temperamental thread. How genes, culture, time, and luck make us who we are.* Spanish translation: Spanish Translation, *El temperamento y su trama. Cómo los genes, la cultura, el tiempo y el azar inciden en nuestra personalidad.* Buenos Aires – Madrid, Katz editores, 2011.
- Keijsers, G. & Hoodguin, C. (2000). The impact of interper-sonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy. *Behavior Modification*, 24, 264-297.
- Krause, M. & Horvath, A. (2011). Deconstructing the therapeutic alliance: Refletions on the underlying dimensions of the concept. *Clínica y Salud*, 22(3), 267- 283.
- Lambert, M. (1992). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic and integrative psychotherapies. En *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books
- Lang, P. J., Bradley, M. M., & Cuthbert, B. N. (1998). Emotion, motivation, and anxiety: brain mechanisms and psychophysiology. *Biological psychiatry*, 44(12), 1248-1263.
- Leible, T., Snell, W. (2004). Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 37, 393-404.
- Leiper, R. (2000). *Workin through setbacks in psychotherapy*. London: Sage.
- Linehan M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

- Linehan, M. (2012). Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Barcelona: Paidós ediciones.
- Linehan, M. (2012). Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. España.
- Londoño, N. (2015). Prevalencia de los trastornos de personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín. Prevalence of Personality Disorders in College Students of Medellín, 24.
- Luborsky, L. (1976). Helping Alliances in Psychotherapy. En J. L. Cleghorn (Ed.), Successful psychotherapy (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L. (1994). Las alianzas terapéuticas como predictores de los resultados de la psicoterapia: factores que explican el éxito predictivo. La alianza de trabajo: teoría, investigación y práctica , 38-50.
- Martinez, C. (2005). Trastorno límite de la personalidad paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. España: Panamericana.
- Mangione, D. d. (2002). *a asertividad y los estilos de comunicacion*. francia.
- Martinez, j. (2015). Psicoterapia relacional del Trastorno Límite de personalidad. parte II. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 20.
- Marziali, E., Munroe-Blum, H., & McCleary, L. (1999). The effects of the therapeutic alliance on the outcomes of individual and group psychotherapy with borderline personality disorder. Psychotherapy Research, 9(4), 424-436.

Mennin, D.S., Heimberg, R.G., Turk, C.L., Fresco, D.M. (2005). Preliminary evidence for an emotion regulation deficit model of generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 43; 1281–1310.

Morrison, J. (2015). *DSM-V Guía para el diagnóstico clínico*. México.

Muñiz, J. (1998). La medición de lo psicológico. *Psicothema*, 10(1), 1-21.

Obegi, J. H. (2008). The development of the client-therapist bond through the lens of attachment theory. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(4), 431.

Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: noch einmal.

Perry, J. C., & Bond, M. (2002). Estudios empíricos sobre psicoterapia en trastornos de la personalidad. JG Gunderson y GO Gabbard. *Psicoterapia de los trastornos de la personalidad*, 1-35.

Piper, W. E., Boroto, D. R., Joyce, A. S., McCallum, M., & Azim, H. F. (1995). Pattern of alliance and outcome in short-term individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(4), 639.

Rodríguez C y Murias E (2006). Situación actual de los tratamientos en el trastorno límite de la personalidad. *Psiquiatría.com*, 10, 1-27.

Rodríguez Moya L, Peláez JC. Terapia familiar en los trastornos de personalidad. *Acción Psicológica*. 2013; 10(1): 75 – 84.

- Rothbart, M. (1981). Measurement of temperament in infancy. *Child development*, 569-578.
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único de investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 261-270.
- Seligman. (1975). *la teoria de la indefension aprendida*. estados unidos.
- Sanz, J., & Paz, M. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. Elsevier, 167-180.
- Schulz, A., Lemos, V. & Richaud, M. C. (Junio 2009). Validation of the positive affect and negative affect schedule-child form (PANAS-C) in Argentine children. Presentado en el XXXIII Interamerican Congress of Psychology, Guatemala.
- Segurana, J., Bartel, M. Convivir con una persona con Trastorno de Personalidad Límite. *Vivencias de los familiares a través de un caso*. Presencia. 2016; 12(24).
- Semerari, A. (2002). *Historia, Teorías Y Técnicas De La Psicoterapia Cognitiva W* (Vol. 206). Barcelona, España: Editorial Paidó

- Shields, A. & Cicchetti, D. (2001). Parental maltreatment and emotion dysregulation as risk factors for bullying and victimization in middle childhood. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 349-363.
- Shrick Tryon, G., & Winograd, G. (2002). Goal consensus and collaboration. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp.109-125). New York: Oxford.
- Skodol, A. E., Buckley, P., & Charles, E. (1983). Is There a Characteristic Pattern to the Treatment History of Clinic Outpatients with Borderline Personality?. *The Journal of nervous and mental disease*, 171(7), 405-410.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psycho-Analysis*, 15, 117-126.
- Stone, M. (2007). *Violencia. Tratado de los trastornos de la personalidad*, pp. 479-494. Barcelona: Masson.
- Strelau, J. (2001). The concept and status of trait in research on temperament. *European Journal of Personality*, 15(4), 311-325.
- Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 59, 129-142.
- Tull, M.T., Stipelman, B.A., Salters-Pedneault, K., Gratz, K.L. (2009). An examination of recent nonclinical panic attacks, panic disorder, anxiety sensitivity, and emotion

- regulation difficulties in the prediction of generalized anxiety disorder in an analogue sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23; 275–282.
- Vásquez, C (1986). Escalas evaluadoras de la depresión: Limitaciones conceptuales y metodológicas, *Revista de Psicología General y Aplicada*, 41, 101-113.
- Vásquez, C (1995). Evaluación de los trastornos depresivos y bipolares. En A. Roa (Ed.), *Evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 163-209). Madrid: CEPE.
- Watson, J. y Geller, S. (2005). La relación entre las condiciones de la relación, la alianza de trabajo y el resultado tanto en la psicoterapia de proceso-experiencial como cognitiva-conductual. *Investigación en psicoterapia*, 15 (1-2), 25-33.
- Wiston, A. (1994). Short-term psychotherapy of personality Disorders. *Short-term psychotherapy*, 5.
- Wolberg L. R. (1967). Hypnoanalysis. In: Wolman B.B. *Psychoanalytic Techniques. A Handbook for the Practicing Psychoanalyst*. Basic Book, New York.
- Wolff, S., Stiglmayr, C., Bretz, H. J., Lammers, C. H., & Auckenthaler, A. (2007). Emotion identification and tension in female patients with borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(3), 347-360.
- Wupperman, P., Neumann, C. S., Whitman, J. B., & Axelrod, S. R. (2009). The role of mindfulness in borderline personality disorder features. *The Journal of nervous and mental disease*, 197(10), 766-771.
- young. (1989). esquemas mal adaptativos tempranos. 28.

Young JE y Brown E (1990). Young Schema Questionnaire. En JE Young (Ed.), Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (pp. 63-76). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

Young JE, Klosko JS y Weishaar ME (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press.

Young, J. E. (2015). Terapia de esquemas. Desclée De Brouwer.

Zetzel, E. (1956). Concepto y contenido en la teoría psicoanalítica. La capacidad de crecimiento emocional , 115-138.

13. ANEXOS

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE CASO SOBRE(título)

Nombre de la psicóloga(o):

Señor(a) Carolina Ortiz Ahong le estamos invitando a participar en un estudio de caso de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad del Norte de Barranquilla.

Primero, nosotros queremos que usted conozca que:

- La autorización para utilizar en este estudio de caso el material o contenido desarrollado durante las sesiones es absolutamente voluntaria.
- Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a autorizar utilizar el contenido de nuestras sesiones con fines académicos en la elaboración de un estudio de caso sin tener que dar explicaciones.
- Los temas abordados que serán analizados en este estudio de caso y sus datos personales se mantendrán en absoluta reserva.
- Usted no recibirá beneficio económico alguno del estudio actual. Los estudios de caso como este sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados en el campo de la psicoterapia más adelante.

Procedimientos

En el estudio de caso, en el cual usted participará, se analizarán los contenidos dialogados durante las distintas entrevistas que le fueron o serán realizadas. Se que de la forma más autentica y sincera posible usted hable sobre su experiencia en particular.

La información obtenida en las entrevistas será sometida a un proceso de análisis en el que lo importante es poder llegar a comprender.... (Especificar aquellos objetivos o preguntas orientadoras a los que apunta el caso).

Los resultados serán publicados (manteniendo total reserva sobre los datos personales) y entregados a la Universidad del Norte como requisito para el grado de la Maestría en Psicología. Usted recibirá retroalimentación sobre lo encontrado en el caso antes de ser socializados.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con el estudio de caso sobre (colocar temática) y de haber recibido del señor(a) Conyela Martínez D. explicaciones verbales sobre la misma, así como respuestas satisfactorias a mis inquietudes, he decidido de forma libre, consciente y voluntaria aceptar participar en este caso. Además, autorizo a (colocar su nombre) para utilizar la información codificada en este caso en un artículo científico, en el cual se manejará con total confidencialidad y reserva todos mis datos de contacto.

Aguilar y Serrano (2009). REALIZACIÓN TERAPÉUTICA Y TLP

Anexo I: Escala de Terapia Cognitiva
(Young JE, & Beck, EN, Agosto, 1980)

Terapeuta: _____ Paciente: Carolina Ortiz
Alvarez Fecha de la sesión : _____
ID #: 1143169238 Calificación : _____

Fecha de Calificación: _____

Indicaciones: Para cada tiempo, evaluar al terapeuta en una escala de 0 a 6, y registrar la calificación de la línea al lado del número de artículo. Se proporcionan las descripciones de cifra de escala de puntos. Si usted cree que el terapeuta cae entre dos de los descriptores, seleccione el intervalo número impar (1, 3, 5). Por ejemplo, si el terapeuta de establecer una muy buen programa, pero no establecer prioridades, asignar una calificación de 5 en lugar de un 4 o 6. Si la descripción de un determinado tema en ocasiones no parece aplicarse a la sesión de calificación que está, no dude en caso omiso de ellos y utilizar la escala más general a continuación:

- 0 Pobres
- 1 Apenas Adecuado
- 2 Mediocre
- 3 Satisfactorio
- 4 Buena
- 5 Muy Buena
- 6 Excelente

Por favor, no deje ningún tema en blanco. Todos los temas, se centran en la habilidad del terapeuta, teniendo en cuenta cómo difícil que el paciente parece ser.

Parte I
GENERALIDADES HABILIDADES
TERAPEUTICAS

1. ORDEN DEL DÍA

- 0 Terapeuta no programa la agenda
- 2 Terapeuta programa la agenda vaga o incompleta.
- 4 Terapeuta trabajó con el paciente para establecer un programa mutuamente satisfactorio que incluyó específicos problemas (por ejemplo, la ansiedad en el trabajo, la insatisfacción con el matrimonio.) (4)
- 6 Terapeuta trabajó con el paciente para establecer una agenda con los problemas objetivo, adecuado para el tiempo disponible. Las prioridades establecidas y, a continuación, seguida orden del día.

2. COMENTARIOS

- 0 Terapeuta no solicitó información para determinar la comprensión de los pacientes, o la respuesta al período de sesiones.
- 2 Terapeuta suscitó algunas reacciones de la paciente, pero no suficiente, desarrollo preguntas para asegurarse que el terapeuta entendió la línea de razonamiento, y determine si el paciente está satisfecho con el período de las sesiones. (4)
- 4 Terapeuta realizó preguntas suficientes para estar seguro de que el paciente entiende al terapeuta en todo el período de sesiones y determinar las reacciones del paciente a la sesión. El terapeuta ajustado su comportamiento en respuesta a los comentarios, cuando proceda.
- 6 Terapeuta era especialmente hábil para obtener y responder a señales verbales y no verbales comentarios durante el período de sesiones (por ejemplo, provocó reacciones a sesión, para comprobar periódicamente la comprensión, ayudó a resumir los puntos principales al final del período de sesiones.)

3. ENTENDIMIENTO

- 0 Terapeuta repetidamente no entiende lo que el paciente dice explícitamente. Pobres habilidades de empatía.
- 2 Terapeuta era normalmente capaz de reflejar o reformular lo que el paciente dice explícitamente, pero en repetidas ocasiones no responden a más sutiles de comunicación. Limitada capacidad de escuchar y empatía.
- 4 Terapeuta en general parece comprender la situación del paciente "realidad interna", como se refleja por lo tanto la dice explícitamente y lo que el paciente se comunicará por los medios más sutiles. Buena capacidad de escuchar y empatía. (4)
- 6 Terapeuta parecía entender la situación del paciente "realidad interna" a fondo y era experto en comunicación a través de este acuerdo verbal y no verbal respuestas a la paciente (por ejemplo, el tono de la respuesta del terapeuta transmite una comprensión de la situación del paciente "mensaje"). Excelente escucha y habilidades empatía.

4. EFICACIA INTERPERSONAL

- 0 Terapeuta tenía pobres habilidades interpersonales. Parecía hostil, degradante, o de alguna otra manera destructivos para el paciente.
- 2 Terapeuta no parece destructivo, pero tenía importantes problemas interpersonales. En ocasiones el terapeuta parece innecesariamente impaciente, distantes, hipócrita o ha tenido dificultades transmitir confianza y competencia.
- 4 Terapeuta muestra un grado satisfactorio de calor, preocupación, confianza, autenticidad y profesionalismo. No se observaron problemas interpersonales.
- 6 Terapeuta muestra los niveles óptimos de calidez, preocupación, confianza, autenticidad y profesionalismo, apropiada para este paciente en particular en este período de sesiones. (3)

5. COLABORACIÓN

0 Terapeuta no trató de establecer una colaboración con el paciente.

2 Terapeuta trató de colaborar con el paciente, pero han tenido dificultades, ya sea la definición de un problema que el paciente considera importante o el establecimiento de relaciones. (3)

4 Terapeuta pudo colaborar con el paciente, se centran en el problema del paciente y el terapeuta considera importante, establecer relaciones.

6 6 Colaboración parece excelente; terapeuta alienta paciente tanto como sea posible a tomar un papel activo durante el período de sesiones (por ejemplo, ofreciendo opciones) para que pueda funcionar como un "equipo"

6. Ritmo y USO EFICIENTE DEL TIEMPO

0 Terapeuta no hizo ningún intento de estructurar la terapia en el tiempo.

2 El terapeuta poseía cierta dirección, pero había problemas importantes con la estructuración o el ritmo (por ejemplo, muy poca estructura, inflexibles acerca de la estructura, ritmo demasiado lento, demasiado rápido ritmo). (3)

4 4 Terapeuta fue un éxito en el uso de tiempo de manera eficiente. Terapeuta mantiene adecuados controles sobre el flujo y el ritmo de la discusión.

6 Terapeuta utilizó el tiempo eficientemente por tacto periféricos e improductivo limitaba el debate y por ritmo de la sesión lo más rápidamente como sea apropiado para el paciente.

Escaneado con CamScanner

Parte IV: CALIFICACIONES Y COMENTARIOS GENERALES

14. ¿Cómo calificaría usted el médico general en este período de sesiones, como un terapeuta cognitivo?

0 1 2 3 4 5 6

pobres adecuada Satisfactorio Mediocre Buena Muy Buena Excelente

15. Si están llevando a cabo un estudio de resultados en terapia cognitiva, ¿cree que se seleccione esta terapeuta a participar en este momento (suponiendo que esta sesión es típico?).

0 1 2 3 4

Definitivamente no Probablemente no Incierto - borderline Definitivamente Probablemente Sí Sí

16. ¿Qué tan difícil te sentiste como paciente fue a trabajar con el terapeuta?

0 1 2 3 4 5 6

-Muy difícil no receptivo Moderadamente difícil Extremadamente difícil

17. COMENTARIOS Y SUGERENCIAS PARA LA MEJORA TERAPEUTA:

18. VALORACIÓN GLOBAL:

Escala de calificación:

0 1 2 3 4 5

Insuficiente Satisfactorio Mediocre Buena Muy Buena Excelente

Utilizando la escala anterior, por favor, dar una calificación global de esta terapeuta, como lo demuestran las habilidades en esta cinta. Por favor circule el número apropiado.

Escaneado con CamScanner

**Parte I.
GENERALIDADES HABILIDADES
TERAPEUTICAS**

1. ORDEN DEL DÍA

- 0 Terapeuta no programo la agenda
 2 Terapeuta programa la agenda vaga o incompleta.
 4 Terapeuta trabajó con el paciente para establecer un programa mutuamente satisfactorio que incluyó específicos problemas (por ejemplo, la ansiedad en el trabajo, la insatisfacción con el matrimonio.)
 6 Terapeuta trabajó con el paciente para establecer una agenda con los problemas objetivo, adecuado para el tiempo disponible. Las prioridades establecidas y, a continuación, seguida orden del día. (5)

2. COMENTARIOS

- 0 Terapeuta no solicitó información para determinar la comprensión de los pacientes, o la respuesta al período de sesiones.
 2 Terapeuta suscitó algunas reacciones de la paciente, pero no suficiente, desarrollo preguntas para asegurarse que el terapeuta entendió la línea de razonamiento, y determino si el paciente está satisfecho con el período de las sesiones.
 4 Terapeuta realizo preguntas suficientes para estar seguro de que el paciente entiende al terapeuta en todo el periodo de sesiones y determinar las reacciones del paciente a la sesión. El terapeuta ajustado su comportamiento en respuesta a los comentarios, cuando proceda.
 6 6 Terapeuta era especialmente hábil para obtener y responder a señales verbales y no verbales comentarios durante el período de sesiones (por ejemplo, provocó reacciones a sesión, para comprobar periódicamente la comprensión, ayudó a resumir los puntos principales al final del período de sesiones. (6)

3. ENTENDIMIENTO

- 0 Terapeuta repetidamente no entiende lo que el paciente dice explícitamente. Pobres habilidades de empatía.
 2 Terapeuta era normalmente capaz de reflejar o reformular lo que el paciente dice explícitamente, pero en repetidas ocasiones no responden a más sutiles de comunicación. Limitada capacidad de escuchar y empatía.
 4 Terapeuta en general parece comprender la situación del paciente "realidad interna", como se refleja por lo tanto la dice explícitamente y lo que el paciente se comunicará por los medios más sutiles. Buena capacidad de escuchar y empatía.
 6 6 Terapeuta parecía entender la situación del paciente "realidad interna" a fondo y era experto en comunicación a través de este acuerdo verbal y no verbal respuestas a la paciente (por ejemplo, el tono de la respuesta del terapeuta transmite una comprensión de la situación del paciente "mensaje"). Excelente escucha y habilidades empatía. (6)

4. EFICACIA INTERPERSONAL

- 0 Terapeuta tenía pobres habilidades interpersonales. Parecía hostil, degradante, o de alguna otra manera destructivos para el paciente.
 2 Terapeuta no parece destructivo, pero tenía importantes problemas interpersonales. En ocasiones el terapeuta parece innecesariamente impaciente, distantes, hipócrita o ha tenido dificultades transmitir confianza y competencia.
 4 4 Terapeuta muestra un grado satisfactorio de calor, preocupación, confianza, autenticidad y profesionalismo. No se observaron problemas interpersonales. (6)
 6 Terapeuta muestra los niveles óptimos de calidez, preocupación, confianza, autenticidad y profesionalismo, apropiada para este paciente en particular en este período de sesiones.

5. COLABORACIÓN

- 0 Terapeuta no trató de establecer una colaboración con el paciente.
 2 Terapeuta trató de colaborar con el paciente, pero han tenido dificultades, ya sea la definición de un problema que el paciente considera importante o el establecimiento de relaciones.
 4 Terapeuta pudo colaborar con el paciente, se centran en el problema del paciente y el terapeuta considera importante, establecer relaciones.
 6 6 Colaboración parece excelente; terapeuta alienta paciente tanto como sea posible a tomar un papel activo durante el período de sesiones (por ejemplo, ofreciendo opciones) para que pueda funcionar como un "equipo" (6)

6. Ritmo y USO EFICIENTE DEL TIEMPO

- 0 Terapeuta no hizo ningún intento de estructurar la terapia en el tiempo.
 2 El terapeuta poseía cierta dirección, pero había problemas importantes con la estructuración o el ritmo (por ejemplo, muy poca estructura, inflexibles acerca de la estructura, ritmo demasiado lento, demasiado rápido ritmo).
 4 4 Terapeuta fue un éxito en el uso de tiempo de manera eficiente. Terapeuta mantiene adecuados controles sobre el flujo y el ritmo de la discusión. (5)
 6 Terapeuta utilizo el tiempo eficientemente por tacto periféricos e improductivo limitaba el debate y por ritmo de la sesión lo más rápidamente como sea apropiado para el paciente.

Parte II: CONCEPTUALIZACIÓN, ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS

7. DESCUBRIMIENTO GUIADAS

- 0 Terapeuta basó principalmente en el debate, la persuasión, o "dar lecciones". El terapeuta no tenía buena conexión con el paciente, colocando al paciente a la defensiva, o forzar su punto de vista sobre el mismo.
- 2 Terapeuta se basa excesivamente en la persuasión y el debate, en lugar de descubrimiento guiado. Sin embargo, el estilo de terapeuta apoya lo suficiente en que el paciente no parece que se sienten atacados o a la defensiva.
- 4 Terapeuta, en su mayor parte, ayudó a ver nuevas perspectivas del paciente a través de descubrimiento guiado (por ejemplo, examen de las pruebas, teniendo en cuenta las alternativas, ventajas y desventajas de peso), en lugar de a través de debates. Interrogatorio utilizados adecuadamente.
- 6 6 Terapeuta era especialmente hábil en el uso de descubrimiento guiado durante el período de sesiones para estudiar los problemas paciente y ayudar a sacar sus propias conclusiones. Logrado un excelente equilibrio entre la habilidad interrogatorios y otros modos de intervención. (5)

8. CENTRARSE EN CLAVE COGNICIONES O COMPORTAMIENTOS

- 0 Terapeuta no trató de obtener ideas específicas, las hipótesis, las imágenes, significados, o comportamientos.
- 2 Terapeuta utiliza técnicas apropiadas para obtener cogniciones o comportamientos, sin embargo, el terapeuta ha dificultades para encontrar un enfoque centrado en cogniciones o / comportamientos que eran irrelevantes para el paciente la clave de problemas.
- 4 4 Terapeuta centró en cogniciones o comportamientos específicos de interés para el objetivo de problema. Sin embargo, terapeuta se han centrado en cogniciones o comportamientos que ofrecen mayor potencial para progreso.
- 6 Terapeuta muy hábilmente se centró sobre las principales ideas, hipótesis, comportamientos, etc eran los más pertinentes para el problema y ofreció una buena oportunidad para el progreso. (6)

9. ESTRATEGIA PARA EL CAMBIO (Nota: Para este tema, centrarse en la calidad de la terapeuta de la estrategia para el cambio, no en la forma en que la estrategia se puso en práctica o si el cambio realmente ocurrió.)

- 0 Terapeuta no ha seleccionado las técnicas cognitivo-conductuales.
- 2 Terapeuta seleccionado técnicas cognitivo-conductual, sin embargo, tanto la estrategia global para llevar el cambio parece vago o no parece prometedora para ayudar a la paciente.
- 4 Terapeuta parece tener una estrategia coherente general para el cambio que mostró razonable y se incorporan las técnicas cognitivo-conductuales.
- 6 6 Terapeuta seguido una estrategia coherente para el cambio que parecía muy prometedora e incorporado los más apropiado de técnicas cognitivo-conductuales. (6)

10. APLICACIÓN DE TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES (Nota: Para este tema, centrarse en cómo hábilmente las técnicas se han aplicado, no en la forma en que fueron apropiados para el objetivo o problema si el cambio se produjo en realidad.)

- 0 Terapeuta no sabe aplicar ninguna de técnicas cognitivo-conductuales.
- 2 Terapeuta utiliza técnicas cognitivo-conductuales, pero hay importantes deficiencias en la manera en que se aplicaron.
- 4 4 Terapeuta aplicado técnicas cognitivo-conductual con moderado habilidad.
- 6 Terapeuta muy hábilmente empleo las técnicas cognitivo-conductuales. (5)

11. TAREA

- 0 Terapeuta no trató de incorporar las tareas pertinentes para la terapia cognitiva.
- 2 Terapeuta tenía importantes dificultades incorporar la tarea (por ejemplo, la no revisión anterior tarea, la tarea no ha explicado con suficiente detalle, las tareas asignadas inadecuado).
- 4 Terapeuta revisa la tarea anterior y asigna la tarea "estándar" de la terapia cognitiva a, pertinente a las cuestiones tratadas en el período de sesiones. La tarea se ha explicado con suficiente detalle.
- 6 6 Terapeuta reviso cuidadosamente las tareas y las tareas cognitivas asignadas son procedentes de la semana próxima. (6)

Parte III: OTRAS CONSIDERACIONES

12. (a) ¿A veces especial surgen problemas durante el período de sesiones (por ejemplo, la no-adhesión a la tarea, interpersonales cuestiones entre terapeuta y paciente, la desesperanza sobre la continuación de la terapia, la recaída?)

SI NO (B) En caso afirmativo:

- 0 Terapeuta no puede hacer frente de manera adecuada con los problemas que se planteaban.
- 2 Terapeuta trato adecuadamente con problemas especiales, pero utilizan estrategias o conceptualizaciones incompatibles con la terapia cognitiva.
- 4 Terapeuta intentado hacer frente a problemas específicos mediante un marco cognitivo y se moderadamente hábil en la aplicación de las técnicas.
- 6 Terapeuta era muy hábil en el manejo de los problemas especiales con el uso de terapia cognitiva. (5)
- 13. ¿Existen importantes factores inusuales en este período de sesiones que se siente justificado la salida del terapeuta enfoque estándar de la medida por esta escala?

SI (Por favor explique a continuación) NO

Parte IV: CALIFICACIONES Y COMENTARIOS GENERALES

14. ¿Cómo calificaría usted el médico general en este período de sesiones, como un terapeuta cognitivo?

0 1 2 3 4 5 6

pobres adecuada Satisfactorio Mediocre Buena Muy Buena Excelente

15. Si están llevando a cabo un estudio de resultados en terapia cognitiva, ¿crees que se seleccione esta terapeuta a participar en este momento (suponiendo que esta sesión es típico?).

0 1 2 3 4

Definitivamente no Probablemente no Incierto - borderline Definitivamente Probablemente Sí Sí

16. ¿Qué tan difícil te sentiste como paciente fue a trabajar con el terapeuta?

0 1 2 3 4 5 6

-Muy difícil no receptivo Moderadamente difícil Extremadamente difícil

17. COMENTARIOS Y SUGERENCIAS PARA LA MEJORA TERAPEUTA:

18. VALORACIÓN GLOBAL:

Escala de calificación:

0 1 2 3 4 5

Insuficiente Satisfactorio Mediocre Buena Muy Buena Excelente

Utilizando la escala anterior, por favor, dar una calificación global de esta terapeuta, como lo demuestran las habilidades en esta cinta. Por favor

escriba el número apropiado.

Co 15/09/18

Escala de la Desesperanza (HS)
(Beck et al., 1974)

Se puntúa 1 las repuestas "Verdadero" de los ítems (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) y el resto de las respuestas "Falso".

El punto de corte más adecuado se sitúa en 8, una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto.

	Verdadero (V)	Falso (F)
1. Miro hacia el futuro con optimismo y esperanza		X
2. Debería darme por vencido, puesto que yo solo no puedo hacer mejor las cosas.	X	
3. Cuando las cosas van mal, me anima saber que no pueden continuar así por mucho tiempo		X
4. No puedo imaginarme cómo será mi vida dentro de 10 años	X	
5. Tengo todo un futuro para realizar lo que más deseo en la vida		X
6. En el futuro, espero triunfar en lo que realmente deseo.	X	
7. Veo mi futuro con pesimismo		X
8. Espero que la vida me ofrezca más que al resto de la gente	X	
9. No consigo que la vida me sonría, y no creo que el futuro pueda cambiarlo.		X
10. El pasado me ha enseñado a afrontar satisfactoriamente el futuro.	X	
11. Todo a mi alrededor es más negativo que positivo	X	
12. No creo que consiga lo que realmente quiero		X
13. Espero que en el futuro sea más feliz que lo que soy ahora	X	
14. Nunca consigo que las cosas me salgan como quiero		X
15. Tengo fe en el futuro	X	
16. Es absurdo que desee algo, pues nunca consigo lo que quiero	X	
17. Difícilmente conseguiré algo bueno en mi vida	X	
18. El futuro me parece vago e incierto		X
19. Espero con entusiasmo que en mi vida haya más momentos buenos que malos		X
20. Es inútil que luche por lo que quiero, porque lo más (pues es muy) probable es que no lo consiga.	X	

Carolina Ortiz Alvarez
28/feb/2020

Escala de la Desesperanza (HS)
(Beck et al., 1974)

Se puntúa 1 las repuestas "Verdadero" de los ítems (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) y el resto de las repuestas "Falso".

El punto de corte más adecuado se sitúa en 8, una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto.

Co. Mija. 16 2019

Se puntúa 1 las repuestas "Verdadero" de los ítems (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) y el resto de las repuestas "Falso".

El punto de corte más adecuado se sitúa en 8, una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto.

	Verdadero (V)	Falso (F)
1. Miro hacia el futuro con optimismo y esperanza		<input checked="" type="checkbox"/>
2. Debería darme por vencido, puesto que yo solo no puedo hacer mejor las cosas.	<input checked="" type="checkbox"/>	
3. Cuando las cosas van mal, me anima saber que no pueden continuar así por mucho tiempo		<input checked="" type="checkbox"/>
4. No puedo imaginarme cómo será mi vida dentro de 10 años	<input checked="" type="checkbox"/>	
5. Tengo todo un futuro para realizar lo que más deseo en la vida		<input checked="" type="checkbox"/>
6. En el futuro, espero triunfar en lo que realmente deseo.	<input checked="" type="checkbox"/>	
7. Veo mi futuro con pesimismo		<input checked="" type="checkbox"/>
8. Espero que la vida me ofrezca más que al resto de la gente	<input checked="" type="checkbox"/>	
9. No consigo que la vida me sonría, y no creo que el futuro pueda cambiarlo.		<input checked="" type="checkbox"/>
10. El pasado me ha enseñado a afrontar satisfactoriamente el futuro.		<input checked="" type="checkbox"/>
11. Todo a mi alrededor es más negativo que positivo	<input checked="" type="checkbox"/>	
12. No creo que consiga lo que realmente quiero		<input checked="" type="checkbox"/>
13. Espero que en el futuro sea más feliz que lo que soy ahora	<input checked="" type="checkbox"/>	
14. Nunca consigo que las cosas me salgan como quiero		<input checked="" type="checkbox"/>
15. Tengo fe en el futuro	<input checked="" type="checkbox"/>	
16. Es absurdo que desee algo, pues nunca consigo lo que quiero		<input checked="" type="checkbox"/>
17. Difícilmente conseguiré algo bueno en mi vida	<input checked="" type="checkbox"/>	
18. El futuro me parece vago e incierto		<input checked="" type="checkbox"/>
19. Espero con entusiasmo que en mi vida haya más momentos buenos que malos	<input checked="" type="checkbox"/>	
20. Es inútil que luche por lo que quiero, porque lo más (pues es muy) probable es que no lo consiga.		<input checked="" type="checkbox"/>

	Verdadero (V)	Falso (F)
1. Miro hacia el futuro con optimismo y esperanza		<input checked="" type="checkbox"/>
2. Debería darme por vencido, puesto que yo solo no puedo hacer mejor las cosas.	<input checked="" type="checkbox"/>	
3. Cuando las cosas van mal, me anima saber que no pueden continuar así por mucho tiempo		<input checked="" type="checkbox"/>
4. No puedo imaginarme cómo será mi vida dentro de 10 años	<input checked="" type="checkbox"/>	
5. Tengo todo un futuro para realizar lo que más deseo en la vida		<input checked="" type="checkbox"/>
6. En el futuro, espero triunfar en lo que realmente deseo.	<input checked="" type="checkbox"/>	
7. Veo mi futuro con pesimismo		<input checked="" type="checkbox"/>
8. Espero que la vida me ofrezca más que al resto de la gente	<input checked="" type="checkbox"/>	
9. No consigo que la vida me sonría, y no creo que el futuro pueda cambiarlo.		<input checked="" type="checkbox"/>
10. El pasado me ha enseñado a afrontar satisfactoriamente el futuro.		<input checked="" type="checkbox"/>
11. Todo a mi alrededor es más negativo que positivo	<input checked="" type="checkbox"/>	
12. No creo que consiga lo que realmente quiero		<input checked="" type="checkbox"/>
13. Espero que en el futuro sea más feliz que lo que soy ahora	<input checked="" type="checkbox"/>	
14. Nunca consigo que las cosas me salgan como quiero		<input checked="" type="checkbox"/>
15. Tengo fe en el futuro	<input checked="" type="checkbox"/>	
16. Es absurdo que desee algo, pues nunca consigo lo que quiero		<input checked="" type="checkbox"/>
17. Difícilmente conseguiré algo bueno en mi vida	<input checked="" type="checkbox"/>	
18. El futuro me parece vago e incierto		<input checked="" type="checkbox"/>
19. Espero con entusiasmo que en mi vida haya más momentos buenos que malos	<input checked="" type="checkbox"/>	
20. Es inútil que luche por lo que quiero, porque lo más (pues es muy) probable es que no lo consiga.		<input checked="" type="checkbox"/>

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

Carolina Ortiz A
19/06/19

INVENTARIO DE BECK

En este cuestionario hay grupos de frases. Por favor lea cuidadosamente cada grupo. Luego escoja una frase en cada grupo la cual describe mejor la forma como usted se ha sentido últimamente. Encierre en un círculo el número del lado de la frase que eligió. Si le parece que varias frases del grupo se aplican igual. Señala una.

- Esté seguro de leer todas las frases en cada grupo antes de marcar una elección.*
- A. 0. No me siento triste
 - 1. Me siento triste o melancólico
 - 2. Me siento triste o melancólico todo el tiempo y no puedo animarme.
 - 3. Siento que nunca saldré de mis problemas
 - B. 0. No estoy particularmente pesimista o desalentado por el futuro.
 - 1. Me siento desalentado por el futuro
 - 2. Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir
 - 3. Siento que nunca saldré de mis problemas
 - 4. Siento que el futuro es desalentador y que las cosas no pueden mejorar
 - C. 0. No me siento como un fracasado
 - 1. Siento que he fracasado más que el promedio
 - 2. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo
 - 3. Viendo mi vida en forma retrospectivamente todo lo que puede ver es una gran cantidad de fracasos.
 - 4. Siento que soy un fracasado completo.
 - D. 0. No estoy particularmente insatisfecho
 - 1. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo
 - 2. No gozo las cosas de la manera que acostumbraba
 - 3. Nunca siento satisfacción de nada.
 - 4. Estoy insatisfecho de todo.
 - E. 0. No me siento particularmente culpable
 - 1. Me siento mal o indigno gran parte del tiempo
 - 2. Me siento algo culpable
 - 3. Me siento mal o indigno casi siempre
 - 4. Siento que soy malo o inútil
 - F. 0. No siento que este siendo castigado
 - 1. He tenido la sensación de que algo malo puede ocurrir
 - 2. Siento que soy castigado o que será castigado
 - 3. Creo que merezco ser castigado
 - 4. Deseo ser castigado.
 - G. 0. No me siento decepcionado de mí mismo
 - 1. Estoy decepcionado de mí mismo
 - 2. Estoy disgustado conmigo mismo
 - 3. No me agrado
 - 4. Estoy disgustado conmigo mismo

Escaneado con CamScanner

Carolina Ortiz A
16/05/19

INVENTARIO DE BECK

En este cuestionario hay grupos de frases. Por favor lea cuidadosamente cada grupo. Luego escoja una frase en cada grupo la cual describe mejor la forma como usted se ha sentido últimamente. Encierre en un círculo el número del lado de la frase que eligió. Si le parece que varias frases del grupo se aplican igual. Señala una.

- Esté seguro de leer todas las frases en cada grupo antes de marcar una elección.*
- A. 0. No me siento triste
 - 1. Me siento triste o melancólico
 - 2. Me siento triste o melancólico todo el tiempo y no puedo animarme.
 - 3. Siento que nunca saldré de mis problemas
 - B. 0. No estoy particularmente pesimista o desalentado por el futuro.
 - 1. Me siento desalentado por el futuro
 - 2. Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir
 - 3. Siento que nunca saldré de mis problemas
 - 4. Siento que el futuro es desalentador y que las cosas no pueden mejorar
 - C. 0. No me siento como un fracasado
 - 1. Siento que he fracasado más que el promedio
 - 2. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo
 - 3. Viendo mi vida en forma retrospectivamente todo lo que puede ver es una gran cantidad de fracasos.
 - 4. Siento que soy un fracasado completo.
 - D. 0. No estoy particularmente insatisfecho
 - 1. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo
 - 2. No gozo las cosas de la manera que acostumbraba
 - 3. Nunca siento satisfacción de nada.
 - 4. Estoy insatisfecho de todo.
 - E. 0. No me siento particularmente culpable
 - 1. Me siento mal o indigno gran parte del tiempo
 - 2. Me siento algo culpable
 - 3. Me siento mal o indigno casi siempre
 - 4. Siento que soy malo o inútil
 - F. 0. No siento que este siendo castigado
 - 1. He tenido la sensación de que algo malo puede ocurrir
 - 2. Siento que soy castigado o que será castigado
 - 3. Creo que merezco ser castigado
 - 4. Deseo ser castigado.
 - G. 0. No me siento decepcionado de mí mismo
 - 1. Estoy decepcionado de mí mismo
 - 2. Estoy disgustado conmigo mismo
 - 3. No me agrado
 - 4. Estoy disgustado conmigo mismo

Escaneado con CamScanner

Candina Ortiz Alvarez
28/feb/2020

INVENTARIO DE BECK

En este cuestionario hay grupos de frases. Por favor lea cuidadosamente cada grupo. Luego elija una frase en cada grupo la cual describe mejor la forma como usted se ha sentido últimamente. Encierre en un círculo el número del lado de la frase que eligió. Si le parece que varias frases del grupo se aplican igual, señale una. Está seguro de leer todas las frases en cada grupo antes de marcar una elección.

- A. 0. No me siento triste
 1. Me siento triste o melancólico
 2a. Me siento triste o melancólico todo el tiempo y no puedo animarme.
 2b. Siento que nunca saldré de mis problemas
- B. 0. No estoy particularmente pesimista o desalentado por el futuro.
 1. Me siento desalentado por el futuro
 2. Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir
 2b. Siento que nunca saldré de mis problemas
 3. Siento que el futuro es desalentador y que las cosas no pueden mejorar
- C. 0. No me siento como un fracasado
 1. Siento que he fracasado más que el promedio
 2. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo
 2b. Viendo mi vida en forma retrospectivamente todo lo que puede ver es una gran cantidad de fracasos.
 3. Siento que soy un fracasado completo.
- D. 0. No estoy particularmente insatisfecho
 1. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo
 1b. No gozo las cosas de la manera que acostumbraba
 2. Nunca siento satisfacción de nada.
 3. Estoy insatisfecho de todo.
- E. 0. No me siento particularmente culpable
 1. Me siento mal o indigno gran parte del tiempo
 2. Me siento algo culpable
 2b. Me siento mal o indigno casi siempre
 3. Siento que soy malo o inútil
- F. 0. No siento que este siendo castigado
 1. He tenido la sensación de que algo malo puede ocurrir
 2. Siento que soy castigado o que seré castigado
 3a. Creo que merezco ser castigado
 3b. Deseo ser castigado.
- G. 0. No me siento decepcionado de mí mismo
 1. Estoy decepcionado de mí mismo
 1b. No me agrado
 2. Estoy disgustado conmigo mismo

Escaneado con CamScanner

INVENTARIO DE ANSIEDAD (BAI)
(Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988)
(Trad. Ballester, 1992)

NOMBRE: CO FECHA: 20-sept-2018

A continuación se encuentra una lista de síntomas comunes de ansiedad. Por favor, lea atentamente cada ítem de la lista. Indique en qué medida le ha afectado a usted cada síntoma durante la semana pasada, incluyendo hoy, colocando una X en el espacio correspondiente de la fila que hay al lado de cada uno.

	Nada	Poco	Bastante (fue muy molesto, pero lo soporté)	Mucho (apenas lo pude soportar)
1. Entumecimiento u hormigueo				X
2. Sensación de calor			X	
3. Temblor en las piernas			X	
4. Incapacidad para relajarse			X	
5. Miedo a que ocurra lo peor				X
6. Vértigo o mareo			X	
7. Palpitaciones			X	
8. Inestabilidad				X
9. Terror				X
10. Nervios			X	
11. Sensaciones de ahogo			X	
12. Temblor de manos			X	
13. Inestabilidad			X	
14. Miedo a perder el control			X	
15. Dificultades para respirar				X
16. Miedo a morir				X
17. Pánico				X
18. Indigestión o molestias en el abdomen				X
19. Sensación de desmayo				X
20. Rubor en la cara				X
21. Sudor (no debido al calor)				X

Escaneado con CamScanner

INVENTARIO DE ANSIEDAD (BAI)
(Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988)
(Trad. Ballester, 1992)

NOMBRE: COA FECHA: 13/04/19

A continuación se encuentra una lista de síntomas comunes de ansiedad. Por favor, lea atentamente cada ítem de la lista. Indique en qué medida le ha afectado a usted cada síntoma durante la semana pasada, incluyendo hoy, colocando una X en el espacio correspondiente de la fila que hay al lado de cada uno.

	Nada	Poco	Bastante (fue muy molesto, pero lo soporté)	Mucho (apenas lo pude soportar)
1. Entumecimiento u hormigueo		X		
2. Sensación de calor		X		
3. Temblor en las piernas		X		
4. Incapacidad para relajarse		X		
5. Miedo a que ocurra lo peor		X		
6. Vértigo o mareo		X		
7. Palpitaciones		X		
8. Inestabilidad		X		
9. Terror		X		
10. Nervios		X		
11. Sensaciones de ahogo		X		
12. Temblor de manos		X		
13. Inestabilidad		X		
14. Miedo a perder el control		X		
15. Dificultades para respirar		X		
16. Miedo a morir		X		
17. Pánico		X		
18. Indigestión o molestias en el abdomen		X		
19. Sensación de desmayo		X		
20. Rubor en la cara		X		
21. Sudor (no debido al calor)		X		

Escaneado con CamScanner

INVENTARIO DE ANSIEDAD (BAI)
(Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988)
(Trad. Ballester, 1992)

NOMBRE: CO FECHA: 28-02-2010

A continuación se encuentra una lista de síntomas comunes de ansiedad. Por favor, lea atentamente cada ítem de la lista. Indique en qué medida le ha afectado a usted cada síntoma durante la semana pasada, incluyendo hoy, colocando una X en el espacio correspondiente de la fila que hay al lado de cada uno.

	Nada	Poco	Bastante (fue muy molesto, pero lo soporté)	Mucho (apenas lo pude soportar)
1. Entumecimiento u hormigueo	✓			
2. Sensación de calor	✓	✓		
3. Temblor en las piernas	✓			
4. Incapacidad para relajarse	✓			
5. Miedo a que ocurra lo peor	✓			
6. Vértigo o mareo	✓			
7. Palpitaciones	✓			
8. Inestabilidad	✓			
9. Terror	✓			
10. Nervios	✓			
11. Sensaciones de ahogo	✓			
12. Temblor de manos	✓			
13. Inestabilidad	✓			
14. Miedo a perder el control	✓			
15. Dificultades para respirar	✓			
16. Miedo a morir	✓			
17. Pánico	✓			
18. Indigestión o molestias en el abdomen		✓		
19. Sensación de desmayo	✓			
20. Rubor en la cara	✓			
21. Sudor (no debido al calor)	✓			

total 6 puntos ansiedad muy baja

Escaneado con CamScanner

CO 13/10/18

CUESTIONARIO DE ESCUELAS DE YOUNG, YSQ-1,
D. Casarón, L. Chaves, A. Ferrer, N. H. Londoño, K. Maestre, C. Marín, M. Schröter (2003).
Universidad de San Buenaventura - Medellín (Colombia).
Desarrollado por Jeffrey E. Young, PhD y Gary Brown, Med. Copyright, 1990.

INSTRUCCIONES
Enumeradas aquí, usted encontrará afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo(a) describe de acuerdo a las siguientes categorías:

Completamente falso de mí	1	2	3	4	5	6
	La mayor parte falso de mí	Ligeramente más verdadero que falso	Modestamente verdadero de mí	La mayor parte verdadero de mí		Me describe perfectamente

Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piensa que es correcto.

1	Las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales.					
2	Por mucho tiempo de mi vida, no he tenido a nadie que quisiera estar estrechamente ligado a mí, y compartir mucho tiempo conmigo.					
3	La mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuche, me comprenda y esté sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos.					
4	Rara vez he tenido una persona fuerte que me brinde consejos sabios o diferentes cuando no estoy seguro de qué hacer.					
5	Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen.					
6	Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me siento desesperto.					
7	Me afijo cuando alguien me deja solo(a), aún por un corto periodo de tiempo.					
8	No puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes en forma consistente.					
9	Me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien más a quien preferir, y me dejen.					
10	Necesito tanto a las otras personas que me preocupo acerca de la posibilidad de perderlas.					
11	Me siento tan indefensa(a) si no tengo personas que me protejan, que me preocupo mucho por perderlas.					
12	Si alguien se comporta muy amable conmigo, asumo que esa persona debe estar buscando algo.					
13	Me da una gran dificultad confiar en la gente.					
14	Sospecho mucho de las intenciones de las otras personas.					
15	Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo que parecen.					

Escaneado con CamScanner

CO 16/04/20

CUESTIONARIO DE ESCUELAS DE YOUNG, YSQ-1,
D. Casarón, L. Chaves, A. Ferrer, N. H. Londoño, K. Maestre, C. Marín, M. Schröter (2003).
Universidad de San Buenaventura - Medellín (Colombia).
Desarrollado por Jeffrey E. Young, PhD y Gary Brown, Med. Copyright, 1990.

INSTRUCCIONES
Enumeradas aquí, usted encontrará afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo(a) describe de acuerdo a las siguientes categorías:

Completamente falso de mí	1	2	3	4	5	6
	La mayor parte falso de mí	Ligeramente más verdadero que falso	Modestamente verdadero de mí	La mayor parte verdadero de mí		Me describe perfectamente

Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piensa que es correcto.

1	Las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales.					
2	Por mucho tiempo de mi vida, no he tenido a nadie que quisiera estar estrechamente ligado a mí, y compartir mucho tiempo conmigo.					
3	La mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuche, me comprenda y esté sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos.					
4	Rara vez he tenido una persona fuerte que me brinde consejos sabios o diferentes cuando no estoy seguro de qué hacer.					
5	Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen.					
6	Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me siento desesperto.					
7	Me afijo cuando alguien me deja solo(a), aún por un corto periodo de tiempo.					
8	No puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes en forma consistente.					
9	Me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien más a quien preferir, y me dejen.					
10	Necesito tanto a las otras personas que me preocupo acerca de la posibilidad de perderlas.					
11	Me siento tan indefensa(a) si no tengo personas que me protejan, que me preocupo mucho por perderlas.					
12	Si alguien se comporta muy amable conmigo, asumo que esa persona debe estar buscando algo.					
13	Me da una gran dificultad confiar en la gente.					
14	Sospecho mucho de las intenciones de las otras personas.					
15	Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo que parecen.					

Escaneado con CamScanner