

RELACIÓN TERAPÉUTICA Y TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

NATALIA BECERRA RODRÍGUEZ

Directora:
MONICA MARÍA NOVOA GÓMEZ

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ESPECIALIZACIÓN COMPORTAMENTAL COGNOSCITIVA
BOGOTÁ, COLOMBIA

JULIO 2010

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

DESCRIPCIÓN DEL CASO

FORMULACIÓN DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Unidad de Análisis.

Hipótesis de Predisposición.

Hipótesis de mantenimiento.

Hipótesis Explicativa.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Objetivos específicos

MÉTODO

Diseño

Procedimiento

RESULTADOS

DISCUSIÓN

REFERENCIAS

Lista de Tablas

Tabla 1. Desintoxicaciones y hospitalizaciones

Tabla 2. Intentos de suicidio en su vida

Tabla 3. Clases de respuestas de acuerdo con Callaghan (2006b)

Lista de Figuras

Figura 1. Conductas clínicamente relevantes tipo 1 presentes en cada sesión.

Figura 2. Frecuencia de CCR tipo 1.

Figura 3. Conductas clínicamente relevantes tipo 2 presentes en cada sesión.

Figura 4. Conductas clínicamente relevantes tipo 3 presentes en cada sesión.

Figura 5. Frecuencia de CCR tipo 3.

Lista de Anexos

ANEXO A. Consentimiento para tratamiento de adultos (utilizado en la práctica de la especialización de psicología clínica de consultores en Psicología de la Universidad Javeriana).

ANEXO B. Autoregistros.

ANEXO C. Análisis funcional de acuerdo con los registros.

ANEXO D. Observación en supervisión.

ANEXO E. Descripción sesiones.

RELACIÓN TERAPÉUTICA Y TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

Natalia Becerra Rodríguez

Mónica Ma. Novoa G. MSc. PhD(c)¹

Resumen

Se presenta en este documento el análisis funcional del proceso terapéutico llevado a cabo con una mujer de 46 años, con frecuentes y severas conductas parasuicidas e historia de hospitalizaciones. Este trabajo se constituye en un esfuerzo de explorar y comprender, bajo algunas de las estrategias de la Psicoterapia Analítica Funcional (PAF; Kohlenberg y Tsai, 1991), cómo la dinámica de la interacción psicoterapeuta y consultante, influye de forma fundamental en la posibilidad de cambio conductual de este tipo de casos, al identificar las conductas clínicamente relevantes (CCR) y extender las dimensiones del análisis conductual a este nivel, siguiendo siempre una perspectiva inductiva, propia del modelo de investigación – intervención clínica que caracteriza al modelo conductual. El estudio permite concluir que el centrarse en la modificación de conductas problema en el contexto extra – terapéutico y no haber tenido en cuenta la relación terapéutica conllevaron al mantenimiento de las conductas problema y posterior abandono del tratamiento por parte de la consultante.

Palabras clave: Psicoterapia Analítica Funcional, Análisis Funcional (SC 20496), Relación Terapéutica, Análisis Conductual Aplicado, Trastorno Límite de Personalidad (SC 06622).

¹ Directora y coautora del trabajo de grado

Abstract

This document presents a functional analysis of the therapeutic process given to a woman 46 years old, with frequent and severe parasuicidal acts and repeated hospitalizations. This work constitutes an effort to explore and understand, under some of the Functional Analytic Psychotherapy strategies (FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991), how the interaction dynamic between the therapist and the patient influences in the possibility of a behavior change in this type of cases, by identifying the clinically relevant behaviors (CRB) and extend the dimensions of the behavior analysis at this level, following always an inductive perspective, proper of the research model - clinical intervention that characterizes the behavioral model. The study allows to conclude that centering in the modification of the problem behaviors in the extra – therapeutic context, and not taking into account the therapeutic relationship implied keeping the problem behaviors and the abandonment of the treatment of the patient.

Key Words: Functional Analytic Psychotherapy, Functional Analysis (SC 20496), Therapeutic relationship, Applied Behavioral Analysis, Borderline Personality Disorder (SC 06622).

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El trabajo clínico con pacientes con características conductuales asociadas al trastorno límite de personalidad ha sido catalogado como particularmente problemático porque exige mucho del terapeuta. Se trata de un grupo de pacientes que pueden confrontar al psicólogo con sus limitaciones y preocupaciones no sólo como profesional, sino también como persona (Clementel-Jones, 1985; Gutheil, 1989; Kohlenberg y Tsai, 1991; Kreisman y Straus, 1989; Linehan y otros, 2001). El impacto que esta atención psicológica tiene sobre la persona del terapeuta, hace especialmente interesante la formulación clínica conductual de la interacción terapéutica, con el fin de analizar funcionalmente la interacción terapéutica y comprender la dinámica relacional como un todo, incluyendo allí tanto al paciente con sus estilos interactivos, como al psicólogo como persona y profesional.

La Psicoterapia Analítica Funcional (PAF) hace parte del grupo de terapias de tercera generación, siguiendo una clasificación propuesta por Hayes (2004) cuyas características comunes están en la fundamentación de los principios del conductismo radical, enfocándose en el análisis de las contingencias operantes que se establecen en los contextos socioverbales. Ha sido también señalado como su distintivo el interés, no en “contra argumentar” las problemáticas del consultante con el fin de fortalecer en él una comprensión más racional, sino en promover la aceptación (tolerar y entender sensaciones en su contexto, en vez de intentar controlarlas) y acentuar los intercambios espontáneos entre el terapeuta y el paciente (la relación interpersonal natural) como elemento central del proceso terapéutico.

Una particularidad de esta modalidad terapéutica que interesa al actual caso, es

que los principios del análisis del comportamiento de los consultantes también se aplican al comportamiento del psicólogo clínico que lo atiende, e incluso al profesional tutor que lo supervisa (Hayes, Folette y Linehan, 2004). La PAF sistematiza lo que sucede entre el psicólogo y el paciente durante la sesión, los intercambios verbales entre ellos se consideran una muestra de comportamiento y en tal medida, su análisis permitirá identificar “in vivo” las problemáticas del consultante, los progresos o cambios favorables que en ellas se sucedan dentro del proceso y los momentos y maneras en que el control verbal hace posible que la relación clínica se mantenga, muestre eficacia o mantenga los problemas del consultante.

En este documento se presenta el caso de una mujer con características conductuales asociadas al trastorno límite de personal, en especial por sus comportamientos parasuicidas, las dificultades en la regulación del afecto y los deficitarios repertorios de interacción social, especialmente en relación con el establecimiento y mantenimiento de relaciones íntimas. El lector encontrará una contextualización del caso, la formulación clínica realizada durante el proceso de atención clínica y el análisis funcional del proceso y la relación terapéutica, realizado posteriormente, luego de que la consultante desertó del proceso terapéutico. Para ello, se han acogido algunos de los elementos centrales de la PAF, con el fin de comprender cómo las habilidades terapéuticas y las estrategias clínicas desplegadas durante la relación establecieron operaciones que mantuvieron los estilos interactivos de la paciente. Se presenta al final un acercamiento comprensivo a la dinámica relacional desde la perspectiva del mismo terapeuta del caso y se plantean algunos elementos de análisis a tener en cuenta en la formulación clínica, no sólo de este tipo de casos, sino del trabajo clínico en general, especiales a tener en cuenta en el proceso de formulación

clínica.

De acuerdo con el Ministerio de Protección Social y la Fundación FES social (2005), el 40.1% de las personas entre 18 y 65 años ha padecido algún tipo de trastorno psiquiátrico o del comportamiento en algún momento de su vida, el 16.0% lo ha padecido durante los últimos 12 meses, y el 7.4% lo ha padecido durante los últimos 30 días.

Teniendo en cuenta que dentro de las diez primeras causas de discapacidad a nivel mundial, cinco de ellas son psiquiátricas (Organización Mundial de la Salud, 2001), el estudio de éste tipo de casos cobran especial interés en el área clínica. De la misma manera, se evidencia la necesidad de realizar estudios que logren responder a dichas necesidades y generar conocimiento que permita aumentar e implementar técnicas de intervención cada vez más efectivas (Pontificia Universidad Javeriana, 1992) y que respondan a las necesidades particulares de cada una de las personas en el menor tiempo posible con el fin de disminuir los costos que dichas intervenciones implican (Hayes y Barlow, 1999).

En el tratamiento de los trastornos de personalidad límite, es común que el manejo se dé desde la psiquiatría por medio de tratamientos farmacológicos y eventualmente psicoterapia desde una perspectiva psiquiátrica, sin embargo, el estudio de este caso busca demostrar que la Psicoterapia Analítica Funcional tiene valiosas contribuciones que hacer en los casos en los que las relaciones interpersonales están en el centro de la problemática de los pacientes, como ocurre con los pacientes diagnosticados de trastorno límite de personalidad.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

El objetivo del presente informe reposa en el análisis de la relación terapéutica con una consultante con historia de trastornos afectivos que han implicado múltiples hospitalizaciones y procesos terapéuticos, por lo cual se describirán los datos generales que resultan relevantes al análisis y posteriormente se presenta la formulación clínica de la relación terapéutica.

Datos generales.

L.M, una mujer de 46 años de edad, soltera, nacida en Bogotá, de ocupación secretaria, nivel socio-económico medio y escolaridad técnica, quien profesa la religión católica.

La consultante llega con remisión de psiquiatría tras hospitalización por intento de suicidio en un hospital psiquiátrico de la ciudad. Es de relevancia señalar que en la sesión de consulta inicial ella refiere “*varios intentos de suicidio y a esto se suma el que tengo dificultades para relacionarme con los demás*”. Como expectativas del proceso terapéutico plantea el estar tranquila con los demás y aprender a decir las cosas de manera adecuada.

A la fecha de inicio del tratamiento psicológico se encontraba medicada con Fluoxetina, Trazodona y Alprazolam, y luego de algunos meses la consultante reportó estar medicada con Amitriptilina y Lorazepam por decisión del psiquiatra.

L.M manifestó no haber tenido tratamientos psicológicos previos, a pesar de varias hospitalizaciones y desintoxicaciones (ver Tabla 1). Al parecer no siguió ningún proceso psicoterapéutico tras estas hospitalizaciones.

Tabla 1.Desintoxicaciones y hospitalizaciones

FECHA	EDAD	DESCRIPCIÓN
1975	14 años	Fue desintoxicada pero no estuvo hospitalizada.
2006	45 años	Fue desintoxicada y hospitalizada por intento de suicidio con sobredosis de medicamentos.
Febrero 2007	45 años	Decide hospitalizarse, comenta haberse sentido muy angustiada.
Marzo 2007	46 años	Es hospitalizada a raíz de un intento de suicidio cortándose las muñecas.
Octubre 2007	46 años	Fue desintoxicada y hospitalizada a raíz de un intento de suicidio con sobre dosis de medicamentos.
Diciembre 2007	46 años	Decide hospitalizarse, comenta haberse sentido muy angustiada.
Abril 2008	47 años	Decide hospitalizarse debido a la ansiedad que le producen las demandas laborales y las relaciones con algunas compañeras.

Áreas de Funcionamiento

Adicional a la historia de tratamientos previos, es relevante describir alguna información sobre áreas de funcionamiento que permiten darle contexto al proceso terapéutico que se adelantó. L.M. solía involucrarse sexualmente con hombres comprometidos con otras personas o sin interés en una relación estable con ella, iniciaba las relaciones bajo los efectos del alcohol, y muy rápidamente les demandaba mucha atención y compañía. El motivo principal de ruptura era el abandono de parte de ellos. La relación que mayor estabilidad reportó fue con un hombre casado mayor que ella y con quien alcanzó a convivir por un año aproximadamente. Reiteradamente expresaba su temor a la intimidad emocional y las relaciones, atribuidas a historia de abuso sexual

por parte de un amigo de su padre a los 6 años de edad.

El área social era la que más inquietaba a la consultante ya que todas sus relaciones interpersonales las caracterizaba como conflictivas, siendo evidente también en consulta, un estilo atribucional de desaprobación y rechazo de parte de terceros. Reportaba frustración por la manera en que se daban las relaciones con otros y la necesidad de afecto y compañía. En situaciones donde debía interactuar con otros, contestaba lo necesario, argumentando en consulta que no sabe de qué hablar o decir, esto la hace sentir tristeza. Se describía a sí misma como una persona tímida, que frecuentemente se ruborizaba y procuraba hablar poco cuando se sentía evaluada. Reconocía dificultades en la expresión de desacuerdo ya que resultaba hiriente para otros, razón por la cual algunas personas se habían alejado de ella.

Reiterativamente manifestó preocupación por el aspecto económico ya que su remuneración actual como recepcionista era menor a la que tenía en un empleo previo. Allí, cuando se presentaban requerimientos de trabajo que le implicaran hacer una tarea no prevista o corregir algo ya terminado, la consultante reaccionaba con mala cara, levantando la voz y refutando los argumentos que dan sus compañeros o jefes, logrando así que ellos disminuyeran las críticas y las solicitudes de correcciones a sus trabajos. L.M tuvo varios trabajos de los cuales salía por decisión de retiro de parte de la empresa o porque sentía que el trato hacia ella no era justo y respetuoso. Tenía deudas y comentaba que ocasionalmente debía hacer préstamos extras para gastos diarios, por esa razón sentía que nunca iba a poderse poner al día con sus acreedores. Estas preocupaciones las asociaba a las ideas de suicidio.

Para L.M. las rupturas afectivas, las dificultades laborales y de relación interpersonal así como la disminución de su capacidad adquisitiva, incrementaban su

sentimiento de pérdida de independencia y aumentaban así mismo los conflictos familiares. Es ante estas situaciones cuando L. M. refiere incremento en la tristeza, los pensamientos de muerte y las conductas autolesivas. Se identifica con ella que muy frecuentemente sus amenazas de suicidio, gritos, reproches, culpabilizaciones y el hacer cosas que molestaban a sus familiares tenía como fin que ellos la atendieran.

El patrón de solución de problemas de la consultante ha sido recurrir en repetidas ocasiones al intento de suicidio y conductas autolesivas como forma de escape a sus preocupaciones económicas y de sentido de vida (ver tabla 2).

Tabla 2.

Intentos de suicidio en su vida

FECHA	EDAD	ACONTECIMIENTOS RELEVANTES	MÉTODO
1975	14 años	Cambio de colegio, dificultades económicas familiares.	Ingesta de medicamentos de la mamá.
1977	16 años	Desilusión afectiva. Descubre que el vecino con quien salía tenía otra novia.	Ingesta de medicamentos.
1979	18 años	Desconocido	Se corta las muñecas.
2006	45 años	Es despedida del trabajo, tiene dificultades económicas, debe irse a vivir con su tía y mamá para aliviar sus gastos.	Sobredosis de medicamentos, llama al hermano porque se siente mal físicamente (vivía sola).
Marzo 2007	46 años	Desilusión afectiva. Es rechazada por un compañero de trabajo a quien buscaba insistentemente a pesar de tener novia.	Se corta las muñecas estando en la casa en compañía de la empleada y una hermana.

Octubre 2007	46 años	Sucede a las tres semanas de iniciada la terapia psicológica y luego del control de psiquiatría donde fue confrontada por su psiquiatra.	Sobredosis de medicamentos.
-----------------	------------	--	-----------------------------

Es relevante notar el amplio periodo de los 18 a los 45 años en el cual no se reportan eventos de suicidio, episodios depresivos de notable importancia ni de mayores dificultades en su desempeño en general. Para estos años, L. M. realizó sus estudios técnicos en administración, se independizó de su casa materna y entabló relaciones afectivas de corta duración, exceptuando la que se mencionó anteriormente con el hombre casado con quien estuvo alrededor de un año. Ella señalaba este periodo como relativamente estable por tener independencia de su familia, especialmente de su padre con quien siempre tuvo una relación conflictiva.

Caracterizaba la relación con sus familiares como conflictiva, manifestaba insatisfacción con su núcleo familiar y escaso apoyo hacia ella. Su padre de 73 años, trabajaba en construcción y vivía en otra ciudad, razón por la cual no se veían frecuentemente. Su madre de 71 años, un año antes de iniciar el proceso de psicología, fue diagnosticada de Alzheimer; enfermedad que afectaba considerablemente la relación madre – hija ya que la pérdida de memoria de la madre era una situación que la consultante manifestaba como difícil de tolerar: *“es que no soporto que me pregunte dónde dejó las gafas cuando las acaba de dejar en su cuarto”*. A la madre la recordaba muy sumisa en su relación con el padre, especialmente al continuar viviendo con él tras enterarse que era gay. A partir del primer intento de suicidio, a los 14 años, la relación con el padre se tornó agresiva y ofensiva. Dicho intento de suicidio se enmarcó en una situación de crisis económica en casa; la consultante explicaba que en aquella situación

pensó que podría aliviar dicha carga si desaparecía “*yo pensaba, si me muriera todo sería más fácil para ellos*”.

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS FUNCIONAL DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Durante el proceso terapéutico y en supervisión clínica, se desarrolló la evaluación a través de entrevistas clínicas conductuales con la consultante y los hermanos en las que se evaluaron los problemas, se indagó el funcionamiento actual así como la historia familiar con el fin de identificar los factores de predisposición, adquisición y de mantenimiento (Llanova, 2000).

Se le pidió desarrollar el auto-registro de las situaciones de conflicto en diversos contextos necesarios para la realización del análisis funcional (Ballesteros, 1994) (Anexo B) y se aplicó el Inventario de Depresión de Beck-II (Beck, 1996) con el fin de establecer algunas características de manifestaciones conductuales de la depresión, y el Inventario de Pensamientos automáticos (Ruíz y Lujan, 1991) utilizado para la evaluación de las distorsiones cognoscitivas de la consultante.

Tras el proceso de evaluación y durante el proceso de atención clínica y en la supervisión del caso, se formuló la siguiente *hipótesis funcional del caso clínico*:

Prima desde la infancia un patrón de evitación frente a situaciones críticas como forma de resolver los problemas. Del padre, quien acudía al castigo como una estrategia para controlar las dificultades presentadas por ella, aprendió a comportarse impulsivamente. Su ideación suicida y sentimiento de minusvalía están asociados a momentos en los que ha experimentado castigo, pérdidas afectivas, abuso sexual,

problemas económicos o falta de red de apoyo ya sea familiar o de amigos, de esta manera, intenta escapar de las dificultades. En la actualidad, la impulsividad, el déficit en autorregulación emocional y en habilidades sociales son factores que contribuyen a las relaciones conflictivas a nivel familiar y laboral. Estos tres factores han tenido como consecuencia la pérdida de red de apoyo y el aislamiento ha generado estados de depresión.

Los resultados de esta evaluación por no ser objeto de análisis de este trabajo, no se incluyen pero pueden ser consultados en el informe final del proceso de supervisión clínica. Como información relevante del proceso adelantado, en el Anexo D se encuentran los comentarios y orientaciones hechos en supervisión para la orientación del caso y en el Anexo E, la descripción de cada una de las sesiones terapéuticas.

Los objetivos terapéuticos que se trazaron se dirigieron a mejorar la adherencia al tratamiento psicológico, disminuir el comportamiento parasuicida y la ideación suicida, desarrollar habilidades autoregulatorias, habilidades de resolución de problemas y mejorar las habilidades interpersonales (aún cuando este último no se alcanzó a implementar en el tratamiento). Como estrategias terapéuticas se trabajó la psicoeducación sobre la naturaleza multifacética del trastorno límite de personalidad, la relación cognición – emoción – conducta, así como la relación entre el comportamiento propio y las relaciones con otros. Se realizó reestructuración cognitiva (auto instrucciones) con el fin que L. M identificara los pensamientos automáticos que se relacionaban con la desesperanza y la ideación suicida, y entrenamiento en solución de problemas para reducir y evitar recaídas en las perturbaciones del estado de ánimo (Meichenbaum y Cameron, 1974; de la Espriella, s.f.), y se la entrenó en respiración y relajación muscular progresiva (Jacobson, 1974) con el fin de reducir la activación

fisiológica asociada con los estados emocionales negativo.

Tras la sesión 20 de trabajo terapéutico, la consultante deja el tratamiento. A ese momento se había disminuido la conducta parasuicida, a pesar de mantenerse la ideación suicida, sin que hubiera cambios significativos en adherencia al tratamiento, las habilidades autoregulatorias, habilidades de resolución de problemas y habilidades interpersonales.

Luego de haber sido cerrado el caso, con el objetivo de comprender las variables relacionadas con la deserción terapéutica y la insensibilidad a las contingencias implementadas en el proceso, se analizó el proceso psicoterapéutico a la luz de los fundamentos de las conductas clínicamente relevantes, parte de la Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991) y de las categorías de análisis de conductas problema planteadas por Callaghan (2006b).

FORMULACIÓN DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Unidad de Análisis.

Patrón de interacción terapéutica caracterizado por la presentación frecuente de comportamientos erráticos en relación con la identificación de necesidades durante el proceso terapéutico, comunicación bidireccional inefectiva, inhibición de comportamiento del terapeuta ante predicción de situaciones de conflicto o confrontación, escape y evitación de las ocasiones en las que se requería intimidad en la relación interpersonal y expresión emocional desfavorable a los propósitos del proceso

de cambio, lo cual conlleva a la ruptura del proceso terapéutico y la ineficiencia en los objetivos previstos para el mismo.

Hipótesis

Hipótesis de Predisposición.

Las habilidades clínicas previas a enfrentar el caso y las prácticas valorativas que se establecieron en la terapeuta orientadas a buscar complacencia y aprobación por parte de la consultante, a inhibir cualquier tipo de conducta que pudiera expresar insatisfacción por las situaciones que se presentaban en el proceso o con la conducta de la consultante, complacer las demandas de ella en términos de temas de discusión y actividades en sesión.

Por parte de la consultante, repertorios de evitación frente a situaciones de interacción interpersonal que implicaran intimidad emocional con otros, déficit en las habilidades para la solución de situaciones de conflicto y errores en los mecanismos de regulación emocional y comunicación asertiva.

Por último, con relación a la supervisión del caso, la formulación de éste y las instrucciones para el desarrollo de las sesiones, no facilitaron la identificación de los repertorios inefectivos para la alianza psicoterapéutica.

Hipótesis de mantenimiento.

Moldeamiento de los repertorios descritos en la unidad de análisis, principalmente por refuerzo positivo por parte de la terapeuta a las estrategias comunicativas de la consultante centradas en la queja y los estilos de atribución negativa sobre el comportamiento de otros, refuerzo negativo de los comportamientos de llanto,

la ideación suicida y las amenazas al abandono del proceso y extinción de las conductas de mejoría en virtud de la inhibición del entrenamiento en habilidades específicas y la omisión al refuerzo en las mejorías clínicas dentro de la sesión y en la vida cotidiana.

Unidad de medida.

Frecuencia en la que se presentan en sesión conductas clínicamente relevantes tipo 1, tipo 2 y tipo 3, relacionadas con los problemas de comunicación bidireccional (elementos no verbales, verbales y paralingüísticos en las interacciones), estilos atribucionales negativos, ideas de muerte y amenazas de abandono del proceso terapéutico.

Hipótesis Explicativa.

Los resultados del proceso terapéutico se pueden explicar teniendo en cuenta elementos predisponentes de la terapeuta en términos de las habilidades clínicas previas a enfrentar el caso actual y a las prácticas valorativas orientadas a la complacencia por parte de los consultantes, y a las condiciones propias del estilo conductual de la consultante, especialmente en relación con las dificultades para entablar y mantener relaciones íntimas, manejar el conflicto y enfrentar la relación con terceros; así como a la formulación del caso llevada a cabo durante el proceso de atención y las instrucciones para el desarrollo de las sesiones, las cuales no facilitaron identificar los repertorios inefectivos para la alianza psicoterapéutica.

Estos comportamientos aumentaron la probabilidad de ocurrencia de las ocasiones en consulta que moldearon las estrategias de comunicación con función de búsqueda de atención positiva por parte de la terapeuta y de escape y evitación de la

desaprobación por parte de la consultante así como el comportamiento demandante y la baja adherencia en el comportamiento de la consultante. Se mantuvieron principalmente por refuerzo positivo por parte de la terapeuta a las estrategias comunicativas de la consultante centradas en la queja y los estilos de atribución negativa sobre el comportamiento de otros, refuerzo negativo de los comportamientos de llanto, la ideación suicida y las amenazas al abandono del proceso y extinción de las conductas de mejoría en virtud de la inhibición del entrenamiento en habilidades específicas y la omisión al refuerzo en la mejorías clínicas dentro de la sesión y en la vida cotidiana.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Cuando una persona busca apoyo psicológico lo hace por problemas que se están presentando en su vida cotidiana, en su contexto social real lo cual ha hecho pensar que dichos problemas se presentan fuera del contexto terapéutico. Tradicionalmente el proceso terapéutico se centraría en evaluar el problema y posteriormente brindar habilidades al consultante para que pueda enfrentar los problemas que reporta. Desde la Psicoterapia Analítica Funcional, la relación terapéutica es un contexto social real que tiene el potencial de evocar y modificar la conducta problema del consultante, por ello, la relación terapéutica se encuentra en el corazón del proceso de cambio que se da en la terapia ya que en dicha interacción el mecanismo de cambio es el aprendizaje que el consultante desarrolla al relacionarse con el terapeuta (Fernández y Ferro, 2006; Kohlenberg, Tsai, Parker, Bolling y Kanter, 1999).

En el ambiente terapéutico se presentan aspectos evocadores y reforzadores, agentes centrales del cambio que se busca en todo proceso terapéutico y que según lo expuesto anteriormente, están bajo el control y responsabilidad del terapeuta. Desde una perspectiva funcional los contextos se comparan a partir de los comportamientos que evoca y no a partir de sus características físicas, así pues, si dos contextos evocan las mismas conductas, se puede afirmar que son funcionalmente similares. Puede haber variación en las situaciones (casa, trabajo, amigos, leyendo un libro, etc.) y en la expresión de y hacia otros que puedan evocar la misma respuesta. Dicho potencial adquiere mayor sentido si se tiene en cuenta que el mismo contexto terapéutico involucra ciertas contingencias que permiten al terapeuta tener presente en la intervención que realiza, los aspectos reforzadores de la conducta del consultante que

dependen de su acción como terapeuta, es decir que el terapeuta debe actuar como estímulo discriminativo de la conducta del consultante (Follette, Naugle y Callaghan, 1996). Casos como estos son fácilmente identificables cuando ante cierto tipo de preguntas del terapeuta el consultante responde con monosílabos, evasiones al contacto visual o cambios de tema que pueden variar los tipos de pregunta o las maneras de abordar un tema en la sesión por parte del terapeuta, y evocar un cierto tipo de respuesta en el consultante que muestra estabilidad, siendo por tanto un tipo de conducta equivalente funcionalmente.

El trastorno límite de personalidad (en adelante TLP) se encuentra dentro de los estilos conductuales que muestran insensibilidad a las contingencias, dada la estabilidad de las características de conducta que definen el trastorno; estabilidad que es transituacional y además evolutiva, concibiéndose como uno de los problemas de conducta de mayor preocupación para la clínica. Dicha característica de insensibilidad a las contingencias hace aún más llamativo el poder realizar el análisis del rol de la relación terapéutica en el mantenimiento o modificación de los comportamientos de personas que cumplen con los criterios diagnósticos de TLP. El manejo psicoterapéutico con personas que muestran estilos conductuales del tipo TLP ha sido muy poco efectivo, como sucede con los demás trastornos de personalidad, constituyéndose, por tanto, en un reto de difícil manejo para la psicología clínica y la psiquiatría (Linehan, Cochran y Kehrer, 2004; Stanley y Wilson, 2006).

En una investigación llevada a cabo por Stanley y Wilson (2006) se buscó examinar si el grado de depresión experimentado por personas diagnosticadas con desorden depresivo mayor con comorbilidad de TLP difería del experimentado por personas con dicho desorden pero sin TLP. Los resultados demostraron que aún cuando

todos los participantes, con y sin TLP, mostraron objetivamente niveles de depresión similares, en el caso de los participantes con TLP el reporte indica una experiencia mayor del nivel de depresión. Evidencias como estas reflejan la complejidad del diagnóstico y manejo de este tipo de casos, así como el fracaso terapéutico con estos pacientes. Así mismo, la característica esencial de estos trastornos es la dificultad que presentan en modificar el patrón de funcionamiento pese a los graves problemas vitales que les acarrea esta forma de comportarse, sentir y relacionarse, dicha inflexibilidad también dificulta enormemente el cambio y se constituyen en un gran reto para la psicología.

Los trastornos de personalidad (TP) tienen una alta incidencia en la población y es por ello que han adquirido un lugar sobresaliente en la Psicología Clínica y la Psiquiatría en los últimos tiempos (Quiroga y Errasti, 2001; American Psychiatric Association, 2004). Uno de los trastornos de personalidad que mayor evaluación reporta es el TLP, descrito como un desorden psicológico severo, cuya prevalencia en la población general es de 0.2% a 1.8% y para el cual se calcula que aproximadamente del 7% al 38% de las personas que comenten suicidio, cumplen los criterios diagnósticos del TLP (Linehan, 2000). Este tipo de trastorno de personalidad es el más común en la clínica, con un 10% en consulta externa, de 15 a 20% en pacientes internos y un 1 a 2% en la población general (Skodol et al. 2002, citado por Nezu, Nezu y Lombardo, 2006), y es por ello que adquiere un mayor valor el estudio de casos como éste. El TLP cuenta con tratamientos psicológicos que aún se encuentran en fase experimental debido a la escasez de sistematicidad de estudios empíricos sobre sus resultados clínicos. Las principales aproximaciones terapéuticas están en la terapia cognitivo – conductual, la terapia psicodinámica, la terapia familiar sistémica, y la terapia multimodal.

Linehan, Cochran y Kehrer (2004) describen el TLP como un estilo de comportamiento caracterizado por inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, así como conductas impulsivas, que suelen volverse seriamente problemáticas a principios de la edad adulta. Las personas que cumplen con los criterios diagnósticos para el trastorno de personalidad límite tienen dificultades para adaptarse, escasas estrategias para interactuar con otros, alcanzar metas y afrontar el estrés, siendo muy frecuente la expresión de diversos tipos de conductas autodestructivas y parasuicidas. Brown, Comtois y Linehan (2002) definen las *conductas parasuicidas*, como “lesiones deliberadas a sí mismo que pueden implicar o no, riesgo inminente de muerte, con o sin intento de morir” (p. 198). Según Miller, Wyman, Huppert, Glassman y Rathus (2000) el TLP se caracteriza por confusión acerca de sí mismo, impulsividad, inestabilidad emocional y problemas interpersonales.

El estudio de la personalidad muestra un amplio abanico de definiciones y modelos explicativos, diversos enfoques psicológicos la han definido y conceptualizado (véase una recopilación de modelos sobre personalidad en Fierro, 1996; Pelechano, 1993; Pervin, 1996; Luciano, Gómez y Valdivia, 2002; Virués, 2004; Kantor y Smith, 1975; Bijou y Baer, 1961; Harrington, Fink, y Dougher, 2001; Tustin, 2000; Harrington, Fink y Dougher, 2001; Hayes, Barnes – Holmes y Roche, 2001; Luciano y cols., 2002; y Pérez Álvarez, 1996a, 1996b, 2001; Ribes, 2006; Sturme, 2007). El modelo conductual entiende que la personalidad es producto de la historia de aprendizaje de cada individuo, la personalidad se explica por la historia individual, como el resto de los aspectos psicológicos y que por ser tal historia irrepetible entre individuos, incluso pertenecientes al mismo grupo familiar o con idéntica carga genética, requiere ser comprendida en atención a las diferencias de relación con las contingencias, que siempre son

individuales, pues es en esa historia en donde el comportamiento cumple una función que explica su mantenimiento. A pesar de existir algunas diferencias entre las conceptualizaciones de personalidad desde los modelos conductuales, todas ellas tienen en común el negar que la personalidad sea un producto de una *estructura psíquica* de funcionamiento y que sea la causa del comportamiento de las personas (Luciano, Gómez y Valdivia, 2002), por el contrario enfatiza que en las condiciones en las que se da la relación entre un organismo y el contexto en que se desarrolla moldean las maneras en que este organismo responde a las variaciones en este contexto. Así, entender el comportamiento afectuoso de un niño con sus padres, implica considerar la historia de ese niño en términos de las cualidades y características de la relación con sus padres desde el momento en que nace, de las demás personas que hayan sido proveedoras de cuidado y afecto, la estabilidad en este tipo de relación, la variación entre expresiones de afecto y expresiones de desagrado, etc. Uno de los supuestos es que al variar las condiciones de la relación, ya sea porque quienes están implicados en ella varíen (muerte o ausencia prolongada de uno de los padres por ejemplo) o porque sean variables otras condiciones contextuales que median en esta relación (lugar de residencia, cuidadores secundarios como profesores, llegada o distanciamiento de hermanos, etc...), el comportamiento igualmente variará. Este proceso de bidireccionalidad continua es lo que se denomina interdependencia y relación de implicación mutua y ha sido ampliamente documentado en la psicología conductual para explicar el comportamiento y los factores que lo mantienen o modifican –denominadas *contingencias de reforzamiento*- (Vease Skinner, 1979). En ese orden de ideas, la relación terapéutica que se establece entre el consultante y el terapeuta cobra especial importancia ya que las contingencias de reforzamiento que allí se presenten permiten

explicar aquellos comportamientos que se terminan manteniendo en el proceso terapéutico y a su vez, son éstas susceptibles de análisis para revisar el éxito o fracaso terapéutico.

Una gran variedad de terapias conductuales han surgido en búsqueda de nuevas respuestas a comportamientos como los descritos anteriormente (Hayes, 2004; Goldfried y Davidson, 1994; Linehan, 1993; Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999; Kohlenberg y Tsai, 1991; Christensen, A., Jacobson, N. S., y Babcock, J. C., 1995; Jacobson, Christensen, Prince, Cordova, y Eldridge, 2000; Segal, Williams, y Teasdale, 2002; Borkovec y Roemer, 1994; McCullough, 2000; Marlatt, 2002; Martell, Addis, y Jacobson, 2001; Roemer y Orsillo, 2002).

En una revisión realizada por Brazier et al. (2006) para identificar la eficacia de las terapias psicológicas desarrolladas para el TLP, se concluye que ya existen estudios que demuestran evidencia que apoya la eficacia de los tratamientos psicológicos para el TLP. Los autores indican que estos resultados deben ser interpretados con precaución ya que hay diferencias considerables en las características de los pacientes, en los grupos de comparación y en los resultados entre los estudios. Ya antes, Quiroga y Errasti (2001) publicaron una revisión de las terapias psicológicas que se han aplicado en el tratamiento de los TP teniendo en cuenta su efectividad concluyendo que no parece existir ningún tratamiento psicológico cuya efectividad esté demostrada empíricamente puesto que ninguno ha demostrado su validez en el tratamiento de, en general, los trastornos de personalidad, ni de ninguno de ellos en particular.

Dentro de los tratamientos psicológicos de los trastornos de personalidad probablemente eficaces, Quiroga y Errasti (2001) señalan la TDC (que se describirá más adelante) y la terapia de conducta como probablemente eficaces para el TLP y citan

experimentos de Linehan, Armstrong, Suárez, Allmon y Heard (1991), Linehan, Heard y Armstrong (1993) y Koerner y Linehan (2000) los cuales demuestran que la TDC obtiene resultados superiores a los del grupo de comparación que recibieron terapia psiquiátrica habitual.

Uno de los programas de tratamiento que ha recibido mayor apoyo empírico es la Terapia Dialéctica Conductual (en adelante TDC, en Inglés: Dialectical Behavioral Therapy), diseñada por Marsha M. Linehan inicialmente para tratar la conducta parasuicida de los pacientes diagnosticados de Trastorno de Personalidad Límite (Bohus, Haaf, Stiglmayr, Pohl, Bohme, y Linehan, 2000; Hayes, Masuda et al. 2004; Linehan 2000). Fue desarrollada a partir de la terapia comportamental cognoscitiva y se basa en tres perspectivas teóricas: la ciencia de la conducta, la filosofía dialéctica y la meditación Zen. La TDC es denominada por su creadora como una *teoría biosocial* la cual plantea que la vulnerabilidad emocional, un ambiente invalidante y la dificultad en la regulación emocional (en inglés: dysregulation) son los tres factores que contribuyen al desarrollo y mantenimiento del trastorno límite de personalidad (TLP, Linehan, Cochran y Kehrer, 2004; Sturmey, 2007).

La teoría biosocial del trastorno de personalidad límite es dialéctica² en tanto propone una relación entre una tendencia biológica hacia la vulnerabilidad emocional y un ambiente de crianza que invalida la experiencia privada del individuo (Hayes, Masuda et al., 2004; Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo y Lindan, 2006). De acuerdo con los planteamientos de Lynch y colaboradores (2006), la vulnerabilidad emocional se refiere a una predisposición biológica la cual se manifiesta como una sensibilidad

² Dialéctico en este caso se entiende como el desarrollo de dos posiciones (la tesis y la antítesis) que se resuelven con la formación de una síntesis (Lynch y cols, 2007).

aumentada y reactividad ante estímulos emocionales, así como una evidente dificultad para volver a un estado de tranquilidad. El ambiente que invalida la experiencia privada se caracteriza por castigar, ignorar o trivializar la comunicación de los pensamientos y sentimientos del individuo y puede involucrar abuso sexual, físico y emocional.

Brevemente, la teoría sobre el TLP afirma que las dificultades emocionales y conductuales de las personas son elicitadas y reforzadas por la transacción entre un ambiente invalidante y la vulnerabilidad emocional (Linehan 1993). Prácticamente hablando, esta teoría indica al terapeuta de personas diagnosticadas de TLP una visión comprensiva de los comportamientos del paciente como reacciones naturales a reforzadores del ambiente y por lo tanto, el tratamiento debe enfocarse en moldear y reforzar conductas más adecuadas mientras establece un ambiente y una relación validante con el consultante.

Se han planteado cuatro etapas para el desarrollo de la TDC (Hayes, Masuda et al., 2004; Linehan, Cochran y Kehrer, 2004): el objetivo de la primera etapa es brindarle al consultante habilidades básicas que le permitan comportarse funcional y establemente; la segunda etapa se centra en los problemas emocionales y busca exponer al trauma; en la tercera etapa busca ayudar al consultante a buscar solución a problemas de la vida y aumentar el respeto por sí mismo; y, por último, la cuarta etapa tiene como objetivo ayudar al consultante a aceptar las dificultades como parte de la vida y mantener la capacidad de disfrute (Lynch y cols, 2007).

Quiroga y Errasti (2001) citan un estudio desarrollado por Shearin y Linehan (1994) en el que los hallazgos demuestran que la TDC produce mayores efectos en los comportamientos de suicidio que la TAC (Terapia de Aceptación y Compromiso). Si

bien estos hallazgos son prometedores en cuanto a la TDC, ésta y otras terapias logran modificar conductas graves de cada caso pero no las conductas definitorias del trastorno.

Aún cuando TAC y TDC no cuentan con el mismo soporte empírico que otras técnicas tienen para respaldar sus procedimientos, esto no implica que estén menos comprometidas con la evaluación empírica que siempre ha caracterizado la terapia del comportamiento (Hayes, Masuda et al., 2004); sin embargo, como se expuso anteriormente, algunos autores han criticado la ausencia de evidencia empírica suficiente, a pesar de estarse presentando un evidente crecimiento en el número de estudios que se están llevando a cabo. A continuación se presentan algunos de estos estudios.

Un estudio realizado por Koons, Robins, Tweed, Lynch, Gonzalez y Morse (2001) con veinte mujeres diagnosticadas con TLP, fueron distribuidas aleatoriamente entre dos grupos; uno de éstos recibiría un tratamiento tradicional (en Inglés TAU) y el otro TDC por un periodo de seis meses. Las mujeres que recibieron TDC presentaron una reducción significativa en la ideación suicida, desesperanza, depresión y expresión de la ira, y a su vez, sólo estas mujeres presentaron una disminución significativa en el número de conductas parasuicidas, experiencia de ira más no expresión de la misma.

Miller, Wyman et al. (2000) desarrollaron un estudio con 33 adolescentes pertenecientes al Programa de Depresión y Suicidio para Adolescentes del Centro Médico de Montefiore ubicado en el Bronx de Nueva York, y fueron expuestos a 12 semanas de TDC. Los resultados evidenciaron reducción en los principales síntomas descritos por los autores. En el Reino Unido se llevó a cabo un estudio piloto en un hospital de alta seguridad con 10 mujeres que presentaban conducta autolesiva y quienes fueron sometidas a un año de TDC (Low, Jones, Duggan, Power y McLeod, 2001), los

resultados demuestran que luego de la intervención con TDC, la conducta autolesiva disminuyó significativamente, e igualmente se presentó mejoría en la depresión, ideación suicida e impulsividad; resultados similares fueron encontrados por Bohus, Haaf, Stiglmayr, Pohl, Bohme, y Linehan (2000).

Son pocos los estudios cuya metodología se ha llevado de manera rigurosa para comprobar su efectividad; el estudio de Verheul, Van Den Bosch, Koeter, de Ridder, Stijnen y Van Den Brink (2003) primer estudio de TDC que no fue llevado a cabo por la creadora de esta terapia, y llevado a cabo fuera de los Estados Unidos, comparó la efectividad de la TDC y la psicoterapia psicodinámica (psicoanalítica) en pacientes diagnosticados de TLP; los participantes fueron asignados a cada grupo de intervención de manera aleatoria. Los resultados demuestran que la TDC logra mayor tasa de retención y mayor reducción de las conductas autolesivas y autodañinas que la terapia psicodinámica. El estudio resalta que la TDC es efectiva en el tratamiento de comportamientos de alto riesgo en pacientes diagnosticados de TLP y por ello se sugiere que, luego de haber reducido al máximo los comportamientos de alto riesgo, la terapia debería ser acompañada por otros tratamientos que se centren en aspectos como la inestabilidad interpersonal, los sentimientos crónicos de vacío y abandono, los cuales también son característicos del trastorno de personalidad en mención.

Por su parte, la Psicoterapia Analítica Funcional (en adelante PAF, en Inglés: Functional Analytic Psychotherapy), que se enmarca en la lógica del conductismo radical y especialmente en el análisis de la conducta verbal, tal y como fue conceptualizada por Skinner (1981), surgió a finales de los años 80 y comienzos de los 90 del pasado siglo como una nueva aportación y desarrollo de la clásica terapia de conducta y una alternativa a la psicoterapia tradicional. Se presentó por primera vez en

un libro publicado en 1987 por Jacobson sobre la actuación de los psicoterapeutas conductuales y cognitivos en la práctica clínica, y donde Kohlenberg y Tsai (1987) desarrollaban los principios de la PAF. Más tarde, Kohlenberg y Tsai (1991) publicaron el manual donde desplegaban extensamente las características y técnicas de la PAF. También a través de diversos artículos y capítulos de libros han venido exponiendo y discutiendo los fundamentos y características de esta terapia (Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993; Kohlenberg y Tsai, 1994a, 1994b; Kohlenberg, Tsai, Parker, Bolling y Kanter, 1999; Hayes, Kohlenberg y Melancon, 1989). Otros autores formados en los planteamientos de la PAF han venido ofreciendo también sus aportaciones a lo largo de estos años (ej.: Kanter, Callaghan, Landes, Busch y Brown, 2004; Follette, Naugle y Callaghan, 1996).

PAF está basada en los principios del conductismo radical, y se centra fundamentalmente en las contingencias que ocurren durante la sesión terapéutica, el contexto terapéutico, la equivalencia funcional entre los ambientes, el reforzamiento natural y el moldeamiento (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994a, 1995). La PAF usa dos principios básicos del Análisis de la Conducta: la evaluación funcional idiosincrásica de los problemas del paciente, y la aplicación de la intervención en vivo dentro de la propia sesión terapéutica (Kanter et al., 2004).

La PAF puede ayudar a mejorar las relaciones terapéuticas que se dan bajo otras técnicas de intervención, y puede ayudar también a mejorar la propia relación terapéutica en sí. Esa forma de integración con otras terapias incluye: (1) el uso de una explicación diferente para las causas de los trastornos o problemas, y (2) la promoción de una relación terapeuta – paciente más intensa.

PAF se centra en modificar la función de las conductas clínicamente relevantes (CCR) las cuales se presentan en la sesión terapéutica para así lograr el cambio conductual en el contexto real en el que se desenvuelve el consultante (Rodríguez, 1998). Las CCR1 describen conductas problema que se presentan durante la sesión y generalmente están controladas por estímulos aversivos y pueden incluir conductas evitativas, las CCR2 describen conductas que se presentan en consulta y que suponen mejoría del consultante, y las CCR3 se refieren a la interpretación que el consultante hace de su propio comportamiento (Sturmeý, 2007; Ferro, Valero y López, 2007).

Kohlenberg y Tsai (1991, citados por Sturmeý, 2007) plantean 5 reglas para tener en cuenta en la terapia: teniendo en cuenta que el terapeuta debe identificar y analizar las conductas que se presenten en sesión, la primera y más importante de las reglas es que el terapeuta esté atento a la aparición de las CCR ya que de esta regla dependen las subsecuentes. La segunda regla es que el terapeuta pueda evocar las CCR de tipo 1 y pueda ayudar a que se presenten las CCR2; al presentarse las CCR2 el terapeuta debe reforzarlas, tercera regla, para garantizar que estas conductas se sigan presentando, se sugiere hacer uso de reforzadores naturales de tal manera que el contexto terapéutico sea lo más parecido a la manera como funciona el contexto real del consultante y así lograr generalizar los aprendizajes a otros contextos. La cuarta regla sugiere observar los potenciales efectos reforzantes del comportamiento del terapeuta en respuesta a las CCR, esto implica que el terapeuta esté atento a su propio comportamiento en la sesión y la manera como éste afecta el comportamiento del consultante, de tal manera se logra aumentar la efectividad del terapeuta en el cambio de las CCR. La quinta y última regla, está relacionada con las CCR3 y busca que el consultante logre dar interpretaciones de

variables que afectan su comportamiento, es decir que logre establecer relaciones funcionales entre las variables de control y su propia conducta.

Vandenberghe, Sousa y Oliveira (2005), citados por Ferro, R. (2008) utilizaron las estrategias de PAF para mejorar el tratamiento con problemas de TLP. Estudiaron a seis terapeutas, cada uno de ellos fue entrevistado cuatro veces durante un periodo de 6 meses. A su vez, cuatro participantes también recibieron supervisión en la que se centraron en tratar y analizar los sentimientos que las sesiones les generaban. Uno de los aspectos que reafirma este estudio es que el tratamiento para este tipo de consultantes es una experiencia dolorosa para los terapeutas. Respecto a la supervisión, los hallazgos sugieren que ésta incrementó la habilidad del terapeuta para identificar sus sentimientos, relacionarlos a las CCR que ocurrieron durante las sesiones y crear nuevas estrategias para la intervención. En resumen, se encontró que la supervisión mejoraba el uso de la relación terapéutica y también ayudaba al terapeuta a enfrentar los efectos traumáticos generados por la intervención en este tipo de consultantes.

En otro estudio, se exploró la posibilidad de utilizar PAF como método de supervisión por medio de un estudio realizado con cuatro terapeutas que desarrollaban procesos terapéuticos con mujeres diagnosticadas de TLP encontrándolo como una herramienta útil. Los resultados demuestran que el comportamiento de los terapeutas estaban bajo el control de un contexto más amplio, ya que su propia historia de aprendizaje puede llegar a interferir en el progreso de las consultantes (Sousa y Vandenberghe, 2007).

La habilidad del terapeuta es fundamental en la forma de aplicar la terapia. Así, la supervisión de los terapeutas es una de las maneras de mejorar el éxito en las terapias. Se ha aplicado la PAF como una forma de intervención que supone la supervisión de los

terapeutas, es decir, como una manera de intentar mejorar las interacciones de éstos con pacientes que habían sido diagnosticados de trastorno de personalidad límite (Vandenberghe, Aquino, y Alves, 2005). Los primeros resultados de este estudio indican que la supervisión incrementa la capacidad de los terapeutas para conocer sus sentimientos y relacionarlos con las CCR ocurridas en sesión, y también para crear nuevas estrategias de intervención. En otro estudio, Kanter, Schildcrout y Kohlenberg (2005) compararon, dentro de la propia sesión, el trabajo directo de terapeutas con un enfoque clásico en terapia de conducta y el de otros que, además, utilizaban los principios y técnicas de PAF. Los autores usaron técnicas de observación y de registro de las interacciones entre terapeuta y paciente denominados el *Sistema de Codificación Turno-por-Turno* (Goldfried, Castonguay, Hayes, Drozd, y Shapiro, 1997) y el *Sistema de Codificación Turno-por-Frase* (Kanter, Schildcrout, y Kohlenberg, 2005). Se grababan las sesiones, y se registraban transcribiendo cada frase del terapeuta y del paciente. Para evaluar el tipo de interacción, cada frase del terapeuta era codificada por su contenido y contexto en función de la problemática tratada y si se centraba en la propia sesión o fuera de ella. A partir de ahí obtenían un análisis de frecuencia por sesión de esas interacciones, utilizando también un análisis de ecuaciones de covarianza (*log-linear*) entre grupo y la tasa de intervención in vivo. Los resultados mostraron que los terapeutas de conducta clásicos (grupo TC) tenían menos interacciones sobre problemas de la propia sesión in vivo, hablaban más y dedicaban más tiempo a sucesos fuera de la sesión o instrucciones sobre qué hacer fuera; mientras que los terapeutas que utilizaban al mismo tiempo PAF se centraban en la conducta *in-vivo*, lo que mejoraba algunas variables terapéuticas como la cercanía, la adherencia, la satisfacción con el terapeuta, o la atribución de la mejoría a esa relación tan estrecha. Sin embargo, la

resolución de los comportamientos depresivos no mejoraba por encima de lo que ya lo hacía en el grupo de TC habitual.

El Centro de Investigación para la Innovación de la Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad Estatal de San José, USA, ha elaborado un sistema de *Evaluación Funcional de las Habilidades del Terapeuta* (FASIT; Callaghan, 2006a). Este programa sirve para evaluar las habilidades del terapeuta en relación a los diferentes tipos de CCR, la utilización de las reglas terapéuticas de PAF y el manejo de interacciones naturales. Básicamente, se ha ideado como un sistema para supervisar y mejorar las habilidades del terapeuta, que se centra en las mismas clases de funcionamiento interpersonal que se evalúan en los pacientes. Por su parte, la Universidad de Uppsala (Suecia), está realizando un estudio sobre el efecto del entrenamiento en PAF en terapeutas noveles. Esta investigación aún está en curso y no se han publicado resultados. En este proyecto se utilizan medidas de la alianza terapéutica a través de escalas y de sistemas de codificación de las interacciones terapeuta – paciente.

Este centro también ha elaborado la *Escala de Evaluación Ideográfica Funcional* (FIAT; Callaghan, 2006b). La escala define unas clases de funcionamiento interpersonal y ejemplos específicos de esas clases que pueden ser problemáticos en los pacientes. Los autores proponen esta escala como una guía para conceptualizar el caso (Callaghan, Summers y Weidman, 2003). Así, se definen varias clases de funcionamiento interpersonal que servirían para observar y registrar las interacciones y problemas que se producen dentro de la sesión. Estas categorías son: *Expresión de necesidades*: problemas con la identificación y la afirmación de necesidades y valores; *Comunicación bidireccional*: problemas con la identificación y la respuesta al feedback y el impacto

sobre otros; *Conflictos*: problemas con los conflictos interpersonales; *Cercanía personal*: problemas con la revelación o el desarrollo y el mantenimiento de repertorios prosociales; *Experiencia y expresión emocional*: las dificultades con la identificación y la respuesta a experiencias emocionales.

Además, se ha elaborado otra forma de conceptualización del caso que puede servir a los terapeutas para centrarse en las CCR (Kohlenberg y Tsai, 2000; Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker, y Tsai 2002). Se trata de un registro abierto para ordenar la información sobre las sesiones y la situación del caso que se está tratando. Así, los autores proponen que se conceptualicen los siguientes apartados: los *problemas* que el paciente tiene *en la vida diaria*. Por ejemplo, la imposibilidad para tener relaciones personales íntimas, los rituales en los trastornos obsesivos, etc.; su *historia relevante* que vendría referida por hechos relevantes en la vida de la persona que estén implicados en la etiología y el mantenimiento del trastorno; los *problemas* que aparecen *en la sesión clínica*. Por ejemplo, una frecuencia alta de respuestas del tipo «no sé» que estarían relacionadas con formas de evitación, una alta frecuencia de mandos disfrazados, llegar tarde a las citas, etc; los *conceptos cognitivos* del paciente que interfieren con el tratamiento (pensamientos automáticos, código de creencias, asunciones) que deben ser objeto de la terapia, como, por ejemplo, «tengo que hacer ...» referido a la realización de una conducta compulsiva, etc; sus *objetivos de la vida diaria*: Es decir, lo que esa persona pretendería conseguir y generalizar a la vida, y los cambios progresivos que se pretenden alcanzar, los *objetivos* que se marcaría el terapeuta *en la propia sesión*. Es decir, las CCR 2, los cambios que quiere conseguir sesión por sesión, las situaciones que ha de provocar, etc.

Este sistema de conceptualizar el caso clínico ayuda a los terapeutas a sintetizar la información, aclarar sus objetivos y ver las equivalencias entre lo que ocurre dentro y fuera de la sesión. Actualmente, los autores de este trabajo lo están utilizando en su trabajo clínico, y también en la supervisión de terapeutas no expertos en PAF y ha resultado de gran utilidad como una manera de mejorar la intervención.

Por último, otro sistema utilizado es la *escala de calificación de la Psicoterapia Funcional Analítica*, FAPRS (en Inglés: Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale, Callaghan, Summers y Weidman, 2003). Este sistema permite obtener información acerca de los cambios que se presentan durante las sesiones a lo largo de la terapia, por medio de la codificación de eventos como los son problemas y mejoras en las sesiones y fuera de éstas, así como las respuestas del terapeuta, entre ellas omisiones u otro tipo de fallas al responder a las CCR.

Busch, Callaghan, Kanter, Baruch, y Weeks (2009) realizaron un estudio con el fin de replicar los hallazgos obtenidos con FAPRS en un caso de una persona diagnosticada de TLP y tratada con PAF, los resultados indican que el sistema de codificación FAPRS es confiable sin embargo, dentro de las limitaciones se encuentra el registro de situaciones ocurridas fuera de las sesiones mientras ya que se limitaba al reporte del consultante y el terapeuta; se sugirió que estudios futuros puedan incluir el uso de auto reportes diarios.

Se ha encontrado una gran utilidad de PAF en el tratamiento de los trastornos psicológicos (Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker y Tsai, 2002; Busch, Kanter, Callaghan, Baruch, Week y Berlin, 2009; Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg y Gifford, 2004; Kohlenberg y Tsai 1998). Se han publicado numerosas aplicaciones en distintos tipos de casos clínicos y estudios comparativos, en pacientes con depresión

(Dougher y Hackbert, 1994; Ferro, Valero, y Vives, 2006; Gaynor y Lawrence, 2002; Kanter, Landes, Busch, Rusch, Brown, Baruch, y Holman, 2006; Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker y Tsai 2002; Kohlenberg y Tsai, 1994; Ferro, Valero y López, 2007; López, Ferro y Valero 2010), en sujetos con celos (Carrascoso, 2003), en personas que evitaban las relaciones íntimas (Cordova y Koerner, 1993), en pacientes con ansiedad (Kohlenberg y Tsai, 1995; López, Ferro, y Calvillo, 2002), en terapia de pareja (Kohlenberg y Tsai, 1995; Rabin, Tsai, y Kohlenberg, 1996), en pacientes que mostraban anorgasmia (Oliveira y Vandenberghe, 2005), en pacientes con otros trastornos de personalidad (Callaghan, Summers, y Weidman, 2003; Koerner, Kohlenberg, y Parker, 1996; Kohlenberg y Tsai, 1991; Olivencia y Cangas, 2005), en un caso de exhibicionismo junto a Terapia de Aceptación y Compromiso (Paul, Marx, y Orsillo, 1999), en sujetos que han sufrido abusos sexuales y estrés postraumático (Kohlenberg y Tsai, 1998), en personas con dolor crónico (Vandenberghe, Ferro, y Furtado, 2003; Vandenberghe y Ferro, 2005), y en pacientes con obsesiones (Kohlenberg y Vanderberghe, en prensa).

PAF ha demostrado ser efectiva en la intervención de los trastornos de personalidad como es el caso de la investigación llevada a cabo por Callaghan, Summers y Weidman (2003) quienes estudiaron la efectividad de la PAF en una mujer diagnosticada de Trastorno de personalidad narcisista – histriónico. Las sesiones fueron filmadas para un posterior análisis, y se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1996), antes y después del tratamiento. La conceptualización del caso se basó en el sistema FIAT (Callaghan, 2006b), y los comportamientos deseados, identificados con dicho sistema, fueron codificados por medio del FAPRS (en Inglés: Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale). Cuatro sesiones fueron grabadas, analizadas y codificadas,

y el análisis mostró diferencias estadísticamente significativas documentando cambios positivos en el consultante durante la terapia.

En personas con TLP, Kohlenberg y Tsai (2000) presentan un estudio de caso, que dada su relevancia para este documento, lo presentaremos en extenso. Se trata del *caso Katrina* (Samoilov y Goldfried, 2000) a la luz del cual se muestran las variaciones en las aproximaciones terapéuticas conductuales con esta problemática. La paciente, es una mujer casada de 25 años de edad, con una historia de múltiples hospitalizaciones por intentos de suicidio recurrentes, persistencia de ideaciones parasuicidas, depresión y recuerdos intrusivos de abuso sexual. Los artículos de cada uno de los expertos presentan un resumen de los problemas actuales de Katrina, explican el proceso de evaluación que realizarían, conceptualizan el caso y sugieren un plan de intervención desde diversos modelos: Modelo Integrativo (Chase, 2000), Cognitivo Conductual (Davison, 2000), Conductismo Radical (Kohlenberg y Tsai, 2000), Terapia Dialéctica Conductual (McMain, 2000),

Para este estudio, se describirán los planteamientos hechos por Kolenberg (2000) ya que demuestra una perspectiva que da un rol central a la relación terapeuta – consultante. Kolenberg señala la necesidad de valorar la conducta autolesiva de Katrina ya que implica un riesgo letal para su vida y resalta los siguientes problemas de la vida diaria de la consultante: a) la conducta impulsiva asociada a experiencias previas, b) la prevención en su interacción con personas cercanas debido a dichas experiencias previas, así como la evitación de sentimientos negativos, los recuerdos intrusivos de su niñez, las dificultades interpersonales y la depresión. Señala que el terapeuta de Katrina puede estar atento a CCR1 como: a) Katrina no estará prevenida a los sentimientos negativos a no ser que alcancen niveles muy altos que la lleven a actuar de manera

impulsiva, b) en lugar de estar atenta a los problemas que ocurran en la terapia o con el terapeuta, la consultante estará en buena disposición, c) si se llegan a presentar sentimientos negativos o problemas en la consulta, ella no los discutirá ni pedirá ayuda para resolverlos hasta que no alcancen unos niveles muy altos, d) probablemente, durante la sesión, se presenten recuerdos del abuso en su niñez pero no identificará los eventos antecedentes o evocadores de recuerdo, e) Katrina debe tener un límite en ser abierta con el terapeuta, f) Katrina se irá sintiendo más deprimida durante las sesiones luego de evidenciar ciertos tipos de interacciones que implican rechazo hacia ella por parte del terapeuta y equivocaciones de su parte. Plantea como posibles CCR2 o metas de las sesiones, las siguientes conductas: a) Estar más atento de la baja intensidad de sus emociones durante la sesión, b) tener la habilidad de aceptar sus emociones, c) desarrollar habilidades para identificar y discutir sus emociones negativas durante la sesión, d) ser más abierta en relación a sus sentimientos y necesidades en el contexto terapéutico y en su relación con el terapeuta, e) aprender a detectar las interacciones terapeuta – consultante que evocan memorias intrusivas y desarrollar mejores alternativas para manejar tales situaciones durante la sesión, f) reducir la frecuencia e intensidad de la depresión que se presente durante la sesión y aprender a permanecer en la actividad que se esté desarrollando a pesar del estado de depresión.

Otro estudio clínico que ejemplifica el valor del análisis de la interacción del paciente con el equipo terapéutico y de las condiciones del contexto fue desarrollado por Virués (2004). Este caso resalta tres elementos, por un lado, la característica deficitaria en los repertorios de relación interpersonal del paciente con TLP, el análisis funcional como estrategia metodológica y de intervención investigación y el uso del espacio terapéutico como “laboratorio determinante” para moldear las conductas deseadas. Se

trata de un joven diagnosticado con TLP, caso que se formula bajo el modelo de formulación de Viruéz y Haynes (2005), hombre de 29 años, soltero, con nivel académico profesional, laboralmente incapacitado y cuya familia tenía un nivel socio – económico bajo. El tratamiento que recibió tras la formulación del caso se desarrolló durante su internación en una Comunidad Terapéutica del Servicio Andaluz de Salud. El paciente llega a dicha comunidad remitido por la unidad de salud mental en la que permanecía recluido y tras la escasa evolución luego de múltiples estrategias terapéuticas implementadas (psicofarmacología – altas dosis de antipsicóticos, ansiolíticos y anticonvulsivos, psicoterapia grupal, psicoterapia de apoyo ecléctica y terapia ambiental).

La historia psiquiátrica se remonta a la edad de 16 años cuando requirió atención por su “falta de identidad sexual” y desde entonces ha presentado dificultades para relacionarse, conflictos con la madre, aislamiento social, intentos de suicidio y agresiones graves a familiares y conocidos.

Las conductas problema se identificaron por medio de tres fuentes de información: los registros de enfermería, una rejilla de observación y la entrevista conductual. Dichas conductas fueron: inquietud motora, peticiones excesivas, agresiones verbales y agresiones físicas. Luego de la identificación de las relaciones funcionales causales de sus conductas, se encontró que los episodios más graves de descontrol y presencia de conductas problema se presentaban los días en los que el consumo de café había sido excesivo y coincidían igualmente con la visita de la familia en la mañana, por lo tanto, la intervención se dirigió a reducir el consumo de café y el control de las visitas familiares.

Un elemento importante en el análisis que se realizó es el efecto en términos de reforzamiento que tiene la atención del personal sanitario y la administración de

medicación los cuales solían presentarse luego de la presencia de conductas disruptivas. Los efectos farmacológicos de la medicación actuaban como reforzador positivo de dichas conductas puesto que reducían los estados emocionales aversivos, mientras que la atención prestada por el personal sanitario las reforzaba positivamente. Estos dos aspectos hubieran sido posibles vías de intervención, sin embargo las características de la unidad impedían realizar algún tipo de intervención en este sentido.

Si bien el anterior estudio no se centra en la relación terapéutica, sí señala cómo la intervención clínica y el análisis funcional de la relación con los profesionales que brindaban atención clínica, muestra el camino que ha de seguir la intervención, con la resultante de una mejora en los comportamientos problemáticos del paciente.

Por otra parte, se han realizado estudios en los que se utiliza FAP y otro tipo de terapia (Terapias Cognitivas, Terapias Cognitivo – Conductuales y Terapia de Aceptación y Compromiso), encontrando cambios significativos en las conductas problema. Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker y Tsai (2002) compararon los efectos de la terapia llevada a cabo por Terapeutas Cognitivos y otros terapeutas entrenados en FECT (en Inglés, FAP enhanced – CT), encontrando un aumento significativo de la satisfacción interpersonal en el grupo que recibió FECT.

En otro estudio, Busch, Kanter, Callaghan, Baruch, Week y Berlin (2009) demostraron los mecanismos de cambio de PAF y resaltaron las ventajas de utilizar sistemas de codificación como FAPRS a partir del estudio de una joven de 25 años, afroamericana, diagnosticada de Depresión mayor y Trastorno histriónico de personalidad.

Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg y Gifford (2004) y, Kohlenberg y Tsai (1998) han estudiado la posibilidad de combinar FAP con ACT, aún cuando se sugiere hacer estudios que permitan definir si es más beneficioso que el consultante aprenda un repertorio básico de aceptación para manejar sus relaciones interpersonales o si es preferible conducir la aceptación en el contexto terapéutico.

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Analizar funcionalmente el proceso terapéutico desarrollado con una consultante de 46 años, con frecuentes y severas conductas parasuicidas e historia de hospitalizaciones.

Objetivos específicos

1. Analizar de acuerdo con el análisis funcional, los procedimientos dados en el proceso terapéutico que tuvieron un efecto negativo sobre las conductas blanco derivadas de la formulación inicial del caso.
2. Evaluar la efectividad de las técnicas conductuales utilizadas con base en la formulación del caso y los objetivos de intervención en personas con problemas severos de conducta.
3. Contribuir al fortalecimiento de la Línea de investigación en Psicología y Salud ampliando el conocimiento existente y formulando nuevas preguntas a partir de la información encontrada, que den lugar a nuevos proyectos de investigación.

MÉTODO

Se trabajó bajo un diseño de corte no experimental tipo evaluativo, en el que siguiendo la metodología de investigación documental (Hoyos, 2000), el trabajo se dividió en dos momentos, el primero de tipo preparatorio y descriptivo, en el cual se seleccionaron los informes y el material existente, el tipo de participante descrito, los instrumentos y demás características contextuales del trabajo clínico adelantado con una consultante de 46 años de edad, con quien el proceso terapéutico fue inefectivo.

Una vez clasificados los datos, se definió su utilidad y pertinencia y se incluyeron en una base de datos que permitió los análisis descriptivos posteriores sobre las características específicas de la intervención realizada por parte de psicología.

El segundo momento es el interpretativo, en el cual se revisan en conjunto los insumos identificados en cada categoría, con el fin de realizar el informe del trabajo y orientar nuevas preguntas de investigación en el tema.

Diseño

Esta investigación se enmarca dentro de la investigación documental, con una metodología de análisis y sistematización de información existente en una serie de informes y formatos de registros de observación, de entrevistas y de cuestionarios correspondientes al proceso terapéutico llevado a cabo por un periodo de 20 sesiones. Este tipo de investigación se caracteriza por valorar los resultados del proceso en función de los objetivos propuestos; se lleva a cabo teniendo en cuenta los métodos de

investigación social dado su fundamento científico (Tamayo y Tamayo, 1999).

Procedimiento

A partir de los objetivos de la investigación, se procedió a establecer los focos principales de trabajo. Inicialmente se localizaron los reportes de sesión pertinentes a la investigación, siendo un total de 20 sesiones. Se procedió a establecer las categorías de análisis para cada documento con base en las descritas por Kolenbergh y Tsai (2000) y Callaghan (2006a y 2006b).

Se establecieron simultáneamente las respectivas bases de datos para la clasificación de la información relacionada con el caso analizado, considerando la información discriminada presente en cada uno de los informes.

Finalmente se depuraron las bases de datos y se realizó el análisis de resultados.

RESULTADOS

Para el análisis de resultados se consideraron dos aspectos, las conductas clínicamente relevantes y las categorías de análisis de la relación terapéutica.

Conductas clínicamente relevantes: las conductas clínicamente relevantes presentadas en las Figuras 1, 2 y 3, fueron categorizadas de acuerdo con los tres tipos de clase de respuesta y con la presencia de éstas durante las veinte sesiones.

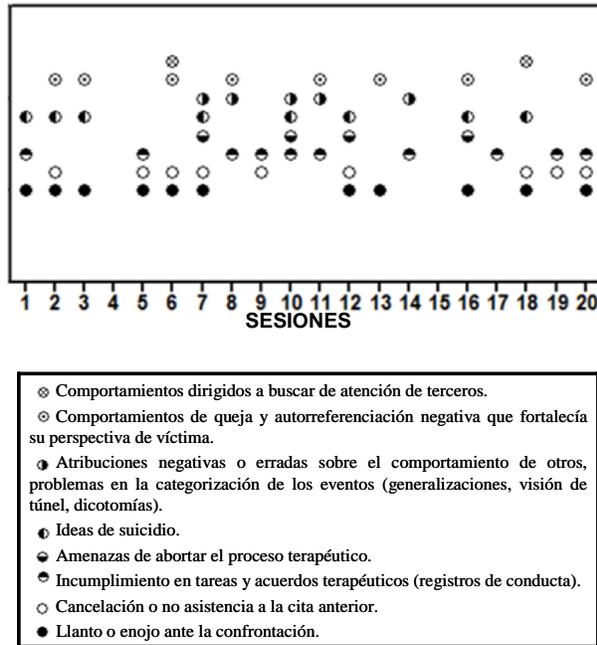


Figura 1. Conductas clínicamente relevantes tipo 1 presentes en cada sesión.

Como se observa en la Figura 1, la categoría de las Conductas Clínicamente Relevantes Tipo 1 (CCR1), entendidas como aquellas conductas problema presentes en una sesión, se encuentran: comportamientos dirigidos a buscar de atención de terceros; comportamientos de queja y autorreferenciación negativa que fortalecía su perspectiva de víctima; atribuciones negativas o erradas sobre el comportamiento de otros,

problemas en la categorización de los eventos (generalizaciones, visión de túnel, dicotomías); ideas de suicidio; amenazas de abortar el proceso terapéutico; incumplimiento en tareas y acuerdos terapéuticos (registros de conducta); cancelación o no asistencia a la cita anterior; y, llanto o enojo ante la confrontación.

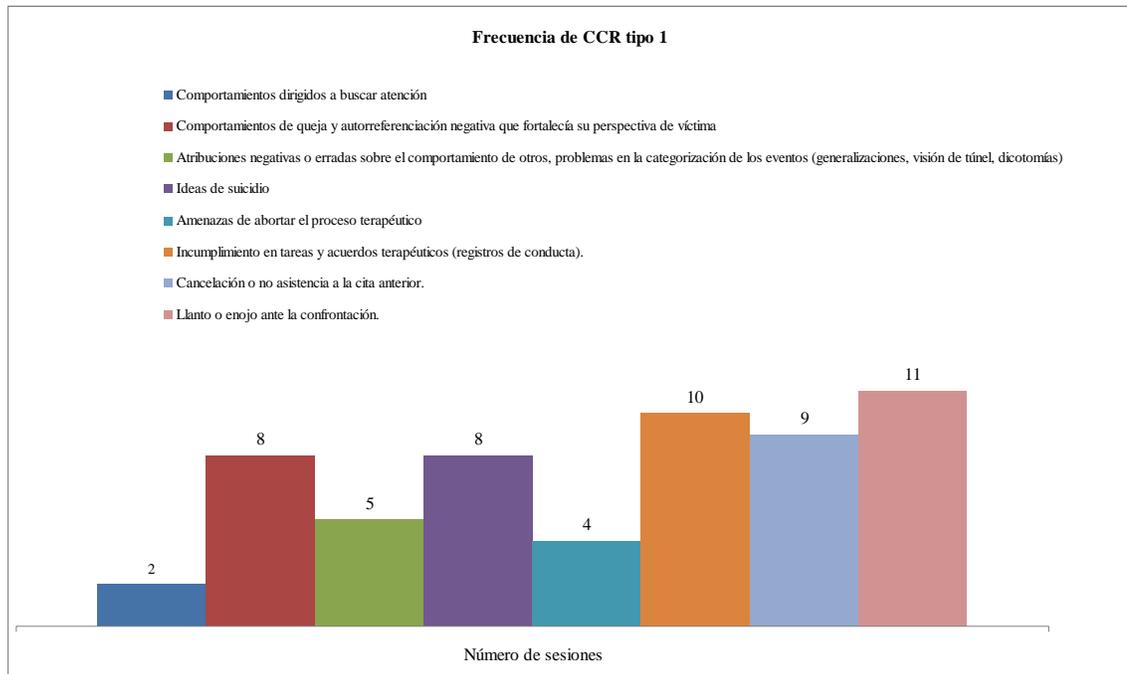


Figura 2. Frecuencia de CCR tipo 1.

Como se evidencia en la figura 2, las CCR tipo 1 más frecuentes en las sesiones fueron: llanto o enojo ante la confrontación (11/20), incumplimiento en tareas y acuerdos terapéuticos (registros de conducta) (10/20), cancelación o no asistencia a la cita anterior (9/20) y comportamientos de queja y autorreferenciación negativa que fortalecía su perspectiva de víctima (8/20), ideas de suicidio (8/20). Las tres primeras conductas evidencian la dificultad que tenía la consultante para exponerse a sus emociones y situaciones conflictivas, las cuales terminaron siendo mantenidas por

refuerzo negativo, en el caso de la ideación suicida, ésta fue mantenida por refuerzo positivo.

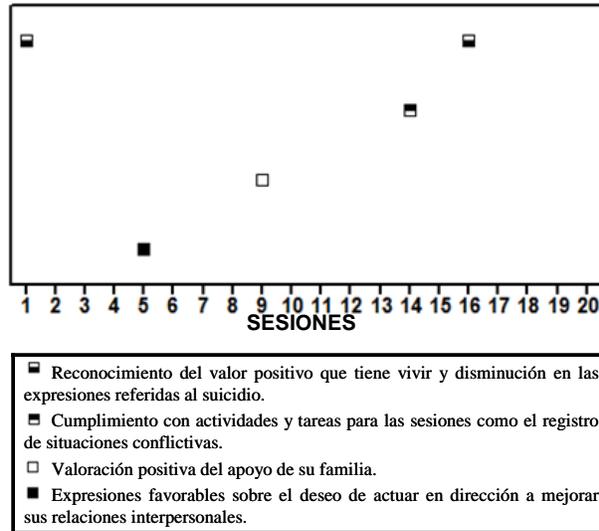


Figura 3. Conductas clínicamente relevantes tipo 2 presentes en cada sesión.

En la categoría de las Conductas Clínicamente Relevantes Tipo 2 (CCR2, ver Figura 2), entendidas como las conductas que suponen mejoría, se encuentran: reconocimiento del valor positivo que tiene vivir y disminución en las expresiones referidas al suicidio (2/20), cumplimiento con actividades y tareas para las sesiones como el registro de situaciones conflictivas (1/20), valoración positiva del apoyo de su familia (1/20) y expresiones favorables sobre el deseo de actuar en dirección a mejorar sus relaciones interpersonales (1/20). La baja tasa de CCR2 evidencia el escaso grado de evolución que tuvo la consultante a lo largo de las sesiones lo cual contrasta con lo expuesto anteriormente al analizar las CCR1.

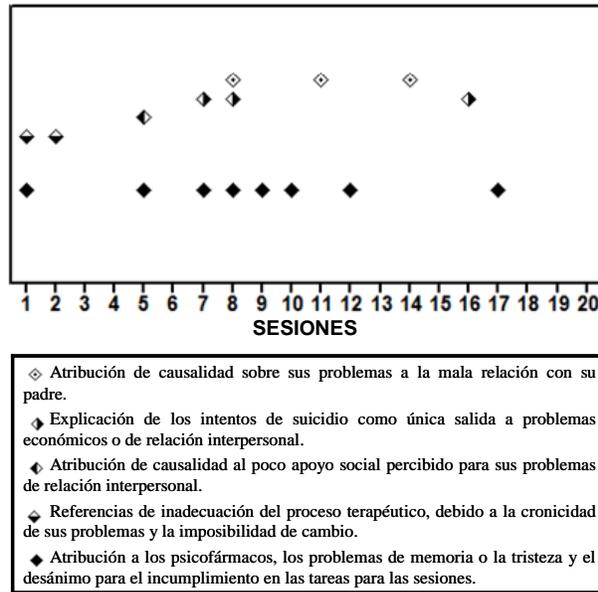


Figura 4. Conductas clínicamente relevantes tipo 3 presentes en cada sesión.

En la categoría de las Conductas Clínicamente Relevantes Tipo 3 (CCR3, ver figura 3), entendidas como la explicación del consultante sobre su propia conducta, se encuentran: atribución de causalidad sobre sus problemas a la mala relación con su padre; recurrencia de la ideación suicida como única salida a problemas económicos o de relación interpersonal; atribución de causalidad al poco apoyo social percibido para sus problemas de relación interpersonal; referencias de inadecuación del proceso terapéutico, debido a la cronicidad de sus problemas y la imposibilidad de cambio; atribución a los psicofármacos, los problemas de memoria o la tristeza y el desánimo para el incumplimiento en las tareas para las sesiones.

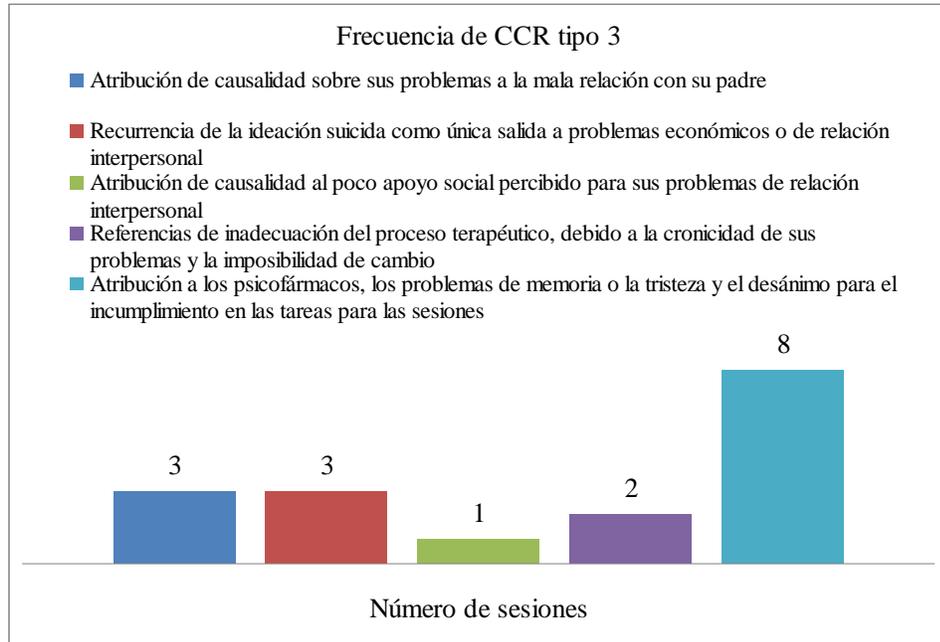


Figura 5. Frecuencia de CCR tipo 3.

En la Figura 5 se evidencia que las explicaciones más frecuentes de su propia conducta son: atribución a los psicofármacos, los problemas de memoria o la tristeza y el desánimo para el incumplimiento en las tareas para las sesiones (8/20); atribución de causalidad sobre sus problemas a la mala relación con su padre (3/20); y, recurrencia de la ideación suicida como única salida a problemas económicos o de relación interpersonal (3/20). Las dos primeras conductas demuestran la tendencia de la consultante a explicar su comportamiento como consecuencia de factores externos y además, de difícil control para ella.

En síntesis, los resultados presentados en la Figura 1 demuestran, en un primer lugar, que el tratamiento no fue efectivo lo cual es evidente en la escasa presencia de CCR2 en comparación con la presencia de CCR1 durante todas las sesiones y la escasa atención prestada a las CCR teniendo como efecto el reforzamiento de las CCR1.

Tras el registro de las CCRs, se realizó el análisis de los problemas de la consultante siguiendo las categorías planteadas por Callaghan (2006b), que se resumen en la Tabla 3.

La dificultad para manejar estos comportamientos está relacionada con el temor de la terapeuta a que la consultante pudiera hacerse daño o intentar suicidarse nuevamente sin darse cuenta de las implicaciones que tenía su comportamiento ya que el resultado final terminó siendo el reforzamiento negativo de dichas conductas, las cuales nunca desaparecieron.

En el caso de las siguientes conductas de la consultante: rechazo a la retroalimentación que implicaba crítica, dificultad para entender la realidad y perspectiva del otro, quejas sobre su situación y la incompreensión de otros que fortalecían la perspectiva de víctima, dificultad para entender la realidad y perspectiva del otro, y la Dificultad para comunicar sus experiencias emocionales de manera clara; la terapeuta, en un intento por reestructurar las creencias de la consultante, terminó prestando atención y reforzando positivamente los comportamientos problema.

Si se hubiese atendido a las CCR y a la función que tenía el comportamiento de la terapeuta, se hubieran podido extinguir efectivamente los comportamientos problema de la consultante. En síntesis, esto demuestra la importancia que tiene que el terapeuta esté constantemente observando y analizando su propia conducta, así como la evaluación y retroalimentación del supervisor a partir de instrumentos como el FIAT.

Tabla 3.

Clases de respuestas de acuerdo con Callaghan (2006b)

CLASES DE RESPUESTAS	CONDUCTA CONSULTANTE	CONDUCTA TERAPEUTA	CONSECUENCIA
<p>A – IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES Comportamientos cuya función fue inhibir la interacción interpersonal entre la consultante y la terapeuta debido a la manera como la consultante expresaba lo que quería, necesitaba o valoraba de otra persona o de una relación.</p>	<p>Expresión de necesidades por medio de reproches y amenazas.</p>	<p>Evitación del enojo de la consultante y aumento de atención con halagos hacia ella.</p>	<p>Refuerzo positivo para la consultante y negativo para la terapeuta.</p>
	<p>Enmascarar necesidades a través de comentarios irónicos y paradójicos sobre la atención hostil que percibía de otros o que la ignoraran en las interacciones.</p>	<p>Darle continuidad a las argumentaciones de la consultante sobre los temas que trae a consulta sin señalar las dificultades propias de su estilo atribucional.</p>	<p>Refuerzo positivo tanto para la consultante como para la terapeuta.</p>
	<p>Dificultades para discriminar situaciones en las que expresaba una necesidad, al terminar la consulta cuando llegaba a un tema complejo emocionalmente o de relación con terceros.</p>	<p>Atención a la evitación del tema planteado por la consultante, manteniendo la atención en lo que refiere y extendiendo el tiempo de sesión o el contacto telefónico con el fin de disminuir el riesgo de suicidio.</p>	<p>Refuerzo positivo tanto para la consultante como para la terapeuta.</p>
<p>B – COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL Comportamientos cuya función fue inhibir la relación interpersonal entre la consultante y la terapeuta debido a la inhabilidad de una, o ambas para discriminar o responder afectivamente al impacto que genera en la otra persona, o problemas al retroalimentar a otros.</p>	<p>Rechazo a la retroalimentación que implicaba crítica a través del llanto o autoverbalizaciones negativas sobre su inadecuación como persona y la inutilidad del proceso terapéutico.</p>	<p>Explicación de lo que de su conducta generaba crítica en términos de las posibles relaciones entre los demás participantes y el contexto en contexto, procurando limitar su visión negativa generalizada.</p>	<p>Refuerzo negativo para la consultante y castigo negativo para la terapeuta.</p>
	<p>Evitación de la retroalimentación de la terapeuta a través del incumplimiento en el registro de situaciones de la vida cotidiana en las que pudiesen darse conflictos o contradicciones con terceros.</p>	<p>Solicitud reiterada a la consultante para que se expusiera a dichas situaciones y las registrara para luego analizarlas en consulta.</p>	<p>Refuerzo negativo para la consultante y castigo negativo para la terapeuta.</p>
	<p>Retroalimentación poco clara a los demás y centrada en aspectos negativos.</p>	<p>Exposición de evidencias que refutaban los aspectos negativos que señalaba de los demás.</p>	<p>Refuerzo positivo para la consultante y castigo negativo para la terapeuta.</p>

CLASES DE RESPUESTAS	CONDUCTA CONSULTANTE	CONDUCTA TERAPEUTA	CONSECUENCIA
<p>C – CONFLICTO Comportamientos cuya función fue inhibir la interacción interpersonal entre la consultante y la terapeuta debido a la inhabilidad para responder efectivamente al conflicto interpersonal.</p>	<p>Dificultad para entender la realidad y perspectiva del otro en situaciones que implicaban la relación con la madre o la tía enfermas, retirándose de ellas, gritando, llorando o reprochando falta de consideración hacia su “problema”.</p>	<p>Explicación y búsqueda de comprensión de la perspectiva de las otras personas, explicitando los elementos de la situación de salud o funcional en la que ellos se encontraban y con el fin de promover el desarrollo de comportamientos empáticos hacia sus necesidades, pero sin confrontar o moldear habilidades de manejo.</p>	<p>Refuerzo positivo tanto para la consultante como para la terapeuta.</p>
	<p>Resolución de la tensión emocional producto de discrepancias con terceros desde la agresión verbal o el cambio de tema cuando en el conflicto era confrontada.</p>	<p>Plantearle estrategias alternas para manejar la situación referida de manera asertiva, sin entrar a analizar cómo ellas podían darse también en consulta e ignorando cuando sucedían.</p>	<p>Reforzamiento negativo tanto para la consultante como para la terapeuta.</p>
	<p>Quejas sobre su situación y la incompreensión de otros que fortalecían la perspectiva de víctima.</p>	<p>Teniendo en cuenta que, en la mayoría de los casos su victimización estaba asociada a atribuciones erróneas, se mostraban evidencias contrarias a lo que argumentaba su perspectiva. Cuando la victimización se acompañaba de amenazas de suicidio, se señalaban los elementos favorables y buenos de su vida.</p>	<p>Refuerzo positivo tanto para la consultante como para la terapeuta.</p>
<p>D – BÚSQUEDA DE INTIMIDAD INTERPERSONAL Comportamientos cuya función fue prevenir el establecimiento o mantenimiento de relaciones interpersonales cercanas entre la consultante y la terapeuta</p>	<p>Relación terapéutica cercana dependiendo del contenido de la sesión, cuando sabía que el tema iba a generar confrontación, se distanciaba la asistencia a la sesiones o la relación se hacía distante.</p>	<p>Se mantenían los temas y actividades propuestos para cada sesión independientemente de la reacción de la consultante, sin abordar con ella las dificultades percibidas por la terapeuta para la intimidad y cercanía de la relación entre ambas.</p>	<p>Refuerzo negativo tanto para la consultante como para la terapeuta.</p>

CLASES DE RESPUESTAS	CONDUCTA CONSULTANTE	CONDUCTA TERAPEUTA	CONSECUENCIA
<p>D – BÚSQUEDA DE INTIMIDAD INTERPERSONAL Comportamientos cuya función fue prevenir el establecimiento o mantenimiento de relaciones interpersonales cercanas entre la consultante y la terapeuta.</p>	<p>Referencias a la dificultad para entender y aceptar la preocupación e interés de sus familiares y el deseo de ayudarle.</p>	<p>Integración de la familia en parte del proceso terapéutico y explicación de su interés en acciones concretas que la consultante manifestaba no evidenciar o interpretar como interés de sus familiares, integración que estuvo centrada en aspectos operativos y de tipo instrumental, más que en elementos afectivos de la relación entre ellos.</p>	<p>Refuerzo positivo tanto para la consultante como para la terapeuta.</p>
	<p>Interés por aspectos de la vida privada de la terapeuta (pareja, familia).</p>	<p>Extinción del tema preguntado, focalizando en ella y los objetivos planteados para la sesión. A pesar de la molestia por la percepción de invasión en su vida personal, la terapeuta no aborda el tema con la consultante.</p>	<p>Castigo negativo para la consultante.</p>
<p>E – EXPERIENCIA Y EXPRESIÓN EMOCIONAL Comportamientos cuya función es inhibir una interacción interpersonal entre la consultante y la terapeuta debido a la no tolerancia o baja tolerancia a la experiencia de respuestas emocionales.</p>	<p>Dificultad para comunicar sus experiencias emocionales de manera clara, sin poder nominar las diversas emociones (rabia, tristeza, enfado, indignación, etc.), centrandose su expresión a través de quejas o amenazas de suicidio.</p>	<p>Permitirle la expresión de emociones, buscar ayudarlo a regularse para poder entender lo que trataba de comunicar, utilización de parafraseo aunque luego de varios intentos se disminuyó esta estrategia ya que solía ser retroalimentada negativamente por la consultante quien manifestaba no sentirse comprendida.</p>	<p>Refuerzo positivo tanto para la consultante como para la terapeuta.</p>

DISCUSIÓN

El objetivo del presente trabajo era explorar y comprender cómo la dinámica de la interacción psicoterapeuta y consultante, influye de forma fundamental en la posibilidad de cambio conductual de este tipo de casos (TLP), al identificar las CCR y extender las dimensiones del análisis conductual a este nivel.

En primer lugar, al revisar la formulación clínica realizada en el momento en que se estaba llevando a cabo el proceso terapéutico bajo supervisión, no cuenta con las características que se esperan para la formulación de un caso clínico ya que se limita a describir comportamientos problema y no señala la función real de éstos. A lo largo de la discusión se señalará la importancia que hubiera tenido analizar la relación terapéutica, sin embargo, si se hubiera hecha una adecuada formulación, el caso habría tenido un enfoque más cercano a lo que se requería tener en cuenta en la intervención. Este error demuestra la importancia del rol del supervisor y la capacitación de los terapeutas.

Como se señalaba en la introducción de este documento, el TLP ha sido catalogado como uno de los trastornos más difíciles de intervenir dadas las características conductuales que se encuentran en las personas que cumplen con los criterios diagnósticos de éste. Linehan, Cochran y Kehrer (2004) señalan las altas tasas de estrés que genera en los terapeutas la intervención en consultantes diagnosticados de TLP razón por la cual sugieren que haya un equipo de consulta externo y/o que los terapeutas puedan contar con supervisión de un experto.

En el presente caso, la terapeuta se encontraba en proceso de formación y hubiese sido deseable contar con un acompañamiento mucho más estructurado desde el marco conceptual de la PAF. Como se observa en los Anexos C y D, la conceptualización del caso y las directrices planteadas en el espacio de supervisión, están enmarcadas desde una perspectiva Cognitivo – Conductual y no desde PAF, razón por la cual, se hará especial énfasis en este apartado en lo encontrado a partir de la posterior comprensión del caso desde la perspectiva de PAF.

Follette, La Bash y Todd Sewell (2010) señalan que, en PAF, el terapeuta es animado a desarrollar una relación estrecha con el consultante, utilizándose a sí mismo como instrumento de cambio de la conducta de quien consulta. Esto no es una tarea fácil, se hace necesario contar con un experto que supervise y dirija el proceso terapéutico, pero que a la vez, estando externo al espacio terapéutico, pueda retroalimentar objetivamente el comportamiento del terapeuta. Dentro del espacio de supervisión, se sugiere que la comunicación entre el terapeuta y el supervisor sea directa; el terapeuta debe comunicar en el espacio de supervisión los sentimientos que le generó la sesión y preguntarse si son producto de las CCR o de su propia historia de vida del terapeuta (Sousa y Vandenberghe, 2007).

Este último aspecto es determinante en PAF ya que el analizar la relación terapéutica conlleva implícitamente tener en cuenta no sólo las variables asociadas al comportamiento del consultante sino también del terapeuta, las cuales a su vez inciden en el proceso terapéutico. Wasson y Linehan (1993, citados por Sousa, 2004) señalan que la relación terapéutica es una oportunidad de cambio y a la vez destacan la importancia que tiene la observación de los comportamientos del terapeuta puesto que estos pueden perjudicar el progreso del consultante. Por ejemplo, ¿qué reacciones genera

en el terapeuta las conductas parasuicidas y autolesivas de las personas diagnosticadas de TLP?

Vandenberghe, Sousa y Oliveira (2005), citados por Ferro, R. (2008) señalan que el tratamiento de consultantes diagnosticados de TLP es una experiencia dolorosa para los terapeutas, razón por la cual la supervisión juega un papel fundamental no solamente en la definición de los objetivos terapéuticos y técnicas de intervención sino también en la orientación del terapeuta para enfrentar la complejidad de este tipo de casos.

La complejidad de los TLP ha llevado al desarrollo de sistemas de evaluación de las habilidades de los terapeutas (FASIT; Callaghan, 2006a) y sistemas de codificación de los comportamientos del consultante y el terapeuta durante la sesión (FAPRS, (Callaghan, Summers y Weidman, 2003). El uso de este tipo de instrumentos requiere de una capacitación concienzuda por parte del terapeuta y de quien supervise el caso ya que esto permitirá detectar tanto las variables que afectan el proceso terapéutico como la supervisión.

Pero, ¿qué aspectos son los que hacen tan complejo el proceso terapéutico de una persona diagnosticada de TLP?

En primer lugar, se encuentra la frecuente presencia de depresión, sumado a la dificultad que tienen los casos de TLP para regularse y, los frecuentes intentos de suicidio y/o conductas autolesivas (Linehan, Cochran y Kehrer, 2004; Stanley y Wilson, 2006). En la literatura y en el estudio de este caso, es evidente que la tristeza (depresión) y la dificultad para regularse se relacionan directamente con la conducta suicida y por esta razón se tiende a prestar mayor atención a las técnicas que aumenten las habilidades autoregulatorias en vez de centrar la atención en la conducta del terapeuta y la manera como su interacción con el consultante pueden llegar a reforzar o extinguir dicha

conducta problema. De base puede estar el énfasis que se le suele dar a la causa biológica de este tipo de trastornos ya que por años (finales de los 80's y principios de los 90's) se propusieron teorías biológicas para explicar los procesos patológicos presentes en los Trastornos de Personalidad (Silk, 2000). Siguen siendo pocas las evidencias que refuerzan esta perspectiva mientras que el contexto y la historia de aprendizaje de cada individuo son aspectos determinantes en este tipo de problemáticas, lo cual concuerda con la manera como se conceptualiza la personalidad dentro del modelo conductual. Desde la TDC (Linehan 1993), se afirma que las dificultades emocionales y conductuales de las personas en el TLP son elicitadas y reforzadas por la transacción entre un ambiente invalidante y la vulnerabilidad emocional.

La literatura referida a casos de TLP suele mencionar técnicas efectivas para la modificación de conductas características del trastorno lo cual puede llegar a generar que el terapeuta centre su atención en la aplicación de dichas técnicas y de esta manera deje de lado la particularidad del caso y de las contingencias a las que el consultante puede estar expuesto en el ambiente terapéutico. Bien lo anotaba Virues (2004) cuando manifestaba el riesgo en el que se podía incurrir al proceder ceñido a las técnicas ya que esto conlleva a la mera atención de la topografía de la conducta lo cual impide la comprensión real de la función que ésta tiene.

En ese orden de ideas, y haciendo una revisión de la manera como se conceptualizó este caso y se definieron los objetivos terapéuticos, se encuentra un primer aspecto deficiente en el manejo del caso que se presenta en este estudio: el proceso terapéutico se centró en la aplicación de técnicas que respondían a aspectos topográficos de la problemática de la consulta y no se tuvo en cuenta la relación terapéutica.

Las técnicas empleadas (psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en respiración y relajación muscular progresiva y, entrenamiento en solución de problemas) propias del modelo Cognitivo – Conductual, se eligieron a partir de los planteamientos de Nezu, Nezu y Lombardo (2006) y, además, se eligieron a partir de la hipótesis funcional del caso y las conductas problema identificadas.

El dejar de lado la relación terapéutica, tiene repercusiones como el refuerzo (durante las sesiones) de las conductas problema de la consultante ya que el centrarse en brindar habilidades autoregulatorias dejando de lado el análisis de las actitudes del terapeuta que pueden estar manteniendo las conductas autolesivas de la consultante, genera una incoherencia entre el objetivo terapéutico y el efecto que finalmente termina teniendo la terapia. Esta y otras situaciones concretas son desarrolladas a continuación.

Las conductas autolesivas y los intentos de suicidio en sí mismos, son conductas que por ser asociadas a la seguridad y el bienestar del consultante, se les tiende a prestar especial atención volviéndose el comportamiento del terapeuta, reforzador de dichas conductas. Kohlenberb y Tsai (2001, citados por Sousa, 2004) hacen un especial énfasis en la importancia que tiene el prestar atención al análisis de las conductas parasuicidas ya que, si bien el terapeuta puede validar los sentimientos de tristeza y dolor que le puede generar al consultante los temas que le preocupan y su intención de hacerse daño o morirse, no se debe incurrir en el error de evitar hablar del tema o prestar atención sin analizar la función de la conducta.

Es claro que el uso de verbalizaciones parasuicidas puede tener la función de mando, enmascarado de tacto, lo cual quiere decir que la amenaza de suicidio tiene la función de obtener atención del terapeuta y las personas que rodean al consultante lo cual en últimas, tiene como consecuencia el reforzamiento de la conducta.

Linehan, Cochran y Kehrer (2004) manifiestan que el terapeuta debe tener la capacidad de encontrar un balance entre: orientar la aceptación y a la vez el cambio, ser rígido y en ciertos momentos flexibles; en términos de Chase (2000), el terapeuta necesita responder empáticamente al estado de intensidad afectiva del paciente y cuando la manipulación esté presente, confrontarla de una forma sin retar al consultante.

Lo anterior, visto a la luz del proceso terapéutico que se llevó a cabo, demuestra que la terapeuta (ver Anexo E) tuvo dificultades para encontrar un adecuado balance entre la rigidez y la flexibilidad, tendiendo a ser complaciente con la consultante, luego de la primera amenaza de suicidio (septiembre 21 de 2007), por temor al riesgo de muerte de la consultante, se tendió ser más flexible y a actuar desde un estilo permisivo y protector evitando el riesgo de muerte de la consultante.

Es común el temor que experimentan los terapeutas de consultantes diagnosticados de TLP a perderlos (ya sea por deserción o por muerte), Sousa y Vandenberghe (2007), plantean que desde el temor, el terapeuta puede incurrir en comportamientos que refuercen, ya sea positiva o negativamente, las CCR1, dejando de lado las necesidades que deben ser intervenidas e imposibilitando el cambio.

Como parte del temor que experimentó la terapeuta del caso presentado en éste estudio, y a partir del objetivo que se trazó para disminuir el comportamiento parasuicida y la ideación suicida, “reemplazar” estas conductas por hospitalizaciones llegó a ser considerado un logro, sin embargo, Linehan (1993, citada por McMain, 2000) en el *caso Katrina*, sugiere que el terapeuta debe intentar evitar hospitalizaciones de la consultante ya que éstas no suelen ser efectivas en la reducción del comportamiento suicida en individuos diagnosticados de TLP, mientras que pueden tener la función de reforzar el comportamiento suicida.

Sousa y Vandenberghe (2007) enfatizan el rol que cumple la propia historia de aprendizaje de los terapeutas, la cual puede llegar a incidir en el proceso terapéutico, por ello se sugiere que en futuras investigaciones se puedan incluir variables asociadas a la historia de aprendizaje del terapeuta, que puedan repercutir en la relación terapéutica.

Continuando con los aspectos que hacen complejo el proceso terapéutico de una persona diagnosticada de TLP se encuentra la resistencia al cambio que suelen presentar. Sousa y Vandenberghe (2007) señalan que es común que los consultantes busquen apoyo terapéutico y a su vez muestren una marcada resistencia al cambio puesto que pueden sentir que en la medida en la que confían en el terapeuta, pueden perder el control de sí mismos o del entorno que los rodea; es responsabilidad del terapeuta identificar la función que tiene la resistencia del consultante.

De otro lado, las auto referenciaciones negativas y la anticipación de fracaso (sobregeneralización y falacia de control) que suelen tener frente a nuevos ensayos conductuales, entrando en un diálogo circular dentro del cual pareciera no quedar más que darle la razón y expresar solidaridad ante tan devastador panorama o, incluso, demostrar comprensión debido al desgaste que puede implicar seguir tratando el tema; las personas diagnosticadas de TLP, generan, literalmente, en el terapeuta, la sensación de ser llevado al límite. Este tipo de reacciones por parte del terapeuta tienen como efecto el mantenimiento de la conducta problema ya que, nuevamente, como se mencionó en las conductas parasuicidas y auto lesivas, el consultante logra obtener como respuesta a su conducta, atención del terapeuta o de quienes lo rodean.

Una de las situaciones en las que se evidenciaba la funcionalidad de este tipo de comportamientos de L.M. era cuando conocía a un hombre que le interesaba, en quien desde el principio buscaba atención y reconocimiento a partir de la manera como les

compartía sus sufrimientos. La respuesta inicial de los hombres con quienes salía era la esperada para ella, sin embargo, con el tiempo ellos se “cansaban” y terminaban abandonándola ya que probablemente experimentaban la misma sensación de agotamiento y frustración que experimentaba la terapeuta. Llama la atención que desde la perspectiva de la consultante no había una clara comprensión de los factores que motivaban el abandono de su pareja (“*yo no entiendo por qué la vida es tan dura conmigo, siempre doy con hombres comprometidos y me dejan sin yo saber por qué*”, “*de los hombres, siento que nadie me puede llegar a querer porque por extrañas razones luego que doy mi corazón, los hombres se van*”).

La utilización, en el caso que se presenta en este estudio, de las clases de respuestas planteadas por Callaghan permitió clasificar las CCR en cinco grandes categorías teniendo en cuenta diferentes repertorios que deben ser tenidos en cuenta en los procesos clínicos y a su vez permitió reconocer la falencia de habilidades específicas que debía tener la terapeuta si se hubiese querido llevar a cabo un proceso terapéutico centrado en la interacción consultante – terapeuta. De otro lado, el uso de este tipo de categorías evita el caer en el riesgo de centrarse en la topografía de la conducta y por el contrario, permite definir las categorías en las que se pueden clasificar las conductas problema a partir de la función que éstas tienen ya que finalmente este aspecto es el que permitiría un mejor direccionamiento del tratamiento.

De acuerdo a las 5 reglas que Kohlenberg y Tsai (1991, citados por Sturmey, 2007) plantean, deben ser tenidas en cuenta en la terapia, se analizarán aspectos que se omitieron en el proceso terapéutico que se estudia en la presente investigación. Los autores plantean que el terapeuta debe estar atento a la aparición de las CCR lo cual permite evaluar en cada sesión las conductas problema, los avances y las

interpretaciones que haga el consultante con relación a su propia conducta, estas interpretaciones le permiten, al terapeuta, identificar la relación que el consultante establece entre sus comportamientos y ciertos estímulos contextuales. El hacer de las CCR un elemento clave del proceso terapéutico hubiese permitido que la terapeuta evocara las CCR1 y le ayudara a la consultante a que se presentaran CCR2, con la ayuda de refuerzos naturales, haciendo así más probable la ocurrencia de estas tanto en consulta como en el contexto real. En el proceso terapéutico no hubo evocación intencional de las CCR1 y el reforzamiento de las CCR2 fue nulo, como se observa en la figura 1, debido a que no se identificaron los repertorios inefectivos de la relación consultante – terapeuta, es decir, no se identificaron aspectos asociados a la conducta de la terapeuta que afectaban el comportamiento de la consultante.

En conclusión, el no haber tenido en cuenta la relación terapéutica como factor determinante de la modificación conductual que se buscaba con los objetivos planteados para el caso, y el haberse centrado en la modificación de conductas problema las cuales se buscaron exclusivamente en el contexto extra – terapéutico, conllevaron al mantenimiento de las conductas problema y posterior abandono del tratamiento por parte de la consultante. Para futuras investigaciones se sugiere la implementación de terapias como ACT, TCC o TDC apoyadas en PAF y los sistemas ya desarrollados para monitorear las habilidades del terapeuta y la aplicación de los principios de este tipo de terapia.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2004). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (ed. 4, text revision). Washington, D.C: American Psychiatric Press.
- Ballesteros, F, R. (1994). Evaluación conductual hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. Ediciones Pirámides, S.A., Madrid (España).
- Beck, A.T. (1996). *Beck Depression Inventory II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bijou, S.W. y Baer, D.M. (1961). *Child Development: A systematic and empirical theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. (trad. cast.: Psicología del desarrollo infantil: Lecturas en el análisis experimental, México, Trillas, 1969).
- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Bohme, R., y Linehan, M. (2000). Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*. 38, 875-887.
- Borkovec, T. D., y Roemer, L. (1994). Generalized anxiety disorder. In R. T. Ammerman & M. Hersen (Eds.), *Handbook of prescriptive treatments for adults* (pp. 261-281). New York: Plenum.
- Brazier, J., Tumur, I., Holmes, M., Ferriter, M., Parry, G., Dent-Brown, K., y Paisley, S. (2006). Psychological therapies including dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: a systematic review and preliminary economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 10, nº 35.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A. y Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicidal attempts and non suicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of abnormal psychology*. 111, 198-202.

- Busch, A. M., Callaghan, G. M., Kanter, J. W., Baruch, D. E. y Weeks, C. (2009). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale: a Replication and Extension. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 11 – 19.
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Baruch, D. E., Week, S. C. E. y Berlin, K. S. (2009). A micro – process Analysis of Functional Analytic Psychotherapy's Mechanism of Change. *Behavior Therapy*, 40, 280 – 290.
- Callaghan, G. M. (1999). Development of a coding system for functional analytical psychotherapy for the analysis of the components effecting clinical change. *Dissertation Abstracts International*, 59 (09), 5073B. (UMI No. 9907753).
- Callaghan, G. M. (2006a). Functional Assessment of Skills for Interpersonal Therapists: The FASIT System. *The Behavioral Analyst Today*, 7, (3), 399 – 433.
- Callaghan, G. M. (2006b). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) System. *The Behavioral Analyst Today*, 7, (3), 357 – 398.
- Callaghan, G. M., Gregg, J. A., Marx, B. P., Kohlenberg, B. S. y Gifford, E. (2004). FACT: The utility of an integration of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 195 – 207.
- Callaghan, G. M., Summers, C. J. y Weidman, M. (2003). The Treatment of Histrionic and Narcissistic Personality Disorder Behavior: A single – subject Demonstration of Clinical Improvement Using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33, (4), 321 – 339.
- Carrascoso, F. J. (2003). Jealousy: A case of application of Functional Analytic Psychotherapy. *Psychology in Spain*, 7, 88 – 98.
- Clementel–Jones, C. (1985). The Rapist. Harmful strategies used by therapists and staff

- members in therapeutic communities. *International Journal of Therapeutic Communities*, 6, (1), 7 – 13.
- Chase, K. A. (2000). The Integrative Stage Model Approach to the Case of Katrina. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 489 – 497.
- Christensen, A., Jacobson, N. S., y Babcock, J.C. (1995). Integrative behavioral couple therapy. In NS Jacobson y A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy*. New York: Guilford Press.
- Cordova, J. V. y Koerner, K. (1993). Persuasion criteria in research and practice: gathering more meaningful psychotherapy data. *The Behavior Analyst*, 16, 317 – 330.
- Davison, G. C. (2000). A Cognitive – Behavioral Analysis of a Patient With Borderline Personality Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 497 – 500.
- De la Espriella, C. (s.f.). Ejercicio en solución de problemas.
- Dougher, M. J. y Hackbert, L. (1994). A behavior – analytic account of depression and a case report using acceptance – based procedures. *The Behavior Analyst*, 17, 321 – 334.
- Fernández, R. y Carboles, J. A. I. (1981). *Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández, A. y Ferro, R. (2006). Psicoterapia Analítico – Funcional: Una aproximación contextual funcional al tratamiento psicológico. *eduPsykhé*, 5, (2), 203 – 229.
- Ferro, R. (2008). Recent Studies in Functional Analytic Psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 4, (2), 239 – 249.
- Ferro, R., Valero, L. y Vives, M. C. (2006). Application of Functional Analytic Psychotherapy: Clinical Analysis of a patient with Depressive Disorder. *The*

Behavior Analyst Today, 7, 1 – 18.

Ferro, R., Valero, L. y López, M. A. (2007). Novedades y aportaciones desde la psicoterapia analítica funcional. *Psichothema*, 19, (3), 452 – 458.

Fierro, A. (1996). *Manual de psicología de la personalidad*. Barcelona: Paidós.

Follette, W. C., Naugle, A. E., y Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, 623-641.

Follette, V. M., La Bash, H. A. J. y Todd Sewell, M. (2010) Adult Disclosure of a History of Childhood Sexual Abuse: Implications for Behavioral Psychotherapy. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10, (2), 228 — 243.

Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E. Yeomans, P. D. y Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior modification*, 31 (6), 772-799.

Gaynor, S. T. y Lawrence, P. S. (2002). Complementing CBT for depressed adolescents with learning through in vivo experience (LIVE): Conceptual Analysis, Treatment description, and feasibility study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 30, 79 – 101.

Goldfried, M.R., Castonguay, L. G., Hayes, A. M., Drozd, J. F. y Shapiro, D. A. (1997). A comparative analysis of the therapeutic focus in cognitive – behavioral and psychodynamic interpersonal sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 740 – 748.

Goldfried, M. y Davison, G. (1994): *Clinical Behavior Therapy*. N.Y.: John Wiley & Sons.

- Gutheil, T. G. (1989). Borderline Personality Disorder, Boundary Violations and Patient- Therapist Sex: Medicolegal Pitfalls. *America Journal of Psychiatry*, 597-602.
- Harrington, J. A., Fink, B. C. y Dougher, M. J. (2001). Into the Lion's Den: Incorporating Personality and Evolutionary Psychology to Expand Clinical Behavior Analysis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 1, (2), 175 – 189.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*. 35, 639-665.
- Hayes, S. C. y Barlow, D. H. (1999). *The scientist practitioner. Research and accountability in the age of manage care* (2nd. Ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. y Guerrero, L. F. (2004). BDT, FAP and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*. 35, 35-54.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., y Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Kohlenberg, B. S., y Melancon, S. M. (1989). Avoiding and altering rule-control as a strategy of clinical intervention. In S. C. Hayes (Ed.), *Rule governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control* (pp. 359-385). New York: Plenum.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J y Guerrero, L. F. (2004). BDT, FAP and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*. 35, 35-54.

- Hayes, S.C. y Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. N.Y.: Springer.
- Kohlenberg, R. J. (2000). Radical Behavioral Help for Katrina. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 500 – 505.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hoyos, B. (2000). *Un modelo para investigación documental, guía teórico – práctica sobre construcción de estados del arte*. (2a Ed.). Medellín: Señal Editora.
- Jacobson, E. (1974). *Progressive Relaxation*. Chicago: The University of Chicago Press, Midway Reprint.
- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., y Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 351–355.
- Kanter, J.W., Callaghan, G. M., Landes, S. J., Busch, A. M. y Brown, K. R. (2004). Behavior analytic conceptualization and treatment of depression: Traditional models and recent advances. *The Behavior Analyst Today*, 5 (3), 255- 274.
- Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E. y Holman, G. (2006). The Effect of Contingent Reinforcement on Target Variables in Outpatient Psychotherapy for Depression: A Successful and Unsuccessful Case Using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39, 463 – 467.
- Kanter, J. W., Schildcrout, S. J. y Kohlenberg, R. J. (2005). In vivo processes in cognitive therapy for depression: Frequency and benefits. *Psychotherapy Research*, 15, (4), 366 – 373.

Kantor, J.R. y Smith, N.W. (1975). *The science of psychology. An interbehavioral survey*. Chicago, Ill.: The Principia Press

Koerner, K., Kohlenberg, R. J. y Parker, R. (1996). Diagnosis of Personality Disorder: A radical Behavioral alternative. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1169 – 1176.

Koerner, K. & Linehan, M. M. (2000). Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *The Psychiatric Clinic of North America*, 23, 151-167.

Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M., Parker, C. R. y Tsai, M. (2002). Enhancing Cognitive Therapy for Depression with Functional Analytic Psychotherapy: Treatment Guidelines and Empirical Findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 213 – 229.

Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1987). Functional analytic psychotherapy. En: Jacobson, N. S. (Org.). *Psychotherapists in Clinical Practice: Cognitive and Behavioral Perspectives*. New York: Guilford Pres.

Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy*. New York: Plenum Press.

Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1994a). Improving cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Theory and case study. *The Behavior Analyst*, 17, 305 – 319.

Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1994b). Functional analytic psychotherapy: A radical behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 174 – 201.

Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1995). Functional analytic psychotherapy: A radical

- behavioral approach to intensive treatment. En W. O'Donohue y L. Krasner (eds.): *Theories of behavior therapy*. Exploring behavior change (pp. 637 – 658). Washington: APA.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1998). Healing interpersonal trauma with the intimacy of the therapeutic relationship. In: Follette, V. M., Ruzeg, J. I. y Abueg, F. R. (Eds.). *Cognitive – Behavioral Therapists for Trauma*. (pp.: 305 – 320). New York: Guilford Press.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (2000). Radical Behavioral Help for Katrina. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 500 – 505.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Parker, C. R., Bolling, M. Y. y Kanter, J. W. (1999). Focusing on the Client – Therapist interaction. Functional Analytic Psychotherapy: A Behavioral Approach. *European Psychotherapy*. 1 (1), 15 – 25.
- Kohlenberg, R. J. y Vanderberghe, L. (en prensa). Treatment resistant OCD, and the therapeutic relationship: Two case examples. *The Behavior Therapist*.
- Koons, C. R., Robins, C. L., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., y Morse, J. Q. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*. 32,371-390.
- Kreisman, J. J. y Straus H. (1989). *I hate you – don't leave me: Understanding the Borderline Personality*. New York: Avon Books
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2000). The empirical basis of dialectical behavior therapy: Development of new treatments versus evaluation of existing treatments. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 7 (1), 113-119.

- Linehan, M. M., Armstrong, H., Suarez, A., Allmon, D. y Heard, H. L. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060 – 1064.
- Linehan, M. M.; Cochran, B. N. y Keher, C. A. (2001). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. In *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Cochran, B. N. y Kehrer, C. A. (2004). En: Barlow, D. *Handbook of adult clinical disorder: Step by step treatment*. N.Y.: Guilford Press. p.p. 470-522.
- Linehan, M. M., Heard, H. L., y Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971 – 974.
- Llanova, L. M. (2000). La entrevista conductual. En: Labrador, F. y Cruzado, J. A. *Manual de Técnicas de Modificación y terapia de conducta*. Ediciones Pirámide. p.p. 72-113.
- López, M. A., Ferro, R. y Calvillo, M. (2002). Una aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional en un trastorno de angustia sin agorafobia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 553 – 583.
- López, M. A., Ferro, R. y Valero, L. (2010). Intervención en un trastorno depresivo mediante la Psicoterapia Analítica Funcional. *Psichothema*, 22 (1), 92 – 98.
- Low, G., Jones, D., Duggan, C., Power, M., y MacLeod, A. (2001). The treatment of deliberate self-harm in borderline personality disorder using dialectical behavior therapy: A pilot study in a high security hospital. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 29, 85-92.
- Luciano, M. C. y Valdivia, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT).

- Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*. 27 (2), 79-91.
- Luciano, M. C., Gómez, I. y Valdivia, M. S. (2002). Consideraciones acerca del desarrollo de la personalidad desde un marco funcional – contextual. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2 (2), 173 – 197.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R. y Linehan, M. M. (2006). *Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations*. 62 (4), 459-480.
- Lynch, T. R.; Salsman, N.; Trost, W. T y Linehan, M. M. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder *Annual Review of Clinical Psychology*, 3:181–205.
- Marlatt, G. A. (2002). Buddhist psychology and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 44 – 49.
- Martell, C.R., Addis, M. E., y Jacobson, N.S., (2001). *Depression in Context: Strategies for Guided Action*. New York: W. W. Norton.
- McCullough, J. P (2000). *Treatment for chronic depression: cognitive behavioral analysis system of psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- McMain, S. (2000). A Dialectical Behavioral Formulation: The Case of Katrina. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 505 – 509.
- Meichenbaum, D. y Cameron, R. (1974). The clinical potential of modifying what clients say to themselves. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 11, (2), 103 – 117.
- Miller, A. L., Wyman, S. E., Huppert, J. D., Glassman, S. L., y Rathus, J. H. (2000). Análisis de behavioral skills utilized by suicidal adolescents receiving dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 183-187.

- Ministerio de Protección Social y Fundación FES Social (2005). Estudio Nacional de Salud Mental – Colombia 2003.
- Nezu, A., Nezu, C. M. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo – Conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Oliveira, K. C. F. y Vandenberghe, L. (2005). Anorgasmia e esquivia experiencial, um estudo de caso. *Psicología Clínica*, 17, 1, 162 – 176.
- Olivencia, J.J. y Cangas, A. J. (2005). Tratamiento psicológico del trastorno esquizotípico de la personalidad. Un estudio de caso. *Psicothema*, 17 (3), 412 – 417.
- Organización Mundial de la Salud - OMS (2001). *Resumen Analítico. Proyecto de Política de Salud Mental. Paquete de Orientación sobre Política y Servicios. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías*. CH-1211 Ginebra 27, Suiza.
- Paul, R. H., Marx, B. P. y Orsillo, S. M. (1999). Acceptance – based psychotherapy in the treatment of an adjudicated exhibitionist: a case example. *Behavior Therapy*, 30, 149 – 162.
- Pelechano, V. (1993). *Personalidad: un enfoque histórico-conceptual*. Valencia: Promolibro.
- Pérez Álvarez, M. (1996a). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Pérez Álvarez, M. (1996b). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez Álvarez, M. (2001). Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 15-33.
- Pervin, L. A. (1996). *The science of personality*. N.Y.: John Wiley and Sons.

- Pontificia Universidad Javeriana (1992). *Misión y proyecto educativo*. Bogotá: PUJ.
- Quiroga, E. y Errasti, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*. 13 (3), 393 – 406.
- Rabin, C., Tsai, M. y Kohlenberg, R. J. (1996). Targeting sex – role and power issues with functional analytic approach: Gender patterns in behavioral marital therapy. *Journal of Feminist Family Therapy*, 8, 1 – 24.
- Rey, C. (2004). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): sus implicaciones y principales fundamentos conceptuales, teóricos y metodológicos. *Suma psicológica*. 11 (2), 267-284.
- Ribes, E. (2006). Human behavior as language. *Behavior and Philosophy*, 35, 109-121
- Rodríguez, C. (1998). Principios terapéuticos y posibilidades clínicas de la “Psicoterapia Analítica Funcional”. *Psicothema*. 10 (1), 85-96.
- Roemer, L. y Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 9, 54-68.
- Ruiz y Lujan (1991). *Manual de Psicoterapia Cognitiva. Inventario de pensamientos automáticos*. Extraído el 17 de julio de 2009 desde <http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/SentirseMejor/sentirse2.htm>.
- Samoilov, A. y Goldfried, M. R. (2000). The Case of Katrina. *Cognitive and Behavioral Practice*. 7, 486 – 489.
- Segal, Z. B., Williams, J. M. G., y Teasdales, J. D. (2002). *Mindfulness – based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

- Shearin, E. N. y Linehan, M. M. (1994). Dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: Theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 61 – 68.
- Silk, K. R. (2000). Borderline personality disorder. Overview of biologic factors. *Psychiatric Clinician of North America*, 23, 61 – 75.
- Skinner, B. F. (1979). *Contingencias de reforzamiento: Un análisis teórico*. México: Trillas.
- Skinner, B. F. (1981). *Conducta verbal*. México: Trillas.
- Sociedad Colombiana de Psicología (2000). *Código ético del psicólogo*. Bogotá: Editorial ABC.
- Sousa, A. C. A. (2004). Trastorno de personalidad borderline sob uma perspectiva analítico – funcional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5, (2), 121 – 137.
- Sousa, A. C. A y Vandenberghe (2007). Possibilidades da FAP como método de supervisão de terapeutas com clients Borderlines. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9, (1), 1 – 11.
- Stanley, B. y Wilson, S. T. (2006). Heightened subjective experience of depression in borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*. 20 (4), 307-318.
- Sturmey, P. (2007). *Functional Analysis in Clinical Treatment*. Boston: Academic Press.
- Tamayo y Tamayo, M. (1999). La investigación. En *Aprender a Investigar* (3a Ed.). Bogotá: ICFES.
- Tustin, S. (2000). Revealed preference between reinforcers used to examine hypothesis about behavioral consistencies. *Behavior Modification*, 24 (3), 411 – 424.
- Vandenberghe, L., Sousa, A. C. A., y Oliveira, J. A. (2005). Treating clients with

- borderline personality disorder: The impact on the therapist. Comunicación presentada en el 9th European Congress of Psychology. Granada.
- Vandenberghe, L., Ferro, C. L. B. y Furtado, A. C. (2003). FAP – enhanced group therapy for chronic pain. *The Behavior Analyst Today*, 4, 369 – 375.
- Vandenberghe, L. y Ferro, C. L. B. (2005). Terapia de grupo basada em FAP como abordagem terapêutica para dor crônica: Possibilidades e perspectivas. *Psicología: Teoría e prática*, 7, 137 – 152.
- Verheul, R., Van Den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., de Ridder, María A. J., Stijnen, T. y Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*. 182, 135 – 140.
- Virués, J. (2004). Análisis funcional y tratamiento de un paciente con graves problemas de conducta diagnosticado de trastorno límite de personalidad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 4 (1), 207 – 232.
- Virués Ortega, J. y Haynes, S. (2005) Functional Analysis in Behavior Therapy. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 003, 567-587
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

ANEXO A

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE ADULTOS

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía número _____ de _____, manifiesto a ustedes mi aceptación del tratamiento ofrecido por la Institución Consultores en Psicología y que ha sido explicado y entendido por mi y cuyas condiciones generales se encuentran en el documento que describe la actividad que desarrolla la Institución, del cual puedo tener un ejemplar si así lo solicito.

Tengo pleno conocimiento y acepto que el tratamiento sea atendido por un practicante perteneciente a Consultores en Psicología que es una unidad dependiente de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana, a la cual asisten estudiantes con el fin de llevar a cabo la práctica indispensable en su proceso de formación. Entiendo de igual forma que estos practicantes son supervisados por los docentes determinados por la Facultad de Psicología y que por lo tanto, mi situación personal será discutida con el (los) supervisor(es) del practicante con el fin de que éstos dirijan y vigilen el servicio que se presta.

Entiendo que toda la información concerniente a mi evaluación y tratamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso presentarse situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad. La valoración de la gravedad de la situación que permitirá quebrantar el principio de confidencialidad, será determinada por los supervisores del programa en concepto escrito que será puesto en mi conocimiento, pero que no tiene que contar con mi aceptación expresa.

El caso, guardando absoluto rigor en la confidencialidad de los datos personales y de identificación, puede eventualmente formar parte de investigaciones que aporten al conocimiento e intervención del bienestar psicológico de la comunidad.

Autorizo al practicante para que consulte mi caso con otros profesionales de la Institución o terceros expertos, o remitirlo a consulta con especialista para brindar el mejor tratamiento posible. El resultado de dicha consulta me será comunicado verbalmente.

Entiendo y acepto que el tratamiento al que seré sometido es llevado a cabo atendiendo el mejor esfuerzo del practicante y del grupo de profesionales y que en unos casos funciona mejor que en otros.

En forma expresa manifiesto a ustedes que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

He leído, comprendido y accedido a lo anteriormente mencionado.

Nombres y Apellidos: _____

FIRMA
CC No

FECHA

ANEXO B
AUTO – REGISTROS DE LA CONSULTANTE EN ORDEN CRONOLÓGICO

AUTO – REGISTRO I						
FECHA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	DURACIÓN	ACCIÓN	CONSECUENCIA
Oct. 25/07	Mi madre levantada desde las 5:30 a.m. paseando por la casa.	Las demás habitantes de la casa van a estar molestas.	Mal genio, molestia.	15''	Con tono fuerte le pedí que se acostara nuevamente.	Mi madre se puso brava, de hecho “zapateó” en señal de molestia.
Oct. 27/07	Me “sacan” de la clínica la Paz ya que no podía visitar a un amigo.	Actúan arbitrariamente los enfermeros que me sacaron.	Inseguridad, mal genio, tristeza.	20''	Les pedí me dejaran quedar 20 minutos más ya que estaba allá.	Mi amigo se asustó, quedó triste y yo tuve que irme.
Oct. 27/07	La empleada de mi tía estaba oyendo “vallenato” a todo volumen.	Ella no tiene derecho a abusar, este es su trabajo y no su casa.	Mal genio.	15''	Le dije que por favor le bajara el volumen al radio.	Ella llamó a decirle a mi tío que se iba y yo lloré con gran tristeza. Dijo que la debían haber dejado morir.
AUTO – REGISTRO II						
FECHA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	DURACIÓN	ACCIÓN	CONSECUENCIA
Nov. 9/07	Cumpleaños de mi sobrino, invitación a onces y él no pudo por otros compromisos.	Para Sebastián es más importante estar con sus amigos que con su tía.	Tristeza y molestia.	20''	Ver T.V para alejar ese pensamiento de mi cabeza.	Aumentar el pesimismo y disminuir mi autoestima.
Nov. 10/07	Han pasado 8 días y no sé nada de Edilberto.	Al estar en un grupo de reinsertados, pensé que habían podido matarlo.	Impaciencia, tristeza, abandono, dolor y finalmente conformismo.	Este evento afecto toda mi semana.	Pedir a Dios porque no estuviera mal Edilberto.	La depresión aumenta y la motivación por seguir adelante disminuye.

Nov. 13/07	Recibo un mensaje de Edilberto en mi celular a las 2:30 a.m.	Debe estar mal y en realidad me quiere y espera algo de mí.	Inquietud y una mezcla de alegría y emoción.	1''	Lo llamé al celular y luego de algunos minutos una mujer peleaba con él para quitarle el celular y saber con quién estaba hablando.	Después de colgar un vació total y dolor en el corazón. Minutos después reacciono y decido dejar que él explique la situación.
AUTO – REGISTRO III						
FECHA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	DURACIÓN	ACCIÓN	CONSECUENCIA
Nov. 14/07	Cumpleaños de la sub-gerente de la empresa.	Le regalé una flor y a parte se le partió torta y etc.	Entusiasmo, alegría, esperanza.	1 hora	Colaboré en todo lo que pude para la celebración.	Quedó en el ambiente un deseo de tener unas fiestas navideñas felices.
Nov. 16/07	No sé nada de Edilberto. Marco a su celular y contesta otra voz (mujer).	Si la mamá le dio plata para comprarlo, se lo quitó en castigo.	Desasosiego, tristeza.	2 horas	Asegurarme que ya no era su celular lo cual me confirmó su nuevo dueño.	Reafirmé mi presentimiento y quedé muy mal.
Nov 16/07	Recibo en mi celular la llamada de una mujer que pregunta si trabajo en la Paz.	Es la compañera de Edilberto tratando de averiguar qué sucede.	Molestia, incomodidad.	30 min.	Le dije que por cuanto no sabía quien era iba a colgar, lo que hice finalmente, pero tranquilamente.	Más confusión e intriga por saber cómo y dónde está Edilberto ahora.
Nov. 16/07	Una de mis compañeras mal interpretó mis palabras y se irritó bastante.	Sé que está estresada, además es una persona desorganizada.	Los primeros segundos me molestó su actitud, luego pensé que no debo ponerme mal por eso.	20 ''	Pedir a Dios que me ayude a olvidar, propósito de volver a mi "encierro".	Me siento torna e ilusa por haber creído que afectivamente algo positivo me sucedía.

ANEXO C
ANÁLISIS FUNCIONAL DE ACUERDO CON LOS REGISTROS

Antecedente	Respuesta	Consecuencia
En el trabajo su jefa solicita corregir algo que quedó mal hecho.	<u>Cognitiva:</u> “Yo ya sé”. “No me parece justo, yo lo había hecho bien”. “Me creen incapaz”. “Me cree menos que ella”. <u>Emocional:</u> Angustia e ira. <u>Motora:</u> Levanta la voz, hace mala cara, refuta los argumentos que la jefa le da.	La jefa le dice que es una tarea que tiene que hacer. Refuerzo positivo.
Varios de sus familiares le piden que le baje el volumen al radio para no incomodar a la mamá.	<u>Cognitiva:</u> “No pueden verme feliz”. “Acá todo es importante menos lo mío”. “Estoy cansada de que me griten y me llamen la atención”. “No es cierto que la música esté alta, es sólo por molestarme”. <u>Emocional:</u> Ira y tristeza. <u>Motora:</u> Grita, hace reclamos en defensa de sus derechos, culpabiliza argumentando sentirse incomprendida.	Un familiar se acerca y le dice que no es considerada con la condición médica de la mamá y le baja el volumen del equipo. Refuerzo positivo.
La consultante olvida apagar la estufa y uno de los familiares le reclama por el olvido, argumentando que puede ocurrir un accidente.	<u>Cognitiva:</u> “Los medicamentos me tienen cada vez peor”. “Yo soy un estorbo en esta casa”. “Nadie me entiende”. “Yo debería morirme”. <u>Fisiológica:</u> Tristeza y angustia. <u>Motora:</u> Culpabiliza argumentando sentirse incomprendida, grita, hace reproches, manifiesta su deseo de quitarse la vida.	El familiar vuelve y explica el riesgo que se corre al dejar la estufa prendida. Le dice que no amenace más con quitarse la vida y manifiesta sentir cierta manipulación de la situación. Finaliza diciendo que no piense en eso. Refuerzo positivo.

ANEXO D
OBSERVACIONES EN SUPERVISIÓN

No. DE SESIÓN	FECHA SESIÓN	FECHA SUPERVISIÓN	OBSERVACIONES REALIZADAS DURANTE LA SUPERVISIÓN
1	Sept. 14/07	Septiembre 18/07	Es importante indagar si la impulsividad ha sido una característica de toda su vida, si ha tenido relaciones de noviazgo anteriormente. Indagar cómo se desarrolló su adolescencia, cuáles eran sus expectativas y qué caracterizaba sus relaciones interpersonales. Se necesita trabajar en relación terapéutica, posible borderline (intentos parasuicidas).
	Sept. 21/07	Septiembre 21/07	La consultante canceló la cita, deja carta de amenaza de suicidio en Consultores. Supervisora sugiere por teléfono que se haga contacto telefónico lo antes posible con la consultante, contenerla emocionalmente y comunicarle a la familia la necesidad de acompañamiento en ese momento crítico, generarle otras alternativas para trabajar más adelante y hacerle seguimiento hasta el nuevo encuentro.
2	Sept. 24/07	Septiembre 24 y 25/07	Se reflexionó alrededor de la necesidad que la consultante continúe con su tratamiento psiquiátrico y paralelamente el psicológico, centrado en la necesidad de avanzar en el proceso. Se identifica la necesidad de trabajar los procesos de autorregulación desde el control de impulsos y desde una fase psicoeducativa establecer la relación entre cognición y emoción, y que desde la práctica ella pueda mirar las implicaciones en sus relaciones interpersonales. Igualmente se evidencia la necesidad de incluir a su familia en el proceso.
3	Oct. 2/07	Octubre 9/07	Se reitera la necesidad de fortalecer la red de apoyo social y el trabajo interdisciplinario. Se resaltan los puntos sobre los cuales se trabajará en el encuentro con los familiares: 1) comprensión del caso desde la psicología, 2) identificación de factores protectores y 3) factores de riesgo, 4) el compromiso que ellos deben asumir y 5) la disponibilidad del servicio de psicología para hacer prevención. Finalmente 6) compartir toda esta información con psiquiatría para ser consistente con la intervención.
	Oct. 8/2007	Octubre 8/2007	Al momento de saber el nuevo intento de suicidio de la consultante, se hace contacto telefónico con la supervisora y se informa que la consultante está hospitalizada en el Hospital San Ignacio y que ya se ha hecho contacto telefónico con los familiares. La supervisora sugiere que se haga contacto telefónico con el psiquiatra para informar la situación y acordar cita con los familiares para señalar la importancia que tiene el poder aumentar la red de apoyo de la consultante.
4	Oct. 12/07	Octubre 17/07	Se evalúa el encuentro con la familia: las fortalezas y los aspectos relacionados con su historia. Se discutió el orden de intervención buscando la parsimonia. Se señala la importancia de llamar al psiquiatra e informarle lo tratado con la familia. Se estará llamando una vez a la semana a la familia para saber el momento en que la consultante sea dada de alta.

No. DE SESIÓN	FECHA SESIÓN	FECHA SUPERVISIÓN	OBSERVACIONES REALIZADAS DURANTE LA SUPERVISIÓN
5	Oct. 24/07	Noviembre 6/07	La practicante muestra el registro entregado a la consultante con el fin de tener otro tipo de datos. Éste y el inventario de depresión de Beck son revisados por la monitora. Se revisan los principales objetivos terapéuticos desde el modelo cognitivo – conductual en relación a la depresión y el trastorno de personalidad limítrofe (aumentar la adherencia y motivación para la terapia, disminuir el comportamiento parasuicida y la ideación suicida, mejorar las habilidades autoregulatorias, mejorar las habilidades de resolución de problemas y, mejorar las habilidades interpersonales), desde los cuales se orientará la intervención. Se aplicará el inventario de pensamientos automáticos de Ruíz y Lujan. Se continuará el registro de conflictos y se le entrenará para identificar señales de activación fisiológica ante el conflicto.
6	Nov. 2/07		
7	Nov. 7/07	Noviembre 20/07	La estudiante comenta la dificultad para comunicarse con el psiquiatra. Se revisó una alternativa terapéutica nueva para optimizar la intervención farmacológica, el seguimiento telefónico semanal durante el periodo de vacaciones y hacer contacto con la red de apoyo dados los cambios positivos. Se revisan los registros y se señala mejoría aún cuando persiste la necesidad de continuar trabajando en sus conductas impulsivas.
8	Nov. 14/07		
9	Nov. 19/07		
10	Nov. 23/07	Diciembre 4/07	En la sesión de cierre se retroalimentarán los avances y se pedirá que se continúen los procesos de auto-monitoreo como parte de la auto-regulación. Igualmente se debe insistir a la consultante en la necesidad de continuar en el servicio de psiquiatría y retomar el proceso terapéutico en enero.
11	Dic. 6/07		
12	Feb. 11/08	Febrero 13/08	Iniciar entrenamiento en relajación y respiración como estrategia de auto-regulación emocional, según Lineham. Paralelamente se debe trabajar la regulación cognitiva como herramienta para afrontar dificultades. La estrategia de solución de problemas y toma de decisiones puede ser útil.
13	Feb. 18/08	Febrero 20/08	Es importante citar a la hermana con el fin de informar el posible riesgo de suicidio de la consultante durante su periodo de vacaciones. Se debe trabajar con la consultante en solución de problemas y continuar el entrenamiento en técnicas de relajación y respiración.
14	Feb. 29/08	Marzo 5/08	Se comenta la sesión que se llevó a cabo con la familia de la consultante, fue importante brindar apoyo a la familia y enfatizar en la responsabilidad conjunta de la seguridad de la consultante. En relación a la interacción terapeuta - consultante se sugiere pasar de un modo flexible a uno un poco más rígido. La consultante está buscando tener control sobre la relación terapéutica.
15	Marzo 4/08		
		Abril 3/08	Luego de un periodo de interrupción de un mes, se evidencia en la interacción terapeuta – consultante un cambio ya que ahora la consultante es la que solicita la consulta. Se señala la importancia de socializar los resultados del encuentro que se tuvo con la familia: su compromiso, esperanza (expectativas) en tener relaciones positivas con ella. Indagar acerca de sus

No. DE SESIÓN	FECHA SESIÓN	FECHA SUPERVISIÓN	OBSERVACIONES REALIZADAS DURANTE LA SUPERVISIÓN
			objetivos (actividad escrita), preguntar cómo los alcanzaría y cómo colaboraría la familia y la terapeuta. La supervisora sugiere hacer las evoluciones en la historia con una mirada desde la psicología, la síntesis y el análisis.
16	Abril 4/08	Abril 30/08	Se sugiere trabajar en pensamiento dialéctico, es decir, ver la realidad como multifacética dado el estilo cognitivo que la caracteriza.
17	Abril 11/08		Se sugiere trabajar metáforas, como por ejemplo la del jardinero, con el fin de aumentar la aceptación de su problemática. Continuar monitoreando la búsqueda de apartamento, qué está haciendo para conseguirlo.
18	Abril 25/08	Abril 30/08	Se sugiere continuar el caso el siguiente semestre y continuar afianzando la red de apoyo de la consultante.

ANEXO E
DESCRIPCIÓN SESIONES

SESIÓN/ LLAMADA	FECHA	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN
1	Sept. 14/07	* Iniciar evaluación de la problemática de la consultante.	<p>La consultante reporta haber tenido varios intentos de suicidio por medio de sobredosis de medicamentos. Comenta haber sido despedida de su trabajo hace aproximadamente un año, esto le ha generado dificultades económicas que la llevaron a tener que regresar a casa de su tía, donde vive mamá y hermana mayor con su hija. Su mamá fue diagnosticada con Alzheimer desde comienzos del año, el comportamiento ha cambiado y esto genera mayores conflictos entre madre-hija, a la consultante le molesta mucho los olvidos frecuentes que tiene la madre y el cambio en el discurso que le es menos fácil de comprenderla. La interpretación que ella hace del comportamiento de la madre es que es necia, voluntariosa y que quiere molestarla a pesar de que, según comenta, los médicos que atienden a la madre le han explicado en qué consiste la enfermedad.</p> <p>Se levanta información socio-demográfica: 45 años, soltera, no tiene hijos, nacida en Bogotá. Estudios técnicos en administración, actualmente trabaja como secretaria. Nivel socio-económico medio, religión católica.</p> <p>Actualmente asiste a psiquiatría, control mensual, tratamiento farmacológico con: fluoxetina. Dice estar recibiendo apoyo de psiquiatría a raíz del último intento de suicidio.</p> <p>Asiste a Consultores porque una psiquiatra de la Clínica la Paz le había recomendado el centro. Había tenido una entrevista inicial con una practicante de pregrado pero comenta: “cuando le conté toda mi historia me di cuenta que le dio miedo y luego me citó una segunda vez para explicarme que era mejor que me viera alguien de postgrado porque mi caso era difícil”. Utiliza expresiones como: “pobrecita la niña, yo creo que le faltó llorar oyendo mi historia”.</p> <p>Se acuerdan las sesiones: una semanal, a las 7 p.m. que es la hora en la que podría asistir luego de salir de su trabajo. Aclara que es probable que no llegue a las 7 en punto, pero que tratará ser lo más cumplida posible.</p>
	Sept. 21/07		<p>La consultante cancela la cita y asiste a consultores media hora después de la hora en la que había sido citada.</p> <p>Deja sobre en Consultores con la monitora, según reporte de la monitora, el sobre no es entregado en la mano sino lanzado por la ventanilla.</p> <p>Su carta expresa su deseo de abandonar el proceso terapéutico que se está iniciando.</p> <p>La psicóloga intenta hacer contacto con la consultante, logra hablar con ella luego de varios intentos.</p> <p>Son dos las llamadas que se realizan. En la segunda llamada se le pide que informe a un familiar (tía) la cita que tenía, la cancelación de ésta y los motivos.</p>
	Sept. 22/07		<p>Se realiza llamada en horas de la mañana, la consultante está más regulada y continúa sus actividades diarias.</p>

SESIÓN/ LLAMADA	FECHA	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN
	Sept. 23/07		Se realiza llamada para indagar disponibilidad para asistir a consulta el 24 de septiembre.
	Sept. 24/07		Se confirma cita luego de haber reservado consultorio.
2	Sept. 24/07	* Demostrar la importancia que tiene el continuar en tratamiento psicológico y psiquiátrico.	La consultante manifiesta su deseo de interrumpir el proceso de psicología que está iniciando dadas sus dificultades económicas y por no tener deseos de continuar viva. La terapeuta sugiere hablar con la directora de Consultores en Psicología para que le sea aprobada una tarifa más asequible. La consultante acepta la propuesta, lo cual significa que el proceso terapéutico continuaría. La terapeuta recuerda que como se informó en la primera sesión, la confidencialidad puede llegar a romperse si su vida corre peligro. La consultante acepta y manifiesta entender dicha condición. Ante la propuesta de poder citar a sus familiares la consultante se opone argumentando no querer molestarlos. La consultante manifiesta su descontento por haber tenido que esperar tanto tiempo para que le fuera asignado un nuevo terapeuta en consultores y recuerda en tono sarcástico la inexperiencia que evidenció en la terapeuta que la atendió inicialmente.
3	Oct. 2/07	* Explicar la relación entre cognición y emoción como componentes de su problemática.	La consultante informa haber asistido a su control mensual de psiquiatría la semana pasada, el psiquiatra le cambió la fluoxetina por imipramina. Reporta estar presentando dificultades atencionales y de memoria a partir del cambio de medicamento. Otro evento reciente es un pequeño aumento de sueldo que recibió esta semana, esto la hace sentir más motivada. Durante la sesión se explica la relación entre cognición y emoción. Primero se caracteriza cada una y luego se procede a explicar la relación entre estas a partir de ejemplos suministrados por la terapeuta. Algunos de los ejemplos son tomados de situaciones de su vida cotidiana. En general se evidencia un adecuado nivel de comprensión de la relación entre cognición y emoción, alcanzando así el objetivo de la sesión.
	Oct. 8/07		Llamada para confirmar citación del día de hoy. En el trabajo informan que la consultante está incapacitada. Al hablar con familiares informan que el pasado 6 de octubre intentó suicidarse. Se intenta hacer contacto telefónico con el psiquiatra de la consultante, se dejan datos de contacto de la terapeuta.
	Oct. 9/07		Entrevista con el psiquiatra (Dr. Gómez) quien desconocía el intento de suicidio de la consultante. Se informa que se iniciará trabajo con la familia, el psiquiatra comenta la complejidad del caso y sugiere la posibilidad de aplicar tratamiento con electrochoques. Señala la dificultad que percibe en la relación de la consultante y su padre. Se refiere al caso como un cuadro de depresión con un mal pronóstico. Este mismo día se acuerda cita con la familia de la consultante.
4 Familiar	Oct. 12/07	*Evaluar el caso desde la perspectiva familiar. *Brindar elementos que favorezcan la comprensión del	Asisten: Hermano mayor y su esposa, un cuñado y hermana mayor (con quien vive). Los familiares manifiestan estar muy preocupados por el comportamiento de la consultante, temen que llegue a suicidarse algún día y que esté perfeccionando la forma en que lo hace. Dentro de las dificultades que identifican se encuentra: -La consultante no permite que los otros le ayuden aunque luego hace reproches.

SESIÓN/ LLAMADA	FECHA	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN
		comportamiento de la consultante. *Comprometer a los familiares con el bienestar psicológico de la consultante.	-La forma en que dice las cosas genera conflictos, “pareciera que no pensara antes de hablar”. -La definen como una persona de carácter fuerte y que se molesta con facilidad. -Pareciera que hiciera las cosas a propósito, hace las cosas que sabe que le molestan a otros (ej. Música volumen alto en la casa, sabe que le molesta a la mamá). -Es muy poco tolerante y respetuosa con la mamá, no le tiene consideración aún sabiendo su condición. -Es voluntariosa, en las pocas veces que solicita un favor, lo quiere como ella lo dice y en el momento en que lo solicita, no tiene en cuenta las otras responsabilidades de los hermanos. Luego de escuchar a la familia, la terapeuta explica las características psicológicas de la consultante. Manifiesta el entendimiento de la situación que están pasando y lo demandante que puede ser la situación. Se hace énfasis en la responsabilidad que deben tener como familia para estar pendientes de ella. Se acuerda continuar comunicación con la hermana mayor.
☎	Oct. 22/07		Después de haber sido dada de alta, se realiza llamada telefónica para programar citación y retomar terapia.
5	Oct. 24/07	* Informar resultado de la entrevista llevada a cabo con sus hermanos. * Continuar evaluación de la problemática de la consultante. * Explicar instrumento de registro diario de situaciones conflictivas.	Al inicio de la sesión se indaga por el periodo que estuvo incapacitada. Estuvo hospitalizada en la clínica la Paz durante 15 días, el 18 de octubre ella pidió la alta voluntaria argumentando que la clínica la enfermaba más. La consultante se muestra confundida y desesperanzada, explica que por ahora no tiene más deseos de intentar atentar contra su vida. La terapeuta explica la utilidad de la terapia psicológica para brindar otras herramientas que le permitan continuar su vida sin necesidad de pensar en el suicidio. Comenta que hay un componente biológico que está siendo tratado con el medicamento, pero a nivel de comportamiento se debe iniciar un trabajo riguroso que le permitirá aprender nuevas habilidades. Luego se explica el resultado de la entrevista llevada a cabo con sus hermanos y la terapeuta informa el interés que tienen ellos en el bienestar de la consultante siendo evidencia contraria a la idea que ella tiene en relación al escaso interés de ellos hacia ella. Igualmente se comenta la visión que ellos tienen de su comportamiento y el patrón al relacionarse con ellos y su madre. Es evidente la dificultad que tiene para ponerse en el lugar de sus familiares y ver las situaciones desde su punto de vista. Hablar del tema la enoja. Se toma una parte de la sesión para continuar evaluando el caso, ella describe el primer intento de suicidio a los 14 años el cual relaciona con una crisis económica familiar por la cual pasó de un colegio privado a uno público. Recuerda que desde ese evento el comportamiento de su padre cambió significativamente, se volvió más hostil con ella, solía trivializar lo que a ella le sucedía y burlarse cuando lloraba. Como parte del proceso terapéutico se explica que tendrá una actividad que debe realizar diariamente. Se hace entrega del registro en el que deberá registrar las situaciones que generan conflictos con otros. Se hace un ejemplo con una situación que la consultante propone y se verifica entendimiento del registro.

SESIÓN/ LLAMADA	FECHA	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN
6	Nov. 2/07	*Revisar nivel de comprensión y aplicación del registro diario. *Aplicar el inventario de depresión de Beck.	Antes de esta cita la consultante llamó a cancelar en dos oportunidades la cita, por esta razón al inicio de la sesión la terapeuta enfatiza la importancia que tiene el compromiso de la consultante en la terapia. A continuación se revisa el registro dejado en la sesión anterior. Se encuentran solo tres situaciones registradas, la consultante explica haber tenido dificultades para realizar los registros diarios ya que se le olvidaba que debía hacerlo. Al revisar el registro, se encuentra una situación novedosa; la consultante conoció a un señor de 30 años a quien quiso ir a visitar durante la semana lo cual le impidieron en la clínica argumentando que una paciente de la clínica no podía visitar a otro paciente. Su reacción en la clínica fue conflictiva, se opuso a la solicitud que le estaban haciendo, los amenazó con demandarlos. La consultante plantea dos posibles soluciones, la primera es escribir una carta a las directivas de la Clínica, la segunda, casarse con el conocido para que la dejen verlo (visita conyugal). La terapeuta la confronta con relación a la reacción que tuvo en la Clínica e incluso las soluciones que está contemplando. Ante la confrontación, la consultante llora y manifiesta sentirse muy triste porque al parecer todo le sale mal. Al final se aplica el inventario de Depresión de Beck el cual puntúa: 22 (moderada).
7	Nov. 7/07	* Revisar y retroalimentar registro. * Continuar evaluación a partir de las situaciones registradas en el registro y reportadas en consulta.	Desde el inicio de la sesión es evidente el estado anímico triste de la consultante. Ella comenta estar preocupada por el muchacho que conoció mientras estuvo hospitalizada; él no la ha llamado en los últimos 4 días y venía llamándola cada 3 días. Este evento la hace pensar nuevamente en la posibilidad de quitarse la vida. Se reflexiona acerca de sus reacciones impulsivas y las características de sus cogniciones al pensar en las posibilidades por las cuales el muchacho no la ha contactado. Se hace entrega de nuevo registro ya que la consultante no presenta el anterior y comenta haberlo perdido. Explica sus olvidos como parte de los efectos de los medicamentos que toma. Como novedades la consultante reporta haber asistido a su control mensual con el psiquiatra quien la confronta por su intento de suicidio (se ha intentado comunicar telefónicamente con el psiquiatra pero no lo ha logrado, por esta razón no se ha podido concertar cita para discutir el caso).
	Nov. 9/07		La consultante canceló la cita telefónicamente.
8	Nov. 14/07	* Revisar y retroalimentar registro. * Continuar proceso de evaluación del caso por medio del Inventario de pensamientos automáticos (Ruiz y Lujan, 1991).	La consultante informa que no asistió a la sesión anterior debido a una gripa muy fuerte. No trajo el registro argumentando haber estado muy irritable, esto la desanimó a registrar los eventos. La terapeuta solicita registre los eventos más relevantes desde la última sesión (registro 2). La consultante trae una inquietud en relación a una situación familiar. Su hermana y sobrina se mudarán próximamente a un apartamento que compraron y les será entregado, esto la ha hecho pensar que lo mejor es irse de la casa ya que no quiere que la tengan en la casa de su tía por lástima. De esta situación le preocupa el factor económico ya que irse a vivir sola implica aumentar sus egresos de manera considerable. No solamente el factor económico la inquieta, también la inestabiliza el pensar el rol que ella cumple en la vida de su hermana. Se revisa en esta sesión ideas asociadas a las decisiones tomadas por la hermana las cuales asocia con el afecto que ella siente hacia la consultante, no hay evidencias de tal “desapego”, sin embargo lo continúa pensando y esto la lastima.

SESIÓN/ LLAMADA	FECHA	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN
			<p>A propósito de esta situación se hace el ejercicio de revisar las posibilidades que tendría para actuar en esta situación, pero se encuentra tendencia a actuar impulsivamente y de acuerdo a las creencias que tiene en relación a lo que puede estar pensando su tía y el exesposo de la tía.</p> <p>Una de las soluciones que encuentra para su dificultad económica es el poder disminuir el número de sesiones semanales (pasar de 2 a 1). Se enfatiza nuevamente la importancia que tiene el poder continuar con el proceso y se ofrece poder hablar con la directora de consultores para revisar la posibilidad de bajar un poco más el costo de la consulta; este ofrecimiento no es aceptado por la consultante quien explica que esto la hace sentir incómoda y fracasada.</p> <p>Al final de la sesión se aplicó el Inventario de pensamientos automáticos (Ruiz y Lujan, 1991).</p>
9	Nov. 19/07	<p>* Revisar y retroalimentar registro. * Retroalimentar el patrón de conducta en sus relaciones de pareja.</p>	<p>Se revisa el tercer registro el cual fue traído desde casa. Se entrega hoja para realizar nuevo registro. Comenta que la desanima el no poderse realizar a nivel profesional y obtener ingresos superiores. A esto se suma la situación familiar ya que no tiene buenas relaciones con sus familiares y se siente incómoda viviendo en casa de su tía. Afectivamente se siente sola, quisiera poder entablar una relación afectiva con el fin de contar con alguien que la apoye y la acompañe.</p> <p>En relación a este último aspecto la consultante comenta haber perdido el contacto con el muchacho que conoció en la clínica la Paz. El que se volviera a repetir el “abandono” de quien ella consideraba su pareja, la hace pensar que no debería volver a ilusionarse nunca más.</p> <p>Se centra la sesión en el tema de relaciones afectivas revisando los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hay una tendencia a ilusionarse fácilmente y generar expectativas altas cuando conoce a alguien. Interpreta ciertas señales como interés de la otra persona hacia ella. - Ella suele ser mucho más activa en la relación que las personas con las que está saliendo. Da sin condiciones y su comportamiento no está relacionado de manera directa con lo que el otro aporta a la relación. - Estos dos aspectos pueden generar que la persona se aleje al ver que ella está interpretando inadecuadamente las señales, o puede presentarse que las personas se alejen por la sobre-atención que reciben de parte de ella. - Antes de pensar en no volver a ilusionarse es importante reconocer la necesidad que tiene de aprender habilidades para el manejo de relaciones afectivas, lo cual se podrá trabajar más adelante. - Se explica que la intervención se seguirá orientando a: aumentar la adherencia y motivación para la terapia (lo cual se reconoció en esta sesión), disminuir el comportamiento parasuicida y la ideación suicida, mejorar las habilidades autoregulatorias, mejorar las habilidades de resolución de problemas y, mejorar las habilidades interpersonales.
10	Nov. 23/07	<p>* Revisar y retroalimentar registro. * Realizar ejercicio en solución de problemas.</p>	<p>La consultante no hace entrega del registro, comenta que no ha habido eventos relevantes para registrar. Se le anima a continuar con el registro ya que es un material muy importante para guiar la intervención. El tema en el que se centra la sesión es el de la definición y generación de alternativas de la problemática que la inquieta en cuanto al posible cambio de residencia.</p> <p>Su preocupación principal es no tener recursos suficientes para encontrar un lugar donde vivir (dicho lugar tiene que estar en un sector no menor de estrato 3 y que no sea muy costoso). Un factor que</p>

SESIÓN/ LLAMADA	FECHA	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN
			<p>aumenta su ansiedad es no tener la certeza de cuando debería irse ya que depende de la venta de la casa. Al plantear el ejercicio de generar alternativas para resolver la problemática se encuentra una gran dificultad. Su percepción es negativa y pesimista lo cual hace que se tarde en contemplar opciones. La consultante hace una lluvia de ideas para poder evaluar cada una de ellas posteriormente. Las opciones planteadas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Iniciar la búsqueda de apartamento cuanto antes. - Esperar que definan el tema de la venta de la casa. - El suicidio. <p>Ante la primera opción considera que no cuenta con los recursos necesarios y esto la desanima. Piensa que no va a lograr encontrar un lugar que se adecue a sus posibilidades y expectativas. Frente a la segunda opción, piensa que si bien no quisiera tener que enfrentar los costos altos que implicaría vivir sola, tampoco quiere que la dejen seguir viviendo en la casa por lástima. Por último, enfatiza que la mejor alternativa es el suicidio ya que le permitiría huir de todos sus problemas. La terapeuta recuerda que el proceso terapéutico busca brindarle herramientas que le permitan afrontar todo tipo de situaciones que se presenten en su vida y no huir de ellas. Finalmente la consultante se decide por la opción de ir buscando apartamento ya que esto le permitirá no depender de otros y enfrentar la situación en la que se encuentra.</p>
☎	Nov. 26/07		<p>Dada la no asistencia de la consultante a la sesión, se le llamó a la casa y comentó haber llamado a cancelar por razones económicas. Se le informó que el horario extendido de consultores termina el viernes 30 del presente mes y luego de esta fecha se atenderá solo dos días a la semana. Ese día la consultante tiene una cita médica y dice que hará el intento de asistir luego de las 7:00 p.m.</p>
☎	Nov. 28/07		<p>La consultante se comunica y solicita cambio de fecha por motivos económicos y la cita médica. Se reprograma para el 1 de diciembre a las 7:00 p.m.</p>
☎	Nov. 30/07		<p>La hermana con quien vive se contacta con la psicóloga e informa que la consultante está enferma del estómago, motivo por el cual no va a asistir el día de la cita.</p>
☎	Dic. 3/07		<p>Se hace contacto telefónico con la consultante y se reprograma cita de cierre semestral para el jueves 6 de diciembre.</p>
11	Dic. 6/07	<p>* Realizar cierre del proceso llevado a cabo durante el semestre acordando retomar tratamiento al inicio del próximo año.</p>	<p>El día de hoy tampoco trajo el registro, comenta que la mayoría de las veces se le olvida hacerlo y que en otros momentos la tristeza y frustración que experimenta le dificultan el registrar lo sucedido. Al inicio de la sesión se recuerda que esta es la última cita del semestre. La consultante asiste a consulta y expresa sentirse muy triste, llora y como es costumbre cuando llora, al final de la sesión se acicala. Dentro de los aspectos que la entristecen menciona:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nadie la comprende, no comprende su sufrimiento y sus dificultades económicas. - Perdió el contacto con el muchacho que conoció en la Paz y siente que siempre le pasa lo mismo. - No tiene planes ni ilusiones a futuro. - Problemas de salud, una rodilla le está molestando mucho al caminar.

SESIÓN/ LLAMADA	FECHA	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN
			Se explica que el espacio terapéutico busca brindarle habilidades que lograrán transformar la mayoría de sus inquietudes y que por tal razón es importante que se de continuidad al proceso, luego de las vacaciones de final de año.
☎	Dic. 14/07		Llamada de seguimiento. La familia informa hospitalización voluntaria de la consultante.
☎	Dic. 19/07		Entrevista telefónica con el hermano de la consultante quien informa que ella será dada de alta antes del 24 de diciembre.
☎	Dic. 29/07		Llamada de seguimiento, la consultante ya había sido dada de alta. Se le reconoce la importancia de haber tomado la decisión de hospitalizarse voluntariamente. Se le insiste en la importancia de continuar el tratamiento de psiquiatría y retomar psicología en el 2008.
☎	Ene. 12/07		Llamada de seguimiento, no se presentan novedades.
☎	Ene 26/07		Llamada de seguimiento. Se informa que en aproximadamente dos semanas se abrirá el horario extendido y se retomará la terapia psicológica. La consultante informa que estará realizándose unas terapias de rodilla (rótula) y por ello no cuenta con el tiempo ni el dinero para asistir a consulta. Se acuerda llamarla en dos semanas para evaluar cómo evoluciona su salud (rótula) y el aspecto económico.
☎	Feb. 1/07		Llamada de seguimiento. Se informa fecha de inicio del horario extendido. La consultante manifiesta intención de abandonar tratamiento. Se enfatiza en la importancia que tiene el poder tener un encuentro antes de abandonar el tratamiento sin cierre. Se llamará para informar fecha de citación de acuerdo a disponibilidad de consultorios.
☎	Feb. 7/07		Asignación cita para el 11 de febrero. Informa que tuvo cita con el psiquiatra y que, a pesar de haberlo solicitado, él no quiere hacerle terapia de choques.
12	Feb. 11/08	* Retomar tratamiento indagando por eventos novedosos durante las vacaciones.	<p>La consultante manifiesta intención de abandonar el tratamiento y deseos de intentar suicidarse (menciona estar planeando el suicidio entre el 22 de febrero y el 9 de marzo, fecha en la que tendrá vacaciones).</p> <p>La terapeuta pregunta las razones por las cuales la consultante elige dicha fecha y la consultante comenta que antes de suicidarse debe dejar algunos asuntos listos, entre ellos su trabajo.</p> <p>Comenta que aunque no se siente realizada en su trabajo, se siente feliz de tener una ocupación y reconoce que gracias a ese trabajo puede solventar sus gastos personales.</p> <p>Como eventos relevantes de sus vacaciones comenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Su rodilla le continúa molestando al caminar, el médico le dice que es probable que requiera cirugía de rótula. - La tía con quien vivía, falleció. Esta tía era hermana de la mamá y sentía mayor confianza con ella; al morir ella confirmaba la necesidad de irse de dicha casa porque no tiene buena relación con el esposo de su tía. - El padre está viviendo con ella en la casa de la tía. El motivo por el cual está con ella es que ayudará a remodelar la casa y venderla. El vivir con el padre le genera tensión porque discuten frecuentemente (“no soporto a ese señor que me hizo tanto daño y por quien tengo tantos problemas”).

SESIÓN/ LLAMADA	FECHA	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN
			La terapeuta recuerda que el proceso psicológico le brinda herramientas para afrontar y manejar las situaciones que se le presentan. Al final, la consultante acepta continuar el tratamiento.
☎	Feb. 14/08		Llamada para recordar la cita del día de hoy. La consultante manifiesta que no puede asistir y se reprograma para el 18 de febrero.
13	Feb. 18/08	* Iniciar entrenamiento en respiración y relajación.	<p>La consultante se ve motivada y animada, al preguntarle por las novedades de la semana comenta que los hermanos le ofrecieron colaborarle económicamente para que ella pueda mudarse a vivir sola (apoyarían con un porcentaje de la renta).</p> <p>Se inicia entrenamiento en respiración y relajación explicando que en la medida en la que se logre el entrenamiento será una técnica que puede ser aplicada en los momentos en los que sienta necesidad de regularse (se dan ejemplos de las situaciones reportadas por ella en otras sesiones).</p> <p>Se realizan ejercicios repetidos de respiración abdominal y se observa dificultad para que el ritmo de respiración de la consultante sea pausado, pareciera que el ejercicio mismo la tensionara.</p> <p>Luego se realizó un ejercicio de relajación progresiva en el cual se le dificultó cerrar los ojos y por ello se le invitó a que lo hiciera enfocando su mirada en un punto fijo.</p> <p>En general el nivel de relajación reportado por la consultante luego de los ejercicios fue bajo.</p>
14	Feb. 29/08	* Continuar entrenamiento en respiración y relajación. * Realizar ejercicio en solución de problemas.	<p>La consultante no presenta el registro argumentando no querer escribir repetidamente lo que ya sabe. Se le explica la importancia y utilidad de los registros y se le solicita que lo entregue la próxima semana. Se realiza ejercicio en solución de problemas por medio del esquema propuesto por (de la Espriella, C.). A continuación se transcribe lo expresado por la consultante en el formato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Para usted qué es un problema? Es una situación frente a la cual nos sentimos impotentes y creemos que no hay solución. - ¿Qué problema tiene usted en este momento? Poseo mínimas ganas de seguir viviendo, me siento sola aún cuando sé que cuento con mi familia y, el factor económico me dificulta el hecho de poder vivir sola y tranquila. - Describa en términos generales el problema anotando situaciones, personas y hechos: Creo que radica en mi estado depresivo que en el año anterior me llevó a 4 hospitalizaciones. Mi familia no entiende cómo me siento realmente, unos creen que los manipulo y los otros que exagero. - Determine todos los hechos disponibles acerca del problema. Descríbalos en términos claros y descriptivos: Mi salud mental y mis antecedentes en lo afectivo influye en las relaciones interpersonales. Mi padre ha sido mi mayor agresor y debo vivir junto a él de nuevo. Mi madre por su enfermedad me hace a un lado prefiriendo a mi hermana Rocío. Igualmente en el trabajo esta situación influye notoriamente. Ha sido difícil lograr que ellos crean en mí, uno de mis jefes es de mal carácter y es muy exigente o sea que él me tiene entre ojos. - Identifique los factores y las circunstancias que hacen que la situación sea un problema: Insatisfacción total con mi vida actual, no encuentro la forma concreta de salir de mi “infierno”. Me gusta estar sola e impido que se me acerquen mucho pero en el fondo estoy muy necesitada de afecto. - Establezca un conjunto de metas que sean alcanzables y realistas: <ol style="list-style-type: none"> a) Conseguir un aparta-estudio para alejarme de lo actual.

SESIÓN/ LLAMADA	FECHA	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN
			b) En mi trabajo hacer las cosas mejor para evitar que los socios se molesten conmigo. c) Mejorar mis relaciones interpersonales. d) Lograr no depender de tanto medicamento para parecer normal. e) Recuperar mi fe perdida en Dios. f) Encontrar o aprender a no sufrir como hasta ahora. Debe haber un día en que todo sea diferente. Debido al tiempo de la sesión no se alcanza a hacer retroalimentación de las metas establecidas por la consultante, esto se realizará en la próxima sesión.
<p align="center">15 Familiar</p>	<p align="center">Marzo 4/08</p>	* Informar el riesgo de suicidio de la consultante. * Evaluar comportamiento de la consultante en el contexto familiar.	Se inicia la sesión advirtiendo a los hermanos de la consultante sobre la intención de suicidarse durante las vacaciones. Ellos manifiestan inquietud y se preguntan hasta cuando tendrá solución la problemática de su hermana. La terapeuta explica que ese es un patrón en ella el cual aunque inicialmente no tiene el objetivo real de quitarse la vida, si se debe estar muy pendiente de ella porque puede llegar a hacerlo. Igualmente comentan sentir preocupación por su hermana ya que a raíz de la muerte de la tía el ofrecimiento que se le hizo de entregarle una plata para irse a vivir sola, la consultante está generando mayor conflicto al interactuar con su mamá, la hermana con quien vive y el padre quien está de visita cuidando a su exesposa. Refieren que el comportamiento de la consultante desde pequeña ha sido impulsivo y que nunca ha tenido una amistad cercana con nadie. Refieren que la elección de pareja siempre se ha caracterizado por elección de hombres comprometidos, que la hacen sufrir y la abandonan. El ofrecimiento de cambio de vivienda con algunos recursos que le de la familia es un hecho pero tomará de algunos meses.
	<p align="center">Mar. 10/08</p>		Se llama a la consultante para confirmar la cita de hoy. La anterior cita fue cancelada por gripa de la consultante. Ella comenta que los conflictos con el padre continúan y que no desea continuar la terapia hasta que se haya podido independizar ya que considera que allí tiene toda la fuente de sus problemas. Pide dos o tres meses de espera, se informa que no se puede esperar todo ese tiempo y que la actual terapeuta debe disponer de ese cupo si llegase a presentarse una ausencia tan prolongada. Se aclara que puede tomarse unos días para reconsiderar su decisión y comunicarse con la terapeuta. Igualmente se informa que Consultores siempre estará disponible para prestarle servicio en el momento en que ella decida retomar el tratamiento; depende del terapeuta que tenga disponibilidad para asumir el caso.
<p align="center">16</p>	<p align="center">Abril 4/08</p>	* Retroalimentar ejercicio de solución de problemas realizado en la última sesión (establecimiento de metas). * Informar resultado de la entrevista llevada a cabo con sus	Se revisan las 6 metas establecidas por la consultante en el ejercicio de solución de problemas y se encuentra dificultad para definir objetivos específicos viables y realistas. Al revisar las metas planteadas en tal ejercicio, la consultante comenta que su única meta real en la vida es suicidarse. Ante dicha observación no se hace ningún comentario por parte de la terapeuta y se continúa la revisión de cada una de las metas: EXTINCIÓN a) Conseguir un aparta-estudio para alejarme de lo actual: se revisa que para conseguir apartamento debe comenzar pronto la búsqueda ya que desde hace un poco más de dos meses está pensando en hacerlo pero no ha iniciado acciones para ello. CONFRONTACIÓN. b) En mi trabajo hacer las cosas mejor para evitar que los socios se molesten conmigo: se revisan los

SESIÓN/ LLAMADA	FECHA	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN
		hermanos.	<p>factores que usualmente se encuentran asociados a su desempeño laboral encontrando entre ellos sus olvidos frecuentes y sus relaciones interpersonales. Esta meta requiere de la continuidad del proceso terapéutico.</p> <p>c) Mejorar mis relaciones interpersonales: igualmente requiere del proceso terapéutico y de la aceptación de su condición psicológica.</p> <p>d) Lograr no depender de tanto medicamento para parecer normal: se aclara que esta es una meta poco realista ya que como se trabajó en sesiones anteriores, el uso de medicamentos es requerido por su condición psicológica.</p> <p>e) Recuperar mi fe perdida en Dios: la consultante comenta que perdió la fe en Dios al ver que no escuchaba sus “peticiones” lo cual la ha hecho sentirse abandonada. Sin embargo siente que su vida necesita un sentido que desde la fe tal vez podría recuperarlo. Se sugiere poder aclarar las expectativas de esta meta y las acciones específicas que le permitirían lograrlo.</p> <p>f) Encontrar o aprender a no sufrir como hasta ahora. Debe haber un día en que todo sea diferente: esta meta se asocia al tratamiento psicológico y psiquiátrico. Se resalta la responsabilidad que tiene dentro de la efectividad de éste haciendo las actividades que se le dejan y aplicando lo aprendido en consulta.</p> <p>Al final de la sesión se informa los resultados del encuentro que se tuvo con la familia: el compromiso y expectativas de ellos en tener relaciones positivas con ella.</p>
☎	Abril 9 /08		<p>El hermano de la consultante hace contacto telefónico con la terapeuta y comenta haber hablado con su hermana quien presenta nuevamente ideación suicida a causa de una dificultad laboral. Se sugiere solicitar a la consultante que se hospitalice.</p> <p>La terapeuta hace contacto telefónico con la consultante quien comenta sentir angustia y estar pensando nuevamente en suicidarse. La terapeuta la persuade para que tome la decisión de hospitalizarse. La consultante propone asistir a consulta el 11 de abril y hospitalizarse al día siguiente. La terapeuta informa que se hablará con los hermanos para informar la decisión.</p> <p>La consultante manifiesta no sentirse comprendida por ellos, quienes, según ella, no quieren dejarla hospitalizarse porque deben mostrar la casa para la venta.</p> <p>Se informa a uno de los hermanos la conversación sostenida con la consultante y el acuerdo al que se llegó. Se desmiente la afirmación hecha por ella en cuanto a la negativa de los hermanos frente a la hospitalización.</p>
☎	Abril 11/08		<p>La consultante llama al celular de la terapeuta solicitando ayuda y orientación acerca de la forma en que debe informar en el trabajo que se hospitalizará. Dentro de las propuestas de la consultante se encuentra el pedir que la despidan al regreso de incapacidad demostrando así dificultad para solucionar problemas.</p>
17	Abril 11/08	* Iniciar intervención en pensamiento dialéctico.	<p>Con el fin de mostrarle a la consultante una realidad compleja y multifacética, se realiza intervención en pensamiento dialéctico.</p> <p>Se plantean varios ejemplos de situaciones descritas por la consultante las cuales le generaron en su momento malestar. La consultante logra dar algunos ejemplos de opciones diferentes de interpretación a</p>

SESIÓN/ LLAMADA	FECHA	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN
			la misma situación aún cuando siempre busca un argumento para volver a la idea inicial que le suscitó cada una de las situaciones. Se observa dificultades para interpretar el comportamiento de sus hermanos de otra manera más favorable para ella y ellos mismos. Al final de la sesión la consultante manifiesta su deseo de hospitalizarse ya que las dificultades en el trabajo le hacen pensar nuevamente en intentar suicidarse.
	Abril 18/08		Se realiza llamada telefónica con el fin de hacer seguimiento a la hospitalización. Se acuerda cita para el 25 de abril.
18	Abril 25/08	* Continuar reestructuración	A partir de la metáfora del escalador la cual narra la tendencia de un escalador de saltar cuesta abajo aún estando atado por medio de un lazo a su guía, se explican los intentos de suicidio en su vida. Se revisa su tendencia a escapar de los momentos difíciles de su vida por medio de los intentos de suicidio. Durante la sesión la consultante intenta convencer a la terapeuta de sus verdaderas intenciones de quitarse la vida. Argumenta no haberlo podido hacer exitosamente porque no ha tenido suerte y la han encontrado y llevado a desintoxicarla. Dentro de los argumentos dados por la consultante, comenta que el suicidio es la única solución que encuentra a todos sus problemas ya que estos no tienen solución. Al contra-argumentarle la terapeuta, se observa enojo en la consultante.
19	May. 13/08	* Continuar reestructuración desde metáforas.	A partir de la metáfora del jardinero la cual narra un jardinero que siempre se concentraba en los dientes de león (maleza) que nacían entre el rosal que cuidaba. Se explica que los dientes de león en este caso serían las quejas que ha reportado en otras sesiones y el rosal estaría compuesto por otros elementos: sus hermanos que siempre están atentos a lo que ella necesite, el tener trabajo, el estar recibiendo apoyo psicológico y psiquiátrico. Se evidencia un cambio en el reporte que hace la consultante en relación a los aspectos positivos de su vida (trabajo, familia).
	May. 29/08		La consultante comenta que por dificultades económicas no ha podido regresar a consulta ya que desde que está viviendo sola, ha tenido que asumir gastos extra. La terapeuta informa que el horario extendido de Consultores estará en funcionamiento hasta el 6 de junio. La consultante no puede ninguno de los días en los que la terapeuta tiene disponibilidad. Se acuerda retomar proceso al regreso de las vacaciones.
	Jun. 13/08		La terapeuta hace contacto telefónico con la consultante para informar que durante el periodo de vacaciones habrá horario extendido los días martes y jueves. La consultante comenta haber renunciado a su trabajo por un conflicto con una de sus compañeras de trabajo. Actualmente está hospitalizada (hospitalización voluntaria).
	Jun. 25/08		Se llama a hacer seguimiento de la hospitalización, la consultante fue dada de alta y volvió a internarse al enterarse que su cargo iba a ser ocupado y por ende ya no estaba vacante. Se acuerda que contactará a la terapeuta cuando sea dada de alta nuevamente.

SESIÓN/ LLAMADA	FECHA	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN
☎	Jul. 3/08		Llamada telefónica a la hermana mayor de la consultante quien informa que la consultante fue dada de alta el pasado 1 de julio, aún cuando no ha hecho contacto telefónico con la terapeuta. La hermana comenta que su familia está preocupada por el comportamiento sexual de su hermana quien “cada vez que se hospitaliza, conoce un hombre diferente y se enamora de él”. Comenta la señora que el padre llegó al apartamento de la consultante y la encontró teniendo relaciones con un paciente de la clínica, a quien conoció en la última hospitalización.
☎	Jul. 10/08		Se hace contacto telefónico con la consultante para informar el cierre del caso por ausencia prolongada. La consultante solicita resumen de historia ya que está buscando la posibilidad de conseguir una pensión por incapacidad. La terapeuta se contactará nuevamente para informar fecha de entrega del resumen de la historia.
20		Cierre	Se lee el acta de cierre del caso debido a la inasistencia prolongada de la consultante. Se muestra molesta y agresiva verbalmente con la psicoterapeuta ya que niega el concepto emitido en ésta. Manifiesta haberse sentido abandonada por la terapeuta ya que, según ella, no la había vuelto a llamar.