

IDEACIÓN SUICIDA EN EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD: Reflexiones sobre el proceso terapéutico.

Francisco Sanchis Cordellat

E-mail: fransanchis@yahoo.es

This article presents a case with persistent suicidal ideation which was part of a limits-of-personality disorder. The therapeutic process followed was approached from a cognitive behavioral perspective. During the process it was necessary to keep and to rebuild the aims as well as to constantly adapt to the existential situation of the patient. According to the circumstances surrounding the case, the therapeutic alliance and the adhesion to the treatment were the aims that allowed going on with the therapeutic opened process. This made the psychological stabilization of the patient possible although his persistent and negative idea of ending with his own life.

Keywords: suicidal ideation, cognitive-behavioural therapy, narrative, therapeutic alliance

INTRODUCCIÓN

En el presente artículo se describe un caso de perturbación psicológica desde un enfoque cognitivo conductual. Se han utilizado los relatos de la paciente para comprender los significados que la persona atribuye a los acontecimientos cotidianos y que van a ayudarnos a entender la forma particular que cada persona otorga a las experiencias vividas. Este caso terminó derivando en un trastorno complejo donde la sintomatología presente correlacionaba con criterios diagnósticos DSM-IV y la ideación suicida era un factor recurrente. Dadas las circunstancias que relataremos a continuación, la alianza terapéutica y la adhesión al tratamiento fueron objetivos prioritarios en el proceso terapéutico. Estos objetivos permitieron una estabilización psicológica del paciente a medio-largo plazo.

Como prolegómeno, quisiera recordar que cuando una persona llega a terapia suele hacerlo porque tiene una historia que contar, una historia en la que el paciente es el personaje principal y el relato que explica se construye en base al sistema de creencias que rige la vida de esa persona. Por su parte, el terapeuta, en función de la corriente teórica a la que esté adscrito, participa activamente o no en aquello que

surge dentro del espacio terapéutico. Sea cual sea la corriente, el encuentro entre paciente y terapeuta se convierte en un espacio único donde la intimidad y la confianza constituyen la base del diálogo y de la alianza terapéutica.

La información relativa al caso que disponemos es la aportada por la paciente, una mujer joven, en las sesiones de terapia, en la narrativa de los escritos solicitados y así como la aportada por su pareja y en parte por su madre. Para garantizar el anonimato del caso se han modificado los datos personales de las personas que intervinieron.

Solicitud de consulta.

Ana es una mujer de 27 años que acude a la consulta a petición de su pareja actual y como condición puesta por ésta para resolver sus diferencias y poder seguir conviviendo juntos. Su pareja actual, a quien llamaremos Juan, refiere sentirse desbordado por las conductas agresivas y la hostilidad de Ana, y relata que cuando surge un conflicto en la pareja ella explota sin poderse contener, llegando a la agresión de diferentes formas: insultos, empujones, escupidos o abofeteos. Según explica la propia paciente, en los últimos meses su malestar ha ido incrementando, se ha encontrado muy inquieta y alterada, y lamenta sus problemas de pareja actuales. No obstante, dice que quiere luchar por esta relación, por su estabilidad y para que su hijo, fruto de una relación anterior, tenga una familia estable. Manifiesta, a su vez, miedo a que su actual pareja la acabe abandonando.

Su pareja actual, Juan, reconoce que reacciona mal frente a los repentinos cambios de humor de ella, a las conductas impulsivas y la agresividad que Ana proyecta sobre él. Cuando esto sucede Juan se retrae en las muestras de afecto que ella tanto demanda y dejan de hablarse durante algunos días, lo que vuelve a Ana aún más hostil y agresiva. Estos episodios van en aumento y actualmente la relación entre ellos se mueve entre los polos del amor-odio, según palabras de ambos.

Primeros datos

De los primeros datos aportados –y que a continuación se resumen brevemente– Ana destaca que se empezó a encontrar peor emocionalmente a raíz de un accidente de tráfico que tuvo lugar unos dos años atrás. La paciente permaneció varios meses de baja, y se vio obligada a modificar diversos aspectos de su vida cotidiana. Como consecuencia de la incapacidad laboral transitoria perdió un trabajo que le gustaba y que le hacía sentirse bien: desde entonces, y en palabras textuales, su vida es una porquería. Para combatir la ansiedad que le producía su situación, Ana, que consumía algunos tóxicos, siguió con el consumo y aumento de los mismos y en la actualidad sentía que no era capaz de cuidar ni de sí misma ni de su hijo. Según información facilitada por la propia paciente, el padre biológico del niño se desentendió de las responsabilidades que le correspondían después del nacimiento de éste. Ana añade que en estos últimos años ha mantenido algún

contacto esporádico con el padre biológico aunque su ayuda ha sido prácticamente nula o inexistente tanto en el apartado personal como en el económico.

De los datos obtenidos en los primeros escritos solicitados a la paciente también podemos resaltar la siguiente información:

Antecedentes de salud mental: Historia de trastornos mentales en la familia: un hermano diagnosticado de Esquizofrenia Aguda, una hermana con Trastorno Afectivo y otra hermana con intento de suicidio.

Sobre la familia: Ana procede de una familia numerosa. Sobre sus padres dice que cree que estaban desequilibrados pero no aporta más información sobre los trastornos. Ana explica que conoció a su madre en circunstancias trágicas al inicio de su adolescencia.

Hábitos tóxicos: Ana explica que a los 14 años empezó a consumir tabaco, alcohol y cannabis, y posteriormente pasó a la cocaína y los alucinógenos. Relata que en alguna ocasión el importante abuso de tóxicos tuvo como consecuencia la aparición de sintomatología psicótica secundaria. Cuando acudió a la consulta comentó que en ese momento solo consumía cannabis y hachís.

Ingreso hospitalario: Ana habla de un ingreso en urgencias psiquiatría hace dos años por intento de autolisis por ahorcamiento. Estuvo ingresada diez días y se le diagnosticó un Trastorno bipolar. Una vez dada el alta hospitalaria, se pautó tratamiento medicamentoso con escaso éxito ya que la paciente lo abandonó al poco tiempo. Anteriormente también había realizado varios intentos de autolisis menores que no requirieron ingreso hospitalario. A este respecto, tanto en sus relatos escritos como en las conversaciones mantenidas en la terapia, Ana comenta, de manera textual, que concibió a su hijo cuando tenía 19-20 años para tener algo a lo que aferrarse en esta vida, de lo contrario ahora ya estaría muerta.

Las sesiones.

En cuanto al trabajo terapéutico, pusimos énfasis en que la relación terapeuta-paciente fuera de colaboración y el enfoque eminentemente didáctico para así fomentar la autonomía del paciente. En su inicio, pautamos que las sesiones siguieran un orden tradicional con alianza terapéutica, compromisos de trabajo y de soporte emocional, modificaciones conductuales enfocadas a trabajar la autoestima, disminuir los episodios turbulentos y a entender que la historia personal y familiar de cada uno ejercían un peso importante en la inestabilidad actual de la paciente. Asimismo dejamos la puerta abierta a la posibilidad de tratar un posible trastorno con medicación estabilizante solicitando para ello consulta psiquiátrica si era necesario. Tanto Ana como Juan acordaron colaborar y ayudarse mutuamente. Sin embargo, en el transcurso de las sesiones posteriores, dicho acuerdo fue difícil de mantener por parte de las dos personas implicadas.

Desde la primera visita constatamos la alteración e inestabilidad emocional de la paciente; mientras relataba los acontecimientos alternaba momentos de

impulsividad con otros de lloro y rabia. Ana mostraba, además, una demanda de afecto constante verbalizada entre lágrimas y que reprochaba a su pareja. Desde su punto de vista, su vida no había sido fácil y había luchado mucho para vivir mejor; decía, también, que ante la falta de afecto su vida carecía de sentido y prefería acabar con ella. De esta forma súbita y clara apareció la ideación suicida alrededor de la segunda sesión y se mantuvo como una constante donde solo variaba de graduación e intensidad a lo largo de todo el proceso.

En esta fase, Ana nos ayudó en el relato de su historia vital y se le pasaron cuestionarios de ayuda al diagnóstico. Se le solicitó que entre las sesiones siguientes respondiera por escrito a una serie de cuestiones siguiendo un texto que utilizamos y que recoge partes fundamentales de su historia personal y social con los siguientes apartados: conducta, sentimientos, sensaciones físicas, pensamientos, autoevaluación de personalidad, relaciones interpersonales y de los recuerdos y experiencias más significativas vividas en diferentes edades.

A partir de la información facilitada, de la sintomatología presente y de los resultados obtenidos en los instrumentos, se evidenció que era un caso psiquiátrico cumpliendo criterios diagnósticos DSM-IV-TR (2002). Ver cuadro nº 1. Entre las puntuaciones más elevadas se encontraban: depresión, ansiedad, hostilidad y obsesión. Se le orientó hacia un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP) y se solicitó colaboración para iniciar tratamiento farmacológico, por lo que la paciente fue derivada a un hospital público con el compromiso por nuestra parte de ofrecerle todo el apoyo psicológico necesario.

Al iniciar el tratamiento farmacológico se solicitó ayuda a la familia ya que su pareja actual manifestó no poder hacerse cargo de la situación personal de la paciente, dado que cada día se complicaba más. La madre de Ana se ofreció a ayudarla (Ana conoció a su madre biológica durante su adolescencia y posiblemente en el lugar menos adecuado, en el funeral de su padre). La ayuda no funcionó como tal y a las pocas semanas la madre de Ana la denunció a la Policía por motivos relacionados con conductas no apropiadas y solicitó una orden de alejamiento de su hija.

Una vez confirmada la evaluación diagnóstica de TLP, y habiendo establecido asimismo la pauta de medicación, la actitud de Ana fue poco colaboradora, basándose en los argumentos de que no necesitaba la medicación para controlar su elevada impulsividad y que solo requería de un soporte psicológico enfocado a resolver los conflictos de pareja. Del mismo modo, Ana mantenía que no podía seguir viviendo en la ciudad, porque no era bueno para ella ni para su hijo y se sentía absolutamente agobiada en la urbe. La impulsividad y la agresividad fueron aumentando a medida que sus opiniones eran contrarias a las recomendaciones de psiquiatría y de la terapia psicológica que cada vez era más difícil mantener de manera coherente. La ideación suicida aparecía habitualmente en el transcurso de las sesiones, o en las llamadas que realizaba al terapeuta en ocasiones con una

Cuadro nº 1

Criterios para el diagnóstico de F60.3 Trastorno límite de la personalidad (301.83)

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos frenéticos por evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusado y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

frecuencia diaria. Por otra parte, Ana creía en los remedios naturales y estaba convencida de que no necesitaba tratamiento medicamentoso para estabilizarse emocionalmente. Sin embargo, su contacto con el terapeuta se mantenía y ella insistía que era lo único que necesitaba.

Sin pensar mucho en lo que realmente le convenía, dejó la terapia y el tratamiento farmacológico. Convenció a su pareja, que seguía ayudándola, de que el remedio de su situación pasaba por dejar la ciudad, viajar durante un año por España y hacer lo que les apeteciera. Entre otras cosas, esto significaba no realizar controles psiquiátricos, interrumpir el seguimiento y soporte psicológico y no escolarizar al niño, todo ello en contraposición a las recomendaciones psicoterapéuticas.

Ana y Juan dejaron de acudir a consulta e iniciaron su viaje por España. Los episodios de conflicto de pareja se van sucediendo de manera periódica y la impulsividad y agresividad se repite. En múltiples ocasiones Juan solicita ayuda al terapeuta vía telefónica y éste insiste en la estabilización medicamentosa y el soporte psicológico pautado. La pareja regresa a la ciudad después de varios meses

por España. Ana se encuentra bastante más desequilibrada que al principio y solicita terapia de nuevo porque se repiten las mismas situaciones de pareja que acaban por desbordarse. Después de alguna consulta terapéutica esporádica Ana cree que mejorará si se va de España; a pesar de la recomendación de seguir un tratamiento adecuado, la pareja termina por marcharse fuera de España. Después de su marcha, se suceden las llamadas al terapeuta en demanda de ayuda ante las situaciones de crisis que se producen continuamente. Durante este tiempo, Ana acude varias veces a urgencias de psiquiatría para estabilizaciones puntuales por recomendación del terapeuta y debido a la presencia de ideación suicida persistente. En uno de estos episodios de desequilibrio psicológico Ana realiza un intento de autolisis, el personal de emergencias sanitarias interviene y termina ingresada unos días en el hospital para su estabilización mental. Posteriormente surgen problemas para continuar con el tratamiento medicamentoso debido a la poca constancia de la paciente.

Pasados unos meses y en plena época de crisis personal, Ana y Juan vuelven a España. La situación de Ana ha empeorado al no seguir de manera continuada ningún tipo de tratamiento. Después de varios intentos infructuosos por continuar con la terapia su pareja le abandona y se produce otro intento de suicidio.

El *intento de suicidio* se produce en diciembre de 2009 con la ingestión, en dosis tóxica de medicamentos. En plena crisis emocional, Ana avisa al terapeuta de la ingestión masiva de los medicamentos pautados (antipsicóticos y ansiolíticos) mientras su hijo está con ella. Cuando llegaron los servicios de emergencias y las fuerzas de seguridad Ana ya se encontraba inconsciente. Entonces es trasladada al hospital, donde se le efectúa un lavado gástrico y posteriormente es ingresada en psiquiatría. Cuando se le da el alta hospitalaria, Ana solicita nuevamente el apoyo del terapeuta no sin antes reprocharle y hacerle responsable de seguir con vida. Ante la situación y dadas las circunstancias –falta de apoyo familiar y social– intervienen los servicios sociales y le es retirada provisionalmente la custodia de su hijo. Aquí comienza un nuevo y difícil camino para Ana, donde su idea más recurrente es que una vida sin su hijo no vale la pena ser vivida.

A partir de este momento, los objetivos de la terapia se tuvieron que volver a reformular dando prioridad, en primer lugar, a la estabilización farmacológica y al soporte psicológico para hacer frente a una nueva pérdida en su vida, la retirada provisional de la custodia de su hijo. Este acontecimiento negativo influyó necesariamente en el proceso terapéutico y le permitió, pasado un tiempo de perturbación emocional profunda, la posibilidad de descubrir que podía luchar por sí misma y por recuperar a su hijo.

Llegados a este punto es necesario retomar la historia y aportar más datos para una mejor comprensión de lo que estaba sucediendo hasta este momento. Para ello es imprescindible analizar la información obtenida a partir de sus escritos y de las sesiones de terapia que se mantuvieron de forma discontinua.

En la narrativa de Ana pudimos distinguir algunos aspectos de su historia vital anterior: a partir de las preguntas sobre su familia, encontramos una elevada disfuncionalidad familiar no coherente con un desarrollo emocional normalizado. Según la paciente, sus recuerdos de una familia tradicional son escasos y una de sus únicas referencias es una de sus hermanas con la que convivió con otros parientes. Sus recuerdos son de una infancia traumática donde sobresale una elevada carencia afectiva.

Respecto a su adolescencia, Ana la describe como una época no normalizada con carencia de normas y valores aceptados socialmente. De hecho, cuando Ana tenía 14 años ya intervinieron los servicios sociales porque vivía de manera independiente junto con una de sus hermanas.

En las sesiones Ana comentaba de forma explícita que se sentía vacía, que se aburría con facilidad y necesitaba estar buscando siempre algo que hacer, y aludía a la sensación de tener un sentimiento de vacío permanente. Este aburrimiento la llevó a iniciarse, a los catorce años, en el consumo de sustancias que, posteriormente, aumentaría tanto en cantidad como en peligrosidad (alcohol, marihuana, hachís, cocaína, drogas de diseño).

Durante la época que ella recuerda, no reconoce modelos adultos de referencia en su desarrollo emocional y comenta que ella y sus hermanos habitualmente estaban bajo el cuidado de *niñeras*, no recordando imágenes agradables del padre o de la madre.

Tanto en sus escritos como en las sesiones que de manera discontinua pudimos concertar, manifestaba un temor constante a ser abandonada. Para Ana el temor a ser abandonada estaba relacionado con la intolerancia a estar sola y a la necesidad de estar acompañada de otras personas. En alguna ocasión sus esfuerzos por evitar el abandono, real o imaginario, habían incluido comportamientos de autolisis o intentos suicidas. En este aspecto intervenía la constante ambivalencia que mantenía de la idealización-devaluación de la pareja, modelo que transportaba a sus relaciones sociales con otras personas de manera continua y que en este caso aplicaba a su pareja en una relación de amor-odio constante.

Además de los aspectos comentados, de entre las *características* que observamos durante el proceso terapéutico sobresalen las siguientes: su estado de ánimo básico era de tipo disfórico y que alternaba con períodos de ira y/o angustia. Era manifiesta su inestabilidad afectiva, la dificultad para controlar los impulsos, la baja tolerancia a la frustración y los arrebatos de ira, incluso durante las sesiones. A todo ello se sumaban los problemas interpersonales que le provocan sus pensamientos verbalizados acerca de la autolesión y la desesperación, y aunque en otros momentos aparecía extrovertida y sociable eran raras las ocasiones en las que un estado de bienestar o satisfacción llegaba a instalarse durante mucho tiempo. Su ideación suicida era recurrente y aparecía prácticamente en todas las sesiones ante la mínima contrariedad.

A partir del proceso descrito hasta ahora, es fácil entender que la terapia con pacientes afectados de un trastorno límite de personalidad es difícil y tiende a ser abordada con aprensión, dado que los resultados no suelen ser los esperados y el pronóstico es muy decepcionante (Links, Mitton y Steiner, 1990).

Reestructuración de los objetivos y el proceso

Por todo ello y después del último intento de suicidio, nuestros objetivos se reformularon de nuevo y se siguieron los propuestos en la terapia dialéctica conductual de Linehan (1993a), ver cuadro nº 2. Este proceso psicoterapéutico es una modificación de la terapia cognitiva conductual diseñado para individuos que presentan conductas de autolisis y pensamientos, deseos e intentos suicidas, problemas alimentarios y uso o abuso de psicofármacos y drogas. Linehan considera la desregulación emocional y el efecto de un ambiente invalidante como mecanismos etiopatogénicos y mantenedores del trastorno. A este respecto también queremos mencionar la importancia de un tratamiento farmacológico adecuado, que en el caso de la paciente se había resistido a seguir de una manera pautada.

Cuadro nº 2.

1. Disminución o eliminación de la conducta suicida.
2. Disminución o eliminación de las conductas que interfieren con la progresión de la terapia.
3. Disminución o eliminación de las conductas que obstaculizan llevar una vida razonablemente adaptativa (abuso de sustancias, conductas delictivas).
4. Adquisición de habilidades conductuales de afrontamiento (regulación de emociones, eficacia interpersonal, tolerancia al sufrimiento).
5. Reducción de los efectos del estrés postraumático.
6. Aumento del respeto por uno mismo.
7. Obtención de otros objetivos del paciente

En nuestro propósito, y sin olvidar el trabajo terapéutico anterior, existía un objetivo muy concreto: ayudar a Ana a creer en una vida que valiera la pena ser vivida, por ella misma y por su hijo, entendiendo que la alianza terapéutica y la adhesión al tratamiento debían ser objetivos indispensables para poder seguir trabajando en este proceso. En esta fase del tratamiento era necesario ayudar a la paciente a aprender nuevas conductas, entendiendo por conducta cualquier pensamiento, sentimiento o comportamiento de ella misma que le ayudara en la tarea de vivir una vida que mereciera la pena ser vivida.

Sobre el primer objetivo “*eliminación de la conducta suicida*” tuvimos que volver a pactar lo siguiente: cada vez que Ana tuviera ideaciones de autolisis o crisis que desembocaran en conducta suicida debía ponerse en contacto con el terapeuta (anteriormente ya se había trabajado este aspecto). La disminución de la ideación recurrente seguía siendo nuestra primera prioridad; nos comprometimos a poner

nuestros conocimientos y habilidades para ayudarla en esta nueva etapa mientras ella se comprometía a no hacerse daño, y se trabajaba para llegar a la comprensión que el suicidio o la autolisis no eran soluciones eficaces para ninguno de sus problemas.

Respecto a las “*conductas que interfieren con la terapia*” se trataron aquellas conductas que alteraban el proceso terapéutico, poniendo especial cuidado en el cansancio del terapeuta ante las insistentes demandas de atención y las amenazas de suicidio de la paciente. La desvalorización de las intervenciones terapéuticas era otro de los recursos utilizados por Ana durante el proceso terapéutico, a pesar de manifestar en muchas ocasiones que el terapeuta era la única persona en la que confiaba. Al requerir más atención que otros pacientes, y debido a la demanda incesante de ayuda mediatizada por las amenazas de poner fin a su vida, fue necesario establecer unos tiempos de espera y, en alguna ocasión, consensuar el horario en relación con las llamadas telefónicas para establecer ciertos límites que la paciente toleraba con disgusto.

En relación a las “*conductas que obstaculizan llevar una vida razonablemente adaptativa*”, se trataba de que Ana pudiera llevar a cabo un estilo de vida compatible con un funcionamiento adecuado dadas las circunstancias. Entre los objetivos a conseguir estaban la disminución del consumo de sustancias, y para ello se sugirieron conductas alternativas a la adicción, animándola a dejar de mantener aquellas relaciones que propiciaran los momentos de consumo de sustancias. Se trabajó este último aspecto diferenciando a las amistades que le podían proporcionar afecto y apoyo de las que le facilitaban la evasión a cualquier precio sin tener en cuenta los resultados posteriores (malestar psíquico y físico, sentimiento de culpabilidad, pérdida de autoestima).

La propuesta de “*adquisición de habilidades conductuales de afrontamiento*”, se basa en la confirmación de que Ana presentaba déficit en áreas como la de tolerar el sufrimiento –de hecho, las personas con trastorno límite presentan esta incapacidad– y la de regular sus emociones, como así habíamos podido constatar durante las sesiones. Frente a cualquier adversidad, aunque ésta fuera mínima, u opinión diferente su incapacidad de afrontamiento y de tolerancia era manifiesta, y activaba su repertorio de autoinvalidaciones o dudas, ya sea sobre el terapeuta o sobre el contexto-situación en que ella vivía.

En referencia al *aumento del respeto por uno mismo*, en este caso se producía la autoinvalidación constante de sus propias emociones, pensamientos y conductas con la consiguiente perturbación del estado de ánimo. Las inferencias arbitrarias que realizaba, de su propia capacidad para cuidar de sí misma o de su hijo, la llevaban a la inexistente autoestima que presentaba en ocasiones cuando se autolesionaba o a la conclusión reiterada de que el suicidio era la única salida posible. Este fue uno de los aspectos más complicados del proceso terapéutico, dado que el respeto por uno mismo es contrario a al daño auto-inflingido, y en muchos

momentos del proceso Ana perdía este autorespeto en cuestión de minutos, lo que no daba opción a realizar un trabajo personal coherente. Con este objetivo y para potenciar su autoestima intentamos que la terapia le permitiera pensar que había una vida que merecía la pena ser vivida por ella y por su hijo. Para ello era necesario aprender conductas que no pusieran en riesgo su vida y mantener bajo control aquellas conductas que amenazaban su integridad y el afecto que uno debe sentir por uno mismo.

Para obtener mejor rendimiento de la terapia, en este caso pactamos la *obtención de otros objetivos* del paciente, entre los que se encontraban aprender nuevas habilidades, aprender a experimentar las emociones e ir alcanzando metas acordes con su estado. Ana se esforzó en aprender nuevas conductas entendiendo el porqué de sus reacciones emocionales descontroladas, integrando en sus acciones sentimientos pasionales y pensamientos lógicos. Esto se fue trabajando hacia el final del proceso y cuando se consiguió que la paciente ingresara en un grupo de terapia de trastorno límite de la personalidad. En la actualidad, y fruto de su trabajo y esfuerzo, Ana dispone de un régimen pautado de convivencia con su hijo que va en aumento de frecuencia y duración debido a la mejora sustancial del cuadro de la paciente.

DISCUSIÓN

En este caso y desde nuestra perspectiva teórica, el primer objetivo era ayudar a la paciente a avanzar en su autoconocimiento y en la resolución de sus problemas interpersonales y/o de pareja. Este aspecto le habría de permitir, al cabo del tiempo, conocer mejor cuál era su manera de pensar, sentir y actuar para afrontar las situaciones que depara la vida cotidiana. Entendíamos que, desde una mejor comprensión y aceptación de sí misma, Ana podría mejorar su forma de relacionarse con ella misma y con los demás, e ir progresando y resolviendo futuros acontecimientos vitales. En ese momento, sin embargo, no disponíamos de la información que posteriormente obtuvimos a partir del diagnóstico.

Sabemos que las conductas de las personas se desarrollan a lo largo de la vida a través de un proceso de aprendizaje en el que intervienen numerosos factores. Algunos de estos factores son controlables y otros no controlables, y es a partir de estos aprendizajes que vamos adquiriendo unas pautas de conducta que acaban siendo habituales en nuestra vida diaria. Quizás baste con la descripción realizada en este texto para entender que la terapia con pacientes que presentan ideación y conductas suicidas propias del TLP es compleja y tiende a abordarse con aprensión, ya que la realidad de estos pacientes es vivida, en muchas ocasiones, de manera límite. Quizás por ello Aramburu (1996) mantiene que el trastorno límite de la personalidad es uno de los retos más frustrantes en el campo de la salud mental. No sólo se trata de un problema de definición sino que, como afirman Widiger, Frances, Spitzer y Williams (1988), no está claro aún si el TLP describe un síndrome de

personalidad, un trastorno afectivo, una solapación de patología afectiva y de personalidad, un nivel de psicopatología o una mezcla heterogénea.

Durante el proceso vital y para que se dé un correcto aprendizaje necesitamos una estructura o andamiaje que nos ayude a sostener e incorporar las nuevas informaciones que nos permiten avanzar en nuestro desarrollo cognitivo y emocional. Las experiencias que forman nuestra historia personal nos influyen y nos hacen ver el mundo a través de un filtro que favorece o complica nuestra existencia, tanto a pacientes como terapeutas. De lo que no tenemos duda es que hemos aprendido a ver y vivir las cosas de una manera determinada. En el caso de Ana las estructuras necesarias para su desarrollo integral se habían ido deformando con los años y con la ausencia de un tratamiento adecuado. A este respecto tampoco debemos olvidar que el ser humano es un ser bio-psico-social cuya conducta es la suma de la integración de factores como la carga genética, las experiencias, las relaciones personales significativas y las circunstancias que lo envuelven. La adaptación o inadaptación a estos factores suele estar en la base de la salud mental.

Estos aspectos nos ayudaron a redirigir nuestros objetivos durante el proceso terapéutico con el ánimo de ofrecerle una ayuda más adecuada a la paciente. En esta línea, se tuvo en cuenta, por un lado, que una de las causas frecuentes del abandono prematuro de la terapia es la impulsividad constante del paciente, y por otro lado el cansancio o *burnout* del terapeuta, que surge como resultado de trabajar con pacientes muy difíciles. A este respecto, Linehan (1993a) supone que un terapeuta cansado tiene una probabilidad muy alta de ser iatrogénico y de emitir conductas que interfieran con la relación terapéutica y/o con el progreso. En la misma línea, la escasa adhesión al tratamiento farmacológico, por parte de la paciente, era una dificultad añadida al proceso terapéutico.

Para finalizar, durante este proceso hemos intentado proporcionar guía, apoyo y educación en unas circunstancias que no eran las mejores para un proceso pautado de psicoterapia. Pero el terapeuta no elige las circunstancias que se dan; las vive o las recibe como parte intrínseca de la relación que se establece entre terapeuta y paciente. De la misma manera el paciente debe saber que la psicoterapia no debe limitarse al tiempo que dure la sesión, y el terapeuta tiene que estar preparado para los acontecimientos vitales negativos o positivos que se deriven de esta así como la continuidad o discontinuidad en las sesiones. Poder adaptarse a las experiencias que surgen en cada nuevo caso en sin lugar a dudas un soporte válido en el proceso psicoterapéutico.

Por último, creemos que el diagnóstico así como el trabajo de la constancia, la honestidad y la duda, han formado parte de un proceso donde la alianza terapéutica y la adhesión al tratamiento eran el objetivo-vínculo que permitía mantener el proceso terapéutico abierto y dirigido en una sola dirección: continuar ayudando a Ana a encontrar una vida que mereciera la pena ser vivida por ella y por su hijo.

Este artículo presenta un caso con ideación suicida recurrente que formaba parte de un trastorno límite de personalidad. El proceso terapéutico seguido fue abordado desde una perspectiva cognitiva conductual. Durante el proceso fue necesario mantener y reconstruir los objetivos así como adaptarse continuamente a la situación vivencial de la paciente. Dadas las circunstancias que rodeaban el caso, la alianza terapéutica y la adhesión al tratamiento fueron los objetivos que permitieron mantener el proceso terapéutico abierto. Esto posibilitó la estabilización psicológica de la paciente frente a la idea persistente y negativa de terminar con su propia vida.

Palabras clave: ideación suicida, terapia cognitiva-conductual, narrativa, alianza terapéutica

Referencias bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Mason.
- ARAMBURU, B. (1996). La Terapia Dialéctica Conductual para el Trastorno Límite de la Personalidad. *Psicología Conductual*, vol. 4, nº 1, pp.123-140.
- BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, F.S. & EMERY, G. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- GARCÍA-PALACIOS, A. (2006). La terapia dialéctico-comportamental: terapia individual. *Psicología Conductual*, 14, 453-466.
- LINEHAN, M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- LINEHAN, M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- WIDIGER, T. A., FRANCES, A.J., SPITZER, R. L. y WILLIAMS, J.B.W. (1988). The DSM-III-R personality disorders: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 144, 786-795.