

Un Caso Complejo de Trastorno Límite de Personalidad¹

A Complex Case of Borderline Personality Disorder

Alfonso Martínez-Taboas²

Resumen

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) usualmente presenta retos particulares al momento de ofrecer un tratamiento efectivo a estos/as clientes. Presento un caso de TLP en el cual se manifiesta un perfil muy comórbido con condiciones físicas y mentales, historiales extensos de abuso y maltrato, y una sintomatología severa que se refleja en un yo-interno frágil, desregulación emocional y una tendencia a tener relaciones interpersonales tormentosas. El caso de Camilo presentaba toda una amalgama de complicaciones serias y profundas, las cuales se mantenían intratables a pesar de haber acudido anteriormente a cuatro psicólogos/as. Una de las peculiaridades del caso consistió en que el cliente mostraba una homosexualidad egodistónica, además había sido tratado con una terapia “reparativa” la cual le ocasionó mucha desconfianza hacia los servicios de salud mental. En el caso de Camilo, su psicoterapia fue enfocada a fortalecer una alianza terapéutica, se auscultaron y se discutieron ciertas experiencias traumáticas que matizaban su historia de vida, se dio énfasis en fortalecer y ampliar sus relaciones interpersonales y se utilizaron enfoques dirigidos a fortalecer su capacidad de un yo-interno que no estuviera fragmentado. Para lograr estos cambios terapéuticos se utilizaron terapias conductuales, cognitivas y de esquemas de una manera consistente. Dichas intervenciones permitieron que paulatinamente Camilo desarrollara una visión de la vida y de sí mismo que fuera más balanceada y que le permitiera percibir todas las fortalezas que poseía. Finalmente, de este caso se desprende que el TLP es un trastorno tratable, que los profesionales de salud mental debemos de rehusar utilizar técnicas terapéuticas potencialmente dañinas, y que enfoques cognitivos profundos, como es la terapia de esquema, nos permite adentrarnos y modificar las construcciones internas limitadas de pacientes con BPD.

Palabras Claves: Trastorno límite de personalidad, experiencias traumáticas, psicoterapias basadas en evidencia, terapias reparativas.

Abstract

Individuals with a diagnosis of Borderline Personality Disorder (BPD) usually presents many challenges at the moment of offering some type of effective treatment. The case of Camilo is presented detailing a clinical profile of physical and mental comorbidities, an extensive history of abuse and maltreatment, and a severe symptomatology, which indicated a fragile ego, emotional dysregulation and a tendency toward dysfunctional interpersonal relationships. In the case of Camilo, we encounter a wide amalgam of complex situations, many of which remained intractable despite having been in psychotherapy with four previous psychologists. One of the main issues of this case was that the patient demonstrated an egodystonic homosexuality, and was dealing with the negative aftereffects of a “reparative” psychotherapy. In the case of Camilo, I focused the psychotherapy toward the enhancement of a therapeutic alliance, explored certain traumatic experiences, strengthened his interpersonal relationships, and utilized therapeutic strategies toward a more resilient internal

¹ Enviado: 2017-05-23 y Aceptado: 2018-01-31

² Alfonso Martínez-Taboas, Ph.D. Catedrático en la Universidad Carlos Albizu, San Juan, Puerto Rico. Para información sobre esta investigación deben comunicarse al correo electrónico amartinez@albizu.edu

ego. To sustain such changes, I utilized behavioral, cognitive and schema oriented psychotherapies. Results suggest that the therapeutic interventions were effective in reducing his psychiatric symptoms as well as enhancing his self-representation. Finally, this case study demonstrate that BPD is a treatable disorder, that professionals in mental health should refuse to utilize harmful therapeutic techniques, and that certain cognitive approaches, like schema therapy, allow the therapist and the client to modify internal constructions that limit the life of patients with BPD.

Keywords: Borderline personality disorder, traumatic experiences, evidence-based psychotherapies, reparative therapies

El trastorno límite de personalidad (TLP) es uno de los trastornos de personalidad más investigados a nivel biológico, psicológico y psicoterapéutico (Bateman & Krawitz, 2013). En las últimas dos décadas se han logrado unos avances marcados para su comprensión y manejo clínico. Estos avances se relacionan a la medición más confiable y válida del constructo, a investigaciones de corte longitudinal y al desarrollo de terapias basadas en la evidencia que atajan específicamente este trastorno (Hooley, Cole, & Gironde, 2012).

En la clínica, la persona con un TLP suele ser una mujer, relativamente joven, con un historial prolongado de adversidades psicosociales y familiares. Usualmente más del 60% informa experiencias traumáticas tales como abuso físico y/o sexual. Su perfil incluye una desregulación marcada de las emociones, corajes intensos, impulsividad marcada, vacíos existenciales, inestabilidad en el concepto del yo interno, turbulencia e inestabilidad en relaciones interpersonales, conductas auto-mutilatorias, síntomas disociativos y en ocasiones intentos suicidas (Crowell, Kaufman, & Lenzenweger, 2013).

Hasta hace 30 años atrás se pensaba que este tipo de paciente no respondía a tratamientos psiquiátricos y psicológicos. Sin embargo, los estudios longitudinales demuestran que un grupo marcado de estos pacientes tienden a irse recuperando según pasan los años (Biskin, 2015). Además, al día de hoy hay terapias que son específicas para tratar este tipo de paciente (Cristea et al., 2017). Algunas de estas terapias son la

dialéctica conductual, la de esquemas cognitivos, la de mentalización y la interpersonal (Sneed, Fertuck, Kanellopoulos & Culang-Reinlieb, 2012). Sin embargo, lo que sí es cierto es que su tratamiento es un reto grande para el clínico, quien tiene que atajar los múltiples problemas y disfunciones del cliente, a la vez sin crear reacciones contra-transferenciales (tales como coraje, frustración, distancia emocional y actitudes de rescate).

En este estudio de caso expongo el historial clínico de un paciente que presentaba toda una constelación de adversidades, traumas, y relaciones interpersonales disfuncionales. Decidí escribir sobre este caso debido a su complejidad. El caso de Camilo es retante debido a la severidad de sus síntomas, los cuales consistían de depresiones, intentos suicidas, relaciones interpersonales desastrosas, un yo-interno fragmentado en polaridades dicótomas y una desregulación emocional marcada. Este perfil tomó forma cuando temprano en el proceso terapéutico desciframos una configuración bastante severa de un trastorno limítrofe de personalidad (TLP). Esto es importante resaltarlos pues hay toda una literatura que documenta que los pacientes con perfiles de trastorno de personalidad requieren de enfoques especializados. Al respecto, al día de hoy hay ciertos enfoques terapéuticos efectivos con el TLP, entre ellos: Terapia Cognitiva Conductual basada en esquemas (Arntz & Jacob, 2013), la terapia dialéctica-conductual (Marqués-Reyes, 2014); y la terapia de mentalización (Bateman & Fonagy, 2006). Al día de hoy se conoce que, si el TLP no se atiende en psicoterapia, el pronóstico clínico será mucho más reservado y muchas veces

destinado al fracaso. Además, en este caso particular, el paciente venía con una actitud bastante escéptica al tratamiento, pues su psicólogo anterior había utilizado con él una “terapia reparativa” la cual consistió en insistir “curarlo” de su homosexualidad. Esta terapia, como menciono más adelante, fue una desastrosa y muy dañina para Camilo.

El Caso de Camilo

(NOTA: El nombre de Camilo es un pseudónimo. Asimismo, Camilo autorizó la publicación de este relato clínico).

Camilo es un adulto de 22 años de edad, quien estaba terminando su bachillerato en contabilidad. Al momento de entrar a terapia no contaba con un empleo estable. Sus padres le daban sustento económico. En la primera cita Camilo relató que él era una persona muy ansiosa, insegura, hipersensible a la crítica, con una auto-estima muy baja y deprimido. Me indicó que él era gay. Relató que yo era el cuarto psicólogo que acudía y que en el 2015 había tenido una hospitalización parcial. No estaba tomando ningún psicotrópico.

Algo que resaltó de inmediato en esta primera sesión fue su cuestionamiento respecto a mi enfoque hacia la homosexualidad. Su inquietud se basaba en el hecho de que su último psicólogo, con el cual estuvo 14 meses en terapia, utilizó con él una “terapia reparativa”. Estos enfoques se basan en la premisa de que la homosexualidad es un pecado, que es dañina, y que hay que “convertir” al homosexual en heterosexual. Al preguntarle sobre lo que se hacía en esas terapias, indicó que su psicólogo oraba con él, invocaban a Dios para la remoción de sus pecados, y pedían por su “curación” de la homosexualidad. Su psicólogo le aseguraba que la homosexualidad era dañina y que tenía que erradicarla para que él fuera feliz y funcional. Las terapias fueron muy intensas y catárticas, pero luego de 14 meses, Camilo aún tenía su identidad y orientación gay intacta. En ese

momento, y al no sentir que dichas terapias le ayudaban, Camilo decidió retirarse. Me relató que terminó las terapias sintiéndose que Dios no lo aceptaba, que había defraudado al psicólogo y percibiéndose como sucio y pecaminoso. Me dijo: “Esas terapias hicieron que yo empeorara”. Esta declaración de él no me sorprendió ya que las terapias “reparativas” ya han sido señaladas como inefectivas y potencialmente dañinas (Santiago-Hernández & Toro-Alfonso, 2016).

Camilo relató también que en la actualidad compartía con un compañero (Alexis), pero que dicha relación era inestable y tumultuosa. Le pregunté entonces cuáles eran sus metas terapéuticas: Me indicó: 1) “aceptarme quien soy; 2) no criticarme tanto; 3) no ser tan agresivo conmigo”. Añadió, para ejemplificarme lo que pensaba de sí mismo: “soy un estúpido, no valgo nada, soy un miedoso, y me veo como un nene chiquito que no puede con el mundo”. Para concluir esta primera sesión le di de asignación que me escribiera un ensayo explicándome quién él quería ser.

Como presentaré a continuación, las siguientes sesiones de psicoterapia tuvieron una duración de unos seis (6) meses. Para efectos de este artículo, estoy dividiendo las intervenciones en tres fases. La primera fase tuvo como meta el estabilizar sus síntomas psiquiátricos y auscultar factores de riesgo. La segunda fase se enfocó predominantemente en intervenciones psicológicas de corte más cognitiva. La tercera fase tuvo como meta resumir los alcances de sus logros y ofrecer sugerencias y recomendaciones una vez Camilo viajara fuera de Puerto Rico.

Primera Fase

La primera fase de la terapia, la cual definimos como el trabajo que se realizó para estabilizar sus síntomas psiquiátricos, tuvo una duración de dos meses. El énfasis estuvo en tres áreas: 1) tomar decisiones sobre su relación con Alexis; 2) minimizar sus arranques de coraje; 3) buscar opciones sobre el

coraje que sentía con él mismo. Como se documenta más adelante, para lograr dichas metas utilizamos terapia cognitiva-conductual basada en esquemas y terapia afirmativa gay. Debe mencionarse que, en este estudio de caso clínico, las impresiones diagnósticas se basan en historial, fenomenología clínica y el uso de diagnósticos basados en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013).

Sobre su relación con Alexis, de inmediato surgieron los estilos disfuncionales y confrontativos que él tenía con su pareja. Un ejemplo de esto surgió en la segunda sesión cuando Camilo relató que Alexis acudió a una fiesta de su trabajo. Estando en su casa, Camilo comenzó a sentirse desesperado y desarrolla la idea (muy recurrente) de que Alexis pronto lo abandonaría. Esto lo llevó a llamar a Alexis por teléfono unas 20 veces. Me dijo: “Me sentí desesperado. Pensé me iba a abandonar”. Al preguntarle sobre este aspecto, Camilo abundó y explicó que este tema de que las personas lo abandonaran se daba con familiares, amistades y parejas. Explicó: “Pienso que al conocerme ya no me apreciarán y que me abandonarán. Creo ya no me van a querer y mucho menos incluir en su vida”.

El tema recurrente de ser abandonado es una de las características medulares del TLP y una que en muchos pacientes los coloca proclives de conductas compensatorias, tales como hacer llamadas excesivas y pedir diariamente que la persona les asegure que los ama y que no los abandonarán. Estas conductas compensatorias muchas veces tienen una consecuencia paradójica, pues algunas personas se irritan con los pedidos excesivos y las llamadas insistentes.

Sobre este aspecto, comenzamos a trabajar el tema de la construcción que hacía Camilo de sí mismo. Resultaba obvio que él endosaba como cierto que era una persona inferior a los demás. Esta concepción interna se basaba en experiencias que tuvo en su casa de muy joven. Nos relató que su

madre era muy crítica con él: le decía bruto, y otras palabras ofensivas. Asimismo, su madre en muchas ocasiones le gritaba y desplazaba sus corajes con él. Su padre fue pastor de una iglesia, y estaba mucho tiempo ausente pues viajaba mucho. El recordaba que tanto su padre como su madre no le aceptaban su homosexualidad. También nos relató que una niñera de manera recurrente abusó de él físicamente y que lo aterrorizaba. En ese sentido se sentía rechazado, abandonado y poco amado. Esto se agudizó con experiencias de “bullying” en la escuela, las cuales lesionaron también su autoestima.

En la tercera sesión se le asignó que le escribiese una carta a su yo “viejo”, desde el punto de vista de un “yo nuevo”. La metáfora de un “yo nuevo” se utiliza para crear un espacio y un alivio de un yo desgastado por la crítica y los innumerables conflictos interpersonales. El yo nuevo buscará ser más balanceado, justo, buscará evidencia de sus pensamientos principales, y no recurrirá a las conductas compensatorias viejas que son dañinas.

La carta que me entregó Camilo fue extensa y detallada. Ponemos unos extractos aquí:

Te conozco desde hace mucho tiempo, tal vez mejor que cualquiera. Sé por lo que has pasado, lo que has vivido y por lo que estás viviendo.... Escucho tus frustraciones y te comprendo completamente. No es fácil, pero quiero que sepas algo: confío que podrás salir de este círculo vicioso... Tomará mucho tiempo en desatar estas dudas, pensamientos desastrosos y tendencias que peligran con tu bienestar, pero estoy contigo.... Has llorado mucho por tu pasado, inclusive te golpeas y comienzas a considerar el suicidio. El abuso de tu niñera dejó un gran hoyo en ti. Te hizo pensar que tus padres no estaban ahí para rescatarte y protegerte... Sientes rencor con tus padres... El bullying que recibiste durante tus años de escuela, los insultos y peleas son cosas que no has dejado ir... No sabes quién eres o donde quieres ir.

En esta parte del escrito queda de manera clara lo lastimado que se siente Camilo por los abusos y maltratos a través de su vida. Además, pone de manifiesto lo cansado y extenuado que se siente en este momento de su vida. Más adelante, Camilo desarrolla en su escrito, unas líneas de optimismo. Cito:

Todo va a pasar y todo caerá en su lugar. Todo lo que sientes y piensas es normal dentro de un chico de tu edad. Lo importante es crear de esto algo hermoso. Debes romper lo malo y crear otra obra de arte. Todas esas dudas, todas esas incertidumbres debemos romperlas y crear una obra merecedora de ti. Tal vez no quede como lo esperabas, pero así debe ser la vida, misteriosa y hermosa, orgánica y libre. Sigue adelante Camilo. No te coloques una mochila que sabes que no te servirá o te hundirá al fondo del Atlántico. Todo esto es normal.... Y todo estará bien. Tengo fe de que seguirás adelante... No es tu culpa que a veces no sepamos qué hacer con todas estas piezas tiradas. Es parte de la aventura, recuerda eso. Confío en que serás una persona renovada y con una historia para inspirar.

Esta carta, la cual discutimos en terapia, fue el inicio de buscar un Camilo que reconociera su valor y fortaleza como ser humano. Asimismo, que pudiera entender las razones que lo llevaron a desarrollar el Camilo Viejo.

Prontamente comenzamos a discutir su orientación e identidad sexual. Resultaba claro que Camilo era gay. Por lo tanto, dedicamos en varias sesiones a normalizar su aceptación de su identidad sexual. El psicólogo anterior, basándose en una terapia desacreditada y potencialmente dañina (terapia reparativa) había casi convencido a Camilo de que su identidad homosexual era repugnante y mala. En su terapia conmigo, por primera vez, Camilo tenía un terapeuta con quien podía hablar de sus preferencias sexuales sin ser juzgado ni criticado. El psicólogo anterior no pareció darse cuenta que su

actitud y enfoque era muy parecida a la de sus padres; o sea, una de no aceptación. En su terapia conmigo, concluimos que ser gay es una opción de vida, que no es una patología y que su meta era reconocerlo y aceptarlo. En ese sentido, utilicé un enfoque basado en terapias afirmativas gay (Paul, 2017).

En la próxima sesión, Camilo comenzó diciendo que había notado que su Yo Nuevo había influido en su semana. Nos dio de ejemplo, que Alexis había decidido ir a un lugar que a Camilo no le gustaba. De inmediato esto trajo coraje y desesperación, pero en esta ocasión se detuvo y comenzó un auto-diálogo en donde se dijo: "No tengo que desesperarme. Alexis tiene el derecho de disentir. Esto no es un abandono". Esto lo tranquilizó.

En la próxima sesión, Camilo nos contó, decepcionado de sí mismo, cómo el tema de abandono seguía interfiriendo en su vida. En esta ocasión salió con Alexis y una amiga. Camilo se irritó mucho al percibir que Alexis hablaba mucho con su amiga. Para él esto era cónsono con no ser importante en la vida de Alexis. Más tarde, Camilo llamaría a Alexis y le formaría una garata verbal por este asunto. Al respecto, Alexis le pidió a Camilo que bajara la intensidad de los celos y las peleas. Si esto no cambiaba, Alexis decidiría si deseaba continuar o no. En esa sesión ya me resultaba patente que Camilo presentaba el perfil clásico de un paciente con un TLP. Decidí compartir con él mi diagnóstico. Utilizando los 9 criterios del DSM-5, cumplía con 7 de ellos, por lo que excedía los criterios requeridos. Al respecto, utilicé un libro con láminas en donde se explica el perfil clásico de TLP. Esto ayudó a Camilo a identificarse y a sentirse que él no estaba sólo. Hay miles y miles de personas que tienen características idénticas a las de él. Su asignación era que leyera en el internet, de lugares profesionales, información sobre este trastorno de personalidad.

En esencia, el TLP es caracterizado por personas relativamente jóvenes (de 18 a 40 años), con un historial extenso de abusos interpersonales que

muchas veces comienzan en la niñez. Los hogares de estos pacientes típicamente se caracterizan por trifulcas, abusos verbales y físicos, y en no pocas ocasiones, por abuso sexual. Muchos de estos pacientes advierten que en su hogar no se les escuchaba o hasta se les invalidaba lo que decían. Ya de adultos poseen una característica paradigmática: han desarrollado una extrema sensibilidad a no ser queridos, a no ser amados y a ser abandonados. Los manuales internacionales de diagnóstico identifican ciertas características sintomáticas: inestabilidad anímica e interpersonal; iras frecuentes e intensas; intentos recurrentes de suicidio; mutilaciones corporales; impulsividad auto-destructiva; y un yo interno hueco, vacío y sin propósito.

Cuando Camilo leyó sobre el TLP se percató de que él cumplía a plenitud dicho perfil. La pregunta ahora era: ¿qué hacemos para ayudar a Camilo? En las próximas sesiones decidí utilizar terapia cognitiva, pero enfocada en identificar sus esquemas mentales disfuncionales (Arntz & Jacob, 2013; Beck, Davis, & Freeman, 2015). La terapia cognitiva, según aplicada a trastornos de personalidad, tiene como agenda medular realizar las siguientes facetas: 1) identificar y modificar creencias anquilosadas que se originaron en los primeros estadios del desarrollo del paciente. Una vez éstas se identifican y se retan, se construyen maneras alternas, mucho más balanceadas, de percibir el mundo, la gente y el yo-interno; 2) se profundiza en los esquemas del cliente, que no son otra cosa que mapas mentales que guían al paciente en su devenir por su vida. En el caso de los trastornos de personalidad, estos esquemas o mapas mentales han sido trastocados por experiencias de maltrato, abuso, negligencia e invisibilización dentro y fuera de la familia. El resultado es un yo-interno inseguro, sensitivo, y en el caso de los TPL, marcado por temores de abandono y soledad.

Segunda Fase

En esta segunda fase, la cual nos ocupó varios meses intensos, Camilo comenzó a practicar con terapia

cognitiva y terapia de esquemas. Debido a que Camilo es un joven brillante, desde el inicio comenzó a reconocer que esta terapia le brindaba un entendimiento único de las raíces de su malestar con la gente y consigo mismo. En esta modalidad terapéutica se utilizan mucho las asignaciones para que el paciente ponga en práctica las destrezas que esta terapia trae consigo. Entre los muchos ejemplos que trajo, seleccionaré uno como mero ejemplo de lo que se hacía en terapia. Para el mes de noviembre, Camilo recibe una carta donde lo invitan a solicitar una beca para sus estudios en Colombia. De inmediato, su reacción fue: “no vale la pena”, “no me aceptarán”, “fracasaré”. Esta reacción la re-interpretamos dentro de sus esquemas de fracaso y abandono. Por ejemplo, al recibir una carta que lo felicitaba por haber sido seleccionado para recibir la beca, realizamos el siguiente ejercicio:

EVENTO ACTIVADOR: Recibí carta de aceptación.

PENSAMIENTOS INMEDIATOS: Esto no va a salir bien; soy inmaduro; me voy a perder allá; no podré con ese ambiente; voy a fracasar si acepto; voy a perder el dinero.

CONSECUENCIAS: Me puse ansioso; lloré un rato; me di puños en mi cara.

DEBATIR LOS PENSAMIENTOS: No tengo evidencia de que fracasaré. Al contrario, mi promedio académico es alto y nunca he tenido dificultades en esa área. Además, competí con mucha gente y me seleccionaron porque resalté.

PENSAMIENTO BALANCEADO: Esta experiencia será un reto en mi vida, pero tengo el ánimo, energía y conocimientos para aceptar el reto y estar optimista de que podré hacerlo exitosamente. Competí con mucha otra gente, y me aceptaron porque tengo las cualidades que ellos buscan.

Cinco meses luego de comenzar la terapia, ya Camilo estaba manejando varios asuntos de una

manera diferente y más adaptativa. Por ejemplo, Camilo comenzó a darse cuenta de lo que llamamos en terapia “un ciclo interpersonal desadaptativo”, en el sentido de que tendía a repetir con sus amistades y amantes los temas de sensibilidad y abandono. Por primera vez, Camilo verbaliza estar más estable. Dio como ejemplo el hecho de que la relación con Alexis había terminado. Sin embargo, su relación con Alexis era más madura y distante. Podía hablar con él sin desesperarse y aceptando que Alexis ya no era su pareja. Ya no había reclamos, llantos ni ruegos. Por otro lado, al ser aceptado en el programa de EEUU, se desarrolló un optimismo de su ejecución allá. En vez de sabotearse, esta vez comenzó a organizarse. Asimismo, cuando se sentía solo o frustrado ya no se golpeaba a sí mismo en la cara.

Unas semanas más tarde y una vez se había desarrollado una alianza terapéutica bien cimentada, Camilo indica que desea traer un tema muy incómodo para él. El mismo consistía que él entendía que era adicto al sexo interpersonal. Esto lo angustiaba mucho. Sin embargo, había reconocido que muchas personas con un TLP también practican un sexo desenfrenado. Al hablar del tema, indicó que había practicado sexo oral con desconocidos unas 15 veces en el último año. Eran personas de unos 30-45 años y era sexo impersonal. Camilo indicó que estas conductas iban contra sus valores y su ideal de ser un hombre gay estable. Al preguntarle, ¿por qué lo hacía?, contestó que en esos momentos aliviaba su dolor del abandono y pensaba que en ese momento alguien lo acariciaba y lo quería.

El tema de su sexualidad lo abordamos dentro de sus esquemas disfuncionales, en donde permeaban pensamientos de que él no valía nada, que nadie lo quería y de que estaba vacío. Este aspecto se discutió en las próximas sesiones de terapia, con un compromiso de Camilo de que tales conductas en realidad no abonaban nada a su vida, y perpetuaban su yo-viejo con los temores que lo circundaban.

Tercera Fase

Dos meses más tarde, Camilo me informa que pronto se irá a EEUU para proseguir sus estudios. Al preguntarle cómo se sentía con los cambios venideros, nos indicó que estaba 50% positivo (antes era 0% positivo). Sus exámenes finales los pasó con notas sobresalientes y su promedio final era de 4.00. En ese punto me da una noticia halagadora. Obtuvo información que de todos los que aplicaron a la beca, él fue el candidato # 1. Este evento, que le trajo júbilo, lo utilizamos como un buen ejemplo de cómo antes él mancillaba sus recursos y se saboteaba. Su actitud ahora era diferente: podía reconocer sus destrezas y fortalezas. Así lo indicó: “Siento que tengo más herramientas y que ahora sé bregar con las adversidades”. Repasamos también el tema de Alexis. Se lo había encontrado varias veces y hablaron tranquilos y de manera amistosa. Otro cambio sustancial.

Reconoció que su familia fue tóxica con él y que las relaciones y estilos que aprendió en ese entorno le habían perjudicado mucho. En este punto trajo un ejemplo interesante. Una semana antes una amiga (Coralys) le cuestionó su decisión de ir a EEUU. En el estilo viejo de Camilo, esto instigaba pensamientos de rechazo, abandono y desconfianza. Su estilo viejo hubiera sido insultarla y gritarle. Pero esta vez, mucho más balanceado y con deseos de no repetir sus viejos estilos, decidió escribirle una carta a su amiga en donde, de una manera asertiva, le indicaba que no le agradaron sus comentarios. Coralys lo llamó y volvieron a re-conectarse, esta vez sin lacerar una relación de amistad que era importante para él.

En la última cita, ya días antes de ir a EEUU, Camilo me expresó los cambios que había logrado: un nuevo estilo de analizar las adversidades; más balanceado anímicamente; un yo-interno más centrado en éxitos y retos; y menos sensitivo al rechazo. Además, se sentía más cómodo con su nueva herramienta de ser asertivo. Asimismo,

contrastó la psicoterapia cristiana anterior con la actual. La anterior mancilló y humilló lo que él era. No había respeto ni admiración; sólo recibió frustraciones y reprimendas. En el espacio conmigo Camilo al fin se reconoció sin tapujos; identificó sus vulnerabilidades; obtuvo herramientas alternas de lidiar con gente difícil; y comprendió que él era un joven talentoso que no tenía que tener temores de ser abandonado.

Al terminar la terapia le recomendé a Camilo que siguiera buscando ayuda en los EEUU. Había trabajado clínico todavía por hacer. Asimismo, le recomendé que buscara un psicólogo/a que tuviera un enfoque parecido al que habíamos utilizado con él.

Cuatro Meses Más Tarde

Pasados cuatro meses, tuve un intercambio por internet con Camilo. Deseaba conocer cómo le iba y también preguntarle si me autorizaba a escribir su caso clínico. En su carta me indicó que su viaje a EEUU “ha sido de mucho crecimiento y aprendizaje”. Relató que tuvo un incidente que lo desbalanceó por un rato y aclara que “no siento que he retrocedido luego de mis avances con usted en la terapia, pero esta experiencia ha sido un gran reto para mí y una buena oportunidad para poner en práctica todo lo que aprendí e identifiqué en las terapias... Creciendo, batallando y aprendiendo”.

Reflexión de Sobre los Enfoques Terapéuticos Utilizados

El caso de Camilo pone de relieve la necesidad de utilizar enfoques amplios y diversos para ayudar a personas que, en síntesis, muestran dificultades en regulación emocional, en la construcción del yo-interno y en mantener relaciones interpersonales saludables. Precisamente, las psicoterapias que al día de hoy han demostrado eficacia, suelen atender, con diferentes énfasis, dichas áreas medulares (Sneed et al., 2012). Las intervenciones tuvieron impacto en las tres áreas. Se utilizó terapia cognitiva y de esquemas para lograr una re-conceptuación de

su yo-interno. Precisamente, estos enfoques cognitivos tienen como meta de-construir esquemas viejos y anquilosados, basados en experiencias de maltrato y abuso, y substituirlos por esquemas y mapas mentales que les hagan justicia a las potencialidades del cliente. El área interpersonal y el tema del abandono fue materia de mucha discusión en terapia. Fue de mucha ayuda que él comprendiera que estos temores son endémicos en un trastorno limítrofe de personalidad y que esto no es inusual cuando una persona pasa por maltratos y adversidades temprano en la vida (Zanarini & Wedig, 2014). El enfoque al respecto fue ofrecer psico-educación, retar activamente sus patrones interpersonales viejos, y substituirlos por unos más adecuados, justos y balanceados. Al respecto, el fortalecimiento en el área conductual y de nuevas habilidades sociales fue de ayuda. Finalmente, dentro de la conceptualización de caso, entendimos que el área de desregulación emocional mostraría mejorías una vez Camilo desarrollara una visión interna más robusta, balanceada y justa con todas sus potencialidades. Sus arranques de pegarse a sí mismo y de corajes desenfrenados se redujeron marcadamente, una vez Camilo comenzó a abandonar sus luchas internas. No debo pasar por alto, que en su caso también se utilizó lo que se conoce como terapia afirmativa gay. Estas intervenciones toman como premisa empoderar a la persona gay, recalcando en la normalización de dicha identidad, y ofreciendo un apoyo incondicional durante este proceso de revelación personal (Goldblum, Pflum, Skinta, Evans, & Balsam, 2017).

Discusión

Los estudios de caso, a pesar de no tener una rigurosidad científica, proveen una ventana amplia y detallada de conocer el impacto de nuestras intervenciones en las vidas únicas y particulares de nuestros pacientes (Martínez-Taboas & Bernal, 2014). El caso de Camilo nos permite trazar los avances logrados en una terapia que tuvo una

duración de unos seis meses. El caso de Camilo, de inicio, no era fácil. Camilo presentaba un historial de maltrato, *bullying* escolar, un sentido del yo muy lesionado y un estilo interpersonal destructivo. Sin embargo, casos como el de Camilo trazan un camino de esperanza. En las sesiones Camilo estuvo motivado para el cambio; estaba deseoso de cambiar sus estilos disfuncionales y anquilosados. Asimismo, fue vital el desarrollo de una alianza terapéutica en donde él se sintió validado, escuchado y comprendido por un terapeuta que desde un inicio le brindó ese espacio que él necesitaba de hablar de su pasado y presente sin ser vapuleado, juzgado y criticado. Además, al entender que su perfil se configuraba con un TLP, comprendió al fin que no estaba solo; muchas personas desarrollan síntomas e interacciones negativas cuando ya de inicio en la vida lo que encuentran son el maltrato y el acoso. Paradójicamente, su psicólogo cristiano retomó el papel de vapulearlo, esta vez con un discurso pseudo-psicológico basado en sus prejuicios dogmáticos religiosos.

En la revisión que realizaron Martínez-Taboas y Cordero-Soto (2015) quedó ampliamente documentado que los pacientes con un TLP pueden tener un pronóstico relativamente bueno si reciben psicoterapias basadas en la evidencia y si se remueven de ambientes tóxicos. En el caso de Camilo, el enfoque tomó como base las terapias cognitivas y las de esquemas cognitivos, las cuales han demostrado efectividad en ensayos clínicos abiertos y controlados. La intervención terapéutica con Camilo incluyó: la creación de un vínculo y una alianza terapéutica; identificar, retar y sustituir sus estilos de interpretación; descifrar sus esquemas cognitivos y sustituirlos por unos más balanceados; conductas de asertividad; terapia afirmativa gay; y la utilización de metáforas y dibujos para la creación de su Yo-Nuevo.

En términos generales, el impacto que tuvieron estas intervenciones fue notable. A nuestras sesiones llegó un Camilo frágil, que se golpeaba a sí mismo, que renegaba su identidad gay, que se

enfurecía a menudo, repleto de culpas y que no soportaba la idea de abandono. Todo esto repercutía en estados recurrentes de depresión clínica. Al finalizar las intervenciones terapéuticas Camilo mostraba cambios y fortalezas: reconocía su identidad de hombre gay, superó sus luchas espirituales, mostraba un mejor manejo de dificultades interpersonales, mejoró su relación con sus padres, sus conductas auto-destructivas se habían minimizado y tenía un conocimiento más amplio de su condición de trastorno límite de personalidad. Este conocimiento lo empoderaba para comprenderse a sí mismo y fortalecer áreas de flaqueza psicológica.

En la última sesión con Camilo, discutimos sobre su necesidad de continuar en EEUU con su terapia psicológica; en especial una con un enfoque basado en terapias cognitivas. Aunque Camilo había hecho progresos, todavía era necesario fortalecer unas áreas que apenas se robustecían. Esperamos que Camilo eventualmente siga esa recomendación.

Al final de su terapia, Camilo me entregó un dibujo en donde plasmaba su transformación personal (véase Figura 1). Se pueden apreciar sus fortalezas (amor, valentía, perseverancia, salud, auto-aceptación, paz, etc.) y también cómo su nuevo yo va en proceso de reconstruirse.

¿Qué se puede aprender y recomendar de un caso como el de Camilo? Primeramente, Camilo fue lastimado considerablemente por intervenciones que tienen una dudosa y maltrecha reputación (terapias reparativas). Esto levanta inquietudes sobre la preparación clínica y ética de colegas que actualmente utilizan como estrategias terapéuticas intervenciones que no tienen una buena base en la evidencia. Por lo tanto, una recomendación ineludible para colegas y estudiantes graduados es afianzar nuestras intervenciones tomando como base lo que son los tres pilares de las prácticas psicológicas basadas en la evidencia. En primer lugar, utilizar enfoques y modelos teóricos que están siendo sustentados por la mejor investigación

clínica internacional. En segundo lugar, las intervenciones están ancladas en las preferencias, prácticas y valores de nuestros clientes o comunidades. En tercer lugar, las intervenciones tienen como base sustantiva una conceptualización teórica rigurosa y apropiada que a su vez compagina con mi experiencia clínica. Es obvio que las terapias reparativas no cumplirían con ninguno de los tres parámetros en el caso de Camilo.

Otra recomendación que se desprende del caso de Camilo se relaciona a la necesidad de auscultar la posible presencia de trastornos de personalidad en casos crónicos y severos como el de Camilo. Debido a que los trastornos de personalidad son más sutiles y más complejos para diagnosticar, sucede que los clínicos basan sus intervenciones y conceptualización de caso en síntomas de depresión, ansiedad o somatización. Al escapárseles un trastorno como el limítrofe de personalidad, pierden la oportunidad de ofrecer un servicio clínico más completo, abarcador y efectivo.

Al reflexionar sobre los puntos fuertes de la publicación de este caso, puedo argumentar resumiendo que casos como el de Camilo, que aparentan ser intratables, polisintomáticos, y con historiales severos de maltrato, pueden ser tratados de manera exitosa. Por lo tanto, una de las principales lecciones de este caso, es que debemos mantener cierto optimismo terapéutico cuando nos enfrentamos con casos complejos como el de Camilo. Casos como el de Camilo ponen de manifiesto la resiliencia humana ante las adversidades y el deseo de superar las mismas. La principal limitación de este caso fue la partida de Camilo a otro país cuando aún no se habían concluido ciertas facetas de la terapia. Entendemos que, si Camilo hubiese permanecido unos meses adicionales en Puerto Rico, su TLP hubiera sido manejado de una manera más abarcadora. Otra limitación de la presentación de este caso clínico, es que a través del curso de tratamiento no se utilizó ninguna prueba estructurada, sino que se utilizó el diagnóstico clínico basado en criterios del DSM-5.

Finalmente, este estudio de caso refleja mi optimismo y pasión para trabajar clínicamente con pacientes que aún al día de hoy algunos clínicos perciben como intratables. Casos como estos demuestran que con perseverancia y en un ambiente idóneo puede haber crecimiento y sabiduría naciente.

Referencias

- America Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ta ed.). Washington, DC: Author.
- Arntz, A., & Jacob, G. (2013). *Schema therapy in practice*. New York: Wiley.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. New York: Oxford University Press.
- Bateman, A. W., & Krawitz, R. (2013). *Borderline personality disorder*. New York: Oxford University Press.
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2015). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.
- Biskin, R. S. (2015). The lifetime course of borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 60*, 303-308.
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorders. *JAMA Psychiatry, 74*, 319-328.
- Crowell, S. E., Kaufman, E. A., & Lenzenweger, M. F. (2013). The development of borderline personality and self-inflicted injury. En T. P. Beauchaine & S. P. Hinshaw (Eds.), *Child and adolescent psychopathology* (pp. 577-612). New York: Wiley.

- Goldblum, P., Pflum, S., Skinta, M., Evans, R. W., & Balsam, K. (2017). Psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients: Theory and practice. En A. J. Consoli, L. E. Beutler, & B. Bongar (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (pp. 330-345). New York: Oxford University Press.
- Hooley, J. M., Cole, S. H., & Gironde, S. (2012). Borderline personality disorder. En T. A. Widiger (Ed.), *The Oxford handbook of personality disorders* (pp. 409-436). New York: Oxford University Press.
- Marqués-Reyes, D. (2014). La pasión sobre la razón: Formación de un caso clínico en la terapia dialéctica conductual para el trastorno de personalidad limítrofe. En A. Martínez-Taboas & G. Bernal (Eds.), *Estudio de casos clínicos: Contribuciones a la psicología en Puerto Rico* (pp. 149-168). Hato Rey, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Martínez-Taboas, A., & Bernal, G. (Eds.) (2014). *Estudio de casos clínicos*. Hato Rey, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Martínez-Taboas, A., & Cordero-Soto, M. (2015). Estudios longitudinales sobre el trastorno de personalidad limítrofe: ¿Qué nos están señalando? *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 26, 56-70.
- Paul, P. L. (2017). Affirmative counseling with sexual minority clients. En K. A. DeBord, A. R. Fischer, K. J. Bieschke, & R. M. Pérez (Eds.), *Handbook of sexual orientation and gender diversity in counseling and psychotherapy* (pp. 131-156). Washington, DC: American Psychological Association.
- Santiago- Hernández, M., & Toro-Alfonso, J. (2016). Una cura fraudulenta: Una mirada crítica a las terapias reparativas de la orientación sexual. En M. Vázquez-Rivera, A. Martínez-Taboas, M. Francia-Martínez, & J. Toro-Alfonso (Eds.), *LGBT 101: Una mirada introductoria al colectivo* (pp. 366-383). Hato Rey, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Sneed, J. R., Fertuck, E. A., Kanellopoulos, D., & Culang-Reinlieb, M. (2012). Borderline personality disorder. En P. Sturmey & M. Hersen (Eds.), *Handbook of evidence-based practice in clinical psychology* (pp. 507-530). New York: Wiley.
- Zanarini, M. C., & Wedig, M. M. (2014). Childhood adversity and the development of borderline personality. En J. L. Tackett (Ed.), *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents* (pp. 265-276). New York: Springer.

Figura 1: Representación artística de la reconstrucción de los esquemas mentales de Camilo

