



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
PSICOLOGIA DE LA SALUD

PSICOTERAPIA BREVE FOCALIZADA EN EL INTENTO DE SUICIDIO
EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
JAVIER JAIME ESPINOSA

JURADO DE EXAMEN DE GRADO
DIRECTORA: DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG
COMITE: DRA. MARTHA LILIA MANCILLA VILLA
DRA. MARTHA PATRICIA ROMERO MENDOZA
DRA. MARÍA ASUNCIÓN ÁLVAREZ DEL RÍO
DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ MAQUEO
DRA. SILVIA RADOSH CORKIDI
DRA. LUISA JOSEFINA ROSSI HERNÁNDEZ

MEXICO, D. F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicada a mis hijos: Xen y Dany, por ser como son.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México, por permitirme realizar estudios de Doctorado en la máxima casa de estudios, también agradezco al personal docente y administrativo de la Facultad de Psicología por su contribución.

A la Dra. Bertha Blum, psicoanalista, quien fue mi tutora, profesora y supervisora a lo largo de la investigación, agradezco me haya compartido su conocimiento, su experiencia clínica y especialmente, su sensibilidad ante los conflictos humanos. A la Dra. Martha Patricia Romero, investigadora del Instituto Nacional de Psiquiatría, y profesional de reconocida trayectoria en metodología cualitativa, agradezco haberme compartido sus conocimientos y la actitud positiva que siempre mostró, motivando con ello mi esfuerzo en este trabajo.

Se agradece a las psicoanalistas y psicoterapeutas: Dra. Martha Lilia Mancilla, Dra. Silvia Radosh, Dra. Emilia Lucío, Dra. Asunción Alvarez y Dra. Luisa Rossi, su colaboración e importantes aportaciones al presente estudio; cada una, desde su especialidad, su estilo propio y sobretodo, con la seriedad y profundidad de sus intervenciones, enriquecieron el presente trabajo.

A la Dra. Griselda Soto Meyer, miembro de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, quien fungió como supervisora del primer caso, le expreso mi agradecimiento por permitirme aprender de su sapiencia clínica, su amabilidad y disponibilidad.

A Angela por su colaboración en la edición de la tesis. A mis amigos, por su continuo apoyo y comentarios al trabajo.

A veces los agradecimientos no son suficientes para reconocer la contribución especial de cada persona, espero que éste, no sea el caso, pero si así fuera, ofrezco disculpas.

Finalmente, agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por el apoyo como becario del programa de Maestría y Doctorado en Psicología. Número de registro: 119685.

ÍNDICE

Summary

Resumen

Introducción

CAPITULO I MARCO TEORICO

Consideraciones psicoanalíticas sobre la psicopatología fronteriza	2
El nivel descriptivo la sintomatología fronteriza en la clínica	6
El origen de la psicopatología fronteriza	11
La concepción metapsicológica en la patología fronteriza	12
Los mecanismos defensivos	15
La escisión del yo y sus matices	22
La actuación en el paciente fronterizo	25
Trastorno límite de la personalidad	28
El inicio y el curso del padecimiento	29
Diagnóstico diferencial	30
Epidemiología y prevalencia del Trastorno Límite de Personalidad (TLP)	30
Comorbilidad	34
Epidemiología del suicidio	35
Algunos datos epidemiológicos internacionales	37
Epidemiología del suicidio en México	38
Por sexo	39
Por edad	40
Motivos de suicidio	40
Métodos suicidas	41
Factores de riesgo	42
Prevalencia del intento de suicidio en México	45
Prevalencia de la ideación suicida en México	47
Estudios prospectivos	48
Prevalencia de la conducta suicida en el Trastorno Límite de la Personalidad	49
Algunos factores asociados al comportamiento suicida en el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)	53

La Desesperanza y Depresión	53
Alcohol y conducta suicida	54
Drogas e ideación suicida	55
Algunos conceptos básicos sobre conducta suicida	56
El suicidio consumado	56
Intento de suicidio	59
La ideación suicida	60
Abuso sexual	61
El suicidio en el trastorno límite de la personalidad	64
El suicidio una lectura psicoanalítica	66
Fantasías inconscientes frecuentes en la conducta suicida	67
Abandono e intento suicida	68
Suicidio en personas deprimidas	69
La psicoterapia breve y focalizada en el intento de suicidio	71
Antecedentes de investigación en psicoterapia	71
La psicoterapia expresiva	74
Características de la psicoterapia breve focalizada	75
El modelo de tratamiento	78
Las técnicas de intervención terapéutica	79
La transferencia y la contratransferencia	83
Fases de la psicoterapia	85
Limitaciones de la psicoterapia breve.	89
Recomendaciones psicoterapéuticas para el tratamiento del intento de suicidio en pacientes con TLP	90
Diagnóstico y tratamiento de las conductas parasuicidas	91
CAPITULO II	96
METODO	
Planteamiento del problema	96
Objetivo general	97
Objetivos específicos	97
Focalización	97

Estudio de caso	98
Características del caso único	100
Población estudiada	101
Criterios de inclusión para la valoración diagnóstica	101
Criterios de inclusión para el tratamiento	101
Criterios de exclusión	102
Un estudio con dos métodos de investigación: cuantitativo y cualitativo	102
Fase I Evaluación cuantitativa: selección de casos	103
Instrumentos	103
El SCID-II y el diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad	104
Evaluación del riesgo y de la letalidad suicida	105
La Escala de Desesperanza	106
El Cuestionario Clínico del Síndrome Depresivo	108
Escala de Ideación Suicida	109
Escala de Riesgo-Rescate	111
Breve cuestionario sobre abuso sexual	114
Fase I Procedimiento I: selección de casos	115
Diagnóstico- <i>pretest</i>	116
Secuencia de la evaluación	118
Lista de medicamentos prescritos por psiquiatría a los casos	120
Fase II Evaluación Cualitativa: entrevistas y tratamiento	120
Instrumentos	120
Categorías de análisis clínicos	123
Triangulación	127
Tratamiento: la psicoterapia breve focal	128
Encuadre y contrato	129
Fase II Procedimiento II: entrevistas y tratamiento	129
Grabación de las entrevistas	129
Tratamiento	130
Supervisión de los casos	130
Fase III Evaluación del Seguimiento	130
Procedimiento del seguimiento	131
El escenario	132

La ética en la investigación	133
La aprobación institucional	134
CAPITULO III	137
RESULTADOS DEL TRATAMIENTO	
El consentimiento informado de los participantes	137
Fase de <i>pretest</i> : Historia clínica caso Ana	139
Evaluación diagnóstica con el SCID-II	142
Evaluación diagnóstica con las entrevistas preliminares	143
Confiabilidad diagnóstica	144
Evaluación de la conducta parasuicida	145
Resultados de la evaluación del riesgo suicida	146
Evaluación de la letalidad suicida	146
Factores de riesgo en el intento de suicidio. Caso Ana	148
Lista de medicamentos preescritos por el área de psiquiatría	150
Fase de tratamiento: Psicoterapia Breve Focalizada en el intento de suicidio	152
Categorías clínicas de las entrevistas y la psicoterapia. Caso Ana	156
Evaluación de <i>Postest</i> con las escalas clínicas	172
Resultados de la psicoterapia. Caso Ana	173
Fase de seguimiento	175
Confiabilidad y triangulación	177
Fase de <i>pretest</i>: Historia clínica caso Celia	178
Evaluación diagnóstica con el SCID II	182
Evaluación diagnóstica con las entrevistas preliminares	182
Evaluación de la conducta parasuicida	183
Resultados de la evaluación del riesgo suicida	184
Evaluación de la letalidad suicida	185
Factores de riesgo de la conducta suicida	186
Lista de medicamentos prescritos por el área de psiquiatría	188
Fase de tratamiento: Psicoterapia Breve Focalizada en el intento de suicidio	189
Categorías clínicas de las entrevistas y la psicoterapia. Caso Celia	192
Evaluación de <i>Postest</i> con las escalas clínicas	208
Resultados de la psicoterapia. Caso Celia	209

Fase de seguimiento	211
CAPITULO IV	214
DISCUSION Y CONCLUSIONES	
El estudio de caso	214
El diagnóstico diferencial	217
La evaluación del intento de suicidio	220
Los factores de riesgo	225
La psicoterapia	227
Focalización	228
Los objetivos de la psicoterapia breve y focalizada	228
Encuadre y contrato	229
Las intervenciones terapéuticas y la focalización	233
Tratamiento de la actuación	236
Viñetas clínicas	236
Interpretación psicodinámica:	237
Caso Ana	238
La supervisión en el caso Ana	241
Caso Celia	243
La supervisión en el caso Celia	246
Medicación y hospitalización	249
Conclusiones	252
Limitaciones del estudio	253
Referencias	255
ANEXOS DEL TRATAMIENTO CASOS A y B	264
I.- Carta de consentimiento informado	265
II.- Guía temática de la entrevista	266
III.- Categorías de la entrevista y el tratamiento	267
IV.- Tablas de intervención terapéutica	268
V.- Tres sesiones clínicas	269
ANEXOS DE LOS RESULTADOS DE SELECCIÓN DE PACIENTES	328
I.- Sociodemográficos	329

II.- Diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)	331
III.- Valoración de la tentativa y letalidad suicida	334
IV.- Abuso sexual	347

Summary

Brief Psychotherapy focused on suicide attempt in patients diagnosed with Borderline Personality Disorder (BPD).

The objective of this work was to apply and assess a psychotherapy model to reduce the risk and lethality of suicide attempts.

The method used was the Case Study based on quantitative (clinical scales) and qualitative (in-depth interviews, clinical categorization and psychotherapy) assessment. In three stages: pre-test, post-test and follow-up

Two subjects were selected to receive treatment out of a total of fifteen participants.

Results in the pre-test and the post-test showed that psychotherapy eliminated the risk, the depression, the sense of hopelessness, the suicidal ideation, and the suicidal act itself. The follow-up showed that case "A" overcame depression while case "B" had a relapse.

The essential, active role of the therapist, the supervision, and the psychotherapy combined with psychiatric medication resulted in better clinical conditions.

Resumen

Psicoterapia breve focalizada en el intento de suicidio en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP).

El objetivo consistió en aplicar y evaluar un modelo de psicoterapia para disminuir el riesgo y letalidad de los intentos de suicidio.

El método fue el “estudio de caso” con evaluaciones cuantitativas (escalas clínicas) y cualitativas (entrevistas a profundidad, categorías clínicas y psicoterapia).

En tres fases: pretest, postest y seguimiento.

De un total de quince participantes se seleccionaron a dos a los que se les dio el tratamiento.

Resultados: en el pretest y postest, la psicoterapia eliminó el riesgo, la depresión, la desesperanza, la ideación suicida y suspendió el acto suicida. En el seguimiento en el caso “A” remitió la depresión, pero no en el caso “B” que presentó una recaída.

El papel esencialmente activo del terapeuta, la supervisión, la psicoterapia combinada con psicofármacos prescritos por un psiquiatra posibilitan mejores condiciones clínicas.

Introducción

Escuchar alguna historia de suicidio no parece ser una experiencia ajena difícilmente pasamos inadvertidos del evento, la muerte nos acerca a la fragilidad y vulnerabilidad humana.

El intento de suicidio en los pacientes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad (TLP) es la causa más frecuente de hospitalización (Asociación Psiquiátrica Americana APA, 1995), los pacientes recaen continuamente generando altos costos en tratamientos, medicación e incapacidades laborales en personas económicamente activas (Gabbard et al. 2003). Siendo el costo más alto la pérdida de la vida humana.

El trastorno límite es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen, la afectividad, una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos (APA, 1995).

El Manual Estadístico de los Trastornos mentales (DSM IV, 1995) el diagnóstico de TLP incluye en su criterio cinco: los comportamientos suicidas recurrentes, las amenazas suicidas y los comportamientos de automutilación. Este Manual reporta que del 8 al 10% de los pacientes llegan a consumar el acto suicida, cifras similares han encontrado los investigadores Zanarini, Franckerburg, Duvo, Sikel, Trickha, Levin y Reynolds (1998) que calculan el 9%, mientras que Frances y Roos (2003) reportan un intervalo que va del 5 al 10% de la población clínica.

El intento de suicidio requiere de una intervención breve y dirigida (focalizada). Por lo que se propone una evaluación clínica del riesgo, de la letalidad y un tratamiento específico para el trastorno límite en momentos de crisis. La situación de crisis requiere de intervenciones específicas con técnicas basadas en las psicoterapias breves, que se dirigen a la urgencia promoviendo comportamientos para combatir el estado depresivo y hacer concientes las *actuaciones* inconcientes de automutilación y de las tentativas suicidas.

El propósito de la investigación consiste en poner a prueba un modelo de Psicoterapia Breve Psicoanalítica Focalizada (PBPF) en la tentativa suicida, con la finalidad de disminuir el riesgo y letalidad de los intentos de suicidio en personas con trastorno límite.

El método consistió en la presentación dos estudios de caso con diseño cualitativo. Los cambios sintomáticos en los pacientes se evaluaron a través de escalas clínicas cuantitativas en las fases: de *pretest*, *postest* y *seguimiento*. Mientras que la psicoterapia se evaluó con entrevistas a profundidad y las categorías clínicas provenientes del método cualitativo que se aplicaron en las mismas fases.

En esta investigación se entenderá a la Psicoterapia Breve Psicoanalítica como “una modalidad de terapia basada en los principios de la terapia psicoanalítica y caracterizada por la brevedad” -limitación temporal-(Poch, J & Maestre, F, 1994) y focalizada en la tentativa suicida o motivo de consulta (Fiorini, 1990)

En Inglaterra Bateman y Fonagy (2000) realizaron un metanálisis cuyo objetivo fue investigar la evidencia de efectividad en los tratamientos psicoterapéuticos en los trastornos de personalidad, los autores revisaron la base de datos de Medline en Inglaterra y Estados Unidos de Norteamérica, 1810 resúmenes, seleccionaron 80 y trabajaron con 25. Encontraron efectividad en los tratamientos de corte psicoanalítico y cognitivo conductual, en los servicios de consulta externa, hospitalización y hospital de día. Los estudios que revisaron fueron de cohorte, prospectivos y controlados. Los mencionados investigadores no discriminaron cual fue la psicoterapia más eficaz, sin embargo, sugieren que los resultados de los tratamientos son más satisfactorios cuando tienen una teoría coherente y focalizada.

En otra investigación Link y Helsegrave (2000) desarrollaron un estudio prospectivo con 130 pacientes reportando que los factores que modificaban el pronóstico de manera desfavorable fueron: la impulsividad, el uso de sustancias, el grado de psicopatología de trastorno límite de la personalidad, el abuso sexual y los rasgos paranoides. Mientras que los españoles Franco, Sanmartín y Giner (2003) señalan que un trastorno depresivo comórbido con el Trastorno Límite de la personalidad agudiza y hace más evidentes las conductas impulsivas y autodestructivas del paciente.

El investigador Soderbeg (2001) reporta que en los trastornos de personalidad el diagnóstico más frecuente entre los suicidios y parasuicidios parece ser el Límite. Gabbard, Goin, Gunderson, Soloff, Spiegel, Stone y Phillips (2003) explican que una de las características del TLP es el comportamiento autodestructivo impulsivo, que

incluye la conducción temeraria, los gastos descontrolados, los hurtos, los atracones y las purgas, el abuso de sustancias, el comportamiento sexual de riesgo, la automutilación y los intentos de suicidio. Se cree que este comportamiento refleja las dificultades que los pacientes con trastorno límite tienen para modular y contener sus intensas emociones o impulsos. En los sujetos que sufren un trastorno de la personalidad el suicidio está también más asociado al sexo masculino.

En otro estudio en EUA sobre el estatus clínico de los pacientes con TLP con alta letalidad suicida, en una población de 113 sujetos, los investigadores Soloff P, Fabio A, Kelly T, Malone K, & Mann (2005) reportaron los datos sociodemográficos, la comorbilidad y compararon sujetos de alta y baja letalidad suicida. Encontraron que del total de la muestra 81 eran mujeres que representaban el 71% y 32 varones que representaban el 28.3%. Ochenta y siete eran caucásicos (77%), mientras que 26 pertenecían a grupos minoritarios (23%) y eran predominantemente afroamericanos, la Media fue de 29 años y la Desviación Estándar de 8.3 años, en un rango de sujetos de 18 a 50 años.

En la comparación de estos grupos los investigadores encontraron que 44 sujetos intentaron el suicidio considerados de alta letalidad y 69 de baja letalidad. Los pacientes del primer grupo eran significativamente mayores de edad con bajo nivel socioeconómico y educativo. No encontraron asociación entre el género, la letalidad y la responsabilidad en el cuidado de los hijos.

Con relación a psicopatología del Eje I del DSM- IV y el trastorno límite de la personalidad Soloff et al. (2005) reportaron comorbilidad con el trastorno distímico

del 79% y con trastornos depresivos mayores el 50%, estos últimos manifestaron mayor letalidad en sus tentativas suicidas.

En lo referente a la comorbilidad con los trastornos del Eje II en 62 sujetos que representaban el 54.9%, se encontraban los diagnósticos que fueron de mayor prevalencia y presentaron mayor letalidad (trastornos del grupo B: histriónico, narcisista o antisocial).

Desde el marco teórico de la psicología cognitivo-conductual, Linehan (1992) diseñó un tratamiento denominado dialéctico-conductual dedicado al manejo y control de los impulsos y la tentativa suicida. Mientras que los estudios que se han hecho en psicoterapia psicoanalítica, son tratamientos largos (Kernberg, 1987; Gunderson, 2002) que van de dos a cinco años debido a que su objetivo es erradicar el trastorno límite, es decir, trabajar a niveles estructurales, y los que existen son breves, de 24 sesiones, y focalizan sus esfuerzos a la sintomatología *per se* (Cuevas, 2000 y López, 2004), por lo que falta un tratamiento hospitalario que trate el episodio de crisis con las técnicas de la psicoterapia breve psicoanalítica, que esta investigación pretende cubrir.

El episodio de crisis se considera en esta investigación cuando el paciente fronterizo se mutila o intenta suicidarse y llega a una institución psiquiátrica.

En el Capítulo I se explica la teoría psicoanalítica del TLP, el sustento teórico del modelo focalizado en el intento de suicidio, adicionalmente se contextualiza el comportamiento suicida. En el Capítulo II se expone el método, el estudio de caso y

el procedimiento. En el Capítulo III se reportan los resultados del tratamiento de los casos A y B respectivamente. Finalmente, en el Capítulo IV se discuten los resultados y se formulan algunas conclusiones. En los Anexos se muestran: la guía clínica de la entrevista, las categorías de la entrevista y del tratamiento, el formato del consentimiento informado, las tablas de intervención terapéutica, tres sesiones clínicas y los resultados de la selección de pacientes.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

CAPITULO I

MARCO TEORICO

CONSIDERACIONES PSICOANALÍTICAS SOBRE LA PSICOPATOLOGÍA FRONTERIZA

En este siglo al paciente con Trastorno Límite de la Personalidad también se le conoce como: borderline, fronterizo, limítrofe, límite (organización fronteriza de la personalidad, Kernberg, 1987). En lo general todas estas denominaciones se refieren a la misma entidad clínica.

De manera metafórica esta patología mental me hace recordar a los alebrijes mexicanos, figuras decorativas de papel amasado y pintados de múltiples colores, que están constituidas por diferentes especies, que comparten alguna o varias partes del cuerpo de aves, mamíferos, reptiles, etc., que asemejan seres mitológicos. Esa es la imagen que viene a mi mente para representar al trastorno límite de la personalidad, desde lo psicológico. La entidad clínica presenta tanto síntomas neuróticos como psicóticos.

El trastorno límite de la personalidad ha sido considerado principalmente como una categoría clínica que comparte síntomas tanto de las estructuras psicóticas -fallas en la prueba de realidad, alucinaciones, ideas paranoides- así como de las estructuras neuróticas -angustia, disociación, conversión, anorexia, bulimia, etc. - además de consumo de sustancias y alcohol entre otras. Situación que complejiza el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento (Kernberg, 1987; DSM IV, 1995, Green, 1994, Bergeret, 2001).

En Estados Unidos de Norteamérica, los psiquiatras y los psicoanalistas de la escuela del yo han dejado a un lado la discusión sobre el diagnóstico, en general han asumido la posición de Kernberg (1993) quien considera que el término de fronterizo debe quedar reservada para aquellos pacientes con una organización caracterológica crónica que no es neurótica, ni psicótica y está caracterizada por; 1) constelaciones sintomáticas típicas; constelación típica de maniobras defensivas del yo; 2) una patología típica de relaciones *objetales* internalizadas, y 3) rasgos genéticos¹ dinámicos típicos”

Mientras que en Francia algunos de los psiquiatras y psicoanalistas más representativos en psicopatología como Green (1994), Chabert (2000) y Bergeret (2001), cuestionan la ubicación de la nosológica fronteriza al interior de la psicosis, y prefieren considerarla más cercana al funcionamiento de las neurosis. Estos autores se adhieren principalmente a la clasificación freudiana clásica entre neurosis y psicosis.

La investigación psicoanalítica desarrollada por Freud en 1924 (en diferentes artículos de su vasta obra) consideraba cuatro categorías clínicas generales I) las neurosis actuales (neurosis de angustia, la neurastenia y la hipocondría); II) las psiconeurosis (histeria de angustia, histeria de conversión y neurosis obsesiva); III) la neurosis narcisista (melancolía) y IV) las psicosis (esquizofrenia, paranoia y manía). Finalmente la clasificación freudiana quedaría en dos grandes rubros neurosis y

¹ El concepto de genético o psicogenético en psicoanálisis no se refiere al concepto clásico del origen biológico, sino que su connotación alude al origen de las estructuraciones del psiquismo en la constitución de un sujeto.

psicosis. Los lacanianos agregan a esta clasificación un rubro dedicado a las perversiones.

Para Green (1994) no se habla de una patología fronteriza, sino de una patología de la frontera, que tiene como rasgo primordial ser una frontera movible que la hace fluctuante, ya sea hacia las neurosis o hacia las psicosis. La frontera de los estados límites corresponde a un vasto territorio que no ofrece una división neta, donde no existe una línea divisoria, por lo que habrá que hacer un distingo entre “ser un fronterizo” que significa que una frontera protege al *self* de pasar al otro lado (de ser cruzado) de la psicosis, es decir, de ser invadido, con lo cual el sujeto llega a ser una frontera móvil (no es tener, sino ser una frontera). Esta diferencia significa que ser fronterizo evita pasar a la psicosis de un estado que no es una neurosis. Que deriva en fallas de la constitución psíquica. Metafóricamente hablando, ser fronterizo corresponde a convertirse en una envoltura elástica que cubre al *self* y que evita a la persona volverse psicótico.

Bergeret (2001) considera que la patología fronteriza proviene de un tronco común acondicionado que no alcanza los elementos necesarios para constituir una estructura separada de las neurosis y psicosis. Este autor enfatiza que este el sujeto en su constitución psíquica cursa por “tronco un común” y no debe considerarse como una verdadera estructura, ya que no posee fijeza, solidez, ni la especificidad definitiva de las organizaciones verdaderamente estructuradas como en las neurosis o las psicosis. El tronco común de los estados fronterizo sólo puede permanecer en una situación “acondicionada”, pero no fijada. Se trata de una organización de condición provisional. Aún cuando tal acondicionamiento pueda extenderse durante mucho

tiempo sin demasiadas modificaciones. Para el autor es necesario que todo sujeto curse por un tronco común en el camino a su constitución como sujeto, donde habrá que superar el peligro de la psicogénesis de tipo psicótico y neurótico, para después superar el peligro de la depresión que se encuentra en todos los estados límites y como esto último no sucede, el sujeto se ve atrapado a su relación de objeto y quedará en una situación de dependencia *anaclítica*. Bergeret (1975) enfatiza que la organización límite, no se sitúa ni en las neurosis, ni en las psicosis, es principalmente un padecimiento del narcisismo.

La psicoanalista Chabert (2000) prefiere el término de funcionamiento a la expresión de estado fronterizo, explica los “estados” son estáticos, casualmente precisos o transitorios, mientras que los “funcionamientos” fronterizos constituyen un modo de organización psicopatológico extremadamente determinado en su conjunto. Presentan una gran complejidad en el plano clínico mostrando su extensa diversidad y la heterogeneidad que los caracteriza.

Sea cual fuere la respuesta al enigma de clasificación nosológica con Kernberg (1987) se trata de una organización caracterológica crónica diferente de la neurosis y las psicosis. Para Green (1994) una frontera movible que envuelve al sujeto y que evita que el sujeto se convierta en psicótico, mientras que Bergeret (2001) plantea un estado que no alcanza la propiedad de una estructura o bien, para Chabert (2000) como un funcionamiento específico que no tiene características de estado, ni de estructura, la nomenclatura de fronterizo a cualquier sinónimo de esta categoría clínica no parece satisfacer por completo las exigencias de una ubicación nosológica; los autores contemporáneos están de acuerdo en que no se trata de una psicosis, y

su tratamiento es más complejo que una estructura neurótica debido a los procesos primarios que se presentan en la patología.

Sin embargo, a nivel de la experiencia clínica hay evidencias de su existencia y su explicación dependerá del marco teórico que adoptemos, que tendrá un fundamento epistemológico sostenido por una base clínica. Considero que la investigación continua en el trabajo clínico, ofrecerá mejores articulaciones al trabajo teórico y por ende nuevos dispositivos terapéuticos.

◆ El nivel descriptivo la sintomatología fronteriza en la clínica

El nivel descriptivo es el nivel del síntoma manifiesto. En la consulta me he encontrado, como otros tantos clínicos, a personas que fácilmente establecen relaciones conflictivas. Que presentan drásticos cambios emocionales. Estas personas fácilmente muestran ansiedad extrema que reconocen como intolerante y que parece circundarles todo el tiempo que no pueden controlar. Se deprimen ante cualquier sospecha real o imaginaria de abandono y presentan continuas amenazas e intentos de suicidio. Muestran bajo control de la esfera pulsional, con reducida capacidad para tolerar la frustración, responden con agresión tanto de manera verbal como física, en verdaderas explosiones de carácter (Kernberg, 1987, DSM-IV, 1995, Green, 1994, Gunderson, 2002, Bergeret, 2001). En estado de crisis suelen cursar periodos breves en los que distorsionan la realidad externa, que se manifiesta a través de reacciones paranoides y estados disociativos principalmente (Kernberg, 1987, 1995, DSM-IV 1995). Muestran dificultad para integrar los estímulos externos en procesos de *pensamiento Secundario* (Kernberg, 1987,1993) Hay momentos en

los que parecen estar confundidos con su imagen personal y muestran dificultad para poder explicar su situación, pudiendo presentar estados regresivos y disociativos. Su identidad personal se encuentra comprometida con falsos reconocimientos de su imagen al grado de presentar síntomas de despersonalización (Kernberg, 1987,1993, 1995, DSM IV, 1988).

Estos pacientes se consideran como inestables, difíciles e incomprensidos (Gabbard et al., 2003). Narran una historia inconexa de continuas vejaciones, maltratos, abusos, abandonos y pérdidas *objetales*. (Stone, 1993, Kernberg, 1987, Bergeret, 2001) Desde la infancia sus vínculos se encuentran afectados presentando ambivalencia afectiva hacia sus figuras paternas, que manifiestan a través de los sentimientos de aceptación y rechazo en una mezcla de idealización y de odio que se cristalizará en el esquema básico de relación, el cual generalizarán en cada intento por vincularse (Klein, 1957, Kernberg, 1987, Green, 1994, Bergeret, 2001).

Las relaciones que establecen se encuentran seriamente afectadas, al grado de que cada nueva relación se convierte en una lucha intensa de control y dominio (Kernberg, 1987). Paradójicamente lastiman a nivel psicológico a la persona que necesitan y en ocasiones lo hacen físicamente. Los vínculos se ven afectados en su continua demanda de afecto que imploran o exigen de manera incondicional y que no son capaces de corresponder (Bergeret, 2001). Sus relaciones pueden ser intensas y abiertamente conflictivas. Consideran su vida personal un caos. Reconocen su facilidad para enredarse en relaciones conflictivas.

Refieren incapacidad para sostener vínculos afectivos duraderos debido a la necesidad del objeto que los cuida y procura (Kernberg, 1987). Su dependencia en la relación es patológica. No toleran la pérdida de la persona amada o de quien dependen, les aterra el abandono y la soledad les genera una sensación de un vacío profundo; situación que los lleva a tratar de vincularse de manera inevitable, convirtiéndose en personas promiscuas. Buscan a alguien que llene ese vacío inmenso, que los torna vulnerables. En esta situación predomina el desamparo y la desesperanza que se unen a intensas sensaciones de rabia y odio (Klein, 1957, Kernberg, 1987, Green, 1994, & Bergeret, 2001).

Ante la realidad o la fantasía de pérdida de una persona significativa, o la amenaza de la pérdida *objetal* manifiestan estados agudos de depresión y ansiedad (Kernberg, 1987, Bergeret, 2001), que por lo general remiten en días o incluso en horas (DSM-IV, 1995). A este comportamiento se suma una ola intensa de cambios emocionales tornándose irritables, hasta un grado querulante, tienden a la agresión y pueden automutilarse o intentar suicidarse. Estas conductas son la causa más común de su hospitalización en instituciones psiquiátricas (Kernberg, 1987, DSM-IV, Gabbard et al., 2003). No toleran la separación o la pérdida, parecen encontrarse en una búsqueda insaciable de algo perdido. (Bergeret, 2001).

Prácticamente apuestan su vida, a cambio de atención y cuidado que exigen día con día a sus parejas, son proclives a la depresión y la impulsividad, a consumir drogas y alcohol, lo que exacerba su sintomatología, el consumo de sustancias puede potenciar sus comportamientos parasuicidas (Sodeberg, 2001, Link, Bergmans & Warwar, 2003, Gabbard et al., 2003). En ocasiones se involucran en actividades

ilícitas y manifiestan comportamientos que rompen las reglas morales y sociales, sin generarles mayor preocupación (Kernberg, 1995, Gabbard et al., 2003).

La automutilación, la tentativa suicida, la impulsividad, la promiscuidad, el consumo de drogas o y alcohol, son manifestaciones abiertas de la *actuación inconsciente* (Litman 1967, Kernberg 1987, Green, 1994, Bergeret, 2001, Gabbard et al., 2003). Los pacientes fronterizos no han desarrollado la capacidad para postergar o atenuar sus impulsos por lo que no reflexionan la consecuencia de sus actos y continuamente se ven envueltos en problemas.

Bajo los efectos de las drogas, el alcohol o estrés, por lo regular presentan pérdida de prueba de realidad, en la que pueden presentar alucinaciones e ideas paranoides. Sin embargo, estos episodios son de corta duración y en ocasiones remiten sin tratamiento (Kernberg, 1987, DSM-IV, 1995, Gabbard, 2003).

En estos pacientes la búsqueda de logros personales es infructuosa, continuamente renuncian a los objetivos que se habían propuesto en los ámbitos laborales, académicos y sociales.

Creo que una palabra que los puede definir, es que presentan una *oscilación* que tiende a la autorregulación después de la descarga impulsiva. Oscilan en el reconocimiento de sus afectos, de sus relaciones, de su sexualidad, de sus pensamientos, de sus acciones, del control de sus impulsos, del manejo de la ansiedad y la depresión, en la prueba de realidad, en la percepción de su imagen, en

sus metas y todos sus vínculos. Por lo que no hay un caos, sino una “constante”, un común denominador, que es oscilante.

Los clínicos en general consideran a estos pacientes refractarios a los tratamientos tradicionales que abandonan con facilidad. Van de una institución a otra hospitalizándose con frecuencia principalmente por sus conductas suicidas y de auto-mutilación, que se acompañan de una ansiedad flotante que los desborda, algunos síntomas depresivos y un profundo vacío, predominando en ellos la rabia y el odio. Su comportamiento es desafiante.

Transferencialmente generan confusión en los clínicos que ven frustrados sus esfuerzos terapéuticos, despertando en ellos enojo y la descalificación continua de estos pacientes (Kernberg, 1987).

Observamos que en la unidad donde se realizó la investigación cuenta con atención especial a diferentes patologías a través de “clínicas” (de esquizofrenia, de adicciones, de trastorno mental orgánico y de los afectos), sin embargo, falta un programa de tratamiento específico para el trastorno límite de la personalidad que incluya un equipo multi e interdisciplinario entrenado, donde se focalice la demanda de atención y se hagan seguimientos a corto, mediano y largo plazo, donde se involucre a la familia a fin de constituir una red de apoyo que trabaje en coordinación con el personal de la institución.

Esta investigación se ubica dentro de esta perspectiva y tiene como objetivo el diseño y evaluación de un modelo de psicoterapia breve para la atención de pacientes fronterizos.

◆ El origen de la psicopatología fronteriza

La siguiente exposición trata de dar respuestas a las preguntas que se formulan en la teoría psicoanalítica y que provienen de la clínica con los pacientes fronterizos, desde algunos aportes del psicoanálisis inglés y francés de las patologías fronterizas.

Primero habría que preguntarse ¿qué tiene que suceder para que una persona desarrolle una patología fronteriza? Para dar respuesta a esta interrogante, habrá que abordar la constitución del aparato psíquico como resultante de los vínculos que el bebé establece con sus padres y que lo convierte en un sujeto.

El desarrollo teórico que a continuación se presenta proviene de las bases clínicas Freudianas. Al respecto escribe Bergeret (1975) “la introducción del concepto de narcisismo, la relevancia del papel del ideal del Yo, la descripción de la elección de *objeto anaclítico* y el descubrimiento del papel que ejercen las frustraciones afectivas del niño, llevan a Freud a reconocer en 1931 la existencia de un tipo *libidinal narcisístico* que no tiene un *superyó* completamente construido, en el que lo esencial del conflicto *postedípico* no se sitúa en una oposición entre el yo y el *superyó*, del mismo modo que cuando, en 1924, describió una deformación del yo que se presentaba como intermediario entre el estallido psicótico y el conflicto neurótico” (p. 176). La cita pretende introducir conceptualmente la constitución del psiquismo en los

sujetos fronterizos, quienes presentarán fallas precisamente en la constitución y la formación del superyó.

Para que se desarrolle una patología fronteriza se requiere un tipo especial de *relación de objeto*, un conflicto que produzca los síntomas, fallas en la constitución del *narcisismo* y un *trauma*² psíquico en dos momentos.

◆ La concepción metapsicológica³ en la patología fronteriza

Desde una perspectiva psicogenética es necesario que se presenten dos traumas, escribe Bergeret (2001) un *primer traumatismo*⁴ desorganizador se presenta cuando el *Yo* aún no se encuentra lo suficientemente constituido como para elaborar el evento traumático. El *Ideal del Yo* se encuentra mucho más arcaico que el *Superyó*, y la personalidad de los fronterizos permanece incompleta, frágil e imperfecta. En síntesis, son organizaciones o acondicionamientos, pero no cumplen con los criterios de “estructuras”. Por ejemplo, clínicamente el evento se podría observar en cualquier tentativa de seducción sexual por parte de un adulto, comenta Bergeret (1975) “el niño se encuentra en este caso, muy precoz, brutal y masivamente en contacto con hechos *edípicos*. Este despertar genital precoz constituye un verdadero traumatismo afectivo por sí solo, porque no puede ser aceptado por el niño según un modelo perceptivo y relacional *objetal*, acabado y genital” (p.181).

² Laplanche y Pontalis (1987) explican que el *trauma* “es el acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto para responder a él adecuadamente y el trastorno de los trastornos patógenos que provoca en la organización psíquica” (p.447).

³ La *metapsicología* se refiere al constructo teórico freudiano de un aparato psíquico dividido en instancias, que son el dinámico, el tópico y el económico.

Lo que significa que el yo no ha desarrollado la capacidad para integrar tal experiencia y es incapaz de responder con la represión, entonces ubica la experiencia junto a las frustraciones y experiencias narcisistas. Por lo tanto sus defensas serán parecidas a las del psicótico, sin embargo, las presentará con cierta modificación, como son la denegación (forclusión), la identificación proyectiva y la escisión de las imágenes, el manejo omnipotente del objeto, como se desarrollará.

El *segundo trauma* psíquico desorganizador⁵, representa un exceso de sobrecarga pulsional que recuerda al primer trauma, el sujeto responde con las defensas no utilizadas hasta entonces que son ineficaces para el suceso, aparece una crisis de angustia aguda (para Bergeret, 1975), clínicamente la observamos a través de algún evento externo como el duelo, la boda, el posparto, los problemas sociales, etc., que reactivan por su contenido vivencial una situación narcisística predepresiva, que había sido evitada hasta entonces.

Por ahora habría que responder ¿Qué tipo de relación establece la persona con patología fronteriza? La relación de objeto es *anaclítica*, explica Bergeret el rasgo propio de los fronterizos consiste en (2001) apoyarse en la escucha del analista “ ya sea en espera pasiva y mendigando satisfacciones positivas, o bien en manipulaciones mucho más agresivas” (p.192). Mientras que el sujeto con características marcadamente *anaclíticas* necesita ser amado y ayudado, sus figuras parentales no representan todavía un estatus *edípico*, por lo que la elaboración genital no se encuentra suficientemente avanzada para posibilitarle esta acción al fronterizo.

⁵ También conocido como *resignificación* en español y *après coup* en francés. El concepto lo desarrolla Freud en el caso Emma, véase la primera mentira histórica en el *Proyecto de psicología para neurólogos* (1895).

El nivel *tópico* corresponde a la división hipotética del aparato psíquico en sistemas, mientras que el nivel *dinámico* es el nivel del *conflicto* como estructurador del aparato psíquico. En el diccionario de psicoanálisis Laplanche y Pontalis (1983) señalan que en el nivel tópico existe una distinción entre sistemas, especialmente la separación entre inconsciente y preconsciente-consciente, la cual es inseparable de la concepción dinámica, igualmente importante en psicoanálisis, según la cual los sistemas se hallan en conflicto. El conflicto en las patologías fronterizas se formula de manera diferente a cómo se constituye en las neurosis y las psicosis.

Freud (1924) formula que las neurosis de transferencia tienen su conflicto entre el *yo* y el *ello*; la neurosis narcisista (melancolía) entre el *yo* y el *superyó*; la psicosis entre el *yo* y el mundo exterior. ¿Entonces cuál es la formula clínica del conflicto en patología fronteriza?: El psicoanalista francés Bergeret (2001) considera que el conflicto intrapsíquico se da entre el *Yo Versus el Ideal del Yo*, considerando el *ideal del yo* como la instancia dominante, y se manifiesta a través de una lucha contra el *ello* y la *Realidad*.

Bergeret (2001) considera que en los estados fronterizos la función del superyó sigue siendo imperfecta, mientras que el *Ideal del Yo* por el contrario, se comporta como un polo en torno del cual se organiza la personalidad. En las organizaciones límite existen elementos *edípicos* y *superyoicos* que no desempeñan un papel organizativo como sucedería si fuera una neurosis.

El narcisismo y la patología fronteriza ¿Qué sucede en el narcisismo de la patología fronteriza? Bergeret (2001) apoyándose en Stern (1945) considera que el narcisismo de los pacientes fronterizos está deficientemente constituido y se conserva frágil. Mostrando una indudable necesidad de comprensión, de respeto, de afecto y de sostén. Lo que implica un problema en la constitución psíquica.

◆ Los mecanismos defensivos

Los psicoanalistas como Kernberg (1987), Green (1994) y Bergeret (2001) consideran, aceptan y coinciden que la base los mecanismos defensivos de la patología fronteriza son los correspondientes de la fase *esquizoparanoide* de Klein (1957).

Para Kernberg (1987) las defensas de la patología fronteriza son cinco: la escisión, la idealización primitiva, la identificación proyectiva, la negación y la omnipotencia-desvalorización.

El psicoanalista Bergeret (2001) considera que los mecanismos defensivos propios de esta entidad clínica son cuatro: la evitación, la desmentida, las reacciones proyectivas y la escisión (clivaje). Mientras que para Green (1994) son cuatro: la identificación proyectiva e introyectiva, la desmentida y la omnipotencia, que prácticamente coincide con Kernberg (1987), sin embargo, Green matiza la escisión como un proceso que no es total, no divide completamente al yo y esto evita que el sujeto se convierta en psicótico.

Entonces para los autores franceses la negación no es un mecanismo defensivo de la patología fronteriza y en lugar de esta defensa incluyen la *desmentida de la representación* y la evitación (Bergeret, 2001). En esta tesis se consideran en su conjunto las aportaciones de los autores mencionados y solo cuando el paciente fronterizo presenta elementos psicóticos es que se recurre a la desmentida para explicar estos fenómenos, y no a la negación. Los franceses Green (1994) y (2001) Bergeret han fundamentado la escisión en una relectura freudiana como se desarrollará más adelante.

Bergeret (2001) considera que en esta psicopatología habrá de comprobarse tanto en el sistema *adaptativo*, como en el sistema *defensivo*, lo que permitirá, al Yo una cierta seguridad y movilidad, pero nunca constituirá una estructura verdaderamente sólida, ya que el sujeto continuará dependiendo de manera masiva, de las variaciones de la realidad exterior y las posiciones de los objetos, así como de la distancia respecto a sí mismo.

Las defensas son *inconscientes* y las utiliza el yo para tratar de controlar la angustia. Entonces habría que preguntarse ¿de qué se defiende el paciente fronterizo? o dicho de otra manera ¿contra qué se ha defendido durante toda su vida? La respuesta es, contra la angustia. Pero habría que diferenciar la angustia del paciente fronterizo, que clínicamente se presenta de manera diferente a la del neurótico y del psicótico. Para Bergeret (2001) en las neurosis la angustia es de castración, para las psicosis la angustia es de fragmentación y de muerte. Mientras que, para el caso del paciente fronterizo la *angustia* es de *pérdida de objeto* y de *depresión*, que atañe a la vez las vivencias infelices pasadas en el plano narcisista,

en consecuencia este autor considera (2001) que sin el objeto, el *anaclítico* se hundiría en la depresión. Por lo tanto el paciente fronterizo se defiende ante la angustia que provoca la pérdida del objeto, (manifestación clínica central en la presentación del trastorno).

¿Cómo responde el fronterizo ante esta amenaza? Con un estado depresivo, que se caracteriza por no ser profundo, ya que el objeto todavía no se encuentra *introyectado* y el duelo⁶ sigue siendo irrealizable (Bergeret, 2001). Quizá sea por esta razón que los estados depresivos duran poco tiempo. Por lo que el sujeto activará las defensas disponibles para cubrir sus necesidades de protección.

La mayoría de los analistas galos y anglosajones coinciden en aceptar los mecanismos enunciados por la psicoanalista inglesa Klein (1957) en la *posición esquizoparanoide*, como son los casos de Kernberg (1987), Green (1991), Bergeret (2001) y a estas defensas agregan algunas otras para configurar el proceso defensivo de los pacientes fronterizos.

Para Klein las relaciones de *objeto* cursan por la *posición esquizoparanoide* y la *posición depresiva*. La primera se desarrolla en los primeros cuatro meses de vida, se caracteriza por los siguientes rasgos: las pulsiones coexisten desde un principio con las pulsiones *libidinales* y son singularmente intensas; el objeto es parcial (principalmente el pecho materno) y se halla escindido en dos, el objeto *bueno* y *el malo*; los procesos psíquicos que predominan son la *introyección* y la *proyección*- La

⁶ Las cursivas son mías

angustia se caracteriza por ser intensa y persecutoria -destrucción por el objeto *malo*- (Laplanche y Pontalis, 1983).

Para Klein, (1957), la *posición esquizoparanoide* es la interacción entre procesos de *introyección y proyección* (reintroyección y reproyección) que determina el desarrollo del yo; la relación con el pecho amado y odiado (bueno y malo) organiza la primera relación de objeto del bebé. Entonces las pulsiones destructivas y de ansiedad persecutoria se encuentran en su clímax, el deseo (de enorme gratificación), y la ansiedad persecutoria, favorecen a que el bebé perciba simultáneamente un pecho ideal y un pecho peligroso devorador, los cuales en su psique se hallan separados el uno del otro; estas dos características del pecho materno son introyectadas y componen el núcleo del superyó. En este estadio, imperan la escisión, la omnipotencia, la idealización, la negación y el control de los objetos internos y externos. Así, los primeros métodos de defensa son de naturaleza extrema, los cuales, por una parte limitan el camino de la integración del yo, y por otra son necesarios para su desarrollo. De esa manera, esta seguridad relativa y temporal se consigue manteniendo al objeto perseguidor separado del objeto bueno, mientras que la presencia del objeto bueno (ideal) en la mente,” permite conservar por momentos, sentimientos intensos de amor y gratificación” (Klein, 1957 p.186). Es decir, el *objeto bueno* protege contra el *objeto perseguidor*, porque el bebé siente que lo ha reemplazado.

La segunda es la posición *depresiva*⁷, esta se presenta entre los cuatro y los doce meses de vida, y se determina cuando el bebé es capaz de reconocer a la

⁷ Incluso las posiciones llegan a traslaparse todavía no termina una cuando la otra progresivamente se desarrolla.

madre como *objeto total*; en esta estadio, la escisión entre objeto bueno y malo, se evidencia. Las pulsiones libidinales y hostiles tienden a relacionarse con el mismo objeto. La angustia depresiva se define como el peligro anticipado y fantaseado de destruir y perder a la madre debido al del sadismo del infante; esta angustia es repelida mediante las defensas y “se supera cuando el objeto amado es *introyectado* en forma estable y asegurado” (Laplanche & Pontalis 1983. p. 277). Es en el pasaje entre estas dos posiciones donde se ancla la patología fronteriza en la posición depresiva el bebé teme por el objeto y se apoya en el yo, para el infante perder al objeto es quedar indefenso frente a los ataques de angustia. Por lo que para defenderse de estos ataques el yo hace uso del la escisión de manera más contundente.

Kernberg (1987) asume la las consideraciones teóricas de Klein y explica que la *escisión* es la defensa típica en los pacientes fronterizos y en ella subyacen las demás defensas. La escisión es una división del yo que utiliza con fines defensivos y puede apreciarse clínicamente cuando el paciente manifiesta que “los objetos son totalmente buenos o totalmente malos”, situación que lleva al sujeto a oscilar entre una y otra consideración de sus objetos, lo hace casi de manera radical.

La idealización primitiva.- Se podría decir que es sólo un polo de la anterior defensa, donde el paciente fronterizo tiende a ver los objetos externos como “totalmente buenos” para que lo puedan proteger de los “objetos malos”, situación que le permite asegurar que sus objetos idealizados no sean dañados o destruidos por su propia agresión que proyecta hacía estos objetos (Kernberg, 1987).

La identificación proyectiva.- Es una defensa de la posición *esquizoparanoide* enunciada por Klein (1957) y que según Kernberg (1987) se refiere a una forma temprana de la proyección. Se caracteriza por su intensidad y cualidad. Su meta consiste en externalizar las imágenes de sí-mismo agresivo y totalmente malo. Clínicamente podemos observar esta defensa en la poca claridad de los límites del yo, que lo llevan a identificarse con esos objetos peligrosos, por lo que sienten la necesidad de controlarlos antes de recibir el ataque tan temido que representan.

Omnipotencia y desvalorización.- Aquí la persona fronteriza, se ha identificado con el objeto “mágico” que ha idealizado y que lo puede todo contra los objetos malos. Sin embargo, no presenta una verdadera dependencia en el sentido del amor y preocupación por el objeto idealizado. En la segunda la desvalorización es un corolario de la primera (omnipotencia). Clínicamente observamos la desvalorización cuando el objeto externo ya no puede gratificar y proteger al sujeto fronterizo por lo que lo abandona y desvaloriza a su objeto, ya que no tiene una auténtica capacidad de amarlo y se presenta una sed de venganza, para evitar que el objeto se convierta en un objeto persecutorio (Kernberg, 1987).

La negación.- No se refiere aquí a la concepción freudiana, esta negación puede apreciarse como “la negación mutua” de dos áreas emocionalmente independientes de la conciencia. El paciente fronterizo está consciente en ciertos momentos de que sus pensamientos, percepciones, sentimientos acerca de sí mismo y de las personas que conoce, son completamente opuestas a las que vivió en su historia personal. Sin embargo, estos recuerdos no le afectan emocionalmente, pues no tiende a unir ambos aspectos (Kernberg, 1987).

La escisión o clivaje⁸ . Metafóricamente en psicoanálisis representa una fisura, donde el aparato psíquico es más vulnerable, es decir, donde se escinde y abre paso a nuevas formaciones inconscientes sin que el Yo llegue a desestructurarse por completo.

Bergeret (2001 cita a Freud, 1939) para esclarecer la situación de la escisión (clivaje) del Yo en los mecanismos de defensa, señala que “esta defensa no alcanza al núcleo mismo del Yo”...”el Yo se deforma en alguna de sus funciones y opera sobre dos registros diferentes: el *adaptativo* y el *anaclítico*. El primero se da en el campo relacional, sin que exista amenaza alguna, ni para el individuo, ni en los planos narcisista o genital; sin embargo en el segundo, desde el momento en que aparece alguna amenaza de pérdida de objeto como consecuencia de peligros que se sitúan, aparece también en los planos narcisista y genital” (p.190), entonces el *clivaje* no se refiere al verdadero clivaje del Yo ligado al estallido o al simple desbordamiento del Yo, y que se presenta en la psicosis, el cual va contra la angustia de fragmentación y de muerte, más bien, se trata de un *clivaje (escisión) de las representaciones objetales*; de un simple desdoblamiento de las *imago*s destinado a luchar contra la angustia de pérdida de objeto y el riesgo de llegar así a ser al segundo modo de clivaje, por verdadero desdoblamiento del yo.

La evitación.- Para Bergeret (2001) es diferente a la que se presenta en la fobia. El paciente fronterizo trata de evitar el encuentro con la representación, “aun

⁸ El término clivaje es un anglicismo que significa crucero en la minería, se refiere a la dirección de los planos por donde se parten o exfolian preferentemente los cristales. (Pequeño Larousse de ciencia y técnicas, pp. 313-314.)

cuando ésta se halle aislada o desplazada anteriormente por mecanismos anexos previos” (p.200).

La desmentida (forclusión).- El psicoanalista francés Bergeret (2001) considera que no se presenta como la típica defensa de la psicosis que desmiente (forcluye) o rechaza la realidad, aquí la diferencia estriba en que el sujeto desmiente la representación perturbadora.

◆ **La escisión del yo y sus matices**

Para Freud (1924) al igual que para Klein (1957) *escisión* es proceso constituyente del aparato psíquico, además de necesario para la protección del yo. Para Freud la escisión del yo se puede presentar en las neurosis, en el fetichismo y en la psicosis (1924, 1938). Mientras que para Klein (1957) la *escisión* es un mecanismo defensivo del yo, que puede convertirse en patológico en los estados paranóicos y esquizofrénicos.

En el *Esquema del psicoanálisis* (1938), Freud señala que la *escisión del yo* se presenta como respuesta del infante ante un conflicto psíquico, y consiste en la formación de dos posturas psíquicas, en vez de una. La primera toma en cuenta la realidad objetiva, y la segunda bajo el influjo pulsional, desorganiza al yo de la realidad; ambas posturas coexisten, y “el desenlace depende de la fuerza relativa de ambas” (Vol.23. p. 203-4). Entones, la pregunta obligada es ¿Qué le sucede al yo, en este intento por satisfacer a la realidad y al ello? Al respecto, Freud responde que el resultado se alcanza a expensas de una *desgarradura en el yo* que nunca se

reparará, sino que con el tiempo se hará más grande y estas dos reacciones contrapuestas subsistirán frente al conflicto como núcleo de una *escisión del yo* (p.275-276). (Las cursivas son mías).

Como se puede observar, ante un conflicto donde se da simultáneamente satisfacción tanto al deseo como a la realidad objetiva, el yo se sacrifica desgarrándose, es decir, utilizando como mecanismo defensivo la *escisión*. Observamos en este proceso que el "yo no se divide completamente" solo se desgarrar, se fractura pero no se rompe por completo, de hecho ni en las psicosis el yo se divide por completo solo en casos extraordinarios, que no se documentaran aquí.

Para el psicoanalista Green (1994) la diferencia de la escisión del paciente fronterizo respecto al paciente psicótico, es que en el primero se da una escisión en "detalle", la cual no se reduce a un clivaje como el que se produce en la depresión, mientras que en la psicosis, la escisión es completa. ¿Cómo se manifiesta esta escisión? El autor señala, que en los pacientes con trastorno fronterizo existe una escisión entre los padres, de acuerdo a la concepción: de lo malo y lo bueno, lo persecutorio y lo idealizado definidas por Klein, en donde uno de los padres se percibe como totalmente malo y el otro como totalmente bueno. En esta relación el objeto parental bueno se percibe como ineficaz y la sobrevaloración de la idealización (bueno) no defiende de la maldad omnipotente del otro progenitor. Esto se puede observar clínicamente, en los conflictos del paciente fronterizo con su madre, a quien ve como mala, hostil y persecutoria.

Ahora habría que responder ¿Cuál es la especificidad del fronterizo? Green explica que la *escisión* se da en dos niveles: 1) La escisión entre lo psíquico y lo no psíquico (soma y mundo exterior) y 2) La escisión entre el adentro y el afuera está determinada por la constitución de un contenedor yoico, y sostén, que no opera como cáscara protectora. Las fronteras del yo son elásticas. No obstante, esa flexibilidad no se dirige hacia una conducta adaptativa, sino que opera como una “fluctuación de expansión, de refracción, o de ambas, para enfrentar la angustia de separación (de pérdida), la angustia de intrusión (de implosión) o ambas” (1994, p.113). Lo variable de estas fronteras en el yo no enriquecen la experiencia del sujeto, sino más bien aparecen como una pérdida de control, que se ha convertido una última opción antes que el sujeto se desestructure o se desintegre por la pérdida, es decir, el ser sujeto fronterizo protegerá al yo vulnerable, que además es rígido y le falta adecuada cohesión.

Green considera que el yo en los fronterizos se conforma por distintos núcleos que no se comunican y a manera de metáfora, lo considera como diferentes islas de un archipiélago que no tienen contacto.

Pero ¿qué es lo que clínicamente implica esta metáfora? que existan fallas en la cohesión, en la unidad y en la coherencia. Por lo que se observan en esta entidad clínica pensamientos, afectos, fantasías contradictorios, que coexistirán, pero además subproductos contradictorios de los principios de placer y realidad. Puntualiza Green estos núcleos yoicos (islas), tienen menos importancia que el espacio que las rodea, definido como vacío. Por lo que en la clínica habría que trabajar terapéuticamente en estos espacios y clarificar al paciente su significado a fin de que una las

representaciones, pensamientos y afectos El concepto de *Vacío*, se define “como la falta de integración que comunica al observador una sensación de frialdad, una ausencia de vitalidad, como si esas islas o yoes separados (relaciones self-objeto) no llegaran a formar un ser individual” (Green, 1994, p.113). Aquí se está refiriendo a la transferencia que emana el paciente fronterizo y que es percibida por el terapeuta.

Finalmente, no existe una escisión total, ni al interior de las pulsiones, ni entre el cuerpo y el alma. Tampoco se da en el interior del yo y sus interrelaciones; con el ello, el superyó y la realidad. Por tanto, habremos de considerar lo fronterizo como una frontera móvil y fluctuante (Green, 1994).

Donet y Green (1974) consideran que existen dos polaridades defensivas en el aparato psíquico. Uno es la escisión y el otro la depresión, y agrega “no entiendo lo que se suele describir con este término, sino, una desinvertidura radical que engendra estados anímicos en *blanco* sin componentes afectivos, sin dolor, sin sufrimiento, los rasgos clínicos son una serie de fenómenos que aquejan a los fronterizos, dificultad para la representación mental, mala concentración, imposibilidad de pensar, todos los cuales ya han sido presentados como psicosis blanca” (p.114). Situación que se presenta frecuentemente en la clínica de los pacientes fronterizos.

◆ La actuación en el paciente fronterizo

¿Qué es la actuación? Laplanche y Pontalis (1983) en el diccionario de psicoanálisis comentan que *actuar*⁹ según Freud, en el que el sujeto dominado por

⁹ *Actuar* en alemán es *Agieren* y en inglés *acting out* en México se utiliza con mayor frecuencia este último término en lugar de actuación.

sus deseos y fantasías inconscientes, los revive en el presente con un sentimiento de actualidad, mientras más vivo aparezca el acto, mas se desconoce su origen y su carácter repetitivo. Entonces el actuar tiene que ver con la transferencia y el acto a la compulsión a la repetición. El sujeto reemplaza el impulso por el recuerdo y lo podemos observar en la psicoterapia, en la elección de una pareja o cuando el sujeto se distrae ocupándose con otra actividad diferente que encubre su verdadero deseo en el tratamiento, entonces la actuación es un tipo de defensa que encubre al conflicto, es decir, actúa para no pensar.

Litman (1967) define la actuación como cualquier acto que trata resolver un conflicto interno, convirtiendo la palabra no verbalizada del conflicto en acción.

Gutier y Mayer (1998) consideran que con el paciente fronterizo, nos hallamos con un sujeto que actúa sus tensiones afectivas para manejar sus impulsos en estado bruto, y no muestra una elaboración psicológica. Presenta dificultad para controlar sus impulsos y para ajustarlos a la realidad.

Pero ¿qué actúa el fronterizo? actúa sus más básicos temores, pone en escena y re-presenta, su más temida fantasía de ser abandonado, situación que lo atormenta, por lo que se aferra al *objeto (anaclítico)* y trata de hacer lo imposible por recobrarlo, antes de enfrentarse a la angustia de separación. Incluso intentará quitarse la vida, antes de perderlo, o en otras circunstancias se apartará de la realidad parcialmente, a través de conductas regresivas como la disociación y los pensamientos paranoides.

El sujeto fronterizo clama por ser aceptado, amado y deseado, convirtiéndose en un esclavo de su fantasía y en un verdugo de su acompañante en turno. Pronto se convierte en un alienado de la relación, de la que se nutre de manera parasitaria. Entonces a nivel relacional y transferencial idealizará cada nuevo vínculo como si fuera el primero, confundirá las señales de aprecio con las de amor, y sus fantasías concientes de protección y cuidado lo llevarán de una cadena asociativa de atributos ideales, que tratan de revivir al primer objeto (la madre). En un círculo vicioso, se involucrará en relaciones intensas, efímeras y circunstanciales que lo dejarán más vacío.

Resumiendo, los pacientes fronterizos *actúan* en lugar de pensar y como dice Green (1994) la actuación, es el conjunto de afectos que operan como representaciones y éstas como afectos, la actuación no se limita a las acciones: fantasías, sueños palabras, usurpan la función de la acción. La actuación satura y no permite la suspensión de la experiencia.

En mi opinión el paciente fronterizo, se ha convertido en un sujeto “oscilante” de “descarga” energética, donde el Yo no ha desarrollado la capacidad para postergar ante la frustración y responderá de manera impulsiva y sin miramientos. Su frágil constitución psíquica (narcisismo) lo lleva a someterse a un *ideal del yo* inmaduro y primitivo que lo castigará sin que pueda tener una representación mental de lo que le sucede, por lo que no aprenderá de su experiencia y no le generará una auténtica culpa. El paciente fronterizo experimenta su vida emocional en “sensaciones” primitivas, difusas que no llegan a lograr un nivel constante de ansiedad, de tristeza, o

de temor, es decir, son “estados” en los que transitará sin que pueda aprender de su experiencia.

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

El trastorno Límite de la Personalidad es una entidad clínica que desde hace medio siglo se ha venido modificando, como sucede con la mayoría de las nosologías que incluyen las aportaciones derivadas de la investigación. Esta categoría clínica ha cursado por un acalorado debate que aún no termina, tanto de su denominación diagnóstica, como del cuadro nosológico. No obstante, existen avances en la clínica, la investigación y por ende en la teoría que permiten construir mejores estrategias de abordajes terapéuticos. Las aportaciones provienen del psicoanálisis, la psicología, la psiquiatría y la genética, principalmente.

En esta investigación se considera la definición de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) que a través del DSM IV (1995) definen el trastorno de la personalidad como “un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o a principio de la edad adulta, se establece a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto” (p. 645).

La siguiente definición *descriptiva* y no *metapsicológica* del DSM-IV servirá para elaborar y cotejar el diagnóstico diferencial a través de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastorno de la Personalidad, (First, et al., 1999), conocida en el medio clínico y de investigación como el SCID-II.

Tabla. No. 1.1 Criterios para el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad DSM-IV

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

- 1.- Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
- 2.- Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizados por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- 3.- Alteración de la identidad: auto imagen o sentido de sí mismo acusada 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)
- 5.- Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos 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 una hora 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”.

Fuente DSM-IV(1995, p.645)

El diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad del DSM IV- es similar con el Trastorno Borderline la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la CIE-10. (1992).

◆ **El inicio y el curso del padecimiento**

La presentación del padecimiento se da al principio de la edad adulta y el curso o modo de presentación es variable e insidioso. Sin embargo, existen casos documentados de pacientes diagnosticados al inicio de la adolescencia o en la infancia (Kernberg P. 1982)

Según el DSM-IV (1995) El curso del padecimiento es variable. Lo habitual es encontrar un patrón de inestabilidad crónica al inicio de la edad adulta, que se acompañan de episodios de grave descontrol afectivo e impulsivo. Estos usuarios utilizan con mayor frecuencia los servicios de salud mental. El deterioro producido por el trastorno y los comportamientos suicidas se incrementan en los primeros años de la edad adulta y disminuyen con la edad. La mayoría de los paciente entre la cuarta y quinta décadas de vida, tienden a la estabilidad en sus relaciones y su actividad profesional. Sin conocerse la causa aún.

◆ **Diagnóstico diferencial**

El Manual del DSM-IV (1995) sugiere diferenciar el Trastorno Límite de la Personalidad con seis trastornos de la personalidad que son: 1) el Trastorno de la Personalidad Histriónico, 2) el Trastorno Antisocial de la Personalidad, 3) el Trastorno Narcisista de la Personalidad, 4) el Trastorno de la Personalidad por Dependencia, 5) el Cambio de Personalidad debido a Enfermedad Médica y finalmente 6) los síntomas que se pueden presentar en asociación con el consumo crónico de sustancias.

◆ **Epidemiología y prevalencia del Trastorno Límite de Personalidad (TLP)**

Los investigadores Gunderson y Zanarini (1987) reportan que en poblaciones clínicas el TLP es el diagnóstico que más se asigna en los trastornos del Eje II y su prevalencia oscila entre el 15 y 25%. Phillips y Gunderson (1999) en el texto de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) reportan datos similares, entre 12 y 15% de todos los diagnosticados en población clínica. Mientras que en población general

(Baron et al., 1985; Gunderson & Zanarini, 1987; Loranger et al, 1982; Swartz et al., 1990) reportan una prevalencia que va del 1.8% a 4%.

En España Belloch y Fernández (2002) señalan que los datos disponibles sobre prevalencia de los Trastornos de Personalidad son desiguales y poco confiables. Aún así, se estima que la frecuencia de estos trastornos en la población general es 6 al 2% cifra elevada y la tasa aumenta con la comorbilidad de otros trastornos mentales entre el 20-40%.

También en España, Pérez, A. (2003) revisa una serie de investigaciones y resume las tasas de prevalencia media y ponderada de los trastornos específicos de la personalidad, procedentes de encuestas epidemiológicas aleatorizadas en su mayoría.

En las que resume y reporta las prevalencias de los trastornos de personalidad de tres estudios epidemiológicos (Mattia & Zimmerman ,2001; Gioralmo & dolito, 2001; Torgensen et al 2001) con resultados similares en el análisis no ponderado, siendo ligeramente menor el resultado ponderado en las que encontramos el trastorno límite de la personalidad con tasa de prevalencia de 0.7 % de la población general (véase la Tabla 1.2).

Tabla No. 1.2 Prevalencias no ponderadas y ponderadas en trastornos de la personalidad

Tipo de trastorno de la personalidad	Tasa de prevalencia		
	No ponderada (Mattia & Zimmerman)	No ponderada (Gioralmo & Dolitto)	Ponderada (Torgensen et al)
Paranoide	1,1	0,6	2,4
Esquizoide	0,6	0,4	1,7
Esquizotípico	1,8	0,6	0,6
Antisocial (disocial)	1,2	1,9	0,7
Límite	1,1	1,6	0,7
Histriónico	2,0	2,0	2,0
Narcisista	0,0	0,2	0,8
Por evitación (ansioso)	1,2	0,7	5,0
Por dependencia	2,2	0,7	1,5
Obsesivo-compulsivo	4,3	1,7	2,0

Los datos están expresados en porcentaje de la población general.
Fuente Pérez A. (2000, p.190)

Concluye que Pérez A (2003) que los datos acumulados sugieren que la prevalencia oscila entre 1 y 3% y no existe gran diferencia entre varones y mujeres en su conjunto. Con esta información se observa que la epidemiología del Eje II esta lejos de alcanzar la prevalencia de los trastornos del Eje I.

Con relación al trastorno Límite en España el autor reporta la tasa de prevalencia media de 1.6%, mientras que en los pacientes hospitalizados oscilan entre 14 y el 20% y representan entre el 20 y 42% de todas las admisiones en hospitales especializados.

Datos similares fueron reportados por los españoles Molina et al. (2003) quienes consideran que la prevalencia del trastorno límite de la personalidad oscila

entre 1% y 2% de la población, es la categoría diagnóstica más frecuente en las poblaciones clínicas inclusive de distintas culturas del mundo. Sea cual fuere los instrumentos que se utilicen para su diagnóstico, sigue siendo el trastorno de la personalidad más frecuente.

En México, Cuevas, Camacho y colaboradores (2000) coinciden “en las estimaciones de los estudios epidemiológicos de varios países el trastorno límite de la personalidad se encuentra entre el 1.2% y el 4.6% de la población general, en el 10% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios, en el 20% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados. En nuestro país se ha encontrado una prevalencia de 2.0% y en las mujeres del 1.7% (Cuevas et al. 2000) hasta en 35.7% de los pacientes psiquiátricos del Hospital Militar” (p.2).

En la Unidad Sede¹⁰ en el 2007 se reporta una prevalencia del 1.39% que se encuentra dentro intervalo de la población general a nivel internacional.

En cuanto a la variable edad los investigadores Cohen, Nedstadt y cols. 1994 (citado por Pérez, A. 2003) reportan que el trastorno límite tiene una presentación bimodal en la adolescencia (alrededor de 14 años y luego otro pico en la adolescencia tardía), a la par presentan prevalencias en torno al 10% en varones y hasta el 18% en mujeres. El diagnóstico suele elaborarse antes de los 40 años (Molina et al, 2003, Swart, et al. 1990). Con relación a la variable sexo, Pérez (2003), Gabbard (2000) y (Gunderson et al., 1991) reportan que al menos tres de cada cuatro pacientes con trastorno límite de la personalidad son mujeres.

¹⁰ Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos perteneciente al sistema de hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social

En lo referente al nivel educativo los trastornos de personalidad (esquizoide, esquizotípico, antisocial, límite y dependiente) están asociados en términos de prevalencia a un menor nivel educativo. En lo que respecta al Estado Civil Pérez, A. (2003) la proporción de solteros en el TLP es mayor comparados con la población general. Finalmente, este autor considera que en la variable de la ocupación no hay muchos datos disponibles que permitan su comparación lo cual impide hacer generalizaciones en este rubro.

◆ Comorbilidad

La mayoría de los cuadros clínicos no son puros y algunos de ellos se encuentran compartiendo rasgos clínicos con otras entidades nosológicas.

Franco et al. (2003) comentan que la comorbilidad es más una regla que una excepción. Las cifras de los trastornos comórbidos pueden ser muy variadas en función del diseño de trabajo y la muestra empleada.

Por su parte Gabbard et al. (2003) reportan que en Eje I los trastornos del estado ánimo, los trastornos relacionados con sustancias, los trastornos de la conducta alimentaria (especialmente la bulimia), el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de angustia y el trastorno de déficit por atención, presentan mayor comorbilidad con el trastorno límite de la personalidad situación que complica y empeora el curso del padecimiento.

Ejemplo de ello es la investigación de Zanarini et al. (1998) reportan una muestra de 504 pacientes donde encontraron a 379 con TLP en comorbilidad con los trastornos del Eje-I, el 96.3% habían sido diagnosticados con trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, distimia o trastorno bipolar II), mientras el 84% con trastornos por ansiedad; el 64.1% presentó consumo de alcohol y drogas (en varones principalmente); el 25.6% bulimia nerviosa y finalmente el 20.8% con anorexia nerviosa (en mujeres principalmente)

En lo referente al Eje II del DSM-IV de los trastornos de la personalidad la comorbilidad más frecuente corresponden al trastorno de personalidad antisocial, por evitación, histriónico, narcisista y esquizotípico.

En resumen, el trastorno límite es el padecimiento más prevalente dentro de los trastornos de personalidad tanto en población abierta como en población clínica, es el diagnóstico que más tentativas suicidas presenta y el de mayor índice de comorbilidad situación que complejiza el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento.

EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO

Escuchar alguna historia de suicidio no parece ser una experiencia ajena a nuestras vidas, quizá lo que nos invade y hace reflexionar es la primera sensación al saberlo.

La organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que en el 2004 en promedio se suicidaron aproximadamente un millón de personas en el mundo, casi la mitad de todas las muertes violentas, las estimaciones indican que para el año 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones (WHO, 2004). Por su parte el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Historia (INEGI), reportó 3563 suicidios en 2005 en la república mexicana (INEGI, 2007), si a ello sumamos el número de duelos de personas por familia, quizá podríamos imaginarnos parte del problema que trasciende al individuo, a la sociedad y a las culturas. Actualmente se considera un problema de salud, que como otros problemas no se resuelve totalmente en la clínica, el problema es tan complejo que se le reconoce como un fenómeno multifactorial, matizado por los valores morales, éticos, religiosos, la ideología, la cultura, la religión etc., y todos ellos proporcionan el marco de referencia para que el sujeto atribuya significados singulares a su discurso del acto suicida.

El fenómeno ha sido estudiado por la sociología, la antropología, la psicología, el psicoanálisis, la psiquiatría, la filosofía, la ética, entre otras disciplinas, que analizan, evalúan e interpretan el comportamiento suicida desde sus propios paradigmas y concepciones epistemológicas, utilizando métodos y técnicas para tratar de comprender el fenómeno y responder a las interrogantes que genera su aproximación; condiciones que han llevado a los estudiosos del tema a conceptualizarlo, medirlo, clasificarlo y categorizarlo, generando así un cúmulo de teorías e instrumentos entrevistas, historias clínicas, escalas de medición, test psicológicos, encuestas, cuestionarios, estudios de caso y reportes de necropsias psicológicas, estadísticas etc., alrededor del tema y sus protagonistas.

El comportamiento suicida es analizado de acuerdo a sofisticados estudios epidemiológicos que tienen como objetivo describir la distribución de las enfermedades en la población, estudiar los factores de riesgo para generar planes y programas preventivos a niveles macro, que incluye naciones y continentes, ejemplo de ello son los datos producidos por los investigadores en la Organización Mundial de la Salud (OMS).

◆ Algunos datos epidemiológicos internacionales

Los investigadores Platt, S, Bille-Brahe U, Kerkhof, A., Schmindtke A, Bjerke T, Crepet P. et al. (1992). señalan que la OMS clasifica las tasas de suicidio de una sociedad en función del número de suicidios/100,000. Esto es, habitantes/año, de tal manera que las cifras inferiores a 5/100,000 habitantes/año son consideradas bajas, mientras que entre 5 y 15 medias, entre 15 y 30 altas, y por arriba de 30 muy altas.

La OMS (2002) informa tasas superiores de 30/100,000 habitantes/año. Estonia con 56,0 ocupa el primer lugar; Sri Lanka con 44,6 con el segundo lugar y en el tercero se encuentra Finlandia con 37,9 por continentes la tasa más alta de suicidios en el mundo se encuentra en Europa del Este.

Diekstra señala (1989) que a nivel mundial la tasa más alta de suicidios consumados se encuentra en los países europeos, australianos, canadienses y estadounidenses, en tanto las tasas bajas se encuentran en los países Árabes y en Latinoamérica principalmente.

No obstante, la gran cantidad de esfuerzos por reunir y analizar información de muestras grandes en diferentes países, Jiménez y Díaz-Ceballos (1995) consideran que en relación a la confiabilidad, el análisis estadístico resulta complicado, en tanto que ningún país tiene registros estadísticos confiables.

◆ **Epidemiología del suicidio en México**

En un estudio que abarcó tres décadas sobre la conducta suicida en México, los investigadores Gómez y Borges (1996) encontraron que la mayoría de las investigaciones tratan principalmente sobre los suicidios consumados.

En lo referente a la tasa de suicidios en México Jiménez y Díaz (1995) reportan que el 0.5% del total de muertes en el país, ha registrado incrementos progresivos a nivel epidemiológico, algo que ocurre con la tendencia internacional. Agregan que de 1954 a 1963 se reportó una tasa promedio de 2.5 actos suicidas por cada 100,000 habitantes. En tanto que de 1960 a 1969 la conducta suicida se incrementó un 3% anual, manteniéndose constante para la década de 1971 a 1980. De la misma manera, se ha observado que en casi todo el mundo, la mayor frecuencia se presenta en hombres, y la afección primordial, ocurre en el grupo de 15 a 34 años edad.

México presenta una de las tasas de mortalidad más bajas según Mondragón, Borges y Gutiérrez (2001) ya que en 1999, la tasa por suicidio fue de 3.4 por cada 100,000 habitantes. Si nos ubicamos en los rangos establecidos por la OMS, la tasa

mexicana se encuentra en el rango más bajo, siendo ésta de 5/100,000 habitantes/año. No obstante, la tasa se ha incrementado, pues de acuerdo a información de la Secretaría de Salud, de 1970 a 1998, el suicidio aumentó en 215%.

Gornec (1990) comenta que los datos estadísticos oficiales pierden confiabilidad debido a las estrategias inadecuadas de los registros, las definiciones imprecisas de la causa de la muerte, las inhumaciones clandestinas y el tabú social del comportamiento suicida. Si a esto agregamos algunos accidentes vehiculares, la gente que se arroja al paso del metro etc., encontraríamos que se incrementarían los indicadores y reduciría la confiabilidad de las estimaciones oficiales.

En una investigación epidemiológica¹¹ sobre suicidio en México Borges. Wilcox, Medina-Mora, Zambrano, Blanco, Walters (2005) informaron que el 8.3% reportó haber tenido ideación, el 3.2% un plan y el 2.8% intento(s) suicida(s). La prevalencia para los comportamientos suicidas en los 12 meses previos a la entrevista, fue de 2.3%, 2.0% y 0.6% respectivamente. Además una de cada cuatro personas con intento suicida, reportó haber consultado alguna vez, a un psiquiatra.

◆ **Por sexo**

Mondragón et al. (2001) señalan que la tasa del suicidio consumado en México es de 5.8 hombres y 1.0 mujeres, es decir una relación de 6:1 (Tabla 1.3)

¹¹ Los datos fueron tomados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México (ENEP).

Tabla 1.3 Defunciones y tasa de mortalidad por suicidios en la Republica Mexicana según el sexo, 1970-1998.

AÑO	TOTAL	DEFUNCIONES HOMBRES	MUJERES	TOTAL	TASA HOMBRES	TASA MUJERES	RAZON H/M
1970	554	445	109	1.10	1.80	0.40	4.5
1999	3339	2830	509	3.42	5.85	1.03	5.7

Fuente: SSA Dirección General de Estadística Informática Tabulación sobre defunciones. CONAPO. Estimaciones de Población de México y de los Estados Federativos, 1971-2001 Tomado de Mondragón, Borges y Gutiérrez (2001), cuadro resumido.

◆ **Por edad**

Jiménez y Díaz (1995) informan (marzo de 1992), que según la Secretaria de Salud (SSA) y el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), en los datos sobre la mortalidad en 1989, el suicidio no figura como una de las 20 principales causas de mortalidad general, pero si se elimina a la población menor de 15 años, surge como la causa número 14 de mortalidad, en edad productiva.

◆ **Motivos de suicidio**

Gómez y Borges (1996) analizaron y resumieron las investigaciones sobre conducta suicida de 1966 a 1994, que se realizaron en el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) y concluyen que al parecer las mujeres se suicidan generalmente por problemas familiares, económicos y afectivos, mientras que los hombres se suicidan por enfermedades mentales incurables y por consumo de alcohol. Estos autores consideran que las causas se encuentran en los disgustos familiares, las enfermedades incurables, las decepciones amorosas, la enfermedad mental, la intoxicación por alcohol, los problemas económicos, afectivos y sexuales, la depresión

y las adicciones. Como se puede observar los autores describen un amplio espectro de motivos para el suicidio.

◆ **Métodos suicidas**

La elección del “método de suicidio” se encuentra determinada por factores culturales y coyunturales. Por ejemplo, aventarse de edificios altos o arrojarse al metro son métodos utilizados en las grandes urbes. Otro método empleado continuamente es la intoxicación por fármacos. Otra manera, es la combinación de diferentes métodos que incrementa la letalidad de la tentativa suicida; que se convierten en parámetros que permiten valorar la letalidad del riesgo de la tentativa suicida.

Las investigaciones internacionales, Smith, Conroy, Ehler (1984), Buda y Tsuang (1990) y los nacionales, Gómez y Borges (1996) coinciden en reportar que los hombres intentan menos el suicidio, pero lo logran más, utilizan métodos más letales y violentos; mientras que las mujeres presentan más tentativas de suicidio, con menos éxito, y utilizan preferentemente como método, la sobredosis de medicamentos y cortarse las muñecas.

Smith et al. (1984) presentan una de las clasificaciones más completa, conocida como la Escala de la Letalidad del Intento Suicida, con ocho categorías principales, tres de ellas divididas por subcategorías. Los métodos son: fármacos/drogas con efectos sedantes, fármacos/drogas sin efectos sedantes, fármacos/drogas sin efectos sedantes y otras sustancias ingeridas, armas de fuego,

auto-mutilación, ahogamiento, cortes, defenestración y ahorcamiento. No obstante las similitudes de la clasificación de los métodos suicidas, la categorización mexicana tiene sus diferencias como se podrá observar.

La evaluación de los métodos¹² suicidas utilizados en esta investigación se basó en los propuestos e investigados en México por Terroba y Saltijeral (1987) que son: sobredosis de fármacos, estrangulamiento, armas de fuego, envenenamiento, sumersión (ahogarse), quemadura, mutilación (de venas), precipitación (tirarse de algún sitio alto) y gas venenoso.

◆ Factores de riesgo

Los factores de riesgo para la conducta suicida son los comportamientos, los estilos de vida y las características inherentes que están asociados a los eventos suicidas.

Folino (2004) considera que una de las mejores clasificaciones de los “factores de riesgo” es la que presentan los investigadores Rihmer, Velsá y Kiss (2002) en tres categorías, a saber: 1) primarios.- son factores *médico-psiquiátricos* tales como depresión, esquizofrenia, trastorno por abuso de sustancias, insomnio, desesperanza, comorbilidad con trastorno de la personalidad o de ansiedad o enfermedad médico general severa, intentos de suicidio previos, comunicación del deseo de morir o suicidarse, antecedentes de suicidio en la familia o indicadores de desregulación serotoninérgica. 2) secundarios.- son factores *psicosociales* tales como

¹² Las variables son similares a las utilizadas en el Instituto Nacional de Estadística Geografía informática INEGI en México y en la Organización Mundial de la salud OMS para reportar información sobre el comportamiento suicida.

acontecimientos vitales infantiles negativos -separación, pérdida de progenitores-, aislamiento, divorcio, viudez, pérdida de empleo o eventos repentinos con severo efecto negativo. 3) terciarios.- son factores *demográficos* tales como ser varón, ser adolescente varón, ser anciano, cursar períodos de vulnerabilidad o pertenecer a grupos minoritarios.

En esta investigación se agruparon los factores de riesgo y se estudiaron los que tenían vinculación directa con el Trastorno Límite de la Personalidad, como son: la comorbilidad con otros trastornos mentales y del comportamiento (ej. los estados psicóticos, la depresión, la organicidad, la personalidad antisocial etc.) el consumo de sustancias, el consumo de alcohol, las conductas temerarias y las pérdidas, además de los factores sociodemográficos como el sexo y la edad.

Sin duda la depresión ha sido la enfermedad más asociada al comportamiento suicida. En México la prevalencia nacional de depresión en población adulta, en el 2004 fue de 4.5% y 5.8% en las mujeres y 2.5 en varones (Bello, Puentes, Medina-Mora, Lozano, 2005)

En México, en lo referente al consumo de alcohol y su relación con el comportamiento suicida, los investigadores Terroba et al. (1987) en un estudio de 80 suicidios consumados, 44 suicidas (55%) tenían antecedentes de consumo de alcohol y 36 suicidas (45%) eran abstemios. Los autores enfatizan que es alarmante el hecho de que casi la mitad, se haya encontrado en estado de ebriedad cuando se suicidó, por lo que desde el punto de vista social, la relación alcohol-suicidio es una

asociación de tres variables: consumo excesivo, reacciones sociales negativas y relaciones sociales conflictivas.

En cuanto al abuso de sustancias tóxicas y la ideación suicida, en una encuesta de una población estudiantil los investigadores López, Medina, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzón y Rojas (1995) con una muestra de 3,459 estudiantes, reportaron que el 47% de estudiantes presentaron al menos un síntoma de ideación suicida en el año anterior al estudio y el 17% reportó haber pensado quitarse la vida. Los autores concluyen que la ideación suicida constituye un factor de riesgo importante para el consumo de drogas. La evaluación de las conductas de riesgo son una estrategia necesaria de abordaje clínico para ponderar la letalidad de las tentativas suicidas.

El mayor número de publicaciones sobre el comportamiento suicida se encuentra en el Instituto Nacional de Psiquiatría. Los investigadores Jiménez y González-Forteza (2003) reportan en un estudio descriptivo de las investigaciones sobre suicidio en un intervalo de 25 años, (entre 1982 y 2003) que los investigadores de la Dirección de investigaciones epidemiológicas psicosociales (DIEP) han publicado 56 trabajos de investigación, en los que se ha estudiado el comportamiento suicida, ya sea como la variable principal o como variable secundaria. Las investigaciones señalan que el 66% se llevó a cabo con datos obtenidos de diferentes poblaciones de la ciudad de México; 23% con información de muestras representativas o fuentes nacionales y el 11% de fuentes de otros lugares. Más adelante estos investigadores concluyen que el 30% de los trabajos se centró en la ideación suicida; el 23% en el intento suicida; el 16% en el intento y la ideación

suicida; el 13% en el suicidio consumado y el intento suicida; el 9% en el suicidio consumado; el 5% en el suicidio consumado en niños, el intento y la ideación; finalmente, el 4% en la conducta suicida.

El dato contradice la información de Gómez y Borges (1996) quienes afirman haber encontrado un mayor número de estudios dedicados al suicidio consumado, quizá esta aparente contradicción responda a que el estudio de Jiménez y Forteza (2003) fue realizado siete años después con nueva información y quizá las investigaciones actuales dediquen mayor atención a la ideación y la tentativa suicida, que al suicidio consumado como se mencionó.

◆ **Prevalencia del intento de suicidio en México**

El intento se considera un acto suicida sin consecuencias fatales. La prevalencia de la tentativa suicida en México estaría alrededor de 1.7 a 6.1 dependiendo del resultado de la muestra y el tipo de población estudiada. Por ejemplo, la tabla 1.4 nos proporciona la información, no obstante, los datos parecen no ser tan confiables como lo enfatizan Mondragón y colaboradores (2001) al señalar que los datos sobre intento de suicidio no indican el estado actual ni el desarrollo de este fenómeno en nuestro país, ya que por las limitaciones de la información de las instituciones sobre este tema, en los últimos años han aparecido algunos artículos que informan sobre la prevalencia de los intentos de suicidio y de ideación suicida entre diferentes grupos y poblaciones de México, sin embargo, hasta ahora, ni los datos, ni la información permite conocer el fenómeno en su conjunto, ni ha discutido

sus limitaciones . La tabla 1.4 indica la prevalencia de los intentos de suicidio en adultos en nuestra población-

Tabla: 1.4 prevalencia de los Intentos de suicidio en adultos México

ESTUDIO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	RAZÓN M/H
Estudio en cuatro comunidades del sur del D.F. 1995 (Mayor 15 años)	3.0	2.1	3.9	1.9
Encuesta General D.F, 1995 (18-54años)	3.9	1.6	5.7	3.6
Estudio en pacientes de Hospital General del D.F, 1986 (18-65 años)	6.1	4.6	6.6	1.4
Estudios de pacientes en Salas de Urgencias de Pachuca (18-65 años)	1.7	0.8	2.8	3.5
Encuesta en Trabajadores del IMSS Morelos. 1998-1999 (18-89 años)	1.9	1.6	2.0	1.3

Fuente: Mondragón, Borges y Gutiérrez (2001)

Por otra parte los resultados sobre investigación epidemiológica y clínica permiten hacer algunas aseveraciones. Por ejemplo, Roy (1989), Diekstra (1989), Nielssen, Wang y Billebrahe (1990) reportan que el intento suicida se ha reconocido como uno de los indicadores de futura consumación y este riesgo es mayor en pacientes psiquiátricos.

Para el clínico, esta información se convierte en un indicador que ayuda a formular el pronóstico, fase importante en la valoración diagnóstica y toma de decisiones para el tratamiento.

La prevalencia en México del intento de suicidio tiene un rango que va de 1.9% al 3.9% en el total de la población, la literatura internacional reporta prevalencias que van de 2.2% al 20% en población adolescente y adulta (Mondragón et al., 2001), mientras que Borges et al (2005) reportan una prevalencia de 2.8%.

◆ Prevalencia de la ideación suicida en México

La ideación o amenaza suicida es considerada como una insinuación o afirmación verbal que expresa una persona con intención de quitarse la vida. Esta comunicación podrá considerarse como una petición de ayuda.

Es prioritario que en toda labor clínica, cualquier amenaza de suicidio se le considere seria, como una clara señal de advertencia. Los investigadores Beck, Rush y Shaw (1979) consideran que la etiología involucrada en el intento suicida es un continuo siendo prioritario estudiar los deseos, los planes, los sentimientos de minusvalía, las pérdidas recientes, al aislamiento, la desesperanza y la dificultad para pedir ayuda de las personas que intentan suicidarse.

La prevalencia de la ideación suicida en población adulta según el INP oscila de 6.4 a 10.1 sin que exista un dato preciso, ver la Tabla 1.5

Tabla. 1.5 Prevalencia de la ideación suicida en población adulta en México

ESTUDIO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	RAZÓN M/H
Estudio en cuatro comunidades del Sur del D.F. 1995 (mayor 15 años)	6.5	5.7	7.2	1.3
Encuesta General en el D.F. 1995 (18-54 años)	6.7	3.4	9.2	2.7
Estudio de pacientes de Hospital General en D.F. 1986 (18-65 Años)	10.1	6.8	11.6	1.7
Estudio de pacientes en Salas de Urgencias, Pachuca	5.7	3.7	7.9	2.1
Encuesta en trabajadores del IMSS, Morelos. 1998-1999 (18-89 años)	6.4	6.2	6.4	1.0

Fuente: Mondragón y colaboradores (2001)

Medina-Mora, Rascón, Tapia, Mariño, Juárez, Villatoro, Caraveo y Gómez 1992 escriben que en un estudio a nivel nacional sobre los trastornos mentales entre la población urbana de más de 18 años, se encontró que el 34% había tenido uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior al estudio, y entre el 10% y 14% de la población había tenido ideación suicida; entendiéndose con esto, que el sujeto había pensado en “dejar de existir”, en que “no valía la pena vivir” o que “más valía morir”. Se observó que la ideación suicida había sido más frecuente entre los jóvenes de 18 a 25 años de uno y otro sexo. Finalmente, en una investigación epidemiológica en población mexicana con adultos Borges et al (2005) reportaron que el 8.3 respondió haber tenido ideación suicida.

◆ Estudios prospectivos

Por otra parte los estudios prospectivos han encontrado relación importante entre el riesgo y el tiempo Hawton (1987) encontró que el riesgo de suicidio es mayor durante la semana siguiente de su ingreso a un hospital, también durante el mes posterior al alta y durante la recuperación. Por lo que sería importante en cada persona hospitalizada hacer un seguimiento con citas programadas y evaluar su estado actual y proceder clínicamente en consecuencia, como se hizo en esta investigación.

Otra aportación sustantiva de este tipo de estudios es la vinculación de aspectos clínicos con etapas evolutivas Fawcett, Clark y Busch (1993) señalan que los signos que se asociaron con el suicidio a corto plazo (1 año), fueron del grupo ansioso: ataques de pánico, ansiedad severa, deterioro de la concentración, agitación

psicomotriz, insomnio global, abuso de alcohol y anhedonia severa; por otra parte, los signos que se asociaron con el suicidio a largo plazo (2 a 10 años) fueron: desesperanza, intentos previos de suicidio, ausencia en la casa de hijos menores de 18 años y el abuso combinado de alcohol y otra sustancia, que aumentó 10 veces la probabilidad.

◆ **Prevalencia de la conducta suicida en el Trastorno Límite de la Personalidad**

El intento de suicidio en los TLP es la causa más frecuente de hospitalización de esta población clínica, en el sector salud (Gabbard, Going, Gunderson, Spiegel, Stone y Phillips 2003, DSM IV-1995). Por su parte Kernberg (1987) considera que con frecuencia los riesgos suicidas son la presentación del padecimiento.

El DSM-IV incluye los comportamientos, e intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación, como el quinto criterio diagnóstico dentro del Trastorno Límite.

El DSM-IV (1995) reporta que del 8 al 10% llegan a consumar el acto suicida, similarmente Zanarini, Franckerburg, Duvo, Sickel, Trickha, Levin y Reynolds (1998) calculan el 9%, mientras que Frances y Roos (2003) reportan 5-10% de la población clínica.

Los investigadores Link y Helsegrave (2000) en un estudio prospectivo con 130 pacientes reportan una tasa de suicidio de 4.6% considerando que los factores que modifican el pronóstico de manera desfavorable son: la impulsividad, el uso de

sustancias, el grado de psicopatología de TLP, el abuso sexual y los rasgos paranoides.

Soderbeg (2001) reporta que la relación entre trastorno de la personalidad y suicidio da cifras de hasta el 40% de suicidas que reúnen características para el diagnóstico de Trastorno de la Personalidad. El más frecuente entre los suicidios y parasuicidios parece ser el Límite. En los sujetos que sufren un trastorno de la personalidad el suicidio está también más asociado al sexo masculino. Mientras que los españoles Franco, Sanmartín y Ubago (2003) señalan que un estado depresivo agudiza y hace más evidentes las conductas impulsivas y autodestructivas del paciente con trastorno fronterizo.

Gabbard et al. (2003) destacan que una de las características del TLP es el comportamiento autodestructivo impulsivo, que incluye la conducción temeraria, los gastos descontrolados, los hurtos, los atracones y las purgas, el abuso de sustancias, el comportamiento sexual de riesgo, la auto-mutilación y los intentos de suicidio. Se cree que este comportamiento refleja las dificultades que los pacientes con trastorno límite de la personalidad tienen para modular y contener sus intensas emociones o impulsos.

En un reciente estudio en Estados Unidos de Norte América sobre el estatus de los pacientes con trastorno Límite de la personalidad con alta letalidad suicida, en una población de 113 sujetos, los investigadores Soloff , Fabio, Kelly , Malone y Mann (2005) compararon a pacientes con alta y baja letalidad, para conocer su estatus clínico. Encontraron que 81 eran mujeres que representaban el 71%, y 32 varones

que representaban el 28.3% compararon dos grupos de pacientes con TLP. Ochenta y siete eran caucásicos (77%) mientras que 26 fueron de grupos minoritarios (23%) predominantemente afroamericanos, la media fue de 29 años y la desviación estándar de 8.3 años, en un rango de sujetos de 18 a 50 años.

En la comparación de grupos encontraron que 44 sujetos intentaron el suicidio considerados de alta letalidad y 69 de baja letalidad. Los pacientes del primer grupo eran significativamente mayores de edad y con bajo nivel socioeconómico y educativo. No encontraron asociación entre el género, la letalidad y la responsabilidad en el cuidado de los hijos. En el mismo estudio Soloff et al. (2005), en lo referente a psicopatología del Eje I del DSM-IV, describe que los sujetos presentaron comorbilidad con el trastorno distímico en un 79% y en el 50% con trastornos depresivos mayores, siendo estos últimos los que manifestaron mayor letalidad en sus tentativas suicidas.

En lo referente a la comorbilidad con los trastornos del Eje II en 62 sujetos que representaban el 54.9%, se encontraban los diagnósticos que fueron de mayor prevalencia y presentaron mayor letalidad (trastornos del grupo B: histriónico, narcisista y antisocial).

La severidad de Trastorno Límite de la Personalidad fue evaluada con la entrevistas *Diagnostic Interview Borderline* (DIB) Gunderson y el IPDE (Examen Internacional para los Trastornos de Personalidad) los síntomas esquizotípicos se encontraron en 61% de los evaluados. Sin embargo, no fueron relacionados con la letalidad.

En resumen, en el trastorno límite la “alta letalidad” suicida se asocia más a pacientes de mayor edad, de bajo nivel socioeconómico y educativo, con algún trastorno depresivo agregado y características de los trastornos del grupo B (histriónico, narcisista y antisocial) además del trastorno esquizotípico.

Dulit (1994) presenta correlatos clínicos de la automutilación en los desórdenes de personalidad fronteriza, reportando que existe un subgrupo de pacientes límite de intensidad grave, que se autolesiona con frecuencia, este grupo utiliza mucho los servicios psiquiátricos, tiene un riesgo elevado de conducta suicida y de presentar de forma comórbida depresión mayor y trastornos de la conducta alimentaria

Para López (2004) un caso típico de lo que considera la “baja letalidad”, o bajo riesgo suicida, sería: una persona del género femenino menor de 45 años de edad, casada, con empleo y buenas relaciones interpersonales, con un ambiente familiar estable; buen estado de salud, bebedora social, con una depresión leve, ideación suicida escasa, moderada y transitoria, dentro de una personalidad normal; ejecuta su primer intento suicida de forma impulsiva, con métodos poco letales y manifestación de rabia hacia los demás y no hacia ella misma. Muestra deseos de cambio y puede beneficiarse de la psicoterapia, su introspección es buena y sus afectos pueden controlarse, en general muestra buenas relaciones e interacción social e interés en su familia.

♦ **Algunos factores de riesgo asociados al comportamiento suicida en el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)**

En la labor clínica y en la investigación el indicador que se asocia más al suicido consumado es la *desesperanza* y posteriormente los estados afectivos principalmente con diagnóstico de depresión mayor. Si a ello sumamos conductas de consumo de alcohol y drogas –conductas recurrentes en los TLP- podemos inferir que el riesgo suicida aumenta a niveles letales.

♦ **La desesperanza y depresión**

La desesperanza es un aspecto que se asocia directamente a la tentativa suicida. La desesperanza fue concebida por Beck, Weisman, Lester, Trexler (1974) como un estado psicológico de expectativas negativas y se ha convertido un importante predictor de la ideación y la conducta suicida, mejor que la depresión *per se*.

Investigaciones internacionales Beck, Steer, Beck y Newman (1993) reportan un estudio en una población clínica de pacientes psiquiátricos, en el que trataron de establecer si las personas diagnosticadas con depresión manifestaban una tendencia mayor a manifestar ideas suicidas que las personas con desesperanza. La muestra estuvo constituida por 1306 adultos con trastornos del estado de ánimo y 488 pacientes sin trastornos. Los instrumentos fueron el Inventario de Depresión (Beck et al., 1976) la Escala de Desesperanza (Beck et al, 1974) y la Escala de Ideación Suicida (Beck, Kovacs y Weisman 1979) El análisis estadístico demostró que la desesperanza era más importante que la depresión para explicar la ideación suicida.

En México Mondragón, Saltijeral, Bimbinela y Borges (1998) estudiaron la ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol, encontraron que el análisis simple de la variable desesperanza reveló una relación de incremento en el riesgo según aumenta la escala. Los pacientes con niveles elevados de desesperanza (ubicados en el cuarto Cuartil) tienen un riesgo 6 veces mayor de presentar ideación suicida. En este mismo estudio los investigadores concluyen que los resultados muestran que “hay una estrecha relación entre la ideación suicida y la desesperanza” (p.25).

◆ Alcohol y conducta suicida

En México, Terroba et al. (1987) estudiaron la relación del consumo de alcohol con la conducta suicida. Estudiaron 80 suicidios donde el consumo de etanol desempeñó un papel importante, en personas mayores a 14 años. En esta investigación 345 casos fueron representativos en 1980 y fueron registrados en el servicio de medicina forense. Los hallazgos más relevantes indican que el 55% (44 personas) había ingerido bebidas alcohólicas cuando se suicidó, de estos 44 individuos, el 43% resultó ser alcohólico. La edad de los sujetos era de entre 25 y 34 años de edad.

Los autores concluyeron que desde el punto de vista social, la relación alcohol-suicidio es una asociación de tres variables: consumo excesivo, reacciones sociales negativas y relaciones sociales conflictivas.

◆ Drogas e ideación suicida

En nuestro país, López, Medina-Mora et al (1995) investigaron la relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas, que derivaron de los resultados de una encuesta en población estudiantil. Los autores enfatizan que la ideación suicida se asocia a la desesperanza, pobre autoestima, intento de suicidio, depresión y abuso de sustancias. La ideación suicida es un síntoma frecuente e inespecífico que refleja el nivel de conflicto interno. Los investigadores mencionados encontraron que el 47% de los estudiantes presentaron al menos un síntoma de ideación suicida en el año anterior al suicidio; 17% reportó haber pensado en quitarse la vida, y 10% respondió afirmativamente a los cuatro reactivos de la escala... la ideación suicida constituye un factor de riesgo importante para el consumo de drogas, los usuarios de drogas presentan significativamente mayor consumo de drogas que aquellos que no reportaron este tipo de pensamientos.

Para el psicoanalista Litman (1967) el consumo de alcohol en grandes dosis reduce significativamente las funciones de autoconservación del yo, permitiendo que las fantasías latentes de suicidio surjan en la conciencia y que las acciones latentes se actúen, esta conducta es similar en el abuso de sustancias.

En resumen, las conductas de riesgo suicida como la desesperanza, la depresión, el abuso de sustancias y de alcohol pueden presentarse en comorbilidad con el Trastorno Límite de la Personalidad, lo que puede incrementar la letalidad de la conducta suicida. Razón suficiente para considerarlas en la evaluación, como se desarrollará más adelante en la parte del método en la sección de los instrumentos.

◆ Algunos conceptos básicos sobre conducta suicida

A lo largo de este apartado iremos dando algunas definiciones y aclarando algunos términos que son sustantivos para comprender mejor el comportamiento suicida en los trastornos límite de la personalidad. La siguiente exposición se encuentra dividida en tres rubros del comportamiento suicida: el suicidio consumado, la tentativa y la ideación suicida, comportamientos frecuentes en los trastornos fronterizos.

◆ El suicidio consumado

El sociólogo Durkheim (1987) demostró el carácter social¹³ del suicidio y lo definió como un acto personal, propositivo y consciente, mediante el cual el sujeto que lo realiza busca terminar con su propia vida. Desde la clínica psicoanalítica no estaríamos totalmente de acuerdo en suponer que el sujeto está “conciente de su acto” y pensaríamos lo contrario, por lo que habría que aclarar algunas cuestiones.

El estudio del comportamiento suicida es vasto y complejo como lo es casi cualquier conducta humana que se investiga. Más allá de cualquier asunto teórico que pudiera parecer ocioso, propongo diferenciar el concepto de suicidio consumado, en dos clases; la primera es el suicidio como “fin” y la segunda el suicidio como “meta”. Situación que responde a un corte didáctico que pretende ubicar y esclarecer algunas interpretaciones sobre el comportamiento suicida, con el objeto de hacer una lectura focalizada del suicidio consumado.

¹³ Véase el suicidio Emile Durkheim para ampliar el punto de vista sociológico.

Cuándo nos preguntamos ¿cuál es el fin del suicida? podríamos responder pronto, que la finalización de la vida, y cuando tratamos de dar respuesta a ¿cuál es la finalidad por la que alguien se suicida? las respuestas son tan diferentes y complejas como sujetos hay. Sin embargo, podríamos agruparlas y clasificarlas en categorías clínicas o sociales de acuerdo a nuestra disciplina o posición teórica.

Aunque cada caso parece único, no obstante se pueden agrupar cierto tipo de “causas” de suicidio, como se ha hecho tradicionalmente desde la sociología, la medicina, la psiquiatría, la psicología entre otras disciplinas.

El concepto de “suicidio como fin”, permitirá la investigación desde una lectura individual y por ende clínica.

El suicidio como “fin o en sí” se define como el acto que ejecuta una persona para acabar con su vida y así terminar con su sufrimiento, -que supone la salida a un conflicto que el sujeto no pudo manejar y soportar de otra manera-, sin que signifique que el sujeto esté consciente de su acto. Tales casos los descubrimos después de la autopsia psicológica, encontramos gente que había presentado depresión, esquizofrenia o algún trastorno mental de personalidad. En otros casos, los sujetos no tenían diagnóstico psicopatológico, o el sujeto no tenía una patología severa, pero había demostrado en ocasiones previas, su deseo de morir, terminando con su vida. En el psicoanálisis cuando estas personas se encuentran en tratamiento, al suceso se le conoce como un *acting out*, es decir, la actuación de un conflicto inconsciente.

El suicidio como “meta” requiere de una lectura social, cultural, regional, ideológica, etc., se define como el acto que comete una persona o grupo de personas para aniquilarse, pero que no tienen como fin morir, esto es, no buscan morirse, sino que utilizan el suicidio como un medio o instrumento para lograr un objetivo o meta, sea ésta de carácter espiritual, religioso, ideológico, cultural, etc. Este tipo de suicidios “meta” los encontramos documentados en diferentes culturas a lo largo de la historia. El francés Moron (1992), describe una gran diversidad de suicidios, comenta que en la antigüedad, en la India; los sabios comúnmente se suicidaban en las fiestas religiosas como búsqueda del *nirvana*; o en el caso de Japón, algunos nobles utilizaban como método suicida el *hara-kiri* para alcanzar a sus divinidades, guiados por el concepto del honor. En ambos casos, es evidente que la muerte no es el fin, sino la meta o medio para alcanzar otro fin. En el primer caso, los sujetos buscan alcanzar la liberación de todos los males en la nada absoluta y en el segundo caso la meta consiste en seguir un camino espiritual hacia sus divinidades.

En suma estas personas buscan la aceptación religiosa, el honor, la venganza o responden al fanatismo. Como estos ejemplos hay en todo el mundo hasta nuestros días y parece que seguirán existiendo; pensemos en casos como los de algunos árabes que se convierten en hombres-bomba o personas que en la insurrección de algún país mueren por su patria. En estos ejemplos los sujetos parecen estar de acuerdo en sacrificar su vida por causas sociales, donde la muerte no es vista como el acto para eliminar un sufrimiento personal, sino para alcanzar “un ideal”, ya sea la liberación, la patria, la perfección, la purificación del alma etc., y consideran que solo será alcanzado a través del suicidio que se convierte en un instrumento para alcanzar su objetivo.

El asunto se complejiza al grado, de que estas conductas no se pueden leer o interpretar desde una psicopatología, ya que esta no daría cuenta de tales comportamientos, y viceversa en el caso del suicidio “como fin”, las teorías culturales globalizarían la conducta suicida y minimizarían el sentido individual, el deseo, el significado de la decisión de los sujetos y de su conflictiva interna.

Entonces ¿cuál es la utilidad, qué persigue esta consideración? la idea recae principalmente en evitar el prejuicio, la descalificación y la “globalización” de las conductas suicidas. Podríamos totalizar el acto suicida como una resultante exclusiva del ámbito social, o podríamos regionalizarlo en la especificidad de una cultura, o biologizarlo, o psicologizarlo, o quizá convenga reconocer que el asunto es complejo y se encuentra multideterminado, quizá debemos contribuir desde nuestra disciplina, sin pretender concluir que nuestros argumentos representan la totalidad del fenómeno estudiado.

◆ **Intento de suicidio**

El “intento de suicidio”, es también denominado como parasuicidio, tentativa suicida, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Los investigadores Diesktra y Garnefski (1995) lo definen como el acto deliberado que lleva al individuo a hacerse daño así mismo, sin resultados fatales o de muerte.

Se ha utilizado el término de gesto suicida, como el ademán de realizar un acto suicida, donde se incluye el acto, que por lo regular no lleva a lesiones de relevancia

para el sujeto, pero que es necesario considerar seriamente. Como son las mutilaciones (cortes superficiales en las muñecas, algunas laceraciones y cualquier lesión física que no comprometa órganos vitales).

No obstante, algunas personas van más allá de simples gestos por ejemplo sabemos que el 10% de las personas con TLP lograrán el suicidio, situación que nos hace cuestionar en algunos casos si realmente estamos hablando de gestos suicidas o de intentos frustrados. Sea cual sea la respuesta nunca hay que desestimar la tentativa suicida.

En la consulta clínica continuamente se observa a personas que tienen el deseo de morir y su conducta es consecuente. Sin embargo, el método elegido no es exitoso, situación que genera enojo y rabia en los pacientes cuando son reanimados en los servicios de urgencias. Lo primero que expresan estas personas al darse cuenta de su fallida tentativa suicida es mucho coraje, frustración y vuelven a intentarlo en algunos casos hasta que logran su objetivo.

◆ **La ideación suicida**

Beck et al. (1979) definen la ideación suicida como un síntoma frecuente e inespecífico, que refleja el nivel del conflicto interno. La ideación suicida es en principio, una amenaza que puede llevarse a cabo, trae consigo una solicitud de ayuda a la que hay que prestar atención en la clínica. La ideación y la tentativa suicida son comportamientos que siempre habrán de evaluarse en el TLP para formular el diagnóstico y tratamiento del paciente.

Desde el psicoanálisis, la ideación suicida se encuentra a nivel del discurso manifiesto, en el terreno de un deseo que parece ser consciente. Mientras que la tentativa y el suicidio consumado se encuentra en el *acting out*¹⁴ o el pasaje al acto, en la materialización de la pulsión de muerte.

◆ **Abuso sexual**

El abuso sexual es un factor que se presenta frecuentemente en la psicopatología de los trastornos límite de la personalidad y es documentado por la mayoría de los investigadores. La situación del abuso es un indicador de importancia que según las investigaciones agrava el curso y la severidad de los síntomas. Kernberg (1993) comenta que recientes descubrimientos documentan que existe una alta prevalencia de una “experiencia traumática infantil”, particularmente abuso físico y abuso sexual y/o circunstancias caóticas en los primeros 5 años de vida que pueden explicar la predominancia de la agresividad internalizada en las *relaciones de objeto* investida en esos casos.

Los investigadores Zanarini, Yong, Lyne; Frankenburg, Hennen, Reich, Bradford, Margaret & Vujanovic (2002) encontraron que la severidad del abuso sexual reportada en las personas con TLP fue significativamente relacionada con la severidad de los síntomas en cuatro sectores nucleares como son el afectivo, el cognoscitivo, la impulsividad y las relaciones interpersonales conflictivas. Los resultados sugieren que parte del deterioro está asociado al abuso sexual y al

¹⁴ Es un conflicto inconsciente expresado en comportamiento mientras el sujeto se encuentra en psicoterapia.

maltrato infantil. En esta misma investigación Zanarini encontró en una población de 290 pacientes hospitalizados con TLP que más del 50% había sido abusada sexualmente en la infancia, al menos una vez por semana, cuando menos en un año y los responsables fueron dos o más perpetradores, siendo estos los padres o alguna otra persona conocida por los pacientes, en los actos siempre hubo alguna forma de penetración o violencia.

En Canadá Harriet, Fleminmg, Steiber, Lyn, Boyle, Jaimeson, Duku, Walsh, Wong & Beardslee (2001) evaluaron la psicopatología en una muestra de población general, la compararon con las tasas de cinco categorías psiquiátricas, que reportaron una historia infantil de abuso físico y abuso sexual, con aquellos que no lo reportaron. Los resultados mostraron que una historia de abuso físico presentaba una tasa superior en los trastornos de ansiedad, abuso del alcohol/dependencia, y la conducta antisocial. Mientras que las mujeres con historia de abuso físico presentaron tasas superiores y significativas con respecto a la depresión mayor y abuso de drogas ilícitas/dependencia. En este estudio se asociaron en todos los trastornos considerados para mujeres.

En referencia al abuso sexual en varones, la prevalencia tendió a ser superior, asociado el abuso sexual y la dependencia como estructura caracterológica.

Las relaciones entre una historia de abuso físico y el curso del padecimiento varía significativamente de acuerdo con el género en todas las categorías, excepto en los trastornos de ansiedad. Harriet et al (2001) concluyen que una historia de abuso

sexual infantil incrementa la probabilidad del curso de la psicopatología, esa asociación se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres.

En México, Cuevas, P., Camacho, J., Mejía, R., Rosario, Parres, R., Mendoza, J., López, D (2000) en su artículo sobre los cambios en la psicopatología del trastorno limítrofe de la personalidad, en los pacientes tratados con psicoterapia psicodinámica reportan 19 pacientes con este tratamiento, de estos, 3 casos presentaron abuso sexual que representan el 15.7% y 6 casos con abuso físico, que representan el 31.5%.

En nuestro país el abuso sexual es definido en el Código Penal para el Distrito Federal (2007). En el artículo 176, Capítulo II del Título Quinto de los Delitos contra la libertad como “al que sin consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual, la obligue observando o la haga ejecutarlo” (p.174).

En el mismo documento, el Artículo 174 define la violación como “Al que por medio de la violencia física o moral realice cópula con persona de cualquier sexo”...”Se entiende por cópula, la introducción del pene en el cuerpo humano por vía vaginal, anal o bucal. Incluye “cualquier elemento, instrumento o cualquier parte del cuerpo humano, distinto del pene, por medio de la violencia física o moral” (p 174). Estas definiciones fueron consideradas para conceptualizar el abuso y elaborar parte del cuestionario en la (véase en el método el apartado dedicado al cuestionario).

Resumiendo, el abuso sexual en el TLP no siempre está asociado al trastorno, incluso no está ligado como causa algún trastorno en lo específico, ni la depresión, o un trastorno postraumático, por mencionar algunos, sin embargo, es un factor que incrementa la sintomatología del trastorno, y en algunas ocasiones está ligado a las conductas de automutilación o parasuicidas, como se podrá observar en los casos que se analizan. Los resultados de un metanálisis, sobre la asociación entre el abuso sexual en la infancia y el TLP, no apoyaron la hipótesis de que el abuso sea la causa del trastorno (Fossati, Madeddu, Maffei, 1999).

EL SUICIDIO EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

En el trastorno límite de la personalidad siempre es importante evaluar los riesgos suicidas (Litman 1967; Davis, Gunderson & Myers; 1999, Gabbard et al, 2003; Rietdijk, Van Den Bosch, Verheul, Koeter & Van Den Brink, et al, 2001, Kernberg, 2001, Link, Bergmans, & Warwar (2003), Soloff et al, 2005), ya que son con frecuencia la presentación del padecimiento (Kernberg, 1987) y es la base para formular el diagnóstico y plan de tratamiento.

Por su parte Davis et al. (1999) consideran primordial que en la evaluación se contemple la epidemiología, la identificación de factores de riesgo, el impacto de la comorbilidad, la evaluación del riesgo, el significado de los vínculos con el riesgo de suicidio, el uso de hospitalización y medicación en tratamientos combinados, abordar el problema con intervenciones familiares y la contratransferencia con este tipo de pacientes.

El psicoanalista Kernberg (1987) y Kernberg., Selzer, Koenigsberg, Carr & Appelbaum (1995) enfatizan que es prioritario elaborar un diagnóstico diferencial de las conductas crónicas suicidas y parasuicidas de los pacientes con potencial suicida propensos a desarrollar conductas impulsivas que se convierten en comportamientos impredecibles. Este autor propone un tratamiento específico y la derivación de los pacientes -a medios controlados como los hospitales- en los casos que pelagra la vida y no se puede trabajar en consultorios privados. Es importante recordar que el como señalan Freeman y Reeinecke (1995) un “historial de intentos de suicidios previos es una de las predicciones, más segura en futura conducta suicida” (p.181).

Kernberg (1987) propone una exploración psicodinámica especialmente de una psicopatología del odio inconsciente en pacientes fronterizos y el análisis de la *transferencia paterna agresiva*. El autor enfatiza valorar los *deseos* intensos de suicidio en los pacientes que urden un plan, con una historia previa de intentos suicidas, en particular una historia bizarra y violenta de intentos suicidas que se convierten en indicadores de un alto riesgo de suicido; es por ello que se vuelve necesario evaluar el riesgo suicida, en pacientes que se sienten solos, que no tienen pareja, que no se han casado, que se encuentran sin empleo y con una historia familiar de suicidios o de una reciente historia de hospitalizaciones y por lo tanto es prioritario documentar la historia de pérdidas tempranas, enfermedades mentales y fallas sociales que se convierten en factores de riesgo. Entonces, es importante formular el diagnóstico diferencial entre el trastorno límite de la personalidad y cualquier otra entidad clínica como la depresión, la distimia, psicosis, la esquizofrenia, los trastornos afectivos mayores, que también manifiestan conductas impulsivas y tentativas suicidas.

Elementos para diagnóstico diferencial de las conductas suicidas:

1. Evaluar la historia de las conductas suicidas y parasuicidas orientándose por el Diagnóstico de las tendencias suicidas (Kernberg, 1987)
2. Combinar una evaluación acerca de la depresión y del potencial suicida, recordar que no todos los pacientes depresivos son suicidas, y no todos los que se suicidaron estaban deprimidos (Kernberg, 1987, 1995).
3. Evaluar la severidad persistente, la “fluctuación de síntomas” depresivos y la presencia de síntomas neurovegetativos típicos (como son los cambios en el apetito, el peso, el sueño, la conducta sexual, las funciones digestivas y la ansiedad) además de la posible existencia de una depresión con síntomas de agitación. (Kernberg, 1987, 1995, 2001; Soloff, Lynch, Kelly, Malone & Mann, 2000).

EL SUICIDIO, UNA LECTURA PSICOANALÍTICA

La actuación es definida por Litman (1967) como cualquier acto que pretende resolver un conflicto interno traduciendo la falta de verbalización en acción. La actuación en consecuencia es una conducta manifiesta no verbal de un conflicto inconsciente. Para este autor la actuación es un elemento sustantivo en el estudio de

las conductas suicidas mientras que el potencial del paciente para la actuación constituye un factor crítico para elegir el procedimiento terapéutico.

♦ **Fantasías inconscientes frecuentes en la conducta suicida**

El psicoanalista Litman (1967) considera que existen algunas fantasías inconscientes relevantes que contribuyen al suicidio y que asumen la forma de deseos por ejemplo 1) “un deseo fatigado de cesación, escape, dormir, muerte; 2) un deseo culposo de castigarse, de sacrificarse, de reparar; 3) un deseo hostil de venganza, poder, control, asesinato; 4) deseo erótico de entrega apasionada, de tremendo éxtasis, de reunión con los muertos amados; 5) un deseo esperanzado de vivir, de ser rescatado, de renacer, de comenzar de nuevo”(p.98).

Para este autor el suicidio corresponde a un fracaso en las funciones yoicas señala que recae en la orientación en el mundo externo, la comprensión de las causas y el control de los deseos dañinos para el sujeto. Por lo que se da una constricción y limitación de las capacidades yoicas. La desesperanza puede ser tan grave que deriva en una falla cognoscitiva.

Ciertas actitudes superyoicas predisponen al suicidio, entre ellas la incapacidad para aceptar ayuda por un exceso de amor propio y una actitud del tipo “todo o nada”(o la presentación del mecanismo de escisión) frente a la vida, que sugiere la idea del suicidio a una persona que debe enfrentar algún fracaso. Las historias de frecuentes tentativas indican identificaciones patológicas con progenitores hostiles o identificaciones nucleares con personas amadas que murieron.

Toda tentativa suicida comunica un mensaje, (Litman 1967, Kernberg, 1987, 2001) que se encuentra matizado por la cultura que le da el soporte o contexto. Podemos encontrar mensajes tales como: una desesperada “solicitud de ayuda”, -en los casos que la muerte de la persona amada se debió a un suicidio-. Es importante entonces investigar el papel de la familia ya que las personas que rodean al paciente potencialmente suicida desempeñan un papel sustantivo en el resultado a través de los actos cometidos, omitidos o ambos.

◆ **Abandono e intento suicida**

¿Qué explicación pudieran tener los intentos de suicidio por abandono, conductas frecuentes en el TLP? Litman (1967), señala que los individuos que aún no han superado la etapa de separación-individuación, siguen experimentado una necesidad de apoyarse en el yo del otro, de manera parasitaria; y si la relación simbiótica se termina, la persona se siente abandonada, desvalida y amenazada. Es entonces que experimenta la necesidad de llevar a cabo alguna acción, que puede ser, el suicidio. Con frecuencia estos actos van dirigidos hacia la pareja, con un mensaje que dice “no puedes abandonarme, te necesito, debes quedarte” (Litman, p. 99), por lo que resulta importante la forma en que la pareja responde y el significado que da al vínculo.

En la psicoterapia es importante valorar la transferencia de la actuación con el paciente y con detenimiento, al respecto este autor considera que el suicidio de personas sometidas a un tratamiento psicoterapéutico, coincidía regularmente con

una separación entre el paciente y el terapeuta, o bien con la interrupción o la terminación del tratamiento. Muchos de los pacientes habían salido poco antes de los hospitales psiquiátricos.

◆ **Suicidio en personas deprimidas**

Los depresivos se esfuerzan por expresar sus sentimientos nos comunican: “me siento vacío, enfermo, muerto, aterrado”...”no puedo soportar el sufrimiento”...”no tengo esperanzas de que haya ninguna mejoría “. En los depresivos hay cuatro signos de suicidio potencial: 1) una actitud impaciente, agitada, de que es necesario hacer algo inmediatamente, 2) Un plan suicida, detallado y factible; 3) orgullo, desconfianza exagerada independencia como rasgos caracterológicos; 4) aislamiento retraimiento como vivir solo o con alguien emocionalmente ajeno.

Por una parte, la actuación suicida expresa con frecuencia el conflicto entre el deseo de fracasar, renunciar y descansar, y por una parte una estricta ambición. El acto expresa: “déjenme tranquilo, lo siento, pero no puedo hacer lo que ustedes quieren, tengo que hacer lo que yo quiero” (Litman, 1967, p.101).

El psicoanalista se pregunta ¿Cómo puede un paciente deprimido e inmovilizado iniciar y llevar a cabo un acto autodestructivo decisivo? considera que el mecanismo esencial en este caso es la disociación yoíca. Como se dijo anteriormente una parte del yo, disociado de la parte principal involucrada, se muda en el núcleo para la actuación. Es decir, los conflictos inconscientes se llevan a la actuación a través del plan suicida. ¿Pero, cómo funciona este plan? explica que en las crisis, las

ideas de suicidio ofrecen un alivio temporal para la tensión, ya que a partir de tales pensamientos y de otros elementos psíquicos, (deseos, recuerdos fantasías, identificaciones, defensas y adaptaciones parciales) se va creando el plan suicida, el cual se concreta y fortalece, mediante reproducciones de imaginación y manifestaciones verbales tales como: promesas y amenazas. Al inicio, el plan le parece ajeno y peligroso a la persona, le genera ansiedad, pero progresivamente adquiere una estructura independiente dentro del yo, “más o menos dissociada del resto del *self* y tolerada como egosintónica” (Litman, 1967, p.103) y es en esta escisión del yo que la persona atenta contra su vida.

En síntesis el autor considera que es sustantivo evaluar el peligro de la actuación, examinar junto con el paciente los detalles del plan suicida: lugar, hora, método, propósito, fecha límite, compromisos creados. Situación que se ve reflejada en la etapa diagnóstica de esta investigación.

En resumen en este apartado se definieron algunos conceptos básicos para el entendimiento de la conducta suicida (ideación, intento de suicidio y suicidio consumado) así como del trastorno límite de la personalidad focalizando la revisión en las recomendaciones y resultantes de los hallazgos empíricos (revisión y evaluación de: la epidemiología, los factores de riesgo, el diagnóstico diferencial, la comorbilidad, la gravedad de la patología, la evaluación del riesgo, el uso de la hospitalización y medicación, además de la alianza terapéutica y la labor terapéutica con la familia) para poder dimensionar el fenómeno en estudio y obtener la mayor información de manera ordenada con técnicas (entrevistas semiestructuradas, a profundidad, escalas y pruebas psicológicas) específicas que permiten obtener indicadores más confiables

sobre la letalidad de las tentativas suicidas para estar en posibilidad de planear el tratamiento en las mejores condiciones clínicas a fin de obtener un mejor resultado del tratamiento. Considerando una valoración de seguimiento para poder reconocer los alcances del tratamiento y aprender de los errores y modificarlos a fin de mejorar la atención.

LA PSICOTERAPIA BREVE Y FOCALIZADA EN EL INTENTO DE SUICIDIO

En este apartado se presentan algunos antecedentes de investigación en la psicoterapia del trastorno límite de la personalidad y la propuesta de la psicoterapia breve focalizada en el intento de suicidio.

♦ Antecedentes de investigación en psicoterapia

En Inglaterra Bateman y Fonagy (2000) realizaron un metanálisis cuyo objetivo fue investigar la evidencia de efectividad en los tratamientos psicoterapéuticos en los trastornos de personalidad. Los autores revisaron la base de datos de Medline en Inglaterra y EUA, de los 1810 resúmenes, seleccionaron 80 artículos y trabajaron con 25. Encontraron efectividad en los tratamientos de corte psicoanalítico y cognitivo conductual, en los servicios de consulta externa, hospitalización y hospital de día. Los estudios analizados fueron de cohorte, prospectivos y controlados. Encontraron que la psicoterapia de corte psicoanalítico y la terapia cognitivo-conductual ofrecen resultados satisfactorios para el tratamiento de la patología fronteriza. Kernberg (1987,1993) coincide con estos resultados. Al respecto, Gabbard et al. (2003) reportan que la

terapia psicoanalítica/psicodinámica y la terapia dialéctica, son dos enfoques terapéuticos que han demostrado su eficacia en ensayos controlados y aleatorizados.

En el estudio de Bateman y Fonagy (2000) no discriminan cual fue la psicoterapia más eficaz (psicodinámica *versus* cognitivo conductual). Sin embargo, sugieren que los resultados de los tratamientos son más satisfactorios cuando tienen una teoría coherente y focalizada. No obstante reconocen que existen algunas complicaciones sobre la comorbilidad en los diagnósticos situación que complica el estudio por lo que deberá resolverse esta problemática en siguientes estudios.

En EUA Gunderson (2002) hace una revisión sobre estudios de tratamiento de la psicoterapia psicodinámica en los TLP reportando cuatro categorías de los tratamientos, 1) la fase terapéutica, 2) la fase de cambio, 3) la fase de construcción de alianza y 4) la fase de dependencia positiva. Considera importantes logros en la fase terapéutica que se da en los tres primeros meses de tratamiento. En lo referente a que los pacientes disminuyen los síntomas, los temores, la ira, la negación, y la proyección. Con respecto al terapeuta su conducta es más interactiva, comprensiva, clarificadora y (de cierta manera) educa a su paciente en el encuadre terapéutico.

En nuestro país la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM) ha publicado recientemente algunos artículos de investigación sobre el tratamiento del trastorno límite, Cuevas y Mendizábal (1995), en un estudio prospectivo, compararon dos modelos de psicoterapia Focalizada en la Transferencia. Es decir, la técnica diseñada por Kernberg, fue comparada con la técnica diseñada por psicoanalistas mexicanos de la APM. Estos últimos reportaron que el primer modelo con equipo de Cornell en

EUA presenta una elevada deserción en los tratamientos. Situación que le permite hipotetizar que la deserción se debe a las fallas en la implementación del contrato, ya que el planteamiento prematuro del contrato origina pérdida de la neutralidad terapéutica lo que incide en la emergencia de transferencia negativa prematura e impide un vínculo adecuado, inhibiendo la alianza terapéutica.

En otra investigación Cuevas et al. (2000) estudiaron los cambios sintomáticos en personas diagnosticadas con el Trastorno Límite de la Personalidad empleando la Psicoterapia Expresiva, utilizando el manual diseñado por Kernberg (1995). El tratamiento constó de 72 sesiones, dos veces por semana de cuarenta y cinco minutos cada una. Con supervisión una vez a la semana. Participaron cuatro psicoanalistas, diez psicoterapeutas entrenados con el manual y once pacientes. Los investigadores reportaron que durante el tratamiento los pacientes dejaron de cumplir los criterios diagnósticos del TLP, presentándose una evolución favorable en la severidad de los síntomas. Después de 24 sesiones desaparecieron los síntomas de impulsividad y después de casi 48 sesiones remitieron los síntomas de inestabilidad afectiva sin verse afectado el síntoma de alteración en la identidad. López et al. (2004) replican el estudio ahora con una muestra exclusiva de mujeres donde encuentran similares resultados.

Las psicoterapias más utilizadas para abordar a los pacientes límite son de tipo psicoanalítico (Kernberg, 1987; Kernberg et al. 1995; Masterson, 1976 y Adler, 1985) y, de tipo cognitivo conductual Linehan, Anstrong, Suárez, Allmon, Heard. (1991); Beck y Freeman, 1992 y Millon, 2003). Para acotar el marco teórico solo se reseñará

el trabajo clínico de Kernberg para después exponer el modelo de la psicoterapia breve focalizada.

◆ La psicoterapia expresiva

Sin duda, al primer autor contemporáneo que se asocia con el estudio de las alteraciones fronterizas es Kernberg, O (1987), aunque no fue él quien descubrió la etiología del trastorno fronterizo, ha revisado, sistematizado y modificado algunas aportaciones de Klein (1957).

En Estados Unidos de Norteamérica Kernberg es un exponente representativo de la Escuela del Yo, quien además ha elaborado su teoría influenciado por la escuela inglesa de las Relaciones Objetales. Ha generando por cuenta propia una novedosa propuesta que modificó el concepto genérico “fronterizo” por el de “organización límite de la personalidad” postuló las bases para la formulación diagnóstica desde una perspectiva *metapsicológica* utilizando como técnica primordial la Entrevista Estructural diseñada para formular el diagnóstico diferencial y elaboró un tratamiento psicodinámico que nombró Psicoterapia Expresiva¹⁵.

En lo referente al diagnóstico Kernberg, O (1987, 1993, 1995) ha desarrollado un marco teórico *metapsicológico* que incluye tres niveles de explicación: I) el descriptivo o sintomático, II) el estructural y III) el genético-dinámico.

¹⁵ Que no se desarrollará en esta investigación.

Es importante aclarar que el Trastorno Límite de la Personalidad para el DSM es un trastorno, mientras que para Kernberg esta patología corresponde a un grupo de alteraciones psíquicas que comparten una organización caracterológica crónica en la que subyacen las características de la Organización Límite como la ansiedad difusa; las neurosis polisintomáticas; tendencias sexuales perverso-polimorfos; clásicas estructuras de personalidad prepsicótica; neurosis impulsivas, las adicciones, los desórdenes caracterológicos de nivel inferior que denomina Organización Límite de la Personalidad.

Los tratamientos psicoanalíticos están diseñados para trabajar por varios años, (promedio de cinco años) con el fin de profundizar y erradicar la patología fronteriza a nivel estructural.

Por lo que se propone en esta investigación una psicoterapia breve psicoanalítica (PBP) en pacientes con trastorno límite, a realizarse en hospitales psiquiátricos donde éstos se encuentran en un medio controlado y reciben además el medicamento y la asistencia social y familiar, que junto con la psicoterapia ejercen cambios en los síntomas de la psicopatología de los pacientes.

◆ **Características de la psicoterapia breve focalizada**

Esta investigación pretende ofrecer al paciente con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) un dispositivo clínico conocido como psicoterapia breve focal con el fin de generar un *setting* terapéutico que incida en la formación de un espacio psíquico en el paciente donde pueda dar cuenta su situación y estado actual. En el

dispositivo el terapeuta focaliza sus esfuerzos a fin de disminuir las conductas autolesivas y suicidas, que se convierte en el eje rector del funcionamiento terapéutico. Es por ello que se siguen las recomendaciones clínicas de diferentes autores que han trabajado con esta entidad nosológica. Por lo que es necesario para aplicar este modelo elaborar una evaluación exhaustiva para formular el diagnóstico diferencial dentro del espectro de los trastornos fronterizos, evaluar y dejar por escrito la ideación y comportamientos parasuicidas. Contar con el respaldo de la supervisión clínica y de un ambiente controlado dentro de un hospital en el que se cuente con el personal necesario e instalaciones para dar respuesta oportuna a las crisis que son frecuentes en este tipo de padecimientos.

En esta investigación se entenderá a la Psicoterapia Breve Psicoanalítica (PBP) como “una modalidad de terapia basada en los principios de la terapia psicoanalítica y caracterizada por la brevedad “(Poch, J & Maestre, F., 1994, p. 476).

A continuación se hace una lista de diferentes autores que coinciden en algunos principios de la PBP:

- 1) Los principios teóricos y técnicos de la PBP pertenecen al marco teórico psicoanalítico (Wolberg, 1965, Balint 1986, Fiorini, 1990, Poch & Maestre 1994).
- 2) Los pacientes tratados con PBP deben ser seleccionados para que de esta forma puedan beneficiarse de esta forma de tratamiento (Balint 1986, Poch & Maestre, 1994).

- 3) Los objetivos terapéuticos no se circunscriben exclusivamente a la desaparición de síntomas, sino que buscan provocar cambios en áreas específicas de la personalidad (Poch & Maestre, 1994).
- 4) El proceso psicoterapéutico se estructura en torno a un *foco clínico* (Balint, 1986, Malan, 1975, Fiorini, 1990).
- 5) El tiempo de duración del proceso de la PBP se establece al inicio del tratamiento. (Malan, 1975, Wolberg, 1965, Fiorini, 1990) su duración es de 12 a 40 sesiones (Malan, 1975).
- 6) El terapeuta presenta un rol *activo* durante el proceso terapéutico, (Malan 1975, Wolberg, 1965, Fiorini, 1990), sin llegar a ser directivo y sin abandonar los pilares de la técnica analítica: neutralidad, asociación libre y atención flotante (Poch, J & Maestre, F., 1994).

El tratamiento que se propone en esta investigación se encuentra orientado a tratar las crisis previas a las tentativas suicidas en pacientes con trastorno límite de la personalidad (*foco clínico*) que es la meta u objetivo en el que se ciñe el trabajo terapéutico y al cual se circunscribe la demanda de atención clínica. El enfoque terapéutico se fundamenta en un conjunto de técnicas que tratan de poner en relieve las situaciones emergentes asociadas a la conducta suicida, Fiorini (1990) considera que el foco tiene un eje central y por lo regular es el motivo de consulta, por ejemplo; los síntomas perturbadores, la situación en crisis, las amenazas de descompensación etc., en el motivo de consulta subyace el conflicto que en momentos de crisis se exacerba.

La situación de crisis requiere de intervenciones oportunas, claras, seguras y específicas. Actualmente las técnicas basadas en las psicoterapias breves son una

alternativa terapéutica para combatir la urgencia promoviendo comportamientos adaptativos para restablecer el estado afectivo y el manejo de la crisis, generando en el paciente el conocimiento del origen de las actuaciones inconcientes.

Para Fiorini (1990) la psicoterapia breve consiste en profundizar en la descripción de los hechos que surgen en la experiencia psicoterapéutica, reivindicar al máximo las palabras para dar cuenta de todo acontecer en la situación terapéutica, detectar la concurrencia de significaciones, sus secuencias, y sus leyes aún no descubiertas. En consecuencia la psicoterapia breve intenta la comprensión psicodinámica de la vida del paciente.

Las funciones del terapeuta van encaminadas a generar la iniciativa personal del terapeuta, la individualización, planificación, focalización, flexibilidad que son parámetros que definen a la psicoterapia breve y le confieren una estructura propia.

◆ **El modelo de tratamiento**

Los objetivos terapéuticos que se pretenden alcanzar en esta investigación se fundamentaron en el modelo de psicoterapia breve de Wolberg (1965) quien considera que habrá de dirigirse a: 1) el alivio de los síntomas; 2) la restauración del nivel de funcionamiento anterior a la enfermedad; 3) cierta comprensión de las fuerzas que precipitaron el trastorno; 4) reconocimiento de algunos de los problemas de personalidad que obstaculizan la adaptación; 5) comprensión parcial del origen de estas circunstancias en experiencias pasadas; 6) cierto grado de advertencia de la relación entre los problemas de personalidad predominantes y la actual enfermedad; y 7) comprensión de aquellas medidas que pueden remediar las presentes dificultades ante el medio.

En los trastornos fronterizos Molina, Rubio, Pérez, & Carrasco (2003) recuerdan que en general las hospitalizaciones suelen ser ingresos breves, cuyo objetivo principal es controlar los síntomas agudos o la situación de crisis, y posteriormente el paciente es derivado a los distintos dispositivos existentes.

◆ **Las técnicas de intervención terapéutica**

Para alcanzar los objetivos terapéuticos se consideraron las aportaciones de Fiorini (1990) en lo referente a las intervenciones del terapeuta que incluyen diferentes formas y alcances:

1) *Interrogar* al paciente consiste en pedirle datos precisos, ampliaciones y aclaraciones del relato. Permite explorar con detalle sus respuestas. Interrogar consiste en solicitar detalles precisos de cada situación, es consultar a la conciencia del paciente permite conocer posibles distorsiones y limitaciones. La conducta de interrogar evita generalizaciones fáciles e interpretaciones erróneas. Cuando el terapeuta pregunta pone en acción una constante ampliación del campo perceptivo en el paciente.

2) *Proporcionar información*. El terapeuta responde al paciente facilitando información desde los roles que asume, es importante recordar que el terapeuta proviene de una cultura humanista a la vez que es investigador de la conducta humana y representa una cultura terapéutica. Es ante todo un docente en el amplio sentido del término. De allí que pueda informar sobre aspectos específicos (ej. Sobre comportamiento sexual, informar sobre otras instituciones alternas a un problema de

salud específico etc.). El terapeuta informa desde su posición o lugar que ocupa en el ámbito clínico.

3) *Confirmar o rectificar* los criterios del paciente sobre su situación. Permite esclarecer el discurso, las limitaciones que tiene el campo de conciencia del paciente. También promueve la confianza en paciente quien se expresa a través de sus recursos verbales, lo que implica que cuando el terapeuta confirma esta de acuerdo con la interpretación del paciente que sirve como una motivación para este último. Esta intervención se enlaza con otras intervenciones.

4) *Clarificar*, consiste en reformular el relato del paciente de modo que ciertos contenidos y relaciones del mismo adquieran mayor relieve. Por lo general se clarifica con reformulaciones del terapeuta sobre lo dicho y los contenidos latentes del discurso. Su función consiste en preparar al paciente para que incurra en aspectos más ricos y comprensibles, es decir, enseñan una manera de percibir la propia experiencia y el paciente aprende a ser más selectivo en este campo de intervención terapéutica. Esta técnica va dirigida a que el paciente pueda discriminar su discurso y ponga de relieve el contenido esencial de lo dicho en su relato. Baste decir que la clarificación es un instrumento primordial en el proceso terapéutico.

5) *Recapitular*, consiste en resumir los puntos esenciales surgidos en el proceso exploratorio de cada sesión o del conjunto del tratamiento. Es sintetizar a manera provisoria el contenido de una sesión o de un conjunto de sesiones. Por ejemplo permite *señalar* relaciones entre datos secuencias, constelaciones significativas, capacidades manifiestas y latentes del paciente. Las recapitulaciones

son de alguna manera interpretaciones panorámicas del proceso terapéutico. La recapitulación permite ejercitar los recursos yoicos del paciente como son la percepción, la reflexión y el descubrimiento de relaciones del discurso.

6) Los *Señalamientos* ponen en relieve los “componentes significativos de una experiencia” que en ocasiones el paciente pasa desapercibida y muestra relaciones entre las asociaciones de la sesión. Los señalamientos promueven un acuerdo sobre la información a interpretar que a la vez permite la modificación de la información vertida en la sesión. Es decir, genera las bases para interpretar el sentido de ciertos comportamientos, es fundamental en este tipo de intervenciones. Primero se señala antes de interpretar cualquier material, ya que estimula a que el paciente se interprete buscando sentido a su discurso a través de cierta reflexión.

8) *La Interpretación* va dirigida a esclarecer el significado de las conductas, motivaciones y finalidades latentes, en particular las conflictivas. La interpretación permite dar sentido cierta racionalidad posible que antes no se encontraba en el discurso del paciente. El discurso del paciente que parecía contradictorio, ilógico, incluso inconexo para la lógica cotidiana ahora tendrá un nuevo sentido. La interpretación de cierta manera promueve un modelo de comprensión del comportamiento humano. Las interpretaciones desde esta perspectiva son hipótesis provisionales que se irán perfilando para ser comprobadas a lo largo de tratamiento. Las interpretaciones apuntan hacia: a) proporcionar hipótesis sobre los conflictos actuales que incluye las motivaciones y las defensas, b) permite reconstruir las constelaciones personales, familiares e históricas y significativas de las vicisitudes del paciente c) permiten explicitar situaciones transferenciales relevantes en el

tratamiento, d) posibilitan el rescate de capacidades que el paciente no había encontrado que le estaban negadas o que no había desarrollado e) permite elaborar la comprensión del comportamiento en función de sus relaciones y conflictos, f) pone en relieve las consecuencias del discurso del paciente y las interpretaciones operan como explicaciones que permiten al paciente explorar alternativas de conocimiento para sustituir sus comportamientos.

9) *Sugerir* es la técnica que va dirigida a preparar actitudes determinadas, cambios a títulos de ensayo. Esta técnica tiene como función promover la acción en diferentes direcciones y de manera específica promueve el *insight*.

10) *Indicar* consiste en llevar a cabo la realización de ciertas conductas, su esencia consiste en la prescripción (intervenciones directivas). A fin de suspender ciertas *actuaciones* clínicas o promover un comportamiento que evite desenlaces que perjudiquen la vida del paciente, esta técnica permite suspender la neutralidad terapéutica en eventos de difícil solución para el paciente en el que se encuentra comprometida su funcionalidad social ante las actuaciones. Por lo que tienen un carácter preventivo y prioritario para el paciente.

11) *Encuadrar* la tarea consiste en incluir en un marco teórico las reglas de relación entre el terapeuta y el paciente a través de un encuadre fijo donde se pone énfasis en el espacio y el tiempo terapéutico, es decir, en la ubicación, la duración, la frecuencia de las sesiones, los horarios y las retribuciones económicas. Las condiciones del tratamiento, los derechos y obligaciones del paciente. El encuadre en la psicoterapia breve limita las posibilidades de la *regresión transferencial* debido a

que el tratamiento es de corta duración, hay menor frecuencia en las sesiones y la intervención del terapeuta es más activa. Además el manejo de los silencios es diferente y se confrontan en una relación cara a cara.

12) *Meta-intervenciones*: consiste en comentar o aclarar el significado de haber puesto en juego cualquiera de las intervenciones anteriores.

◆ **La transferencia y la contratransferencia**

Núñez (1992) explica que los pacientes fronterizos mantienen relaciones transferenciales negativas y de carácter primitivo, se caracterizan por sensaciones de vacío, desorden, omisiones o distorsiones conscientes. Que obedecen al establecimiento de relaciones de objeto parciales y no poseen una imagen integrada de sí mismos; por lo tanto la reconstrucción que realizan de las situaciones pasadas es fragmentada. Cabe aclarar que todos los recuerdos son *recuerdos encubridores* (Freud, 1901, *psicopatología de la vida cotidiana*) y en este sentido son fragmentarios, pero la característica principal del recuerdo encubridor es que se presenta como *hiperintenso* y su aparente insignificancia de contenido no es la que suele presentarse en la psicopatología de los trastornos límites, más bien la falla en estos trastornos se debe a la operación del mecanismo de *escisión*, generando en el paciente falta de integración del yo como lo demostró Green (1994) cuando se refiere a la metáfora de los archipiélagos, en la cual la persona con patología fronteriza presenta varios *yoes* separados que no pueden conectarse perdiendo información, ya que existe falta de *cohesión* y *coherencia* en la *unicidad del yo*.

Entonces los recuerdos en el trastorno límite presentan falta de cohesión y coherencia, por eso se dice que son fragmentados, además estos recuerdos se ven matizados en ocasiones por mentiras conscientes de los pacientes que reconocen como métodos de manipulación con la gente que los rodea.

De acuerdo con Núñez (1992), en los trastornos fronterizos la contratransferencia suele ser tensa, fluctuante y caótica, por lo que es importante considerar la recomendación de Molina et al. (2003) quienes señalan que “en general todas las modalidades psicoterapéuticas subrayan la importancia de cuidar la relación con el paciente y la dificultad de manejar la contratransferencia, así como el papel activo del terapeuta y la necesidad de establecer límites claros” (p.537).

Finalmente, para el manejo de los límites con esta patología tendrá que dirigirse a “1. Observar cuidadosamente y explotar los sentimientos contratransferenciales hacia el paciente, 2. Estar alerta ante las desviaciones de la forma habitual de trabajar, que puedan ser signos de problemas de contratransferenciales: por ej., las citas a horas poco habituales, visitas más prolongadas de lo habitual, hacer favores especiales al paciente. 3. Evitar siempre las violaciones de los límites como son el desarrollo de una amistad personal fuera del ámbito profesional etc., 4 Solicitar una consulta si se producen desviaciones notables de la manera habitual de trabajar” Gabbard et al., 2003, p.1118).

◆ Fases de la psicoterapia

La psicoterapia breve y focal se caracteriza por trabajar en un tiempo limitado (breve), objetivos específicos (foco clínico). Es a partir de esta brevedad que se trabaja con cierta “planificación” de las técnicas utilizadas por el terapeuta dirigidas en el “aquí y ahora” del proceso terapéutico, por lo que se sugieren tres fases: la inicial (del encuadre) la fase intermedia (del desarrollo del foco clínico y promoción de su solución) y la fase final (de cierre terapéutico). Las fases que aquí se presentan tienen un fundamento clínico y pueden traslaparse, es decir, no termina una cuando ya inicia otra, no hay límites fijos en el número de las sesiones (p.ej 12 ó 15), sin embargo, en la práctica clínica estas se ajustan al encuadre y contrato, en este caso se sugieren - sin que sea una limitante- tres entrevistas preliminares para la fase de inicio, siete sesiones para la fase intermedia y las restantes sesiones para el cierre.

En la *fase Inicial* el terapeuta enmarca y acuerda los principios de la relación terapéutica con el paciente. El terapeuta consigna el encuadre (lugar, fechas, horarios del tratamiento, remuneraciones etc.) enuncia las normas y las reglas de relación o contrato terapéutico (respeto, confidencialidad, la asistencia al tratamiento, la actitud cooperadora del paciente entre otras). A fin de que estos acuerdos incidan directamente en la alianza terapéutica tan necesaria y fundamental para cualquier psicoterapia. Después de los acuerdos, viene el momento de una comunicación interactiva en la que el terapeuta con una conducta activa (necesaria para este tipo de dispositivos clínicos) interroga y examina con detalle los elementos relevantes ligados al foco para construir una historia clínica que permita obtener información sobre el inicio, el curso y el estado actual del padecimiento y la letalidad suicida, sostenida en

la historia del sujeto (familiar, laboral, educativa etc.) la interrogación permite al clínico generarse hipótesis psicodinámicas que reconocerá a través del discurso, la transferencia y la contratransferencia que generan los pacientes fronterizos, las hipótesis obtenidas de la entrevista orientarán el tratamiento, que después habrá de confirmar, rechazar o negar hasta encontrar las conjeturas más sólidas que se convertirán en el eje rector del tratamiento. Entonces a estas interrogaciones que lleva a cabo el terapeuta se desprenderán las otras técnicas de abordaje como las clarificaciones, los señalamientos, a fin de identificar la constelaciones y patrones de relación en el comportamiento afectivo marcados por la historia del sujeto y que “aquí y ahora” se manifiestan a través de los síntomas que representan un conflicto intrapsíquico no resuelto aún.

En este tipo de psicoterapia breve no se recomienda la confrontación en la fase inicial ya que la escisión en los pacientes fronterizos hace percibir al terapeuta como un *objeto malo* y la alianza no se establece. Entonces el paciente puede responder con una actuación, específicamente con una autoagresión (introyección) ante el desafío que le genera la sensación de odio al ser confrontado o la manifestación de agresión (proyección) al exterior.

La actuación consiste en poner en acciones un conflicto no resuelto y de cierta forma representa un comportamiento regresivo que en este tratamiento trata de evitarse ya que se convierte en un obstáculo en la psicoterapia breve. Por lo que se recomienda en la primera fase dar énfasis en alianza terapéutica. Entre las actuaciones podemos encontrar: tempranos abandonos al tratamiento, descalificaciones al trabajo terapéutico, autoagresiones, desplazamientos de agresión

verbal hacia el terapeuta, agresiones hacia terceros y conductas resistenciales o abiertas manifestaciones de sabotajes al tratamiento, entre otras conductas.

La *fase de desarrollo* se caracteriza por el momento más álgido o climax al que llega el paciente cuando expresa sus conflictos, sus afectos y sus asociaciones se conectan con las rutas que lo llevan a darse cuenta que algunos eventos de su historia están ligados con su presente y sintomatología actual. En esta modalidad psicoterapéutica es menester del terapeuta coadyuvar a que el paciente conecte el síntoma (como resultante de los conflictos internos que trastocan los vínculos de relación) con las sensaciones molestas del malestar y los afectos que enmarcan el recuerdo, dándole sentido al discurso.

La crisis suele presentarse de manera insidiosa hasta alcanzar un clímax que el terapeuta tendrá que atender según las necesidades del paciente y el momento de la psicoterapia. Para ello hará uso de intervenciones de contención del apoyo y otras técnicas, ya que es el momento de la reactivación de la depresión, del odio, de la desesperanza, de los mensajes latentes, de los mecanismos defensivos, del *acting out* etc. y necesitan ser elaborados en el “aquí ahora” dando prioridad al foco (la tentativa suicida).

Las intervenciones terapéuticas estarán encaminadas a esclarecer el contenido de los discursos, el significado de las relaciones, las resistencias, los sabotajes al tratamiento, etc..., el terapeuta hará señalamientos, interpretará, prescribirá algunas conductas a manera de ensayo, reencuadrará la psicoterapia cuando lo amerite la situación, en ocasiones recapitulará a fin de condensar lo sucedido en la psicoterapia,

buscará la comprensión del síntoma y de los comportamientos del sujeto en interpretaciones que tienen como fin conocer los motivos de las tentativas suicidas con el fin de suprimirlas. Entonces el terapeuta promoverá en el paciente la reflexión y la suspensión del acto suicida.

En la *fase final* se reformulan nuevamente los sucesos de la psicoterapia, se apoyan los avances, se promueve una conducta reflexiva ante el *acting out* y los cambios de actitud del paciente ante su problemática actual. En la etapa final el terapeuta acompaña al paciente a elaborar la “separación terapéutica” a fin de que el paciente no lo considere como una pérdida *objetal* que lleve al sujeto a una actuación. De ser necesario, en esta etapa el terapeuta hará uso de todas las intervenciones clínicas a su alcance con objeto de hacer consciente la finalización de la psicoterapia. Señalando que el sujeto se prepara ante nuevos eventos con recursos más sólidos para manejar situaciones que antes no conocía de él. En esta fase se pretende conseguir el alivio de los síntomas principales, la restauración del nivel previo de funcionamiento, la comprensión de cierto grado de advertencia de como funcionan la personalidad y los síntomas que le aquejan al sujeto relacionados con su historia y el contexto sociocultural en el que se desenvuelve el paciente.

El cierre terapéutico es el momento de regresar al encuadre, de recordarle al paciente la terminación de la terapia como se había acordado, es el momento de la recapitulación de formalizar un nuevo compromiso de adaptación del sujeto a su medio y de poder regresar a su ambiente en las mejores condiciones posibles. Es el momento de promover los recursos al alcance del paciente, además de informarle e indicarle que ante cualquier recaída acuda a las instituciones que lo contengan y

traten cualquier nueva actuación. Es aquí donde se formaliza una nueva reunión de seguimiento a fin de conocer si los cambios producidos en el tratamiento se mantienen o se requiere de algunos ajustes, por lo que se requiere de una revaloración sintomática.

Es importante recordar que la psicoterapia se dirige a personas adultas que presentan uno de los padecimientos más complicados para el tratamiento (múltiples tentativas suicidas, impulsividad, cambios afectivos bruscos y conflictos en las relaciones interpersonales etc.) y la propuesta terapéutica que se presenta no es infalible, por lo que deberá actuarse siempre con cordura y apego a la ética y en caso de una crisis que no se pueda controlar, es obligación del terapeuta eliminar la neutralidad terapéutica y considerar la hospitalización del paciente en un ambiente diseñado ex profeso. Sin que ello implique abandonar, el tratamiento terapéutico, sólo en el caso de que al revisar la situación clínica este produciendo más daño que la mejoría se suspenderá la psicoterapia y se le enviará al tratamiento clásico. Un evento de estos habrá de examinarse a detalle a fin de conocer las variables que intervinieron en una probable iatrogenia terapéutica para corregir los errores eventuales.

◆ **Limitaciones de la psicoterapia breve**

Las limitaciones están circunscritas al encuadre (tiempo limitado), el foco (objetivo), las técnicas y la participación activa del terapeuta, por lo que los cambios que se pretenden en el foco no están ligados al cambio de la “estructura” de personalidad (Kernberg, 1987), más bien se circunscriben a aliviar los síntomas motivo de ingreso (foco clínico, Fiorini, 1990) esto es, el nivel “descriptivo”, que

consiste en procurar restablecer en la persona un estado emocional previo y que comprenda las fuerzas que lo llevaron a sus actuaciones inconscientes.

En este sentido el proceso es un conjunto de hipótesis y criterios operacionales que deben verificarse en la psicoterapia. El abordaje propuesto permite obtener beneficios terapéuticos y mejoría clínica, más duradera, que dependerán de: la cronicidad del cuadro clínico, la estructura básica de la personalidad, el nivel evolutivo al que se efectúe regresión en la crisis, además de diversas condiciones grupales y situacionales (Fiorinini 1990). Entonces los cambios no se dirigen básicamente al cambio *estructural*. La psicoterapia breve en trastornos límite de la personalidad *no se recomienda* con pacientes que han presentado varios factores de riesgo y alta letalidad en la tentativa suicida (evaluada por instrumentos ex profeso), como se desarrollará más adelante.

◆ **Recomendaciones psicoterapéuticas para el tratamiento del intento de suicidio en pacientes con TLP**

Los investigadores Gabbard y cols. (2003) en la Guía Clínica para el Tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad en un apartado específico sobre el suicidio se muestran cautelosos, sugieren una conducta clínica básica a seguir y advierten los riesgos en el manejo de este tipo de población. Sin embargo, no dejan de señalar pasos seguros en la clínica. Los autores reportan hallazgos clínicos y una serie de recomendaciones que no habrá de pasar por alto.

Estos autores en primer lugar consideran que el tratamiento es un asunto con implicaciones y se convierte en un “reto clínico y médico legal”, por lo que es importante considerar:

1. El comportamiento suicida puede ser agudo y/o crónico, y las respuestas a estos tipos de comportamiento suicida, difiere en varios aspectos.
2. A causa de la tendencia de los pacientes con TLP a implicarse en comportamientos autodestructivos, puede ser difícil discernir cuando un paciente se encuentra en riesgo eminente de realizar la tentativa suicida seria.
3. Incluso si se presta una cuidadosa atención al riesgo de suicidio, suele ser difícil predecir la gravedad de la autolesión o el suicidio, pues este comportamiento puede producirse de forma impulsiva y sin previo aviso.
4. Dadas las dificultades potenciales para formar una buena alianza terapéutica, en ocasiones es difícil trabajar en colaboración con el paciente para protegerlo de autolesiones graves o suicidio.

◆ **Diagnóstico y tratamiento de las conductas parasuicidas**

Para obtener el diagnóstico adecuado del paciente fronterizo y sus conductas parasuicidas se consideran importantes las recomendaciones de Gabard et al. (2003:1116-1117) que a continuación se mencionan.

- Evaluar el riesgo de suicidio de forma cuidadosa y dejar constancia escrita de esta evaluación.
- Tomar en serio las amenazas de suicidio y abordarlas con el paciente. Está indicada la toma de medidas (p. ej. hospitalización) en un intento de autoinflingirse un daño grave cuando existe un riesgo agudo de suicidio.
- La tendencia suicida crónica sin riesgo agudo debe ser abandonada en la terapia (p.ej. Centrándose en el contexto personal de los sentimientos suicidas y abandonando la necesidad de que el paciente se responsabilice de sus acciones). Si un paciente con tendencia suicida crónica presenta un riesgo muy elevado de suicidio, el clínico debe tomar medidas para prevenir el suicidio.
- Tratar de forma activa los trastornos comórbidos del eje I. (del DSM) con especial atención a los que pueden contribuir o incrementar el riesgo de suicidio (p.ej. depresión mayor, trastorno bipolar, abuso/dependencia de alcohol o drogas).
- Si existe una tendencia suicida aguda que no responde a los enfoques terapéuticos que se están realizando se debe consultar con un colega.
- Considerar la implicación de la familia (si es clínicamente apropiado y con adecuada atención a la confidencialidad) cuando los pacientes presenten comportamientos suicidas crónicos. En el caso de una tendencia suicida

aguda, hay que implicar a la familia o a los allegados si ello puede proteger al paciente.

- La promesa de mantenerse a salvo no debe sustituir a la evaluación clínica cuidadosa y exhaustiva de la tendencia suicida del paciente con su documentación correspondiente. Sin embargo, algunos clínicos experimentados utilizan de forma intencionada la negociación de la alianza terapéutica, incluyendo la exposición sobre la responsabilidad del paciente de mantenerse a salvo, como forma de examinar y minimizar el riesgo de suicidio.

Las recomendaciones de Gabbard y colaboradores (2003) representan sugerencias derivadas de la experiencia clínica y ayudan al terapeuta a tomar decisiones en el tratamiento.

Es importante señalar que en esta investigación se cumple con la mayoría de las recomendaciones. Por ejemplo: se revisó la epidemiología del trastorno límite, se evaluaron los factores de riesgo, se elaboró un diagnóstico diferencial a fin de conocer la comorbilidad de otras patologías como la depresión, el consumo de alcohol y drogas. El tratamiento fue de tipo integrado es decir, es multi e interdisciplinario, con la participación de psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales, enfermeras, entre otros. La *evaluación* y se llevó a cabo mientras el paciente se encontraba hospitalizado en un medio clínicamente controlado, bajo tratamiento psicofarmacológico prescrito por un psiquiatra, encargándose el personal de enfermería de su aplicación, posteriormente la psicoterapia fue ambulatoria. El tratamiento contó con un contrato y encuadre claro. Uno de los objetivos primordiales

fue trabajar la alianza terapéutica, además de construir una red de apoyo familiar para proteger al paciente ante cualquier eventualidad. Además el tratamiento está circunscrito a la ética de la investigación y del código ético de los psicólogos. No esta por demás recordar que el código señala que ante cualesquiera intento de suicidio el clínico tendrá que abandonar la neutralidad terapéutica y la confidencialidad si es necesario a fin de informar al personal o la familia tal conducta y sugerir la hospitalización.

La investigación motivo de esta tesis, fue diseñada para un marco institucional, por lo que la psicoterapia breve focalizada procura que el paciente con intento de suicidio y TLP trate de entender las causas, situaciones y características de personalidad predominantes asociadas o que preceden a las actuaciones suicidas para que pueda articularlas y confrontarlas. Por ejemplo, disminuir la frecuencia y grado de letalidad, que el paciente obtenga los primeros elementos o bases que lo acerquen a un modelo de entendimiento de corte psicoanalítico. Donde pueda comprender y aprender las bases clínicas del encuadre y la labor psicoterapéutica. En pro de la alianza, la adherencia terapéutica, la concientización del padecimiento y ante todo el restablecimiento de su salud psicológica.

CAPITULO II

METODO

CAPÍTULO II

MÉTODO

Es importante recordar que detrás de cada suicidio consumado existe un ser humano que nos comunica algo que no comprendemos, quizá porque no estamos preparados para la muerte y más específicamente, para este tipo de muerte. Con relación a los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV el trastorno límite de la personalidad, es el diagnóstico que más dificultades presenta tal como se demostró, es el padecimiento más prevalente en población clínica y abierta, con mayor comorbilidad dentro de los trastornos de personalidad y es el que más automutilaciones e intentos de suicidio presenta, siendo ésta la causa más frecuente de hospitalización, son los pacientes que más recaen y que generan altos costos de medicación y hospitalización (Gabbard et al. 2003), siendo el costo más alto la pérdida humana, son estas consideraciones las que permiten investigar y tratar de dar respuestas a lo siguiente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1). ¿Puede una intervención de psicoterapia breve focalizada disminuir el número y letalidad suicida a pacientes con trastorno límite de la personalidad?

2). ¿Cuál es la comorbilidad de los pacientes diagnosticados como fronterizos con otros trastornos en un hospital psiquiátrico¹⁶ del sector salud?

¹⁶ Hospital Regional de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) unidad sede de la investigación

OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de esta investigación consistió en poner a prueba un modelo de Psicoterapia Breve Psicoanalítica Focalizada en el intento de suicidio, con objeto de disminuir el riesgo y letalidad de las tentativas suicidas en personas con trastorno límite de la personalidad.

◆ Objetivos específicos

1. Diseñar una intervención en psicoterapia breve focalizada en el intento de suicidio.
2. Evaluar la psicoterapia de “dos estudios de caso” con *pretest*, *postest* y *seguimiento*.
3. Determinar la comorbilidad¹⁷ en una muestra de pacientes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad
4. Conocer en la muestra de pacientes el número de intentos de suicidio.
5. Conocer los métodos utilizados por los pacientes en el último intento de suicidio.
6. Conocer en la misma muestra de pacientes la letalidad de los intentos suicidas.

◆ Focalización

En esta investigación se considera la definición de Fiorini (1990) de la focalización, que consiste en la meta u objetivo en el que se ciñe el trabajo terapéutico y al cual se circunscribe la demanda de atención clínica. En este caso se dirige a la ideación y el intento de suicidio, que son el motivo de consulta y hospitalización más frecuente de las personas diagnosticadas con Trastorno Límite.

¹⁷ Los resultados de los objetivos 3, 4, 5 y 6 se encuentran en los anexos, ya que la importancia de la tesis recae en el tratamiento de dos casos y la evaluación de la psicoterapia.

ESTUDIO DE CASO

La estrategia de abordaje fue el Estudio de Caso de “dos casos clínicos” con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), en los cuales se valoró el tratamiento propuesto, es decir, la psicoterapia breve focalizada en el intento de suicidio. La técnica utilizada para recabar los datos, fue la entrevista en profundidad y la semiestructurada.

El estudio de caso es un método característico de la investigación cualitativa, se define por ser “un proceso de investigación comprensivo, basado en tradiciones metodológicas distintas que exploran un problema social humano. El investigador hace descripciones de manera compleja y holística, analiza palabras, reporta detalladamente la información recabada y lleva a cabo su investigación, en un escenario natural” (Creswell, 1998, citado por Ito y Vargas, 2005:17).

La pregunta obligada es ¿por qué elegir un estudio de caso para esta investigación? La respuesta a esta pregunta tiene varios matices, mismos que se desarrollan a continuación. Primero porque definimos el estudio de caso como un momento ineludible para la producción teórica psicológica (González, 2000, p.103); Segundo porque de acuerdo con Denny (1978) es un escrutinio completo de un aspecto en cuestión. Tercero porque (Stake, 1999) “el estudio de caso, es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes” (p.11). Desde esta perspectiva, el examen completo incluye la evaluación del diagnóstico (*pretest*), el tratamiento (*postest*) y el *seguimiento* de los resultados de la psicoterapia del trastorno límite, en la que se pretendió demostrar la efectividad del tratamiento propuesto.

Entonces, el estudio de caso se caracteriza por ser particular, descriptivo, heurístico e inductivo (Merriam, 1988). De manera operativa el estudio de caso tiene como propósito, reunir información comprensiva, sistemática en profundidad acerca de casos particulares de interés (Hudelson, 1994).

El investigador Stake (1994) reconoce tres tipos de casos: el intrínseco, el instrumental y el colectivo.

Para el propósito de esta investigación, es importante el caso de tipo *intrínseco* que consiste en que “el caso representa a otros casos o puede ilustrar un rasgo o problema particular. El objetivo no es comprender un constructo abstracto o fenómenos generales, ni la creación o elaboración de teoría, sino que tiene interés intrínseco en relación a un caso clínico por ejemplo. Los casos que se analizaron tuvieron en común el diagnóstico, el intento de suicidio y los comportamientos de automutilación, es decir, los casos representan e ilustran un rasgo de un problema en particular. Para el investigador Gunderman (2001) el caso intrínseco no se circunscribe al objeto *a priori*, sino que se escudriña focalizando la dimensión esencial del problema. En esta investigación, el foco está dirigido al intento de suicidio.

Quizá la definición más integradora del estudio de caso y que se comparte en esta investigación es que: es algo específico, tiene un funcionamiento propio; es un sistema integrado, que sigue modelos de conducta, los cuales tienen consistencia y secuencialidad, sin embargo, el sistema posee límites, (Goode & Hatt, 1969; Stake, 1994, Gunderman, 2001), que se describen e interpretan como parte integral

dinámica que responde a un contexto sociocultural del individuo, por lo que sustenta González, F. (2000) señala que en la metodología cualitativa otorgamos gran importancia al estudio de casos, como lineamiento frecuente de investigación. Constituye el instrumento predilecto para llegar a una fuente diferenciada que de modo único, nos muestra simultáneamente la naturaleza subjetiva de la historia personal -subjetividad individual-, además, de una manera irrepetible de subjetivación de la realidad social que vivió el sujeto.

En la investigación cualitativa, el investigador es el instrumento principal, hecho que rescata su posición participante en el contexto que se estudia. Entonces, en el estudio de caso o en la entrevista a profundidad -y de manera general en cualquier investigación cualitativa- la persona del investigador influye, tanto en la recolección de datos, como en su interpretación.

◆ **Características del caso único**

Los casos se han clasificado como únicos o múltiples, para esta investigación importan los primeros. El investigador Yin (1994) los define de la siguiente manera: 1) el caso único tiene un carácter crítico, en tanto que el caso posibilita confirmar, modificar o ampliar el conocimiento del objeto estudiado. 2) se justifica por sus características de unicidad, lo que lo hace irrepetible y peculiar en el contexto que se ubica. -En el caso de la medicina, lo encontramos en los estudios de los síndromes, y lo podemos aplicar a los cuadros nosológicos en psicopatología. Finalmente, el caso único pretende ser revelador, ya que permite al investigador, la oportunidad de observar y analizar un objeto, que con otra manera de investigar, sería inaccesible.

◆ **Población estudiada**

Se evaluaron durante ocho meses a quince pacientes que llegaron al hospital sede, y que en la valoración inicial de psiquiatría fueron diagnosticados con trastorno límite de la personalidad y el motivo de ingreso estaba asociado a ideación o intento de suicidio, de esta población se eligieron a dos pacientes que cubrían los requisitos de inclusión para ofrecerles el tratamiento.

◆ **Criterios de inclusión para la valoración diagnóstica**

Personas mayores de 18 años, hospitalizados, con tratamiento psicofarmacológico indicado y supervisado por un psiquiatra; y con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad según el DSM-IV (1995), incluido el “criterio cinco” de comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación, como motivo de ingreso. El diagnóstico deberá corroborarse con la Entrevista clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad SCID-II, de First, Gibbon, Spitzer y Williams (1999). En esta investigación los participantes recibieron información pormenorizada del “consentimiento informado” por el investigador.

◆ **Criterios de inclusión para el tratamiento**

Los pacientes una vez que hayan cubierto los criterios de inclusión en la evaluación diagnóstica deberán comprometerse a participar en la psicoterapia y expresar conscientemente el deseo de no atentar contra su vida. Además de que el

último intento de suicidio el riesgo sea de “mediana letalidad” evaluado por la escala de riesgo-rescate (Weizman y Worden, 1974).

◆ **Criterios de exclusión**

Pacientes menores de 18 años, ambulatorios, sin tratamiento psicofarmacológico. Que presenten como diagnóstico principal, un trastorno mental psicótico o daño orgánico cerebral, sin comorbilidad con el trastorno límite de la personalidad o con limitaciones en el lenguaje que interfirieran en la comunicación. Sin ideación y conductas suicidas.

UN ESTUDIO CON DOS MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN: CUANTITATIVO Y CUALITATIVO

El estudio constó “dos métodos” de investigación: uno cuantitativo y otro cualitativo, que se emplearon en tres fases.

En la primera fase de *pretest* se utilizó el método cuantitativo dirigido a la selección de pacientes, en el que se reportaron las variables sociodemográficas del intento de suicidio, se aplicaron escalas clínicas para conocer el riesgo y letalidad suicida; Se evaluó el diagnóstico del trastorno límite y un breve cuestionario sobre abuso sexual. En esta fase se seleccionaron dos casos para psicoterapia.

La segunda fase correspondió a la aplicación de la psicoterapia, en la que se utilizaron técnicas cualitativas, como las entrevistas a profundidad (con fines diagnósticos para los dos casos seleccionados) y el análisis de categorías clínicas para evaluar el tratamiento.

Al final de la psicoterapia se utilizó nuevamente el método cuantitativo, cuando se aplicaron las escalas clínicas para conocer los cambios sintomáticos producidos por el tratamiento con relación al riesgo y la letalidad suicida. A las evaluaciones posteriores al tratamiento, se le conoce como *postest*.

La tercera fase correspondió a la evaluación del *seguimiento*, su objetivo consistió en evaluar si se mantenían o no los cambios producidos por la psicoterapia (tres meses después de haber concluido). En esta fase se utilizaron de nuevo las escalas clínicas (método cuantitativo) y las entrevistas clínicas a profundidad (método cualitativo). En esta investigación, los instrumentos y sus procedimientos, se describen en cada fase.

FASE I EVALUACIÓN CUANTITATIVA: SELECCIÓN DE CASOS

◆ Instrumentos:

En esta investigación se utilizaron propiamente dicho tres entrevistas estructuradas: la Entrevista clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad (SCID-II), de First et al. (1999); la escala de Ideación Suicida de Beck,

Schuyler y Herman (1974) y la Escala de Riesgo-Rescate de Weisman y Worden (1974).

◆ **El SCID-II y el Diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad**

Para formular el diagnóstico categorial y dimensional se utilizó, la versión castellana SCID-II elaborada por First et al. (1999), que fue diseñada para formular el diagnóstico diferencial de los trastornos de personalidad en el Eje II de acuerdo a los criterios clínicos del DSM IV.

El diagnóstico dimensional se refiere a la suma de respuestas afirmativas sobre un trastorno en específico, y el categorial describe el umbral o número de síntomas necesarios para considerarlos como característicos de un cuadro nosológico, en este caso del trastorno de la personalidad. La confiabilidad reportada por Malow, West Williams, Sutker (1989) fue de un valor *Kappa* de 0,87 para el trastorno límite de la personalidad.

La entrevista del SCID-II evalúa los trastornos de personalidad del DSM-IV:

- 1) Trastorno de la personalidad por evitación.
- 2) Trastorno de la personalidad por dependencia.
- 3) Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.
- 4) Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad.
- 5) Trastorno paranoide de la personalidad.
- 6) Trastorno depresivo de la personalidad.
- 7) Trastorno esquizotípico de la personalidad.

- 8) Trastorno esquizoide de la personalidad.
- 9) Trastorno histriónico de la personalidad.
- 10) Trastorno narcisista de la personalidad.
- 11) *Trastorno límite de la personalidad.*
- 12) Trastorno antisocial de la personalidad.

La forma de aplicación para investigación, sugerida por los autores del SCID-II consiste en dos fases, primero la aplicación del cuestionario de personalidad y después la entrevista propiamente dicha. En un primer momento, el cuestionario es autoaplicable, el sujeto contesta si presenta o no los síntomas del protocolo. En un segundo momento, el clínico deberá seleccionar sólo los ítems señalados afirmativamente por el paciente y profundizar con una entrevista, para clarificar los síntomas reconocidos por el paciente. Situación que permite saber si presentó o no los síntomas o bien si hubo incomprensión de los ítems; cuando esto sucede, se anulan, dejando solo los ítems que realmente conforman los rasgos de personalidad.

La utilización del SCID-II en la investigación internacional es vasta y en México la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM) utilizaron la versión 1.0 de SCID-II en investigaciones con pacientes diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad (López, 2004 y Cuevas et al. 2000).

◆ **Evaluación del riesgo y de la letalidad suicida**

En este apartado se utilizó la ficha de identificación de Terroba et al. (1986) diseñada en México para estudios clínicos y epidemiológicos sobre conducta suicida;

para recabar información de las características sociodemográficas como: sexo, edad, estado civil, escolaridad, religión y algunos datos sobre el número de veces de la tentativa suicida, el método utilizado y las causas del intento de suicidio. La evaluación consta de cuatro instrumentos: la Escala de Desesperanza, el Cuestionario de Depresión, la Escala de Ideación suicida y la Escala de Riesgo Rescate.

Con la evaluación sociodemográfica, el diagnóstico, la comorbilidad, y los factores de riesgo de la conducta suicida de Rihmer, Z., Velsá, N. & Kiss. (2002), historia previas suicidio, las escalas (desesperanza, ideación depresión suicida) se valoró el “riesgo” de que la persona pudiera presentar el acto suicida, mientras que la “letalidad” del método empleado en la “última” tentativa suicida fue valorada por la escala de riesgo rescate de Weisman y Worden (1974) y en el “análisis¹⁸” de la psicoterapia en la categoría (III. Las ideas y las tentativas suicidas –la circunstancias, el motivo, el método y la letalidad) se evaluó cualitativamente la letalidad en diferentes intentos referidos a lo largo de la vida por las pacientes en el tratamiento.

◆ La Escala de Desesperanza

Diseñada por Beck et al. (1974) la escala valora las expectativas negativas que tiene una persona sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades. Beck et al. (1974) Ros, (1998) y Díaz (2004), consideran que las puntuaciones obtenidas en la escala de desesperanza se convierten en un predictor útil de un posible suicidio. Diversos estudios, Beck, Steer, Beck, J. Newman (1993),

¹⁸ Véase el análisis de los casos A y B

Beck et al. (1974) Rodríguez, R. (1998) y Díaz, Martínez, Bousoño & Bobes (2004) han demostrado que la desesperanza está más fuertemente relacionada con el intento de suicidio, que la depresión en su conjunto.

La Escala es un cuestionario de autoaplicación que se compone de 20 ítems (en relación a actitudes futuras y 11 con actitudes pesimistas) con respuestas cerradas (verdadero y falso), y se califica con cero o uno; la puntuación máxima es de 20 puntos.

García-Portilla, Bascarán, Jiménez y Martínez. (2004) mencionan que los ítems se agrupan en tres dimensiones: afectivo, sentimientos sobre el futuro (ítems 1, 6, 13, 15 y 19); motivacional (ítems 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 y 20) y cognitivo, de expectativas sobre el futuro (ítems 4, 7, 8, 14 y 18). La consistencia interna (coeficiente alfa de *Cronbach*) fue del 0.93 el punto de corte es mayor 8 de tal forma que los pacientes con puntuaciones de 9 o más, tenían 11 veces mayor riesgo de presentar futuros intentos de suicidio. En esta investigación el punto de corte es de igual o mayor a 15 puntos para pacientes con alta letalidad.

En México la escala se ha utilizado en investigaciones epidemiológicas y clínicas. Mondragón et al. (1998) reportan los resultados la confiabilidad de la escala con una alfa de *Cronbach* de 0.56 en una muestra de 1094 pacientes¹⁹.

¹⁹ Del Hospital General Dr. Gea González de la Secretaria de Salud.

◆ El Cuestionario Clínico del Síndrome Depresivo

Fue elaborado en México por Calderón (1992), su objetivo principal fue modificar y adaptar la *Autoevaluación* de depresión de Zung (*Self-Rating depression*) elaborada en 1965, para su aplicación en nuestro país.

Calderón (1992) señala que el cuestionario es de autoaplicación individual, consta de 20 ítems que se califican de 1 a 4 puntos para medir a cada síntoma, en la sumatoria final se obtiene un puntaje global mínimo de 20 y un máximo de 80 puntos.

Morales, Ocampo, De la Mora y Alvarado (1996) analizaron la confiabilidad y validez del *Cuestionario Clínico* con la modalidad de auto-reporte en población abierta. Aplicaron 270 cuestionarios a 121 mujeres y 149 hombres entre 15 y 89 años de edad. Los ítems se analizaron de acuerdo a la sintomatología depresiva en cuatro áreas determinadas por Calderón, la afectiva, la intelectual, la cognoscitiva y la somática. En cuanto a la confiabilidad general se aceptaron 17 reactivos del cuestionario, se obtuvo un alfa de *Cronbach* de 0.86 que indica una alta consistencia interna. Se concluyó, que los reactivos son congruentes y precisos en la medición del síndrome depresivo.

El análisis estadístico demostró una distribución homogénea de los ítems que presenta una alta correlación. A partir del análisis se aceptaron como significativos 17 reactivos ($P_{<0.0005}$), rechazándose 3, (reactivos 10, 19 y el 20) los cuales se modificaron y fueron reevaluados posteriormente, (estos reactivos ya fueron modificados en el cuestionario y en la aplicación de esta investigación).

◆ Escala de Ideación Suicida

Diseñada por Beck et al. (1979) con el propósito de evaluar los pensamientos suicidas. A través del deseo y los planes del sujeto, la escala mide la intensidad de la tentativa suicida en el momento actual y la actitud del sujeto en dichas circunstancias.

Los autores consideran que la escala resulta ser un instrumento útil en la investigación, tanto como variable clasificatoria, al permitir distinguir entre individuos que varían en su grado de ideación suicida, como de variable dependiente, posibilitando cuantificar el cambio producido por el tratamiento. Además en la práctica clínica, permite la cuantificación y agrupación de los datos del paciente respecto a sus pensamientos suicidas. Estos investigadores definen a las ideas suicidas como un pensamiento recurrente sobre el tema de la muerte y/o la autoagresión que ocasionalmente y/o permanentemente ocupa un lugar central en la vida de las personas, que puede manifestarse como deseos y planes de cometer suicidio, sin hacer evidente el intento.

La escala es una entrevista semiestructurada de 21 ítems. Los reactivos 20 y 21 no se califican ya que informan sobre el número de intentos previos y la intención de morir, asociada al último intento, quedando 19 ítems para cuantificar. Se asigna 0 puntos a la mínima gravedad y 2 a la máxima. El rango de puntuaciones oscila entre 0-38; la puntuación es asignada por el terapeuta quien “profundiza en la entrevista semiestructurada.

La escala se divide en cinco apartados: 1) características de su actitud hacia la vida/muerte, 2) características de los pensamientos suicidas, 3) características del proyecto del intento, 4) realización del proyecto de intento y 5) factores de fondo. La confiabilidad reportada por Beck (1979) según el coeficiente *Alfa* de *Cronbach* de 0,89 y una confiabilidad interjueces de 0,83.

Los españoles Díaz et al. (2004) consideran que no existe punto de corte descritos por Beck (1979); a mayor puntuación mayor gravedad de la ideación suicida. En México González, S., Díaz, Ortiz, González-Forteza, y González (2000) validaron la escala y Mondragón et al. (2001) afirman que el punto de corte planteado por Beck es: un puntaje mayor o igual a 10 que indica que *el* sujeto corre riesgo de suicidarse y reportan un *Alfa* de *Cronbach* de 0.93, lo cual significa una alta confiabilidad.

La escala se ha convertido en una evaluación clásica para los estudios sobre suicidio a nivel internacional, ha sido aplicada en poblaciones clínicas y abiertas bajo los criterios de la estandarización, que incluye la confiabilidad y validez del instrumento. En nuestro país ha sido aplicada en escenarios poblacionales para estudios epidemiológicos y de investigación clínica, Mondragón et al. (1998) la utilizaron como parte de una batería clínica epidemiológica en un estudio dedicado a la ideación suicida con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol en la ciudad de México, con una muestra de 1094 adultos, en tres servicios médicos de hospitalización, consulta externa y urgencias.

◆ Escala de Riesgo Rescate

La Escala de Riesgo-Rescate de Weisman y Worden (1974) tiene como propósito evaluar dos factores: *el Riesgo* desde una perspectiva médica y el *Rescate*, es decir, la posibilidad que tuvo la persona de ser rescatada en la tentativa suicida. La escala permite diferenciar entre tentativa de suicidio y suicidio frustrado. Estos investigadores evalúan el Riesgo y la letalidad del método utilizado para producirse daño así mismo de manera real durante un solo intento de suicidio, el riesgo que se valora puede implicar el pronóstico de una futura tentativa. El *Rescate* se refiere a las circunstancias observables y los recursos disponibles en el momento de la tentativa. El rescate evalúa la forma en la que el sujeto fue encontrado después del intento suicida.

La escala valora el riesgo del intento llevado a cabo, considerando que si el riesgo puntúa alto (13-15 puntos) se incrementa la probabilidad de que el intento se repita. Si el “riesgo es alto y el rescate bajo” se habla de un “intento frustrado”, lo que implica mayor letalidad. Pero si el riesgo es bajo y el rescate es alto se habla de un comportamiento autolesivo que en ocasiones es un intento de los pacientes por llamar la atención de algún familiar, de la pareja o de alguien en especial.

La definición de suicidio frustrado de Weisman y Worden (1974) coincide con la de Eguíluz y Segarra (2005) que lo definen como “el acto suicida que por circunstancias ajenas a la voluntad del paciente no conduce a su muerte. Este por regla general, se debe bien a errores en la técnica suicida o bien en la intervención de terceras personas abortan (rescate) el procedimiento autolesivo” (p. 288).

Morgan, Burns-Cox, Pocock & Polittie (1975) definen la “autolesión deliberada” como una actuación no letal, realizada a través de heridas físicas, sobredosis de fármacos o envenenamiento o ingesta de tóxicos en el cual la persona que la ejecuta conoce el potencial letal de la misma, así como su peligrosidad.

Weisman y Worden (1974) explican que cada factor del Riesgo-Rescate se divide en cinco categorías convirtiéndose en diez ítems, cinco que puntúan riesgo (1. Agente usado, 2. Conciencia dañada, 3. Lesión de toxicidad, 4. Reversibilidad y 5. Tratamiento requerido) y cinco de rescate (1. Localidad, 2. Personas que inician el rescate, 3. Probabilidad de ser descubierto por alguien, 4. Accesibilidad al rescate y 5. Tiempo transcurrido antes de descubrir a la persona con la tentativa suicida) su combinación posibilita determinar el grado de letalidad del acto en una escala del 1 al 3.

La puntuación clasificada como moderada (*mediana letalidad*) es de 9-10 puntos, mientras que para el Rescate la puntuación es de 10-11 puntos. Criterio necesario para que los pacientes reciban la psicoterapia en esta investigación siempre y cuando cumplan con todos los criterios de selección (véase).

En México investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) (Terroba & Saltijeral, 1986), establecieron los cortes del cuestionario Riesgo-Rescate siguiendo el criterio del autor de acorde con las posibles combinaciones del riesgo médico y la posibilidad de rescate, en una puntuación continua de 17 a 83. Las categorías revelan que a mayor puntuación mayor letalidad del acto. En nuestro país hay varias

investigaciones que han utilizado la escala de Riesgo-Rescate, tal es el caso de Terroba et al. (1986) que validaron la escala junto con una batería clínica de diferentes evaluaciones de la conducta suicida, el estudio fue dedicado a los factores clínicos y sociales asociados con el parasuicidio y el suicidio consumado, con una muestra de 81 adolescentes y adultos jóvenes de 15-24 años en Hospitales de urgencias en el Distrito Federal.

En otras investigaciones, miembros de INP utilizaron la escala. Heman (1984), estudió el deseo de morir y la realidad del acto, en sujetos con intento suicida, en una población de 70 adultos en hospitales de urgencias; y finalmente Saltijeral (1988), la emplearon en un estudio sobre los aspectos psicosociales del suicidio en el Distrito Federal, con una población de 110 adultos en el SEMEFO (Servicio Médico Forense).

En resumen: las puntuaciones significativas de las cuatro escalas corresponden a quienes presentan un <perfil alto>, es decir, de: desesperanza severa (>15 puntos); depresión severa, (66-80 puntos); ideación suicida (10 >puntos); Riesgo alto (13-15 puntos) y menor Rescatabilidad (5-7 puntos), lo que significa un mayor riesgo y alta letalidad.

En su conjunto estas evaluaciones nos proporcionan una evaluación de la letalidad suicida, si una persona presenta ideas de desesperanza, depresión, ideación suicida (con un perfil alto valorado por la escalas) se considera en riesgo suicida inminente.

Hay que recordar que estos factores en su conjunto incrementan el riesgo de que alguien se suicide y si a esto agregamos la evaluación de la escala de riesgo-rescate que valora el “método” empleado en la tentativa suicida, estaremos en condiciones de hablar de una “alta letalidad” en la tentativa suicida.

◆ Breve cuestionario sobre abuso sexual

La importancia de este factor surgió como un *hallazgo* clínico y se convirtió secundariamente en un tema de interés para explorar en esta investigación, principalmente por la frecuencia con que el abuso sexual se presentaba en esta población, y era expresado por las pacientes como una situación difícil, dolorosa y que en muchos casos, no había sido tratada o elaborada. En otros casos se asociaba a la tentativa suicida. La literatura actual centra su atención en estos eventos como parte importante del trastorno límite de la personalidad, es por esto que se elaboró un breve cuestionario sobre abuso sexual.

El cuestionario que se aplicó se fundamenta en las variables que presenta Zanarini et al. (2002) la edad en que ocurrió el evento, la frecuencia, si el agresor sexual era conocido o desconocido, si hubo o no penetración sexual, y si hubo algún grado de violencia física adicional. Para conocer algunas características sobre el abuso sexual en esta investigación, se elaboró un cuestionario que fue modificado y quedó con 12 ítems con respuestas cerradas; en los que se incluyeron dos preguntas para conocer respuestas cualitativas del evento. En uno de ellos se solicitaba por escrito a los pacientes confirmar si recordaban o no el evento con claridad, y en otro,

si consideraban o no que el evento les había afectado física y emocionalmente, en caso afirmativo se les pedía que lo escribieran.

FASE I PROCEDIMIENTO I: SELECCIÓN DE CASOS

La investigación cualitativa, explica González, F. (2000) constituye un proceso continuo de producción de ideas que estructura el investigador en el contexto complejo de su interacción y dialogo con el evento empírico. Durante el proceso de la investigación, en relación con la situación empírica, hubo necesidad de hacer ajustes que permitieran conocer los casos clínicos para poder explicarlos de manera más detallada y holística.

Al inicio de la investigación, el proyecto se puso a consideración y aprobación en la institución Sede. Después se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes que llegaron al hospital en un lapso de ocho meses y fueron diagnosticados con el Trastorno Límite de la Personalidad y que además presentaban ideas o intentos de suicidio como motivo de ingreso. A estos pacientes se les invitó al estudio y se les explicó con detalle la carta de consentimiento. La muestra se llevó a cabo conforme los participantes se hospitalizaban.

La información que provenía de las estadísticas del hospital reportaban un promedio de 14 pacientes por mes con trastorno límite de la personalidad que se atendía en la institución sede, por lo que al principio se pensó en recoger los datos de uno o dos meses para obtener esta muestra y de allí seleccionar a los dos casos para

ofrecer el tratamiento, sin embargo, no fue así, ya que en el escenario estuvimos ocho meses para la selección de 15 participantes, y tres meses más para efectuar los tratamientos. Así como tres meses más para la evaluación del seguimiento.

Una vez instalados en la sede, observamos que los probables candidatos para ser seleccionados llegaban sólo dos o tres al mes dato que no correspondía con las estadísticas del hospital, que señalaban en promedio quince por mes. Pudimos advertir que el paciente podía solicitar su egreso voluntario y días después nuevamente se hospitalizaba, generalmente cuando la familia no podía manejar la problemática de los síntomas y la tentativa suicida. Otra situación que se presentaba es que en algunos casos los pacientes eran egresados en un periodo breve (una semana o dos) cuando no habían elaborado sus pérdidas y tener cierta claridad sobre su comportamiento suicida, o que pudieran comprender la relación que este comportamiento tenía con sus características de personalidad. Por estas razones se decidió una estancia más prolongada de la estimada.

◆ **Diagnóstico -pretest-**

En esta etapa se revisaron los expedientes clínicos cada tercer día durante ocho meses. Se leían uno a uno. Primero se seleccionaban los casos que en la clínica los psiquiatras consideraban presentaban el trastorno límite de personalidad y en segundo lugar se seleccionaban los casos “probables”, es decir, los que cumplían con los criterios de inclusión, pero que aún no eran evaluados con instrumentos psicométricos.

Cabe mencionar, que cada paciente que se hospitaliza es valorado en tres ocasiones por el área de psiquiatría: al ingreso, a las 24 horas y a las 48 horas, situación que permite mayor finura diagnóstica y mayor claridad en cuanto a la sintomatología. Tanto en el ingreso como en la segunda valoración siempre hay un familiar cercano al paciente, por ejemplo los padres, la pareja, alguno de los hijos cuando son adultos mayores, y se cuenta con la información necesaria para completar la historia clínica. Esta situación incrementa la confiabilidad del diagnóstico ya que la impresión diagnóstica de ingreso, se corrobora o confirma en tres diferentes ocasiones, por diferentes expertos, y en algunos casos se modifica por completo, cuando la evidencia clínica así lo dicta. En general no hubo grandes modificaciones entre los diagnósticos emitidos por los especialistas y los encontrados en la evaluación con los instrumentos utilizados.

En esta investigación, las escalas que se aplicaron cumplieron dos propósitos, el primero estuvo relacionado con la evaluación sintomática, es decir, conocer la “presencia o ausencia” de los síntomas que reportaban información cualitativa sobre el comportamiento suicida, principalmente los síntomas conocidos como predictivos del comportamiento suicida como son: la desesperanza, la depresión, los pensamientos suicidas y la conducta suicida. El segundo propósito cumple la función de evaluación del tratamiento en tres momentos: al inicio (*pretest*), al término (*postest*) y tres meses después de la psicoterapia (*seguimiento*). Por lo que la evaluación de las escalas no tiene un fin estadístico *per se*, sino intrínseco, el de conocer el carácter cualitativo de los síntomas.

Es importante recordar en este apartado que la tentativa suicida suele evaluarse a través de los factores de riesgo derivados de las variables

sociodemográficas, el diagnóstico, la comorbilidad , el método utilizado , las pérdidas interpersonales, los conflictos familiares y económicos, el deterioro del estado de salud físico y psíquico, el consumo del alcohol y drogas entre otros factores de riesgo que se evaluaron a fin de obtener información pormenorizada de cada paciente para el estudio de casos.

◆ **Secuencia de la evaluación**

La secuencia de aplicación de los instrumentos utilizados en la fase de selección o *-pretest-* (véase tabla 2.1) se inició con la evaluación de una *ficha de identificación* para conocer los datos sociodemográficos y los datos epidemiológicos sobre conducta suicida; (para evaluar el foco clínico). Posteriormente, se valoró la *Desesperanza* como elemento predictor para conocer si los participantes la presentaban y estaba asociada a la tentativa suicida.

Después se aplicó el Cuestionario del Síndrome Depresivo para saber si había elementos clínicos de alguna perturbación depresiva comórbida con el Trastorno Límite de La Personalidad y que estuviese ligada a la tentativa, a continuación se evaluó la Ideación Suicida con la finalidad de obtener información, que indicara si el sujeto continuaba deseando el suicidio y estuviese generado nuevos planes y pudiera repetir el intento. Ulteriormente se valoró el Riesgo de suicidio si era “real”, y si éste podría diferenciarse de una conducta automutilatoria con beneficios secundarios. La escala de Riesgo-Rescate que permitió valorar la “letalidad” del último intento; “si el paciente puntuaba el riesgo alto, la letalidad se consideraba alta y por tanto, no se incluía en la investigación”. Finalmente se aplicó el breve cuestionario sobre abuso sexual.

Tabla 2.1 Indica las evaluaciones del diagnóstico y del tratamiento-*pretest, postest y seguimiento*.

AUTOR	INSTRUMENTO	EVALÚA	PRE-TEST	POS-TEST	SEGUI-MIENTO
Beck et al.(1974)	Escala	Desesperanza	X	X	X
Calderón (1992)	Cuestionario	Depresión	X	X	X
Beck et al.(1979)	Entrevista Semi Estructurada	Ideación Suicida	X	*	*
Weisman y Worden(1974)	Entrevista Semi Estructurada	Riesgo y Rescate	X	*	*
First et al. (1999)	Cuestionario y Entrevista (SCID-II) Estructurada	Trastornos de Personalidad	X	+	+
Zanarini (2002)	Cuestionario sociodemográfico sobre abuso sexual	Breve cuestiona-rio sociodemográ-fico sobre abuso sexual	X	+	+

* **NO se aplicaron las escalas ya que los pacientes no presentaban ideas o conductas parasuicidas después de la psicoterapia.**

+ **Son instrumentos exclusivamente diagnósticos, no se requiere su revaloración.**

Para confirmar o descartar el Trastorno Límite de la Personalidad se utilizó La Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad (SCID-II) de First et al. (1999), que permitió formular el diagnóstico diferencial y conocer si había comorbilidad con los demás trastornos del Eje II en base a los criterios del DSM-IV.

Finalmente, se aplicó un cuestionario para tener información sobre abusos sexuales en los pacientes seleccionados y que se presentan los resultados con un breve análisis. (véase anexo resultados del diagnóstico).

◆ Lista de medicamentos prescritos por psiquiatría a los casos

Se elaboró una lista de los medicamentos administrados por los médicos tratantes de los casos, donde se incluye la posología utilizada y una descripción de los medicamentos en el comportamiento de los pacientes para poder diferenciarla de los cambios producidos por estos en relación con la psicoterapia. Esta situación está vinculada con el método de caso ya que implica un estudio exhaustivo y pormenorizado en un contexto, situación por la que se considera un estudio holístico.

FASE II EVALUACIÓN CUALITATIVA: ENTREVISTAS Y TRATAMIENTO

◆ Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron las “entrevistas diagnósticas” y las “categorías clínicas” que resultaron de analizar la relación clínica entre el paciente y el terapeuta.

Las entrevistas diagnósticas fueron a profundidad y se diseñaron bajo una guía temática²⁰ que fue resultado de los encuentros con los pacientes diagnosticados con trastorno límite y tentativa suicida, con el propósito de “saturar” la información y obtener el común denominador discursivo.

²⁰ Véase anexo

Las entrevistas cualitativas se caracterizan por ser flexibles y dinámicas. No son directivas, estructuradas o estandarizadas (Anguera, 1995). Por el contrario son abiertas, situación que permite libertad de acción al investigador.

En este estudio se comparte con Alonso (1994) la definición que explica de la entrevista a profundidad como es una construcción comunicativa y no solamente el registro de discursos que “hablan al sujeto”. En este sentido los discursos no son preexistentes en la entrevista, sino que fundan un marco social del contexto en que se desenvuelve. Entonces, el discurso se presenta como respuesta a una interrogación en una situación comunicativa cara a cara. Los roles que adoptan el entrevistador y el entrevistado fundan en cada instante ese discurso.

Finalmente, cada investigador efectúa una entrevista diferente según su cultura, y los resultados dependerán de la sensibilidad y conocimiento del tema del entrevistador.

Los investigadores Taylor y Bogdan (1987) definen la entrevista en profundidad, como repetidos encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, cuyo objetivo es la comprensión de las representaciones y perspectivas que tienen los informantes con relación a sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo dicen con sus propios términos. Por ello se grabaron en audio las entrevistas y la psicoterapia. La entrevista, en el caso que nos ocupa, posibilita a los participantes reflexionar en el momento de sus respuestas y matizar sus pensamientos, sentimientos e ideas asociadas a la tentativa suicidio describiendo los rasgos característicos de su personalidad.

Álvarez-Gayou (2004) explica que la “saturación” se refiere al evento en que la obtención de información empieza a repetirse o ser similar. Como se mencionó las entrevistas fueron saturadas. Las guías de la entrevista se fueron adaptando a los participantes y a la situación, por lo que no presentan uniformidad protocolaria en los casos, pero sí muestran cierta temática en común. Sin embargo, las entrevistas se encuentran focalizadas a la tentativa suicida, en la que se articula la historia de las tentativas a la historia de los sujetos en un contexto específico, bajo condiciones especiales. Las entrevistas fueron preliminares y su propósito fue diagnóstico, tanto para valorar el riesgo y la letalidad de la tentativa suicida, como para conocer las características de personalidad.

Taylor y Bogdan (1987) comentan que “en los proyectos de entrevista a gran escala algunos investigadores utilizan una guía de la entrevista para asegurarse de que los temas sean explorados con cierto número de informantes. La guía de la entrevista no es un protocolo estructurado. Se trata de una lista de áreas generales (véase anexos) que deben cubrirse con cada informante. En la situación de entrevista el investigador decide como enunciar las preguntas y cuándo formularlas. La guía de la entrevista sirve solamente para recordar que se deben hacer preguntas sobre ciertos temas” (p.119).

Finalmente, la guía temática de esta investigación consistió en revisar temas tales como: los eventos cruciales en la historia del paciente, la familia, las ideas y las conductas suicidas (el móvil de la tentativa respondiendo a preguntas acerca de las

circunstancias (cómo, cuando, dónde, los pensamientos, los deseos y sentimientos, las ideas y los planes).

En el ámbito clínico Labortiga y Cervera (2003) sugieren utilizar entrevistas semiestructuradas, debido a que ofrecen una evaluación más comprensiva, sistemática y profunda de los rasgos de personalidad, situación que redundaría en la confiabilidad del diagnóstico. Este criterio se utilizó para seleccionar algunos de los instrumentos aplicados en esta investigación, con la idea básica de profundizar e ir más allá de las preguntas y respuestas cerradas (verdadero-falso) de los cuestionarios.

◆ **Categorías de análisis clínicos**

Derivado de las entrevistas y el tratamiento surgieron las *categorías clínicas* que sirvieron para recabar la información de la psicoterapia, las categorías fueron temas o rubros similares que se presentaban de manera frecuente en cada sesión y que permitían su análisis de manera organizada con el objeto de conocer lo sucedido en la psicoterapia.

Los datos se organizaron, tratando de construir categorías que nos posibilitaran encontrar y organizar patrones (modelos) que permitieran interpretar, y con esto dar sentido y significación de las dimensiones descriptivas recogidas, en las entrevistas y la psicoterapia (Bartolomé M y Panchón C, 1995). Al final de la descripción de cada categoría se elaboró un apartado dedicado al “análisis”, que corresponde a la sistematización de la información obtenida y su profundización..

El acopio de datos se llevó a cabo al final de cada sesión. Las categorías se utilizaron para elaborar y concentrar los datos de las intervenciones terapéuticas y quedaron así: I. La familia y sus vínculos, II. Las pérdidas, III. Las ideas y las tentativas suicidas (las circunstancias, el motivo, el método y la letalidad), IV. Las actuaciones, V. Los vínculos en el trabajo, VI. Sabotajes al tratamiento, VII. El *insight* y VIII. Las viñetas de intervención psicoterapéutica.

Categoría I. La familia y sus vínculos. en esta investigación se refiere a la estructura y las funciones que desempeñan los diferentes miembros de esta institución social, y las formas de relación que se establecen entre sus miembros (afectivas, cognoscitivas, morales, económicas, religiosas, ideológicas etc..) que directa o indirectamente se conjuntan en la historia narrada por el paciente en la psicoterapia.

Categoría II. Las pérdidas, se refieren a la privación que tiene una persona de otra sea esta causada por la muerte o separación (ej., conyugal, viaje etc..) y que repercute en el paciente generando una sensación de falta, de añoranza, de deseo, de tristeza, que se expresa a través de un duelo (que puede estar o no elaborado).

Categoría III. Las ideas y las tentativas suicidas (las circunstancias, el motivo, el método y la letalidad). Las *ideas suicidas*, se consideran aquí como todos los pensamientos relacionados con la muerte y encaminados a buscar el suicidio, que se expresan a través del deseo de darse muerte a sí mismo sin llegar a su actuación.

Las ideas revelan fantasías conscientes sobre la muerte que pueden convertirse en un plan estructurado.

Las *tentativas suicidas* se refieren a todo acto encaminado a procurarse la muerte sin llegar a su consumación.

Las *circunstancias*, se consideran los eventos particulares que acompañaron al evento suicida.

El *motivo*, se define aquí como la justificación o racionalidad que expresa la persona para definir la causa o causas que lo llevaron al acto suicida.

El *método*, se refiere al instrumento utilizado y a la forma de proceder del sujeto en la tentativa suicida.

La *letalidad*, corresponde al grado de peligro de muerte que el individuo presentó al intentar suicidarse.

Categoría IV. Las actuaciones. consisten en poner en acciones los conflictos inconscientes no resueltos. Entonces, con la actuación el sujeto pretende resolver un conflicto interno, traduciendo la expresión no verbalizada del conflicto, en acción (Llitman, 1967, pp. 96). En este apartado se excluyen las tentativas suicidas.

No tomar los medicamentos, consumir alcohol, abusos de sustancias, los comportamientos promiscuos etc., son ejemplos comunes de esta categoría.

Categoría V. Los Vínculos en el trabajo, se refieren a cualquier relación laboral del paciente, el énfasis está dado en la dimensión del comportamiento suicida y los estados emocionales.

Categoría VI. Sabotajes al Tratamiento, son los comportamientos conscientes o inconscientes del paciente con trastorno límite encaminados a obstaculizar la labor terapéutica. Se considera en esta investigación los señalados por Clarkin, Yeomas y Kenberg (1999), ejemplo de ellos son: conductas suicidas y autolesivas, actividades o impulsos homicidas amenazantes al terapeuta, mentir o retener información, inasistencia a la sesiones, abuso en el consumo de sustancias, asistir intoxicado a las sesiones, trastorno alimentario descontrolado, llamadas telefónicas excesivas y otras intrusiones en la vida del terapeuta, no pagar la cuota o arreglárselas para no pagarlas, ver más de un terapeuta de manera simultánea, perder el tiempo en las sesiones (trivialización), estilo de vida crónicamente pasivo sin eliminación de la ganancia secundaria.

Categoría VII. El insight es un concepto anglosajón que no tiene una traducción directa al castellano y en la psicología clínica se asocia de manera genérica a la consciencia del padecimiento, a la adherencia al tratamiento y su cumplimiento. En esta investigación se asume la definición de Frazier, Campell, Marshall, & Werner, (1976) quienes consideran al término como “una extensión de la comprensión del propio individuo acerca del origen, naturaleza y mecanismos de sus actitudes y comportamientos. Más superficialmente el reconocimiento, por parte del paciente de que esta enfermo”. (p. 75)

Categoría VIII. Viñetas de intervención psicoterapéutica²¹, esta categoría se refiere a los ejemplos clínicos que muestran las diferentes modalidades de intervención del terapeuta en la psicoterapia breve focalizada (interrogar, informar, confirmar, clarificar, recapitular, señalar, interpretar, sugerir, indicar, encuadrar y las metaintervenciones).

◆ **Triangulación**

En la metodología cualitativa no se consideran los términos de confiabilidad y validez para comprobar la investigación, estos conceptos provienen de los métodos positivistas. En lugar de la validez se utiliza el término de “triangulación”.

El investigador Denzin (1978) define la triangulación como la comparación que sucede en la comprobación de los resultados, que puede ser de la entrevista con los resultados obtenidos con otras técnicas, o con el análisis de los resultados similares obtenidos por diferentes investigadores, o bien facilitando la lectura de los resultados a los propios informantes para que sean quienes validen el análisis ahí obtenidos.

El autor considera cuatro tipos de triangulación: 1) la triangulación de datos, que consiste en comparar diversas fuentes de datos en el estudio; 2) la triangulación de investigadores, consistente en que diferentes investigadores comparen sus datos con los del estudio realizado; 3) la triangulación de teorías, consiste en utilizar diferentes perspectivas teóricas para interpretar los datos obtenidos de la

²¹ Las definiciones se encuentran en el marco teórico, adicionalmente se elaboró protocolo para registrar las intervenciones terapéuticas por caso para esta categoría véase anexos

investigación, y 4) la triangulación metodológica que consiste en la utilización de diversos métodos para abordar un mismo problema. En esta tesis se recurrió la triangulación de “diferentes investigadores” (psicólogo clínico y los psiquiatras con relación al diagnóstico) y la triangulación de “diferentes métodos” (cuantitativo y cualitativo con relación a la evaluación de la psicoterapia y el seguimiento).

Actualmente la validez de las entrevistas son consideradas por tres aspectos:1) la legitimidad del investigador, que consiste en dos tipos de legitimidad la formal que se demuestra en el nivel teórico académico e institucional, la legitimidad informal que se demuestra en el campo de investigación 2) el empleo apropiado de la técnica, se demuestra a través de la experiencia y el entrenamiento del investigador en el buen uso de la técnica y 3) la calidad del *rapport* establecido que se convierte en un buen indicador de la calidad de la información obtenida por el investigador en la entrevista. (Sherrad y Barrera 1995; Vela, 2001). En este trabajo se considerarán los aportes de Denzin (1998), Sherrad y Barrera (1995), para legitimar la investigación.

◆ **Tratamiento: la psicoterapia breve focal**

En esta etapa se llevó a cabo la psicoterapia breve focalizada con los lineamientos explicados en el marco teórico. El foco clínico se dirigió a la ideación y tentativa suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Los objetivos clínicos de la psicoterapia breve se basaron en la propuesta de Wolberg (1965) y el foco clínico y las intervenciones terapéuticas enunciadas por Fiorini (1990) (véase marco teórico).

◆ **Encuadre y contrato**

El encuadre respondió al marco teórico de la psicoterapia breve focalizada (PBF) en el que se establecieron las bases de la relación entre terapeuta y paciente, a través del establecimiento de encuadre fijo con énfasis en el espacio y tiempo utilizado. El encuadre constó de doce sesiones, con una frecuencia de una vez por semana y con duración de 45 minutos cada una, en el consultorio de psicología de consulta externa. El terapeuta enfatizó las reglas de relación encaminadas a trabajar con respeto, honestidad y confidencialidad. Se instó a los pacientes a comunicar todo lo relacionado con la tentativa suicida (pensamientos, deseos, sentimientos y comportamientos, fantasías, etc.) y manifestación de cualquier estado de crisis durante la psicoterapia. El contrato consistió en la formalización protocolaria de la psicoterapia, es decir, en el compromiso verbal y escrito, por el terapeuta y el paciente en común acuerdo.

FASE II PROCEDIMIENTO II: ENTREVISTAS Y TRATAMIENTO

◆ **Grabación de las entrevistas**

Con el consentimiento informado se grabaron en audio las entrevistas a profundidad. A cada caso se le asignó la letra "A" al caso Ana y "B" al caso Celia. El caso "A" autorizó la grabación de las entrevistas preliminares y el tratamiento. El caso "B" no aceptó la grabación, sin embargo, aceptó que se tomaran notas clínicas y con ello se trabajó en la supervisión clínica.

◆ **Tratamiento**

En esta fase se aplicó la psicoterapia breve psicoanalítica focalizada en la tentativa suicida pactada a doce sesiones. La evaluación diagnóstica se llevó a cabo mientras los pacientes se encontraban hospitalizados y la psicoterapia fue ambulatoria. Una vez finalizado el tratamiento se aplicó el *postest*, con los instrumentos señalados en la tabla 2.1 (véase quinta columna).

◆ **Supervisión de los casos**

El tratamiento se llevó a cabo con dos supervisoras²² psicoanalistas con amplia experiencia en psicoterapia. El encuadre de la supervisión fue una vez por semana, con duración de una hora. En la supervisión se trabajó con el material de las relatorías de cada sesión que provenían de las notas de sesión y las grabaciones de audio.

FASE III EVALUACIÓN DEL SEGUIMIENTO

Primero comentaré que el seguimiento de la psicoterapia funciona como una estrategia que permite revisar los casos en el estado actual de la salud psicológica de los participantes, ya que si se presenta la necesidad de brindar apoyo en crisis o alguna otra estrategia terapéutica, es el momento ideal para ofrecerla y dejar en las mejores condiciones psicológicas a los participantes.

²² La Dra. Griselda Soto Meyer para el caso A y la Dra. Bertha Blum Grynberg para el caso B.

Segundo, el seguimiento permitió evaluar a posteriori los resultados y alcances del tratamiento, para conocer si se presentaban nuevamente los síntomas motivo de ingreso, o si habían remitido, o si habían empeorado o se mantienen estables, en función de los objetivos propuestos en la investigación.

En resumen, el seguimiento permitió observar y constatar si se mantenían o no, los cambios producidos por la psicoterapia

◆ **Procedimiento del seguimiento**

El seguimiento de los casos se realizó tres meses después de haber concluido la psicoterapia. Se valoraron nuevamente los dos casos, mediante una entrevista clínica atendiendo a los resultados de la psicoterapia en lo referente al foco clínico, es decir, a la ideación y tentativa suicida, así como a la sintomatología asociada específicamente.

Posteriormente se aplicaron: la escala de desesperanza y el cuestionario de depresión. Es importante aclarar que si los síntomas (desesperanza y depresión) remitían no había necesidad de aplicar los demás instrumentos, ya que estos predictores de la tentativa suicida no operaban más en los sujetos. Por otra parte, si no había la declaración verbal de que los pacientes desearan o intentaran suicidarse, ya había necesidad de aplicar las demás pruebas, ya que perdían su cometido de evaluar la ideación, el riesgo y la letalidad suicida, cuando no hay deseo ni manifestación clínica de una tentativa suicida.

◆ EL ESCENARIO

La Sede clínica donde se llevó a cabo la investigación fue el Hospital Regional de Psiquiatría Morelos, perteneciente al sistema de hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social, conocido como un hospital de puertas abiertas. Cuenta con 60 camas, divididas en dos secciones, una para mujeres y otra para hombres, en donde solo se atienden adultos.

El hospital cuenta con los servicios de Hospitalización y Consulta Externa. El área de Hospitalización incluye el servicio de *Hospital de Día* y varias clínicas de atención integral como son: 1) La Clínica de esquizofrenia, 2) La Clínica de ansiedad y depresión, 3) La Clínica para la atención a personas que consumen alcohol y sustancias psicoactivas, y 4) La Clínica de atención a paciente con psicosis orgánicas. Cuenta además con una Jefatura de investigación y enseñanza, una biblioteca y es el centro de adiestramiento y formación de psiquiatras y psicólogos que ejercen su servicio social y prácticas profesionales.

En la Consulta Externa se atiende desde niños hasta adultos mayores, se brindan tratamientos individuales, de pareja, de grupo y de familia. Tanto en el Hospital como en la Consulta Externa, la labor clínica se lleva a cabo con equipos multidisciplinarios conformados por: psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadoras sociales, enfermeras y dietistas.

◆ La ética en la investigación

Los procedimientos metodológicos y el consentimiento informado de esta investigación, corresponden a las normas éticas de la declaración de Helsinki de 1975 que en México fueron acogidas y publicadas por el Diario Oficial de la Federación de México en 1982.

Los psicólogos Berntstein y Nietzel (1987) explican, que un código de ética para cualquier profesión consiste en un conjunto de reglas y principios que exhortan o prohíben algunas conductas profesionales.

Es importante mencionar que en esta investigación se utilizó el consentimiento informado de la Institución Sede (véase anexo) como lo sugirió el comité de ética y enseñanza— del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la revisión del Proyecto.

Los tres principios éticos básicos son el Principio de Beneficencia, el Principio de Autonomía y el principio de Justicia.

Frank (1996) señala que el principio “<de beneficencia>, compele a maximizar el bien; <en ausencia de daño>, que busca evitar el mal potencial, <el de autonomía y respeto por la dignidad humana>, incluido los derechos a autogobernarse y la privacidad de pensamiento y acción, y el principio de <justicia> que plantea el derecho a una distribución equitativa de beneficios y costos” (p.13).

En nuestro país, la Sociedad Mexicana de Psicología (2002) ha elaborado su versión del Código Ético del Psicólogo, que prácticamente asume los estándares éticos internacionales.

Los psicólogos deben respetar los derechos de confidencialidad de de sus pacientes. Es importante recordar que habrá casos en los que la privacidad sea supeditada a situaciones de riesgo importante, como lo acota este autor. El código ético señala, sin embargo, algunas excepciones, como “son los casos en los que, a través de la evaluación se detectan indicadores de peligro para sí o para otros, tales como la posibilidad de suicidio, homicidio, existencia de abuso físico o sexual, etcétera” (Frank, 1996. p.26). Entonces el psicólogo deberá actuar en consecuencia e informar a quien competa su intervención de acuerdo con los principios éticos y científicos que la situación merece.

◆ **La aprobación institucional**

Los psicólogos obtienen de las instituciones u organizaciones anfitrionas, la aprobación correspondiente para realizar una investigación y proporcionar información precisa sobre sus propósitos. Así mismo, llevan a cabo la investigación de acuerdo con el protocolo de investigación aprobado. Parafraseando a Frank (1996) el consentimiento informado consiste en que el psicólogo mediante el uso de lenguaje comprensible para los participantes, informe sobre la naturaleza de la investigación; y que les notifique que tienen la libertad para participar o declinar su participación e incluso para retirarse de la misma; explicando así las consecuencias previsibles de la declinación o el retiro. Además el psicólogo informará a los

participantes los factores significativos que se podría esperar que influyeran sobre su deseo de participar.

El establecimiento de esta norma permite al participante conocer los objetivos y las formas de proceder con apego ético con sujetos humanos, además de que tal situación se formaliza con un documento que será explicado, leído y en su caso aprobado y firmado por el participante, pudiendo declinar en cualquier momento de su participación, si así lo deseará, sin verse afectado su tratamiento.

CAPITULO III

RESULTADOS

CAPITULO III

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

◆ El consentimiento informado de los participantes

El investigador informó y aclaró la naturaleza de la investigación, con un lenguaje claro y sencillo. El consentimiento informado se llevó a cabo con cada uno de los participantes que cumplían los requisitos de inclusión de la investigación, debían presentar ideación o intento de suicidio, como motivo de ingreso al hospital, además de haber sido diagnosticados con el trastorno límite de la personalidad.

El primer acercamiento con los participantes se llevó a cabo, de la siguiente manera: con la información del expediente, se visitó a los probables candidatos, en los dormitorios, en el jardín o la estancia de usos múltiples, de ahí, se les trasladó a los consultorios y se les informó con detalle los objetivos de la investigación, los cuales consistían en que mediante un modelo de psicoterapia breve, el investigador pretendía “reducir el riesgo y la severidad del intento de suicidio en pacientes con trastorno límite de la personalidad”. Quince pacientes aceptaron el protocolo en el primer acercamiento y cuatro se negaron a participar, situación que se respetó.

A los participantes se les solicitaba que reflexionaran acerca de su participación en la investigación, y lo comentaran con el familiar responsable de su internamiento. Posteriormente, y sólo si los participantes aceptaban verbalmente entrar al protocolo de investigación, a ambos se les leían las normas del

consentimiento informado. En una reunión se les explicaba con detenimiento cuál sería su participación en la investigación, la cual consistía en que el participante respondiera a cuestionarios, entrevistas y pruebas psicológicas, todo ello para formular el diagnóstico clínico, y sólo si resultaban seleccionados, podrían participar en la psicoterapia. En ese punto, el investigador explicaba y se comprometía a aclarar cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos y beneficios, así como cualquier asunto relacionado con la participación en la investigación.

También se les informaba que se les tendría al tanto, de cualquier modificación al proyecto, y se garantizaba que si el tratamiento no fuera beneficioso para el participante, se suspendería y se le brindaría el tratamiento estándar (establecido) por la institución, a fin de no afectarlo, con esto se ponía en práctica el principio de beneficencia, que compele a maximizar el bien, en ausencia del daño.

De la misma manera, se insistía en que el participante tenía el derecho de retirarse de la investigación en el momento que lo deseara, sin que esto afectara la atención médica-psicológica ni los beneficios que otorga el hospital en su tratamiento, con ello se respondía al principio ético de autonomía, que se refiere al respeto de la dignidad humana, que implica el derecho a autogobernarse y la libertad de pensamiento y acción. Posteriormente el investigador aclaraba al candidato que la información obtenida de su intervención podría ser susceptible de presentarse o publicarse en algún foro científico y se le aseguraba la confidencialidad de su participación, es decir, que en ningún momento se mencionarían sus datos personales en la investigación.

El investigador se comprometía a informar al participante los conocimientos actualizados durante el estudio, aunque esto pudiera cambiar “el parecer del participante en su permanencia en la investigación”.

Para formalizar el consentimiento informado, el participante, un testigo y el investigador firmaron el documento. Se le agradecía su participación y se le programaban citas para iniciar la evaluación y después el tratamiento, si fuera el caso. En todos los casos se realizó el mismo procedimiento, lo que implicó el principio de justicia que plantea el derecho de una distribución equitativa de beneficios.

Solo en los dos casos para tratamiento, se les solicitó verbalmente su autorización para grabar en audio las sesiones de psicoterapia, habiendo sólo la autorización verbal del caso “A”.

En general no hubo complicación en la obtención de consentimiento informado, ya que los participantes se mostraron dispuestos a colaborar en la etapa de selección, y aceptar su retiro en el caso de no haber sido elegidos para el tratamiento. Algunos pacientes se mostraron complacidos con la evaluación diagnóstica, mientras que otros solicitaban el tratamiento, incluso proponían quedarse en lista de espera, sin embargo, se le explicó que ésta no existía, y no hubo complicaciones posteriores.

FASE DE PRETEST: HISTORIA CLÍNICA CASO ANA

Se trata de una mujer de 26 años a la que llamaremos Ana, ella es morena de cabello castaño de ojos color miel, con tendencia a la obesidad. Actualmente está

separada (vivió en unión libre por dos años, no tiene hijos), estudió licenciatura en área médica se desempeña como enfermera, es residente del área metropolitana, convive en el departamento de sus padres que cuenta con todos los servicios urbanos.

Motivo de ingreso: Ana acude al hospital con su padre ya que ella se negaba a ser hospitalizada.²³ Ana refirió el deseo de inyectarse cloruro de potasio (KCL) vía intravenosa, recuerda que tenía varios días en un estado depresivo en el que predominaba tristeza y angustia que no podía controlar, pero no encontraba algún motivo a su estado afectivo.

Entre los antecedentes se encontró que el padre padece de hipertensión arterial, la madre se encuentra aparentemente sana. Ana tuvo una tía paterna que se *suicidó* a la edad de 21 años con medicamentos, por problemas en la relación con su pareja. El resto de los antecedentes neurológicos y psiquiátricos fue explorado y negado.

Es la primera hija de un total de cuatro, nació cuando su madre tenía 20 años, el parto fue asistido en hospital por vía vaginal el curso fue normoevolutivo, no presentó complicaciones perinatales ni postnatales Ana goza de salud física. Ana niega abuso de sustancias, sin embargo, reconoce consumo de etílicos. Desde los 21 años, inició tomando cervezas en reuniones sociales fue incrementando gradualmente el consumo y la tolerancia, actualmente bebe dos veces por semana en reuniones sociales busca de manera consciente la ingesta.

²³ Dos años antes había sido hospitalizada por el mismo motivo ideación suicida.

Empieza a estudiar a edad convencional, no presenta reprobaciones, se titula y trabaja como enfermera desde hace dos años.

El Padecimiento Actual es referido por la madre y la paciente desde la infancia presentando tristeza, llanto, irritabilidad, anhedonia, reducción en su rendimiento familiar laboral y social.

En esta entrevista refiere haber presentado tres intentos de suicidio previos, el primero a los 12 años en el que ingiere pastillas de sulfato ferroso, en el segundo intento pretende ahorcarse y en el tercero ingiere medicamento psiquiátrico (carbamazepina) del que se desconoce la dosis.

Recuerda Ana que presentaba insomnio, tristeza llanto, irritabilidad e ideas suicidas que asociaba a conflictos en la relación familiar, por lo que intenta inyectarse *cloruro de potasio* (KCL), (20 días antes de ingresar al hospital).

Ana se describe como “muy ansiosa, poco tolerante, impulsiva, celosa y controladora”. “cuando me enojo no mido consecuencias”. Refiere que actualmente se encuentra separada de su pareja. “Él ya no aguantó mi comportamiento”.

El examen mental²⁴ reportó: femenino de edad aparente a la referida, es obesa de talla baja. No presenta movimientos anormales, su marcha es normal. Se encuentra orientada en tiempo, lugar y persona, sin alteraciones en las memorias antérogada y retrógrada. Se comunica con lenguaje verbal en volumen bajo, es

²⁴ El examen mental y la impresión diagnóstica fue elaborada por el departamento de Psiquiatría

coherente y congruente, niega y no se aprecian ideas delirantes, no presenta alteraciones sensoriales. En el contenido del pensamiento continúan ideas suicidas. “Ahora no me suicido, porque no tengo lo necesario” (jeringa y KCL). Niega ideas homicidas. Su capacidad de juicio auto y heterocrítico se encuentra ligeramente afectado y disminuido por el padecimiento actual. Presenta parcial advertencia del padecimiento.

Impresión Diagnóstica: Trastorno depresivo recurrente con episodio actual moderado sin síntomas psicóticos. A descartar trastorno borderline.

Fue egresada con el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad y Trastorno depresivo recurrente.

◆ **Evaluación diagnóstica con el SCID-II**

La formulación del diagnóstico diferencial se elaboró en base a la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad conocida como el SCID-II (First et al. 1999) en la que Ana cubre los 9 síntomas, es decir, todos los criterios del trastorno. Además del trastorno Ana presenta pensamientos obsesivos que se exacerbaban cuando se encuentra deprimida y tiende a desplazar agresión de manera encubierta que no puede contener.

El diagnóstico del trastorno límite de la personalidad derivado de la aplicación del SCID-II fue corroborado por las “entrevistas preliminares” en la psicoterapia en las que Ana presentó siete criterios clínicos del DSM-IV incluido el “criterio cinco”

consistente en amenazas y conductas parasuicidas, que fue uno de los criterios de selección para ingresar al protocolo de investigación (véase tabla 3.1).

♦ **Evaluación diagnóstica con las entrevistas preliminares**

Las tres sesiones preliminares a la psicoterapia tuvieron como objetivo formular el diagnóstico diferencial, obteniéndose el diagnóstico de Trastorno límite de la Personalidad con rasgos obsesivos y comorbilidad depresiva. En la evaluación de la tentativa suicida, fue considerada de mediana letalidad la información de las tres primeras entrevistas y la psicoterapia permitieron elaborar la historia clínica.

A continuación se presenta la descripción de los síntomas obtenidos de las “entrevistas preliminares” como se observa en la tabla 3.1 el caso Ana cumple con siete criterios, cuando se requieren cinco como mínimo para formular el diagnóstico según el DSM-IV (1995), siendo su diagnóstico principal el Trastorno límite de la personalidad.

Tabla 3.1. Diagnóstico con las entrevistas preliminares Trastorno Límite de la Personalidad descripción Clínica.

DSM-IV*	DESCRIPCIÓN.
1. Evitar abandono	De su expareja, cuando esta triste o ebria lo llama, le pone canciones de amor y trata inconscientemente de retenerlo. Incluso intentó suicidarse para evitar el abandono.
2. Relaciones Inestables	Presentó conflictos continuos con su expareja, madre, y compañeros de trabajo.
3. Alteración de identidad	No hay información para cubrir el criterio.
4. Impulsividad	Desde la infancia hasta el momento actual tiende a presentar agresiones verbales en problemas superficiales. De adulta joven incrementa el consumo de alcohol en ocasiones asociadas a situaciones estresantes (pérdidas) que potencializan su impulsividad.
5. Amenazas y conductas parasuicidas	Ingesta de medicamentos desde los 13 años, automutilación en las muñecas de las manos a los 17 años, ideas de ahorcarse, intento de inyectarse cloruro de potasio (KCL) a los 26 años etc.
6. Inestabilidad afectiva	Cambios continuos del estado de ánimo, manifestados a través de tristeza, depresión, angustia, odio y rabia.
7. Sentimientos crónicos de vacío	Cuando se siente sola presenta breves episodios depresivos con sentimientos de vacío.
8. Ira	Responde con ira inapropiada a eventos de menor magnitud; grita, golpea avienta objetos y azota puertas.
9. Ideación paranoide o disociación	No hay información para cubrir el criterio.

Se encuentran resumidos los criterios clínicos (ver Cap. I Marco teórico donde se desarrollan los criterios).

◆ **Confiabilidad diagnóstica**

Cabe enfatizar que esta evaluación cubre con el criterio de confiabilidad de los métodos cualitativos denominada “triangulación” (Denzin, 1978) en específico la conocida como confiabilidad entre “diferentes datos” que consiste en corroborar los

resultados obtenidos, en este caso el diagnóstico por diferentes métodos de evaluación como fueron la entrevista del SCID-II (First et al.,1999) y las entrevistas preliminares, que su análisis permite la formulación diagnóstica con base a los criterios del DSM-IV(1988). Además otra fuente de datos que podríamos incluir es la valoración de psiquiatría²⁵. La impresión diagnóstica fue trastorno límite de la personalidad en comorbilidad con depresión recurrente.

Posteriormente la paciente fue valorada con los instrumentos antes mencionados en el método, que confirmaron la formulación diagnóstica lo que otorga confiabilidad de “diferentes investigadores” -interjueces- (Denzin, 1978).

◆ Evaluación de la conducta parasuicida

En los resultados sociodemográficos sobre conducta suicida (Terroba et al. 1986) Ana responde haber presentado seis intentos de suicidio²⁶ a lo largo de su vida, reconoce que el principal motivo de sus intentos fue amoroso, los métodos que utilizó (en diferentes ocasiones) fueron: sobredosis fármacos, intento de estrangulamiento y mutilación de venas (en las muñecas). Es importante recordar que en esta ocasión Ana fue internada por haber presentado ideas de suicidio “quería inyectarse en las venas cloruro de potasio” (KCL) para provocarse un infarto cardiaco. En ninguna de las tentativas ha consumido alcohol o drogas.

²⁵ Todos los pacientes son valorados con 3 historias clínicas (al ingreso hospitalario con la evaluación de *admisión*, a las 24 horas la de *revisión* y finalmente la elaborada por los residentes de psiquiatría).

²⁶ Ocultado cuatro intentos de suicidio que se confirmarían durante el tratamiento y la revisión del expediente clínico.

◆ Resultados de la evaluación del riesgo suicida

En la escala de desesperanza Ana presentó 13 puntos considerado clínicamente como desesperanza moderada. En lo referente a la depresión, evaluada por el cuestionario del síndrome depresivo de Calderón (1992) Ana obtuvo 78 puntos considerados como una depresión severa. En los resultados de la escala de ideación suicida de Beck et al. (1979), Ana presentó una puntuación de 21, lo que significa clínicamente que podría intentar nuevamente el comportamiento suicida, ya que el corte es de 10 puntos (Mondragón et al. 2001) que indican que el sujeto corre riesgo de suicidarse, puntuación que se asocia de manera clara al motivo de consulta y hospitalización (véase tabla 3.2).

Tabla 3. 2 Puntuaciones de las escalas aplicadas para la tentativa suicida, caso Ana.

EVALUACIÓN	DESESPERANZA	DEPRESIÓN	IDEACIÓN SUICIDA	RIESGO	RESCATE
<i>Pretest</i>	13=moderada	78=severa	21	10=moderado	11=moderado

◆ Evaluación de la letalidad suicida

Finalmente, en la escala de Riesgo-Rescate de Wiesman y Worden (1974), Ana puntuó con 10 la subescala de riesgo y 11 en la subescala de rescate equivalente a moderado, lo que se interpreta que en la última tentativa suicida no había posibilidad de que Ana muriera, ya que fue rescatada a tiempo y no resultó letal el evento. (véanse tablas 3.3 y 3.4)

Tabla 3.3 Escala de Riesgo Weisman y Worden

			PUNTOS
1	Agente usado	Ingestión	1
2	Conciencia dañada	Semicoma	2
3	Lesión de Toxicidad	Severa	3
4	Reversibilidad	Buena, completa recuperación	1
5	Tratamiento requerido	Especial intensivo	3
TOTAL			10

Tabla 3.4 Escala de Rescate Weisman y Worden

			PUNTOS
1	La locación o localidad	Familiar (su recámara)	3
2	Personas que inician el rescate	Persona clave-madre	3
3	Probabilidad de ser descubierto por alguien		3
4	Accesibilidad al rescate	No pidió ayuda (vomitó)	1
5	Tiempo transcurrido antes de descubrirlo	Más de 4 horas	1
TOTAL			11

A continuación se describe literalmente el intento de suicidio, es importante porque esta tentativa suicida ocurrió un año antes de su internamiento y de la psicoterapia. Esta viñeta nos informa con claridad la letalidad en la tentativa suicida. La tabla 3.2 presenta las puntuaciones en resumen de la evaluación de la conducta suicida.

Intento de suicidio: *“fue un miércoles por la mañana en octubre de 2005, que me sentía muy triste. Ese día descansé, me levanté a la misma hora de siempre, fui con mi mamá de compras, rentamos una película, ordenamos por teléfono unas pizzas y comimos, mi abuelita, mi mamá y mis 2 hermanas. Eran como las 6:00 p.m. al término de la película me despedí de todos con la excusa de que estaba cansada y que tenía mucho sueño. Me metí a mi recámara, cerré la puerta y hablé con un amigo*

por mi celular. Platicamos un rato pero yo estaba muy triste y le expresé que me sentía muy mal y estaba con un llanto que no podía controlar. Terminé la llamada y saqué de mi ropero las cajas de carbamazepina y las tomé todas. Me acosté a dormir, como a las 4 de la mañana aproximadamente, mi hermano el menor se dió cuenta de que yo no estaba bien, que decía cosas y empecé a vomitar. Mi mamá se despertó y me llevaron al hospital, me hicieron lavado gástrico. En realidad no lo recuerdo muy bien, estuve 3 días en la unidad de terapia intensiva y 3 días en hospitalización, de allí me enviaron a mi casa y me canalizaron con una psicóloga particular donde estuve en psicoterapia durante 5 meses” (sic).

◆ Factores de riesgo en el intento de suicidio. Caso Ana

En el caso Ana en la revisión de la historia clínica, en las entrevistas, en la psicoterapia y en el resumen de evaluaciones, no se encontraron factores primarios de riesgo²⁷ (Rihmer, Velsá y Kiss en Folino, 2004), como son el consumo de drogas, o la comorbilidad con la esquizofrenia o cualquier otra psicosis, tampoco se presentaron enfermedades médicas severas. No se evaluaron indicadores biológicos como por ejemplo los cambios de serotonina en los neurotransmisores.

Sin embargo, se pudo constatar el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad en comorbilidad con un estado depresivo recurrente (Calderón, 1992). Con síntomas de desesperanza, insomnio, y el deseo suicidarse (Evaluación diagnóstica).

²⁷ Véanse los factores de riesgos *primarios, secundarios y terciarios* (Rihmer, Velsa y Kiss en Folino, 2004) en el capítulo del II método

En las entrevistas preliminares Ana reportó haber presentado un estado depresivo desde la infancia sin que se haya obtenido información que confirmara un diagnóstico de distimia (depresión de un periodo mayor de dos años).

En las evaluaciones citadas se encontró: que Ana tenía antecedentes familiares de suicidio, (una tía que se suicidó con medicamentos por una conflictiva en su relación de pareja, y recientemente un hermano de la paciente intentó suicidarse igualmente con medicamentos, derivado de conflictos con su pareja).

Por otra parte, también se documentó que la paciente consume alcohol en estados depresivos, sin que hasta la fecha haya intentado suicidarse bajo los efectos de los etílicos, la conducta que precede al consumo de alcohol es hablar telefónicamente a su expareja, ponerle canciones de amor y promover un reencuentro para vivir juntos, petición que es abiertamente rechazada por él, quien trata de guardar distancia de cualquier relación con Ana.

Durante la psicoterapia Ana no había elaborado la pérdida de su pareja, situación que se ha convertido en el evento desencadenante de estados depresivos que remitieron con el tratamiento. No obstante se requiere de un tratamiento prolongado, pero debido a su falta de adherencia a este tipo de intervenciones se han presentado recaídas. Es importante recordar que este fue su segundo ingreso hospitalario (el anterior fue dos años antes).

En cuanto a los factores de riesgo secundarios o psicosociales (Rihmer, Velsá y Kiss en Folino, 2004) no se encontraron acontecimientos vitales infantiles negativos o divorcio en los padres.

A pesar de que en la infancia Ana negó abuso sexual, es importante recordar que su progenitor la observó desnuda y la besó en la boca cuando ella era adolescente, y la abrazó en varias ocasiones con otras “intenciones” (ver tratamiento). Por lo que Ana terminó con la idealización paterna a su vez le mostró una conducta desafiante y de rechazo, que se presenta hasta la fecha. (véanse los resultados de la psicoterapia)

Por otra parte Ana no presentó factores de riesgo secundario como son la pérdida de progenitores, aislamiento, viudez, pérdida de empleo o eventos repentinos con severo efecto negativo.

Con relación a los factores terciarios. (Rihmer, Velsá y Kiss en Folino, 2004) - relacionados a las variables sociodemográficas, la paciente no cumple con los factores de riesgo como ser varón, adolescente varón, ser anciano, o pertenecer a grupos minoritarios.

◆ **Lista de medicamentos prescritos por el área de psiquiatría**

Como se mencionó en el capítulo del “Método” se elaboró una lista y descripción de los medicamentos prescritos por los psiquiatras tratantes de los casos, para conocer los efectos de los medicamentos en el comportamiento de Ana y poder

diferenciar los cambios producidos por estos en relación con la psicoterapia ofrecida como tratamiento. Los medicamentos fueron la flouxetina, la olanzapina y el clonazepam.

Esta situación se revisó ya que esta vinculada con el estudio de caso que implica una estudio exhaustivo y pormenorizado en su propio contexto, situación por la que se considera un estudio holístico.

La fluoxetina, es un antidepresivo ISRS, se utiliza para combatir síntomas como la agresividad impulsiva, la ira, la irritabilidad, comportamiento autolesivo, y funcionamiento global pobre.

La olanzapina, es considerado un neuroléptico y se utiliza para contrarrestar los síntomas, que en teoría, los mismos que los neuroléptico típicos, además de la automutilación y lo síntomas graves de las psicosis resistente a los neurolépticos (Molina et al. 2003).

El clonazepam es un neuroléptico y se recomienda para síntomas como la ansiedad refractaria, la impulsividad y la agitación (Véase tabla 3.5).

Tabla 3.5 medicamentos prescritos por psiquiatría al caso Ana

Flouxetina	1-0-0	Vía oral
Olanzapina	1/2-0-1/2	Vía oral
Clonazepam	0-0-1/2	Vía oral

En resumen los medicamentos utilizados para este caso fueron para regular el comportamiento impulsivo, y autolesivo, la irritabilidad la angustia, pero no para el manejo de los síntomas depresivos, (lo cual significa que el tratamiento psicoterapéutico funcionó principalmente en el trabajo de los síntomas depresivos, la desesperanza, y la ideación suicida). Se puede decir, que la psicoterapia breve junto con el medicamento coadyuvaron a remitir y a controlar las conductas auto y heteroagresivas.

Finalmente, la fluoxetina es un antidepresivo, sin embargo, no posibilita el duelo, los sentimientos de desesperanza, la ideación suicida, la tentativa suicida, el odio, los sentimientos ambivalentes, los cambios en las relaciones interpersonales entre otros síntomas, estos son parte de la labor psicoterapéutica.

FASE DE TRATAMIENTO. PSICOTERAPIA BREVE FOCALIZADA EN EL INTENTO DE SUICIDIO.

El tratamiento de Ana

En la fase de encuadre, Ana aceptó la psicoterapia. En general se puede decir que cooperó, su actitud fue respetuosa, confidencial y asistió a todo el tratamiento. Sólo faltó una ocasión, situación que justificó con las inundaciones provocadas por la lluvia en la zona, finalmente se repuso la sesión.

Fase inicial

En esta fase Ana pronto informó que tuvo dos tías paternas que jugaron un papel central en su vida, una de ellas (Eusebia) la crió hasta que cumplió 10 años. La tía cuidaba a Ana mientras su mamá se iba a trabajar. Recuerda Ana que Eusebia tuvo un conflicto con su progenitora quien la corrió sin saber la causa. La otra tía Alejandra (hermana de Eusebia) cumplió con funciones instrumentales e incluso de cierto rol paterno, las paseaba, les compraba dulces, les daba esparcimiento, se mostraba cariñosa con Ana y sus hermanos.

Cuando Ana tiene ocho años, su tía Alejandra tiene un conflicto con su pareja y ella se suicida tomando medicamentos, según la información de Ana su tía se suicidó para que el novio no lastimara a la familia, ya que él la había amenazado que si no seguían como pareja mataría a sus padres. Después Ana comentaría que su tía había tenido un aborto.

Fase intermedia

El discurso de Ana desde el inicio fue prolijo y un tanto circunstancial, los detalles cumplían la función de no involucrarse, en otros momentos seleccionaba cierto material para las sesiones, incluso llegaba a omitir información o mentir, situaciones que se le confrontaron en su momento, reconociendo Ana que podía mentir cuando su mamá la cuestionaba sobre su estado afectivo y ella fingía bienestar para después urdir un plan e intentar automutilarse o suicidarse. También tendía a minimizar los sucesos, así lo hizo cuando refirió el evento en el que su progenitor en

la adolescencia la tocaba, en otra ocasión la besó en la boca y una vez más la espió mientras se bañaba. Ana argumentó que el padre estaba ebrio y no era consciente de su conducta, que lo había trabajado con una psicóloga y había hecho algunos ejercicios, se mostró renuente a trabajar el evento lo que tal vez implica que todavía hay angustia frente al mismo.

Durante la fase intermedia, se descubrió y trabajó terapéuticamente la identificación con su tía fallecida, tanto por las tentativas, como los métodos y algunas circunstancias relacionadas con su pareja. Ana al final de la psicoterapia declaró que también había abortado en una ocasión al igual que su tía fallecida.

A esta pérdida *objetal*, (de las tías, una por separación y la otra por el suicidio) siguieron otras, la muerte de su bisabuela que reactivó la sintomatología depresiva de Ana, adicionalmente el fallecimiento de un primo por cirrosis hepática, que estando Ana en el panteón *resignificó* la muerte de Alejandra (la tía que se había suicidado), además de las pérdidas, Ana pudo percibir la culpa cuando recordó que su hermano adolescente también había intentado suicidarse varios meses antes de que ella entrara a la psicoterapia, Ana reconoce que la culpa inhibió su conducta suicida pero no la ideación, ya que todavía dos sesiones antes de terminar la psicoterapia, Ana pensó en suicidarse. Esto se trabajó y se promovió la reflexión ante la actuación, con buenos resultados. Quizá lo que persista aquí es la separación del terapeuta.

Las pérdidas de sus tías recobrarían sentido cuando en la adolescencia Ana se une con su pareja y vive dos años con él, presentando conflictos de relación, ella se mostraba impulsiva, intolerante, agresiva física y verbalmente, mientras él la tildaba

de enferma, finalmente, deciden separarse y Ana, como en otras ocasiones intenta suicidarse. Ante la dificultad de resolver sus problemas de otra manera, repetía el esquema de la tía suicida, pero la pareja regresó a Ana con sus padres y empezó a distanciarse física y emocionalmente de ella. Los siguientes eventos parasuicidas de Ana trataban de evitar el abandono, sus comportamientos se convirtieron en “actuaciones” cuyo fin era lograr el reencuentro, entonces Ana se emborrachaba llamaba a su pareja y le ponía canciones de amor a fin de promover el reencuentro, situación que él rechazaba, ya que conocía cómo se tornaba Ana con el abuso del alcohol, entonces él se mostraba evasivo y distante. Ante la insistencia de regresar de Ana, él la apoyaba emocionalmente vía telefónica, situación que daría ánimos y esperanzas a la paciente, generándole fantasías que aún Ana no abandona.

Otro evento importante en la psicoterapia, fue que Ana se negaba a destruir las ampulas de cloruro de potasio (KCL) con las que planeaba suicidarse. Sólo hasta la fase final de la psicoterapia es que se deshace del medicamento. Este comportamiento se había considerado como un desafío hacía el terapeuta y un sabotaje al encuadre de la psicoterapia.

Finalmente, después de concluir el tratamiento, y para no quedarse sola, Ana decide vincularse afectivamente con un amigo de la preparatoria, quien la llevaba y la esperaba en cada sesión. Él la apoyaba emocionalmente, se mostraba tolerante y comprensivo mientras festejaban su noviazgo, inclusive ella volvió a beber y en una sesión se presentó con aliento a alcohol (sin llegar al estado de embriaguez), esta actuación también fue considerada como un “sabotaje al tratamiento”, como se verá más adelante.

Las relaciones de Ana en el ámbito laboral son distantes y superficiales, es allí donde oculta sus problemas y solo se relaciona con personas que comparten sus características, como refirió. Reconoce que laboralmente se desempeña en buen puesto, sin embargo, siente que la responsabilidad la agobia y estresa.

Fase final

Se promovieron los avances, se elaboraron situaciones relacionadas con la tentativa suicida, el reconocimiento de las pérdidas objetales y el efecto que producen en ella, el reconocimiento de las actuaciones y sus consecuencias. El alivio sintomático de la depresión la desesperanza y el conocimiento de los rasgos de personalidad de Ana, en relación con los eventos suicidas.

Al término de la psicoterapia recapitulé las sesiones en los eventos relacionados al foco clínico devolver a la paciente los logros y desaciertos del tratamiento, en esta fase se le invitó nuevamente a la paciente a participar en el seguimiento, Ana salió tranquila y se comprometió a presentarse a la última entrevista de *seguimiento*.

◆ **Categorías clínicas de las entrevistas y la psicoterapia. Caso Ana**

Las viñetas aquí presentadas son selecciones de citas textuales de las notas de las sesiones, se modificaron los nombres reales de los pacientes y familiares, así como los lugares, a fin de ser congruentes con la confidencialidad y la ética que sostiene el consentimiento informado.

Del discurso de las sesiones clínicas de la paciente se seleccionaron las categorías: I. La familia y sus vínculos, II. Las pérdidas. III. Las ideas y las tentativas suicidas, V. Las actuaciones, VI. Los sabotajes al tratamiento, VII. El *insight* y VIII. Las intervenciones psicoterapéuticas. Posteriormente se seleccionaron y transcribieron textualmente algunos fragmentos de diferentes sesiones que pertenecen a la misma categoría y se sometieron a un breve análisis del contenido clínico. De la misma manera, se ejemplificaron los criterios diagnósticos del DSM-IV del trastorno límite de la personalidad²⁸.

S=Número de Sesión (ej. S 1)

T=Terapeuta

I. La familia y sus vínculos²⁹

Familia: *constituida por 6 miembros los padres, 4 hijos, las dos mayores son mujeres (de 26 y 25 años) y los dos menores son varones de 18 y 11 años respectivamente.*

(S1)-"Bueno pues tengo 3 hermanos, mi papá y mi mamá viven, mi papá es subgerente de un restaurante, mi mamá se dedica al hogar, la relación con mi mamá no era buena ella me maltrataba físicamente y emocionalmente, la relación con mi papá igual no era muy afectiva ni para con mi mamá ni para conmigo, mi papá casi no nos pegaba, pero si nos llegó a pegar en varias ocasiones, mi mamá era la que más nos maltrataba físicamente daño tenía hacia mí porque decía que yo tenía un carácter muy difícil que era muy contestona, que era muy enojona y chocábamos mucho".

Relación con la madre: (S1) *Ana refiere "ella se enojaba porque yo lloraba yo la retaba, era como me pegaba y me decía no llores, es que no te voy a dejar de pegar hasta que no llores. Yo corría pero ella me encontraba para pegarme...y sí, me daba de palos o con marcas en los pies.*

Ahora ya trata de evitarlo un poquito más, pero antes era muy agresiva, como que hubo veces en que yo era como repelente"... una vez estábamos como que peleando las dos, y esa vez ella se puso a llorar y me dijo que nunca hubiera imaginado que yo la golpeará. Pero... no podía controlar esos impulsos. Ya después me di cuenta de lo que había hecho"...después mi mamá se lo contaba a todos...."un día reprobé una materia... y mi mamá me dejó de hablar y me dijo que ya no contará con ella porque la había defraudado."

Análisis: además del conflicto manifiesto, el afecto que le despierta es de <ira> que

²⁸ Véanse las tres sesiones que se encuentran en los anexos donde se observa la forma de proceder en la selección de las viñetas clínicas y el trabajo metodológico.

²⁹ Las categorías se encuentran con números romanos dan inicio a cada cuadro de análisis.

le hace perder el control y los límites de la relación filial llegando a la violencia. Esta viñeta demuestra que Ana cubre el criterio 6 del DSM IV que se refiere a "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).

Relación con el padre: (S1) *"mi papá luego dice que no lo quiero porque no le hago caso... los problemas que yo sentía que tenía, como que a él yo trataba de ponerle atención... platicamos de vez en cuando pero con los demás no prácticamente. Tenía problemas con mi papá porque yo no lo saludaba. A mi me daba coraje porque no le daba miedo, mi papa me daba miedo es que allí fue cuando yo le platiqué a mi hermana, es que ella ni siquiera sabe porque soy así con mi papa"*

T- Resumen: el padre había visto a Ana (adolescente) cuando se bañaba, él se encontraba ebrio y en otra ocasión la besa en la boca, ambas situaciones son minimizadas por Ana, sin embargo, afectó la relación que tenía idealizada con su progenitor, incluso dejó de hablarle por 10 años).

La versión de Ana (**S5**) "bueno es mi papá, estaba ebrio...igual y no sabía lo que hacia, o lo hizo inconscientemente, y ya trato de no rechazarlo tanto como antes".

T- ¿Su papá llegó a tocarla en algún momento?

Ana *"Mmm no...sólo me abrazaba, pero yo me sentía incómoda, como que no sentía el abrazo como cuando me abraza mi mamá. Como me abrazaba mi papá, no me gustaba antes de que me viera"*.

T ¿Cómo sentía ese abrazo?

Ana *"no sé como explicarlo"*.

T- A... ver... trate

Ana *"así como con morbo...no séno sé"*

T. ¿Con cierto deseo?

Ana *"No creo, pero igual...tal vez sí ... no me gustaba"..."lo que pasa es que le platiqué una ocasión, que luego mi mamá me decía ¡ven acuéstate con nosotros!. Yo iba a la secundaria en la tarde y mis hermanos se iban en la mañana a la escuela y nada más nos quedábamos mi mamá, mi papá y yo y me decía ven, vente a acostar con nosotros y entonces yo iba y me acostaba. Y mi mamá se paraba y me dejaba con mi papá y el me abrazaba y yo que me ¡Ay no me abrases! y le quitaba la mano y me decía vente y yo así como que no me sentía cómoda. Y ya se quedaba dormido, y ya le decía a mi mamá, no me dejes con mi papá y me decía ¡ay pues en lo que hago el desayuno quédate con tu papá, ¿Qué tiene? Y así fue en muchas ocasiones"*.

T- ¿Qué edad tendría usted?

Ana- *"11 ó 12, estaba yo en la secundaria y no me gustaba su forma de abrazarme y ya después como a los 15 que me vió....dije ¡ay! por eso me abrazaba así, raro"*.

Análisis: en relación al abuso Ana le restó importancia, como si fuera un pensamiento que lo rechazará conscientemente, utilizando el mecanismo de supresión, ya que da cuenta de la situación y que finalmente minimiza.

Padres: T-¿Alguna vez ha pensado que tiene cosas de su mamá y también de su papá?

Ana *"si de mi mamá el carácter y de mi papá lo celoso que es, mi papá es muy celoso y poco lo enoja"*.

Análisis: aquí se puede apreciar cierto grado de *insight* y algunos procesos de

identificación.

La familia está constituida por cuatro hermanos: Ana es la mayor y le sigue una mujer de 25 años dos varones de 18 y 11 años respectivamente.

Ana refiere "con mi hermana menor (actualmente de 25 años) mis abuelitos casi no la regañaban porque no les daba motivos para regañarla y yo si les daba motivos para que me regañaran.

Ana "antes era muy agresiva, como que hubo veces en que yo era como repelente, a mi me gustaba ir mucho a fiestas, bailar y a mí me hubiera gustado que mi hermana compartiera conmigo estas cosas, pero pues a ella no le gustaban esas cosas, nos peleábamos mucho por la ropa, o porque ella no hacia su cama, porque no arreglaba su ropa yo me enojaba mucho porque mi mamá no le decía que recogiera sus cosas y teníamos muchos conflictos entre ella yo, en la adolescencia yo me acuerdo que yo quería escuchar música y ella quería ver la televisión y ella me jalaba de los cabellos y yo también la jalé de los cabellos, esa vez no estaba mi mamá y fue que nos peleamos.

T-¿Usted sentía que perdía el control de su enojo?

Ana "no, quería llegar a lastimarla la mordí".

Análisis: esta viñeta parece informar más acerca del sentimiento de Ana que de su hermana.

La hermana se muestra distante, sin embargo, ayuda, apoya y protege a la paciente hasta la fecha. Mientras que para Ana fue una rival y un obstáculo.

Se intenta suicidar el hermano de 18 años: T-(S4) Bueno, ahora cuénteme de su hermano, el que intentó suicidarse.

Ana" *qué quiere que le cuente ¿cómo es?*

T-Si, *¿Cómo es él?*

Ana *"¡Ay bueno! él también es impulsivo, es muy enojón, es muy celoso conmigo, dice mentiras, agresivo no tanto, pero es muy impulsivo también.*

(S4)T-¿Cómo es la relación entre ustedes?

Ana- *pues era buena, nos platicábamos todo. Yo le platicaba cosas, él me platicaba cosas. De hecho cuando yo me iba a bailar me lo llevaba, pues ya tenía 18 años para que conociera las discos, para que estuviera conmigo. Pero tendrá como 2 semanas que le pido... antes le decía "oye ¿Me prestas esto?" y me decía "sí", y ahora de 2 semanas para acá, no sé porqué está enojado conmigo y le pedí unos audífonos y le dije "¿Me prestas tus audífonos? y me dice ¡No! y le digo ¿Porqué no? y me dice "porque no quiero" y me dice "no es cierto, agárralos" y yo pues le digo "no, ya no los quiero" y dice "es que tu te pones de berrinchuda". O por ejemplo se enojó con mi mamá y dice "ya me voy con mi abuelita", y agarró sus cosas y se fue con mi abuelita porque tiene un cuarto*

(S4)T-¿Exactamente qué comparten los 2 en su forma de ser, qué en especial?

Ana "Lo impulsivo"

T-¿qué más?

Ana "los celosos"

(S4)T-¿Cuando él intenta suicidarse, usted estaba aquí?

Ana "No, yo estaba en Querétaro

T-¿Cómo se enteró?

Ana "yo venía de regreso de Querétaro llame a la casa y me contestó mi hermanito el de 11 años, y le digo, oye, ¿está mi mamá? y me dice no, pero te paso a mi hermana y me dice ¡Oye...! Y empieza a llorar, y le digo ¿Qué te pasa, qué pasó y me dice es

que Daniel está muy mal y le digo ¿porqué o qué y me dice ¿Dónde estás? y le digo ya casi en aeropuerto ya voy para allá y se puso a llorar y le digo ¿Qué pasó? y dice es que Pablo se puso mal y como él tiene colitis nerviosa yo creí que se había puesto mal por eso. Y me dice <es que se tomó todas tus pastillas> y le digo ¡Cómo crees! Y entonces me voy para allá ya no llego a la casa y ya fue con mi hermanito me dicen es que está en estado de coma, ya pedí informes”

T-¿Habló con él después de que salió del estado de coma?

Ana “yo le dije que lo quería mucho, que él sabía que todos lo queríamos, que todos estábamos con él y que no tenía que sentir eso. Yo me sentía culpable... ha de haber dicho “pues si ella lo hizo, ¿porqué yo no?”... no sé, como que siguió un ejemplo así como... “es que no quiero que tomes porque tú pones el ejemplo en la casa y si tu lo haces”. Entonces yo me sentía culpable y él repitió lo que yo había hecho pero ya después ya no volvimos a tocar del tema, de hecho no sé cómo platicar con él de esto.

T-¿Él nunca se ha acercado para hablar?

No solo le digo que no lo vuelva a hacer o luego tengo miedo de que le digamos algo y él vaya a hacer otra cosa igual. Mi mamá tiene escondidos mis medicamentos y de hecho por eso también me llevé el KCL, porque dije si lo quiere comprar y tiene un arranque, o se enoja con mi mamá igual y él lo utiliza para él. Entonces dije mejor me lo llevo, y me lo llevé al trabajo y allá lo dejé.

(S3) T” ¿Usted habló con su hermano después del intento?

Ana “no hemos tocado el tema, él dejó una carta diciendo que a cada uno nos quería mucho, que conmigo era con quien se identificaba más, y le puso a mis papás que lo perdonaran por no darles las satisfacciones que nosotros le habíamos dado. Mi hermana estudió la licenciatura en informática, yo soy licenciada en enfermería mi hermano (el chico) Rigoberto es muy inteligente, mi hermano no terminó la prepa, entonces para mi papá, la persona que no termina o que no tiene una profesión es un ignorante, como que no vale nada, así es la idea que tiene mi papá, que es un mediocre. Entonces en varias ocasiones a mi hermano le hizo sentir que era un mediocre, y él como no trabajaba y no estudiaba pues sentía que... porque tuvo como 3 trabajos en 15 días y de los 3 se salió, ya no iba y decía mentiras, “no, es que me corrieron o ya no voy a ir por esto”, o ponía mil excusas... yo pienso que se sintió como que no valía nada. Yo pienso, porque no he platicado nada de esto con él. Yo creo que fue como para... como para llamar la atención pero se tomó muchísimas, no creo que solo haya querido llamar la atención, o no sé si vió que... como yo salí a pesar de tanto medicamento que me tomé, no sé si él haya pensado pues “igual y yo también voy a salir”, o no sé...

Análisis: el vínculo con el hermano parece ser estrecho a un grado de identificación inconsciente en cuanto a la forma de darle fin a los conflictos, que prácticamente les rebasa la capacidad de resolver problemas de otra manera.

Es importante recordar que en la generación anterior una tía se suicida con medicamentos por problemas en su relación de pareja y la paciente y su hermano repiten el acto en diferentes situaciones pero con igual método, Ana parece estar más cercana a la identificación con la tía suicida como se mencionó.

En lo referente al suceso Ana refiere “culpa” porque se muestra como el modelo que copia el hermano, pero ella trata de expiarla y retira el cloruro de potasio, porque sabe que es un método letal y el hermano en un arranque impulsivo puede utilizarlo y entonces la culpa tendría una dimensión real. A pesar de las culpas Ana recurrirá a la ideas de suicidio.

Ana y la Relación con el hermano de 11 años (Rigoberto). Reconoce que con él hay más distancia que atribuye a la edad y que solo están juntos cuando ven TV los fines de semana y la relación es más instrumental que afectiva.

Este apartado refleja con claridad como Ana cubre con el criterio 2 del DSM IV que se refiere a “un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.”

Nota. (Las tentativas de suicidio se desarrollan en el apartado III)

II. Las pérdidas

T-La tía (Eusebia) que crió a Ana se va de casa.-

(S3) Ana “fue como nuestra segunda mamá, ella a veces nos hacía de comer, nos peinaba nos cuidaba nos ayudaba a hacer la tarea”.

T-(resumen) Eusebia cuidaba a Ana y a su hermana porque la mamá de ambas se iba a trabajar.

(S3)T-¿Cómo que tenía muchas cosas de Eusebia?

Ana- Si

T- hasta la fecha tiene muchas cosas de Eusebia. ¿Porqué será que tiene más cosas de Eusebia que de su mamá?

Ana- será porque mi tía estuvo más tiempo con nosotros que mi mamá, cuando fuimos chiquitas.

T-¿Cómo cuánto tiempo estuvo con esta ayuda familiar de crianza?

Ana “Mi tía se fue de mi casa cuando yo tenía 10 años porque mi mamá la corrió”.

T-¿Qué pasó?

Ana- “no sé. Esa historia no me la sé. Solo sé que una vez mi tía comentó que mi mamá le había escrito una carta donde la había corrido, entonces ella se salió de mi casa y se fue a una pensión a vivir, pero eso a mí me deprimió muchísimo”.

T-¿Cómo fue esa depresión?

Ana- “no comía, no dormía, lloraba todas las noches, este... y sentía que todo... decía el muñeco huele a mi tía, y cosas así, luego ella como salió peleada con mi mamá como que no quería vernos y eso a mí me dolió mucho porque yo decía, los problemas son de ellas y yo no tengo la culpa de que ellas hayan tenido problemas, y ya después pasó como un año y ya nos volvimos a ver y hasta la fecha”.

T- Bien, cuando fue este momento que se fue su tía, ¿Ella se despidió de usted?

Ana “no porque mi mamá nos sacó para que no viéramos cuando se fuera”

(S3)T-Bien, esta primera pérdida que tiene de una relación importante que es su tía, ¿Muere antes su otra tía? Cuando se va Eusebia de su casa, ¿Usted no intenta suicidarse?

Ana -“No”.

Análisis: Ana tiene una pérdida (*objetal*) importante y responde con depresión, la persona pérdida representó una madre sustituta de alta estima y significado emocional para la paciente, lo curioso es que Ana sabe que hubo un conflicto pero desconoce la causa, situación que quedará para su fantasía, porque no hay despedida y no hay elaboración de la pérdida.

Un suicidio en la familia.- Cuando Ana tiene ocho años se suicida su tía Alejandra que fue hermana de Eusebia. (S3) Ana “me sentía muy triste, trataban de

que no nos diéramos cuenta porque cuando llegamos todo estaba en silencio"... uno de mis tíos dijo <es que se mató> y mi mamá le dijo ¡cállate!, y dijo ¡no es que se mató! y yo dije ¿Cómo que se mató? y para mí fue como muy impactante y todavía. Yo dije ¿porque nos dejó, porque se fue?, y luego ya oí comentarios, aunque mi mamá trataba de que esos comentarios no llegaran a nuestros oídos, pero si aunque estábamos chicos sí nos dábamos cuenta de lo que pasaba"(....)Ana- mi tía " era tranquila, este... trataba de no enojarse con sus hermanos, mi abuelita le metía ideas sobre que mi abuelito no la quería, a mi tía Alejandra"

(S3)T- ¿En algún momento usted ha pensado si se ha identificado con ella?

Ana "lo que me llamaba la atención y es de lo que me he percatado, es que mis dos intentos de suicidio fueron en el mes de octubre. De los anteriores no me acuerdo de la fecha, de cuando estaba más chica, no recuerdo la fecha, pero no sé porqué es lo que estaba viendo. Fue en octubre de hace dos años y en octubre del año pasado"

T-¿Qué pasó en octubre?

Ana- "ella falleció" (la tía Alejandra)

T-¿Fue por un recuerdo?

Ana -"Pues fue algo inconsciente, no digo ¡Ay!, es octubre me voy a... o sea no".

Análisis: lo que encontramos en esta viñeta es la *imago* que Ana tenía de su tía Alejandra a quien consideraba tranquila que no era querida por su padre, quizá no era deseada, esta escena parece compartir ciertas coincidencias con el caso de Ana ya que ella presenta un conflicto con su padre en la adolescencia por ciertos tocamientos del padre y desde entonces Ana deja de idealizarlo, Ana lo confronta y desde esa etapa inician prácticamente sus tentativas de suicidio. (Pero esto habrá que corroborarlo más adelante).

El otro segmento en el que Ana presenta cierto grado de *insight* en el que reconoce que de manera inconsciente en dos ocasiones intentó suicidarse en el mes de octubre corresponde a la misma fecha en la que se suicidó su tía Alejandra, aquí hay que recordar que para el inconsciente no hay coincidencias, quizá en este momento Ana resignifica la muerte de su tía y pone en acto actualizando la representación que la hijas no deseadas tendrán que renunciar al amor (paterno o a su pareja heterosexual) y en esta situación es una opción suicidarse.

La tía Alejandra se suicidó con medicamentos, por un conflicto de pareja, su novio en aquel entonces amenazó de matar a los familiares de Alejandra si se negaba a continuar el noviazgo con él. Entonces la tía Alejandra para resolver el conflicto decide sacrificarse y suicidarse, ella había presentado un aborto del que se desconoce las causas.

T- Después me entero de que Ana también abortó al igual que su tía.

-Pérdida de la pareja después de dos años de relación-

(S1)T-¿Realmente tenía las ganas de morir, o hace eso como para que él no se vaya?

Ana "no...realmente... de hecho hubo una separación antes de esta definitiva, Yo veía que las cosas ya no iban bien y entonces yo le dije vamos platicar, y él dijo ¡no!, hay que cortar las cosas por lo sano y no quedar mal vamos a separarnos porque esto no está funcionando."(Ana había intentado cortarse las venas de las muñecas con un cuchillo él evita que lo haga)

Análisis: Ana no quería morirse, el acto desencadena la separación conyugal. Él en esta ocasión trata de mostrarse conciliador. Esta pérdida será tan significativa que los

demás intentos suicidas estarán dirigidos simbólicamente hacer que la pareja regrese.

(S4) Ana se refiere a su expareja “quiero que regrese conmigo, pero si ya no se puede, no lo puedo obligar”.

T-¿Lo extraña mucho?

Ana “sí, si el quisiera yo creo que modificaría muchas cosas”

T-¿Cómo qué?

Ana” como mi carácter, mis celos, ya.. ya siento que ya no sería por cualquier cosa, como que trataría de pensar mejor las cosas”

T-¿Entonces no pierde las esperanza de que algún día regrese con él”

Ana “No”.

Se puede observar que después de varias pérdidas importantes su estado afectivo fue tendiente a la depresión, con duelos no elaborados.

-Muere la bisabuela por enfermedad durante el tratamiento en la sesión 8.

T -Esta pérdida va coincidir con la fase final del tratamiento reactivando en Ana un estado depresivo acompañado de ansiedad y de actuaciones.

(S8) T-buenas tardes coménteme qué pasó en esta semana

Ana “bueno... mi bisabuelita siguió muy mal jueves viernes, el sábado falleció a las 6 de la mañana pero nos avisaron hasta el veinte para las dos”...”. Entonces no estuve tranquila en el trabajo”

(S8) T-durante la sesión observo que se muestra *resistencial* cuenta detalles intrascendentes por lo que preguntó sobre un sueño.

T-¿Qué soñó?

Ana “estábamos en una fiesta, cuando íbamos a fiestas yo la cuidaba porque ella ya no podía caminar bien tenía 90 años, no podía caminar bien, entonces la llevaba al baño, la sentaba y la soñé así... que estábamos en una fiesta y la cuidaba y la llevaba al baño.

(S8) T-¿Y cuando despertó usted, cómo se sentía?

Ana”-triste, porque aparte de la pérdida, el no saber donde está creo que eso nos ha afectado mucho a todos”.

T-¿Lo puede olvidar por ratos durante el día o es así todo el día?. ¿Se puede concentrar en su trabajo?

Ana-“no igual me estreso mucho, se me olvidan las cosas, doy doble o triple vueltas si me ha afectado bastante.

T-¿Esto la ha afectado en sus ideas de suicidio, ha pensado usted en su muerte?

Ana “no... estuve recordando todo, de Fernando (expareja), de mi bisabuelita, todo y pensé conseguir un KCL pero ya después ví cómo estaban sufriendo todos por ella y dije igual y voy a pensar en otras cosas y tratar de investigar donde está, he estado muy angustiada... siento una opresión muy fuerte en el pecho.

Análisis: por un lado el sueño representa un deseo de ver viva a la bisabuela y por otro la realidad trae consigo el afecto de la representación de tristeza al encontrarse con la prueba de realidad de la muerte. Se sabe que en los casos fronterizos el trabajo de asociación de los sueños la labor analítica resulta infructuosa, siendo la mayor parte de la veces deseos inconscientes expresados de manera directa, es decir, sin pasar por la censura del *preconsciente* y la *conciencia*

Por otro lado, nuevamente la pérdida trae consigo las fantasías sobre la tentativa suicida ante la dificultad de aceptar el abandono. ¿Qué sucede? primero se presenta un estado depresivo mezclado con ansiedad que es característico en este

padecimiento, después las representaciones mentales la llevan a recordar otras pérdidas *objetales* entre ellas una muy importante la de su expareja, piensa en él y en la separación, inmediatamente lo asocia a su último método suicida el cloruro de potasio (KCL), sin embargo, ahora como en la otra ocasión vuelve a postergar la tentativa suicida, quedando solo a nivel de fantasía consciente. Por lo que suspende el acto, porque ve sufrir a su familia y cambia de un estado a afectivo a uno racional buscando solución a un problema. Nuevamente demuestra que puede postergar la conducta suicida.

III. Las ideas y las tentativas suicidas (las circunstancias, el motivo, el afecto, el método y la letalidad)

El primer intento de suicidio. (S1)-Ana refiere "a los 13 años, 13 o 14 no recuerdo bien, intenté suicidarme con pastillas (sulfato ferroso) porque yo sentía que le estorbaba(a mí mamá), porque ella iba a estar mejor porque siempre las discusiones eran por mí".

T- ¿Alguna situación especial ocurrió esa vez que intentó suicidarse?

(S1) Ana "no quise ir al médico y mi mamá se enojó mucho y de la calle me llevó a golpes hasta mi casa y eso me dio mucho coraje que me exhibiera con las personas en la calle ¿no? Que me fuera regañando y pegando, entonces en la noche yo me tomé un medicamento para morirme"-sulfato ferroso-.

En otro momento explica que después lo vomitó y nadie se enteró.

Análisis: el primer intento de suicido es en la adolescencia, las circunstancias: conflictos con la relación materna, el afecto es de coraje (rabia), el método utilización de fármacos, el motivo porque se sentía un "estorbo" que solo genera conflictos, la letalidad fue baja.

¿Es acaso impulsividad? No, ya que el comportamiento suicida se aplaza hasta la noche, pero continúa el coraje, entonces se muestra resentida y pasa al acto.

T- la siguiente viñeta confirma mi análisis.

(S5) Ana refiere "antes en los otros intentos que tenía...esa vez con sulfato ferroso, cuando me las tomé me arrepentí, y dije ¡no quiero morir y después empezó el vómito! pero estas dos últimas veces que fueron con medicamentos ya no tuve ese sentimiento de arrepentimiento.

(S2) –T-. Ahora sí coménteme esta situación de las ideas suicidas?

Ana "pues han sido muy esporádicas, pero tengo todavía en mi cajón ampollitas y a veces las veo y pienso que tal vez lo mejor sería ya morirme, pero cierro mi cajón y ya, pero no me gusta que estas ideas regresen.

Análisis: Los pensamientos suicidas de Ana ahora son ocasionales y advierte que no ha eliminado el método (las inyecciones de KCL) ve el estímulo y le genera tentación o mejor dicho le estimula la idea que se torna repetitiva y que asemeja una idea obsesiva. Es importante advertir que en esta viñeta no hay afecto asociado, solo está el estímulo que le parece provocador, por lo que el terapeuta trabaja en ello, como se observa con la continuación de la sesión.

T-¿Cuántas ampollitas tiene?

Ana : Tres.

T-Le voy a pedir que no las guarde, nada más quiero que las destruya. ¿Para qué

tener la tentación en casa? Un día se pone triste o se enoja con alguien y las ocupa. Y entonces todo lo que ha dicho durante todo este tiempo, pues se viene abajo.

Ana “Sí voy a tirarlas”:

(S1) ¿Qué pasó con su hermana y con el otro familiar?

Ana- Mí tía (paterna) vivía con nosotros, y a mí me daba mucho coraje porque yo era la mayor y a mi hermana le bajó primero la regla, y ella siempre le decía.

(S1) “No me sentía a gusto en la escuela donde me había quedado, entonces yo me quería suicidar. La relación con mi mamá era mala, no me dejaba ir sola a la disco, sólo con mi hermano, con él sí me dejaba ir”.

Análisis: Esta viñeta es un ejemplo claro, donde Ana muestra dificultad para resolver conflictos y piensa en suicidarse ante la imposibilidad de solucionar sus conflictos (durante el tratamiento refiere diferentes eventos como: conflictos con su progenitora, la pérdida de algún familiar, problemas en el trabajo, conflictos en la relación de pareja etc.).

También se puede advertir en este ejemplo la rivalidad con la hermana y el coraje que le genera que su desarrollo psicosexual se haya presentado posterior al de la hermana menor. Lo que indica cierta inmadurez biológica y quizá también en su desarrollo psicológico. Si esta viñeta la asociamos con el intento de suicidio con “pastillas de sulfato ferroso” nos daremos cuenta que la paciente a los trece años aún no abandonaba sus pensamientos de la etapa de las operaciones concretas. (Piaget J.1985) Sin embargo, no hay que olvidar nunca, que una idea suicida siempre debe tomarse en cuenta como un síntoma específico de un conflicto, y el hecho de que la paciente a esa edad no tuviera conocimiento de la letalidad del método elegido, no anula su deseo, su pensamiento y su acto.

(SD) Ana *“fue un miércoles (hace dos años) por la mañana... que me sentía muy triste. Ese día descansé... fui con mi mamá de compras, rentamos una película, ordenamos por teléfono unas pizzas y comimos mi abuelita, mi mamá y mis 2 hermanas. Eran como las 6:00 p.m. al término de la película me despedí de todos con la excusa de que estaba cansada y que tenía mucho sueño. Me metí a mi recámara, cerré la puerta y hablé con un amigo... Platicamos un rato pero yo estaba muy triste y le expresé que me sentía muy mal y estaba con un llanto que no podía controlar. Terminé la llamada y saqué de mi ropero las cajas de carbamazepina y las tomé todas. Me acosté a dormir, como a las 4 de la mañana aproximadamente, mi hermano el menor se dio cuenta de que yo no estaba bien, que decía cosas y empecé a vomitar. Mi mamá se despertó y me llevaron al hospital, me hicieron lavado gástrico. En realidad no lo recuerdo muy bien, estuve 3 días en la unidad de terapia intensiva y 3 días en hospitalización, de allí me enviaron a mi casa y me canalizaron con una psicóloga particular donde estuve en psicoterapia durante 5 meses”, (sic)*

Análisis: en la tentativa suicida Ana tiene como motivo una tristeza y malestar generalizado sin causa aparente, se encuentra funcional, sin embargo, su estado emocional la lleva solicitar ayuda de un amigo, de manera inconsciente, pero no le resultó, el método pudo haber sido letal, se desconoce la cantidad de pastillas de carbamazepina que ingirió, pero si vomitó es probable que la cantidad haya sido bastante, siendo el método letal. Sin embargo, finalmente es rescatada, el evento lo realiza en su recámara, la cual comparte con sus hermanos, quienes se convierten en las personas clave, ya que son quienes la rescatan y la llevan a un hospital donde la someten a un proceso de desintoxicación. Lo que genera incertidumbre, es cierto

control ante los demás, al esconder sus síntomas y tratar de hacerse daño (no hay más información ya que la viñeta es un extracto de la evaluación suicida, en la que se solicita a los participantes escriban de su puño y letra, la última tentativa suicida).

En la siguiente viñeta (S1) T- (resumen) El conflicto se presentó porque Ana no tenía un boleto para asistir a una fiesta con la familia del esposo.

Ana “entonces empezamos a discutir pero él me dijo pues si tu no quieres ir, pues no vas y te quedas pero yo si voy a ir porque es mi familia y entonces empezamos a discutir y yo me enojé mucho, ya después me dijo ¡ya cálmate! y yo me metí a la cocina y agarré un cuchillo y me quise cortar las venas pero él bajó y me dijo ¡ya cálmate! ¿estás mal o que?.

En este nuevo intento se repite un conflicto de relación ahora con su pareja, porque encuentra frustrado el objetivo de ir a una fiesta, (el afecto coraje, ira), el método, (mutilación de venas), la letalidad pudo ser alta, sin embargo, la pareja la rescata. En este caso no hay planeación, ni postergación aparente. Podría considerarse un acto impulsivo. El mensaje que parece darle a su pareja es radical si no voy me mató, (la condicional del significado es, si no haces lo que quiero, me mató. Situación que implica dirigir la agresión y culpa a la pareja quien se asusta y suspende el acto).

Las ideas suicidas. (S2) T- ¿Ahora sí coménteme esta situación de las ideas suicidas?

Ana “pues han sido muy esporádicamente, pero tengo todavía en mi cajón ampollitas y a veces las veo y pienso que pues tal vez lo mejor sería ya morirme, pero cierro mi cajón y ya. Pero no me gusta que esas ideas regresen”.

Análisis: la insistencia de las ideas ha disminuido, de persistentes pasaron a convertirse en esporádicas, curiosamente Ana guarda los elementos necesarios (método) en su casa para utilizarlos en cualquier momento, muestra arrepentimiento hacia el acto y reconoce que le molestan las ideas porque le vienen de repente (se le increpan) sin que pueda controlarlas, como una especie de idea obsesiva, que es consciente de ella pero no puede anular. Ana es consciente que puede postergar el acto, aunque como en los casos anteriores persiste el afecto displacentero.

Ideas suicidas en el motivo de ingreso: Ana llega al hospital psiquiátrico por presentar ideas de suicidio queriendo inyectarse Cloruro de potasio (KCL).

(S3) T- ¿Y porqué pensó en ese medicamento?

Ana “Porque yo sé lo que puede ocasionar, ...un paro... es una bomba de sodio y potasio, dije las pastillas no me han hecho nada no me muero entonces con eso si”.

T- ¿Escuchó de alguien que se hubiera suicidado así?

Ana “No, pero en la escuela nos dijeron en una clase de farmacología que nunca pasáramos el potasio directo porque ocasionaba la muerte del paciente, <nunca se pasa directo> y así como que siempre lo recalcaron <nunca lo pasen directo>”

T- ¿Y desde entonces tenía la idea de que iba a suicidarse con eso?

Ana “No hasta apenas esta última vez y dije pues ya sé con qué, porque le digo las pastillas no me han hecho nada dije ahora voy a algo más seguro en donde no me tengan que llevar al doctor y dije con eso tengo.”

Análisis: nuevamente se presenta una idea de suicidio en la que Ana recurre en su pensamiento a un método letal, que había escuchado en su formación de enfermera seis años antes, la idea de suicidarse en este internamiento es manifiesta, y ha

estado latente desde la adolescencia. Ahora sabe de la eficacia del método, sin embargo, hay algo que la detiene su pensamiento es contradictorio, por una parte la idea la invade y por otra parte le aterra este pensamiento al grado que lo comunica a la familia, entonces la familia se encarga de llevarla al hospital. Porque Ana siente que pierde el control.

Estos ejemplos cubren el criterio 5 del Trastorno Límite de la personalidad que se refiere a “intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación.

Durante el internamiento existió el deseo suicidarse, pero no obtuvo los elementos necesarios a su alcance para hacerlo. Las circunstancias están ligadas a la pérdida *objetal*, la frustración y casi cualquier evento estresante que rebasa su umbral de tolerancia la lleva a intentarlo nuevamente. Sin embargo, el tratamiento evitó la conducta suicida como se comprobó a través de los resultados de los instrumentos aplicados (desesperanza y depresión) en el apartado dedicado a la evaluación de *postest* y que se mantiene hasta el seguimiento.

A cuatro meses de haber terminado el tratamiento no ha intentado suicidarse, no ha presentado recaídas ni se ha hospitalizado nuevamente.

IV. Las actuaciones

NOTA: las actuaciones también son los intento de suicidio, sin embargo, debido a una cuestión metodológica se separan de este apartado y se desarrollan en la categoría de “las ideas y tentativas suicidas”.

Las siguientes viñetas sólo muestran algunos ejemplos sin que se trate de abarcar todas las actuaciones de Ana.

Idea de abandonar la casa. (S1) *Ana comenta “de niña no eran ideas de suicidio, eran ideas de irme de mi casa; no pensaba en suicidarme, sino salirme de ahí...” pues mi mamá dice que cuando yo tenía como 3 años una vez me regañó y que yo agarré y en un bultito puse mi ropa y le dije que ya me iba de la casa y mi mamá se empezó a reír, ¿Y a dónde te vas a ir?... ¡No sé, yo ya me voy de la casa!, pero estaba yo muy chiquita y ya no me acuerdo pero eso dice mi mamá que eso pasó. Y después como a los 7-8 años”.*

(S1) *Ana en la adolescencia “me salí de mi casa y me junté con mi primera pareja, por un problema que tuve con mi mamá...(el problema fue que dejó abierto el champú y se cayó por accidente) mi mamá me dijo como a ti no te cuestan las cosas no las cuidas y agarré y le dije que fue un accidente no lo hice a propósito y le dije perdóname y me dijo, no es que tú nunca te fijas, nunca haces las cosas bien y me empezó a regañar y ella cuando se enojaba me decía ¡ándale traga! ...como siempre llegué a la noche y le dije a mi mamá que quería hablar con ella y me dijo, estoy ocupada, no tengo tiempo, y le dije no hay problema. Yo quería arreglar las cosas con ella para no irme de mi casa y me dijo no tengo tiempo y le dije ah bueno, yo nada más quería decirte que ya me voy y ya ¿Cómo que ya te vas? Entonces empecé a echar mis cosas a una maleta y ella le dijo a Fernando ¡Fíjate lo que te estás llevando, porque después no quiero que me digas que no sabías lo que te llevabas, si es una joyita, y es así y es asado, y es bien enojona y tú sabrás a lo que le tiras! Y mi novio dijo “si señora, yo me la quiero llevar”.*

Análisis: en ambas viñetas se repite la escena, Ana tiene un conflicto con su mamá,

Ana se enoja y busca irse de su casa, el problema solo fue la causa desencadenante, el ansia infantil de salir de la casa lo cumple en la adolescencia. Presenta dificultades para solucionar de otra manera los conflictos de relación.

-Autoagresión: este comportamiento se presenta cuando Ana ve frustrado un objetivo y lo presentó principalmente en la infancia y en la adolescencia.

(S1) Ana *“yo era... como que más impulsiva, a mí me daba por otras cosas por agredirme yo físicamente, rasguñarme, jalarme los cabellos, azotar las puertas”*.

Análisis: el acto de la agresión que iba al exterior regresa sin trámite, este castigo va a la parte corporal del yo, (Freud, 1923) pero no hay culpa. Bergert (2001) confirmará que el pasaje al acto en esta patología es una muestra más de debilidad del superyó.

Consumo de alcohol. Resumen: Ana suele acudir a bares para beber cervezas y después llama por teléfono a su expareja, le pone canciones románticas que le dedica en el auricular, para hacerle recordar la relación, esta conducta se incrementa después de separarse de su pareja.

Estas viñetas demuestran el criterio 4 del DSM IV que se refiere a “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), claro que los ejemplos se refieren a cualquier tipo de actuación inconsciente de los pacientes con este trastorno de personalidad.

Análisis: las actuaciones son manifestaciones de comportamiento que no han sido puesto en palabras y que representan conflictos inconscientes, que por lo regular son actos que perjudican al sujeto de manera directa o indirecta, como por ejemplo el consumo de alcohol, las mentiras, responder con agresión, lesionarse, salir de la casa evitar la solución del conflicto etc.

El objetivo de la actuación es resolver un conflicto inconsciente (Litman, 1967).

Es importante recordar que en el caso de los pacientes fronterizos actúan “sus tensiones afectivas para controlar sus impulsos en estado bruto, sin elaboración.” (Gutier y Mayer, 1998, pág.68).

V. Los vínculos en el trabajo

(S2) *“tengo 3 amigas pero son de un carácter como el mío, para que me involucre con el personal, entonces pasa así un día a la semana o al mes pues no tengo roces con las enfermeras”*.

T-¿Qué saben de usted?

Ana *“casi nada, soy muy superficial”*.

T-Y esta vez que estuvo hospitalizada,... que intentó suicidarse, ¿Alguien lo supo?

Ana *“si, mis 3 amigas, si porque en el intento anterior, pues ellas sabían que yo tenía algo, me vieron muy deprimida, vieron que cambio mi estado de ánimo completamente, falté a trabajar. Por eso cuando vieron que ya no iba, pues hablaron a mi casa y les dijeron que yo estaba en el hospital y me fueron a ver. Yo les dije que había sido por otra cosa, pero me hicieron preguntas, y dijeron “ya sabemos lo que pasó”. Y luego otra vez que estuve en el hospital ellas pensaron que había hecho algo y me dijeron porqué haces las cosas, y ya les dije que no había hecho nada que nada más tenía ideas. Estaba muy enojada, eran tonterías pero...”* (no dice más).

Análisis: en otros momentos se desarrollo el asunto de las tentativas suicidas y las actuaciones, aquí el acento recae en los vínculos, primero reconoce que tiene pocas amigas y comparten, de cierta manera sus características de personalidad, es decir, personas con conflictos que desde los grupal se entienden, se aceptan es decir se identifican de cierta manera, por otra parte reconoce su desconfianza al reconocerse como “superficial” a fin de no involucrarse para que su vida no sea cuestionada y con ello evite conflictos laborales, lo cual significaría mostrarse tal cual es.

VI. Sabotajes en el tratamiento

La resistencia en este tipo de psicoterapia con pacientes fronterizos se conoce como “sabotajes al tratamiento”.

Los sabotajes la psicoterapia en el caso de Ana se observan a través de algunos retardos –cuatro-, en otra ocasión falta al tratamiento porque “llovió” etc., en otra ocasión se presentó a consulta después de haber ingerido etílicos en un bar, pero el comportamiento más significativo de esta categoría fue que se negaba a destruir las ámpulas de cloruro de potasio (KCL). Además presentaba tendencia a ocultar información (el abuso sexual) o a mentir por ejemplo.

(S4) T- ¿Sigue la idea de hacerse daño?

Ana” *no, de hecho el KCL (cloruro de potasio) ya lo ocupe en mi trabajo. Se me rompió una ámpula y entonces para no comprarla la llevé a mi trabajo, entonces ya la pague”.*

T- en la sesión 5 se le interroga como obtuvo el medicamento, finalmente refiere que fue por que no se lo llevó una paciente del hospital donde labora y ella prefirió guardarlo y ocuparlo cuando fuera necesario.

T-“Bueno vamos a llegar a acuerdos ¿No? Como la vez pasada: no llevarse medicamentos a su casa que pueda usar en cualquier momento. Es como si tuviera la pistola en su casa, debajo de la almohada, un día decide morirse y la ocupa”.

Ana” *Si ya le dije que se me rompió una ámpula de KCL y la repuse”.*

T -(no eliminó las ámpulas).

(S5) T-“Me quedé con la idea que de repente había como omisión de que usted me contaba la historia, pero de repente le faltaba algo, luego me quedé pensando, y no esta vez sino en otras ocasiones de que a lo mejor tiene que ver con esta cuestión de la memoria que se le olvidan las cosas o que tiene que ver como que oculta información o hay cierta tendencia a mentir y yo no me entero.

-Ana “ *Yo creo que se me olvida”.*

T (advierto que me esta mintiendo).

T-“¿En qué otras circunstancias ha mentido?

Ana “*Pues cuando me he querido...intentado suicidar. Yo le digo que estoy bien, que me siento bien. No le demuestro que me siento triste”.*

T-¿A su mamá?

Sí a mi mamá, este... no se lo demuestro, ella me dijo el otro día ¿Por qué lo hiciste si estábamos bien? O sea en la tarde habíamos estado bien. Ella jamás se lo imaginó porque me vió bien, pero yo me sentía muy mal. Entonces como que aparento estar bien pero no lo estoy.

Análisis: si la paciente omite información a su progenitora es muy probable que lo haga con el terapeuta. Parece que en cualquier momento “de aparente buen estado

emocional” intente suicidarse, el manejo de la información omitida es una manipulación en la cual el objetivo primordial es tomar ventaja frente al otro. Es cómo guardar los ases a conveniencia.

Clarkin et al. (1999) consideran que las amenazas específicas contra el tratamiento son: las conductas suicidas y autolesivas, las actividades o impulsos homicidas, mentir o retener información, inasistencia a sesiones, abuso en el consumo de sustancias, asistir intoxicado a las sesiones, en un trastorno alimentario descontrolado, llamadas telefónicas excesivas y otras intrusiones en la vida del terapeuta, no pagar la cuota o arreglárselas para no poder pagarla, ver más de un terapeuta de manera simultánea, perderle tiempo en las sesiones (trivialización), problemas externos que obstruyen la terapia, estilo de vida crónicamente pasivo sin eliminación de la ganancia secundaria.

VII. El Insight

(S1) T” bien vamos a hacer una breve reflexión de todo esto, sobre estos tres casi cuatro intentos de suicidio. ¿Cuál es el común denominador que usted encuentra?

Ana-*“que cuando hay un problema y no puedo darle solución, busco otras salidas.*

T-*(se refiere a la tentativa suicida como solución a los problemas, situación que antes no reconocía).*

(S4) T- ¿Alguna vez ha pensado que tiene cosas de su mamá y también de su papá?

Ana *“si de mi mamá el carácter y de mi papá lo celoso que es, mi papá es muy celoso y poco lo enoja”.*

(S5) T-¿Usted qué cree que hizo que ésta relación (de pareja) se terminara?

Ana *“los intentos de suicidio que tuve porque lo asusté; mi carácter, era muy impulsiva, muy agresiva; mis celos. Yo creo que yo tuve la culpa de todo, a veces pienso que di lo mejor que pude, cuando pude, pero siento que gran parte de la culpa la tengo yo”.*

VIII. Viñetas de intervención psicoterapéutica

Encuadre: (S1) T. Este tratamiento es de psicoterapia breve y esta focalizado en la tentativa suicida vamos a trabajar 12 sesiones todas duran 45 minutos, en cada una de ellas vamos a empezar a las 6 de la tarde y a las 6:45 vamos a terminar, es importante que se comprometa con todo el tratamiento. ¿Algo que quiera comentar?

Ana *“Estoy de acuerdo en comprometerme con el tratamiento”.*

Sugerir: (S1) T. Bien, vamos a hacer una breve reflexión de todo esto sobre estos 3, casi 4 intentos de suicidio. ¿Cuál es el común denominador que usted encuentra?

Ana *“Que cuando hay un problema y no puedo darle solución, busco otras salidas”.*

Indicar:(S2) T. Le voy a pedir que no las guarde (ámpulas de cloruro de potasio, KCL). Yo nada más quiero que las destruya. Para qué tener la tentación en casa, un día se pone triste, o se enoja con alguien y las ocupa. Y todo lo que ha dicho durante todo este tiempo, pues... se viene abajo.

Ana *“Si, voy a tirarlas”.*

Interrogar:(S2) T ¿Su mamá no sabe que las tiene (las ámpulas)?

Ana "No".

T-¿Y la vez anterior que se las quiso inyectar, ella lo sabia?

Ana "No".

T-¿Aparte de ese medicamento, tiene otra cosa?

Ana "No".

T-¿Seguro?

Ana "bueno unas ampollitas"

T-¿Alguna vez pensó en preparar la jeringa?

Ana "sí las agarré, incluso me quedé dormida con ellas porque estaba muy deprimida y estaba yo llorando y las agarré y me agarró el sueño."

Interpretación: (S3) Ana refiere al fallecer mi prima "la sepultaron donde sepultaron a mí tía Alejandra (que se suicidó) y quedaron así enfrente, y yo sentí como si hubiera regresado el tiempo y hubiera sido Alejandra. Entonces me dio un ataque de llanto terrible, pero más por el recuerdo de mí tía que por mi prima". (resignificación)

T-"Eso es muy frecuente que pase en toda la gente, sucede que hay un evento fuerte en nuestras vidas y si no lo resolvemos cuando pasa otro evento muy parecido nos hace recordar lo anterior, porque todavía no lo hemos trabajado, no lo hemos asimilado y depende de la magnitud, es que usted se va acordar de este momento, pero si la situación fue muy difícil ahorita. El siguiente evento más que recordarlo usted se va a poner mal, porque va a ser una forma de su pensamiento de cómo reacciona ante esos eventos y de esa misma manera le funcionó con la muerte ¿Sí? Hay una muerte que no ha resuelto todavía, que no ha elaborado, que es la de Alejandra. Se muere su prima e inmediatamente se da cuenta que no es a ella a quien llora sino que llora a Alejandra. Ahora es importante saber que uno de los problemas serios que tiene usted como persona es que no puede tolerar los abandonos, o las pérdidas y como no los puede elaborar, responde con mucho enojo, con mucha rabia con llanto con tristeza pero en el fondo hay mucha rabia, mucho coraje."

Metaintervención: se prepara el cierre en la sesión nueve.

(S9) T. "Es importante ver los logros porque en dos semanas más terminamos, entonces como que este padecimiento, ya lo habíamos comentado, hay una dificultad para la cuestión del abandono, recién falleció su bisabuela María, ¡pronto se va a terminar el tratamiento y entonces pensando en prever...".

Recapitular: (S12) T- con estas 12 sesiones de psicoterapia que hemos trabajado, usted me ha contado parte de su historia y de su infancia, su adolescencia, las relaciones con sus parejas, con sus hermanos, con su mamá, con la tía fallecida por el intento de suicidio, la última muerte de la bisabuela, y en todas esas sesiones le puedo informar cual es el estilo de relacionarse con los demás. Tiende a relacionarse de manera afectiva y sentirse muy mal al rechazo, el rechazo la pone mal.

En este caso existe el encuadre, que es parte de un contrato, dijimos 12 sesiones, y se acaba en las 12 sesiones. Y la semana anterior platicábamos un poco acerca de esta conducta en la que venían otra vez las ideas de suicidio algo así como ¡Cuidado, cuidado! porque también me abandona, y ante esa idea pues empezó a actuar otra vez ¿Y cómo actúa? bueno pues vuelve a tomar (alcohol) y vuelve a llamarle a la expareja y vuelve a tener una serie de conflictos con todos, se muestra muy irritable porque como siempre ha manejado esa situación, en lugar de aceptar, porque bueno usted ya sabía que se iba a acabar (el tratamiento) y hay que pensar y tener claro que

cada que empieza una relación en algún momento se va a terminar, porque eso es parte de la historia de la vida, pero así como empieza una y acaba otra, van a empezar otras nuevas y así va a encontrar gente nueva en otros trabajos, en otras escuelas, en su familia, siempre va a encontrar gente nueva.

◆ Evaluación de Postest con las escalas clínicas

No se revaloró el diagnóstico en la fase de *postest* ya que el objetivo de esta psicoterapia no consistió en modificar el trastorno límite en su estructura.

En la evaluación de la conducta suicida en la escala de desesperanza Ana presentó 05 puntos considerada clínicamente como desesperanza leve. La depresión fue evaluada con el cuestionario del síndrome depresivo de Calderón (1992) Ana obtuvo 57 Puntos considerada como una depresión media (véase Tabla 3.6).

En el *postest* no se aplicaron la escala de ideación suicida de Beck et al. (1979) y la escala de Riesgo-Rescate de Weisman y Worden (1974), debido a que Ana no presentó ideación suicida después de haber terminado el tratamiento, situación que expreso de manera verbal, por lo que no habría necesidad de aplicar dichas escalas.

Tabla 3.6 Puntuaciones de las escalas aplicadas para la tentativa suicida, caso Ana.

EVALUACIÓN	DESESPERANZA	DEPRESIÓN	IDEACIÓN SUICIDA	RIESGO	RESCATE
<i>Postest</i>	05=leve	57=media	*	*	*

* No se aplicaron estos instrumentos en las fases de *postest* y *seguimiento* ya que la paciente no presentó ideación o conductas parasuicidas después de la psicoterapia.

◆ Resultados de la Psicoterapia. Caso Ana

Es el momento de responder al propósito de la investigación ¿el modelo de psicoterapia propuesto funciona?, ¿sirve para disminuir el riesgo y la severidad de la tentativa suicida en pacientes con trastorno límite?

Para responder es importante en cada caso revisar los objetivos propuestos en la psicoterapia breve por Wolberg (1965) en lo referente a la metas de la psicoterapia y por otra parte a la focalización de la tentativa suicida (Fiorini 1990).

Es decir, saber sí el tratamiento ofreció los elementos clínicos necesarios, de apoyo, contención e intervención psicoterapéutica, para que el paciente con este trastorno reconociera algunas causas, situaciones y sentimientos que desencadenan su tentativa suicida, y que a la vez el tratamiento le permitiera a los pacientes renunciar o disminuir el número y la severidad de las tentativas suicidas.

Si conjuntamos los “resultados de evaluación” del tratamiento (*pretest, postest y seguimiento*) diremos que el tratamiento fue un éxito clínico en este caso principalmente el de la focalización, donde se corroboró con los instrumentos la disminución de la sintomatología clínica asociada a la tentativa y letalidad suicida, como fueron la presencia de desesperanza, la depresión, la ideación suicida, el riesgo y la letalidad suicida.

Cabe enfatizar que no se presentaron más intentos suicidas posterior a la psicoterapia (seguimiento tres meses después). Por lo que se dio respuesta al foco

clínico, es decir, el tratamiento disminuyó el riesgo y la severidad de la tentativa suicida.

En el caso Ana 1³⁰) hubo alivio de los síntomas de ingreso observable en los resultados de *pretest*, *posttest* y *seguimiento*, principalmente los relacionados con el riesgo y la severidad de la tentativa suicida, 2) hubo restauración del nivel de funcionamiento anterior al ingreso hospitalario y se mantiene estable al grado de no haber presentado tentativa suicida, aunque la ideación suicida se presentó al final del tratamiento como reacción a la separación de la relación terapéutica (que consideraba como abandono), como se informó en el análisis de caso, 3) el tratamiento permitió a Ana comprender los elementos que precipitaron el trastorno. El terapeuta señaló en su momento los rasgos de personalidad de la paciente y respondió cómo los abandonos reactivaban estados depresivos y la ansiedad, que *resignificaron* la pérdida de su tía (fallecida por suicidio al consumir medicamentos después de un problema con su pareja que no pudo resolver de otra manera) y que Ana se identifica inconscientemente con ella. 4) Hubo reconocimiento de algunos de los problemas de personalidad que obstaculizan la adaptación a la vida como por ejemplo después de los señalamientos reconocer que era dependiente, con dificultad para resolver los duelos derivados del abandono, y reconocer su conducta autodestructiva, además de reconocer que es una persona que continuamente busca compañía y se nutre psicológicamente de la seguridad y protección que le ofrecen las personas al verla vulnerable. 5) Lo que implica la comprensión parcial de su conflictiva y los eventos implicados en ella. 6.), por lo que Ana presenta *insight* de la relación entre los problemas de personalidad dominantes y el actual padecimiento, que se pudo

³⁰ En estos siete puntos se encuentran resumidos y contestados los objetivos propuesto por Wolberg (1965)

constatar en el tratamiento en diferentes ocasiones, pero que le dificulta su reconocimiento. 7). Finalmente Ana accedió a cierta comprensión de aquellas medidas que pueden remediar las presentes dificultades ante el medio, como salirse del conflicto y reflexionar sobre su conducta explosiva, o manejar los conflictos de tal forma que no la lleve a la agresión o la actuación ante eventos de frustración y abandono. Es importante recordar que Ana en un inicio sus tentativas suicidas fueron provocadas por eventos estresantes de su entorno (dificultades en la relación, materna, el rechazo de su pareja y principalmente el fallecimiento de su tía) y fue algo que reconoció.

FASE DE SEGUIMIENTO

En la tabla 3.7 se muestran los resultados de *pretest*, *posttest* y *seguimiento* de Ana se puede observar que disminuyó la sensación de *desesperanza*, de hecho en el *pretest* Ana presentó 13 puntos considerado clínicamente como *desesperanza moderada*, que se redujo en cada etapa de evaluación, obteniendo 5 puntos en el *posttest* y 2 en el seguimiento lo cual significa que Ana terminó el tratamiento “sin síntomas de desesperanza”, como efecto directo del tratamiento. La desesperanza es un proceso psicológico que valora las expectativas negativas que tiene una persona sobre su futuro y bienestar, además de la capacidad para resolver dificultades y conseguir cierto éxito en la vida. También hay que recordar que la desesperanza es el primer elemento predictor en la tentativa suicida (Beck et al.1974, Rodríguez R., 1998, y Díaz et al., 2004) que se confirma en esta investigación.

Si no existe desesperanza podemos reconocer que el tratamiento resultó satisfactorio y de que la paciente no intente la conducta suicida.

En lo referente a la depresión, evaluada por el cuestionario del síndrome depresivo de Calderón (1992) en el *pretest* Ana obtuvo 78 puntos considerada como una depresión severa, después del tratamiento en el *postest* los síntomas de depresión disminuyeron hasta llegar a una puntuación de 57 considerada como una “depresión media”, una situación que parece “normal” después de un internamiento breve de 15 días, finalmente en el *seguimiento* se encontró que la puntuación disminuyó hasta 37 puntos considerada como una reacción de ansiedad, habiéndose remitido el cuadro depresivo por lo que Ana terminó el tratamiento sin síntomas depresivos. El diagnóstico de depresión asociado con desesperanza son factores de riesgo para la tentativa suicida, si todo se asocia a un trastorno límite de la personalidad.

Los resultados de la escala de ideación suicida de Beck et al. (1979), en el *pretest* Ana presentó una puntuación de 21, lo que significa clínicamente que podría intentar nuevamente el comportamiento suicida, ya que el corte es de 10 puntos (Mondragón et al. 2001) que indican que el sujeto corre riesgo de suicidarse. Es importante enfatizar que tanto en la fase de *postest* y *seguimiento* Ana no presentó ideas de suicidio y mucho menos conductas suicidas por lo que no se aplicaron las escalas de Ideación Suicida de Beck (1979) Situación similar en la escala de Riesgo-Rescate de Weisman y Worden (1974), ya que éstas sólo tiene sentido su aplicación cuando presentan una tentativa real.

Tabla 3.7 Puntuaciones de las escalas aplicadas para la tentativa suicida, caso Ana

EVALUACIÓN	DESESPERANZA	DEPRESIÓN	IDEACIÓN SUICIDA	RIESGO	RESCATE
<i>Pretest</i>	13=moderada	78=severa	21	10=moderado	11=moderado
<i>Postest</i>	05=leve	57=media	*	*	*
<i>Seguimiento</i>	02=sin	37=reacción de ansiedad	*	*	*

* No se aplicaron estos instrumentos en las fases de *postest* y *seguimiento* ya que la paciente no presentó ideación o conductas parasucidas después de la psicoterapia.

En resumen, en el caso de Ana los datos significan que hubo “remisión de la desesperanza, la depresión, la ideación y la tentativa suicida”. Por lo que el tratamiento resultó exitoso en la disminución de la letalidad y la severidad suicida. Es decir el Foco clínico.

◆ **Confiabilidad y triangulación**

La confiabilidad del diagnóstico y del tratamiento se llevó a cabo el criterio metodológico de la “triangulación”. A través de las entrevistas preliminares, la evaluación del SCID-II y los criterios diagnósticos del DSM- IV. Mientras los resultados clínicos de la psicoterapia fueron similares en la fase de postest y seguimiento, es decir, se confirmaron los cambios clínicos con los instrumentos mencionados.

FASE DE PRETEST: HISTORIA CLÍNICA CASO CELIA

La paciente que en adelante llamaremos Celia es una mujer de 22 años, se encuentra separada de su primera pareja con quien procreo un hijo que ahora tiene 5 años, Celia ha tenido dos abortos. Se casó por segunda vez y de esta relación no tiene hijos. Es originaria y vive en el Estado de México, su nivel socioeconómico es de clase media, Celia se desempeña como enfermera donde parece encontrarse satisfecha. No refiere quejas por problemas económicos, religiosos o socioculturales. Es morena de talla baja y obesa, situación que reconoce como una molestia personal que afecta a su imagen personal.

Motivo de ingreso: acude a consulta y hospitalización porque presentó ideas y tentativa suicida (intentó ahorcarse la familia la encontró en el acto y la rescató), presentando un estado de depresión y angustia.

Durante la entrevista su actitud es cooperadora y tiende a narrar detalles de su conflictiva, sin embargo, se niega a que se grabe en audio las entrevistas, por lo que al empezar la psicoterapia le solicite su autorización para tomar algunas notas durante el transcurso de las sesiones, situación que aceptó con agrado.

Celia niega antecedentes familiares neurológicos, psiquiátricos y de cualquier otro tipo de enfermedad mental. En general su estado de salud físico es bueno.

Es la segunda hija de un total de tres, nace cuando su madre contaba con 23 años de edad, no presentó complicaciones al nacer, y tampoco antecedentes patológicos pre y postnatales.

Proviene de una familia que ahora tiene otra estructura por la separación de sus padres desde hace un año. En su familia de origen hubo maltrato físico y emocional desde la infancia sobre todo por parte de la madre, el padre desempeña un papel instrumental. Actualmente Celia vive con su hijo en un piso independiente de la casa.

Su desarrollo de lenguaje y psicomotor fue normal. No presentó problemas de aprendizaje. En la infancia tiende a mostrarse independiente y es considerada por la familia como “presumida y engreída”, desde niña presenta problemas con la madre quien la golpeaba para marcarle límites y poder controlar su conducta.

Recuerda que a los 11 años siendo aún púber fue abusada sexualmente por un hombre como de veinte años quien la obliga a que le realizará sexo oral. Recuerda que presentó una sensación de irrealidad, sentimientos de rabia, ansiedad y tristeza, por lo que intenta suicidarse con raticida días después de haber “comprendido” la situación. Este sería uno de los eventos que desencadenará un intento de suicidio, Celia calcula haber intentado el suicidio en veinte ocasiones (se documentan en el aparatado del intento de suicidio).

Celia en la adolescencia presentaba problemas de relación con sus compañeros de escuela con quienes continuamente discutía y se metía en problemas. Estudia enfermería y se desarrolla laboralmente en esta área desde los 18 años de edad.

Inicia su vida sexual con otro adolescente de manera voluntaria a los trece años que refiere sin problemas. Recuerda haber tenido “muchas relaciones de pareja”, “ya perdí la cuenta” sic. Comenta que desde que tuvo su primer novio y hasta la fecha nunca ha estado sola. Se va de su casa a la edad de 16 años al salir de la secundaria, y se va vivir con su pareja por dos años. Procrea un hijo sano físicamente y que actualmente tiene 4 años de edad. En el parto no presentó complicaciones. En la actualidad está casada y no tiene hijos de esta última relación.

El padecimiento lo inicia a los 7 años, recuerda que intenta suicidarse tomando medio litro de aceite, “pensaba que con eso se iba a morir”, el comportamiento fue resultado de los malos tratos que recibía de su familia “pensé que a nadie le importaba”. Sic.

A los 11 años (después del abuso) ingiere raticida con el fin de suicidarse de allí en adelante todos los intentos de suicidio serían resultado de conflictos y pérdidas *objetales*. En las siguientes ocasiones ingirió las cabezas de unos cerillos, después se cortó los brazos con una navaja -para rasurar-, tomó medicamentos psiquiátricos y finalmente, intentó ahorcarse con un lazo. Comenta que se siente incomprendida y sin apoyo familiar.

El curso del padecimiento ha sido insidioso y responde a eventos estresantes, con ansiedad que no puede manejar, tristeza, coraje e intentos de de suicidio, a pesar de los múltiples tentativas ha sido hospitalizada en dos ocasiones en los que ha incrementado la letalidad.

El estado actual del padecimiento se desarrolla desde hace ocho meses, recuerda que veía nuevamente a su antigua pareja (padre de su hijo) con quien sostenía relaciones sexuales y había pensado “regresar”. Ella le pedía que abandonara a su pareja y ella haría lo mismo con su actual esposo. Sin embargo, ante la negativa de su expareja, decide agredir a su rival de amores, presentando un acto al que se le agregaron “sensaciones de irrealidad”, después decidió ir a su casa para intentar ahorcarse. Derivado de esta situación presentó insomnio, incapacidad para resolver problemas, desesperanza y llanto. Este fue el intento que la llevó a hospitalizarse.

Celia reconoce que la separación de su expareja fue la pérdida más significativa e importante que hasta la fecha le genera conflictos.

En el examen mental³¹ se registra femenino de edad aparente a la referida como cronológica, de complexión obesa en regulares condiciones de higiene y aliño, se muestra lábil. Esta consciente del tiempo, su persona, el lugar y las circunstancias, su discurso llega a metas. El curso de su pensamiento es normopsíquico, en el contenido del pensamiento expresa ideas de muerte y declaración de planes homicidas hacia su hijo y pareja. Pienso “que me mataría y mataría a mi hijo, y así acabaría todo”, luego refiere que mataría a su expareja.

En el examen físico se encuentra laceración en el cuello resultado de la tentativa de ahorcamiento.

³¹ El examen mental fue hecho por un psiquiatra.

La Impresión Diagnóstica psiquiátrica de inicio fue Trastorno Depresivo Recurrente episodio actual de moderado a grave y Trastorno Inestable de la Personalidad además probable Trastorno Dístimico. Según la clasificación de la CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades en su apartado de los trastornos mentales y del comportamiento).

◆ Evaluación diagnóstica con el SCID II

Celia cumple todos los criterios del DSM-IV con lo que se corrobora clínicamente el diagnóstico principal el Trastorno límite de la personalidad. Que corroboran el diagnóstico además presenta rasgos de dependencia y características narcisistas. La evaluación es confiable y válida, ya que dos instrumentos coinciden con el diagnóstico (el SCID-II y las entrevistas preliminares). También la confiabilidad es de interjueces, ya que tanto el clínico de esta investigación y el área de psiquiatría con su *anamnesis* confirman el diagnóstico. Lo anterior respalda el criterio de validez diagnóstica elaborado por “instrumentos” y por “diferentes investigadores”.

◆ Evaluación diagnóstica con las entrevistas preliminares

La tabla 3.8 describe de manera resumida los criterios clínicos que se obtuvieron de las entrevistas preliminares con Celia y que se confirmaron con la aplicación diagnóstica de SCID-II presentando un trastorno de personalidad límite de la personalidad en comorbilidad con depresión recurrente³².

³² Véase resultados de la aplicación del cuestionario Síndrome de depresión (Calderón, 1992)

Tabla 3.8 Diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad cuando menos cinco criterios para el DSM-IV

DSM-IV	DESCRIPCIÓN.
1. Evitar abandono	Esfuerzos frenéticos para evitar la pérdida de su expareja.
2. Relaciones Inestables	(expareja y su esposa), pareja actual, madre, hermana menor y padre.
3. Alt. identidad	En el abuso sexual, recuerda que se sentía como fuera de sí, y pensaba que no había sucedido.
4. Impulsividad	Agresiones verbales y físicas con su rival de amores y pareja.
5. Amenazas y conductas parasuicidas	Consumo de aceite, automutilación en muñecas, intento de ahorcamiento, consumo de medicamentos, ideas de aventarse al cruce de los autos etc.,
6. Inestabilidad afectiva	Cambios continuos, odio, rabia, angustia, depresión.
7. Sentimientos crónicos de vacío	Cuando se siente sola los presenta.
8. Ira	Responde con ira inapropiada a eventos de menor magnitud con agresión verbal y amenazas homicidas.
9. Ideación paranoide o disociación	Presenta desrealización cuando fue víctima de abuso sexual ³³ , considera el evento como algo ajeno y no se reconoce.

Esta tabla se presenta resumida (ver capítulo I donde se amplía la información)

◆ Evaluación de la conducta parasuicida

En los resultados de la ficha de identificación para conocer las variables sociodemográficas sobre conducta suicida de Terroba y Saltijeral. (1986) Celia refirió haber presentado 20 intentos de suicidio previos, a los que atribuye como motivo principal una situación amorosa. Los métodos que ha utilizado van desde la ingesta de sobredosis de fármacos, el intento de estrangulamiento, pensar en utilizar una arma de fuego, envenenamiento, mutilación de venas hasta el uso de gas doméstico. En el último intento de suicido pretendió ahorcarse, fue encontrada por sus familiares cuando estaba en el acto y la rescató (a plena luz del día utilizó un tendedero de su

³³ El DSM- IV (1995) considera la desrealización dentro del espectro de la disociación.

casa) por lo que es valorada e ingresada en el hospital de psiquiatría. Celia responde que nunca ha consumido alcohol ni drogas ilícitas en sus tentativas.

◆ Resultados de la evaluación del riesgo suicida

En la evaluación de *pretest* en la escala de desesperanza, Celia presenta una puntuación de 9, considerada como un pensamiento de desesperanza moderado, lo cual significa que la paciente no presenta un estado de aprensión que le imposibilite resolver sus problemáticas en un futuro próximo (Beck, 1974).

En la escala de depresión (Calderón, 1992), Celia presentó una puntuación de 60, considerada como “media”, significa un estado depresivo que no es grave y para cualquier situación en crisis, se considera dentro de los rangos “normales”.

En la escala de ideación suicida (Beck et al 1979), Celia presentó una puntuación de cero. Cuando los ítems 4 y 5 califican con cero el total de la escala es cero, lo cual significa que clínicamente no tenía ideas de suicidarse nuevamente, el punto de corte es de 10 puntos (Mondragón et al. 2001), sin embargo, había sospecha clínica de continuar con ideas suicidas (véase tabla 3.9).

Tabla 3. 9 Puntuaciones de *Pretest* de las escalas aplicadas para la Tentativa Suicida. Caso Celia

EVALUACIÓN	DESESPERANZA	DEPRESIÓN	IDEACIÓN SUICIDA	RIESGO	RESCATE
<i>Pretest</i>	09=moderado	60=media	0	08=bajo moderado	12=alto moderado

◆ Evaluación de la letalidad suicida

Con la escala de Riesgo-Rescate (Weisman y Worden, 1974) se evaluó la letalidad de la última tentativa suicida de Celia quien presentó una puntuación de 8 que se considerada como un riesgo “moderado” lo que significó que no hubo posibilidad de que la paciente muriera en el intento. Mientras la puntuación del rescate fue de 13 puntos, considerado como “moderado alto”. Cabe resaltar que el rescate se realizó inmediatamente.

La paciente intentó ahorcarse a plena luz del día, en un lugar familiar (locación), después de una discusión con su expareja porque él ya no quería regresar con ella. Entonces la paciente regresó a su casa cogió un lazo en el que tendía la ropa y se fue a una habitación vacía, allí hizo lo necesario para colgarse, sin embargo, la familia que se encontraba en el cuarto contiguo intervino para evitar el acto. El intento pudo haber sido fatal debido a que el método utilizado por la paciente era letal. Sin embargo, no queda claro si la paciente sabía que sus familiares se encontraban en la casa y la rescatarían. A continuación se describen los resultados de las escalas:

Tabla 3.10 Escala de Riesgo Weisman y Worden

			PUNTOS
1	Agente usado	Intento de ahorcamiento	2
2	Conciencia dañada	Ninguna evidencia	1
3	Lesión	Media (laceración leve en el cuello)	1
4	Reversibilidad	Buena, hubo completa recuperación	1
5	Tratamiento requerido	Tratamiento especial intensivo	3
TOTAL			8

Tabla 3.11 Escala de Rescate Weisman y Worden

			PUNTOS
1	La locación o localidad	Familiar	3
2	Personas que inician el rescate	Persona clave	3
3	Probabilidad de ser descubierto por alguien	Descubrimiento incierto	2
4	Accesibilidad al rescate	No pidió ayuda	1
5	Tiempo transcurrido antes de descubrirlo	Inmediatamente	3
TOTAL			12

◆ Factores de Riesgo de la conducta suicida

En la historia clínica y las entrevistas diagnósticas del SCID-II y tratamiento en lo referente a los factores primarios de suicidio propuestos por los investigadores Rihmer, Velsá y Kiss (en Folino, 2004), en el caso de Celia no se encontraron antecedentes familiares de suicidio, consumo de alcohol, drogas, o comorbilidad con la esquizofrenia o cualquier otro trastorno psicótico, tampoco hubo enfermedades médicas severas. No se evaluaron indicadores biológicos como por ejemplo cambios de serotonina en los neurotransmisores. Sin embargo, si se encontró: un trastorno de personalidad límite de la personalidad en comorbilidad con depresión, con síntomas de ansiedad, desesperanza, insomnio, intentos de suicidios previos y la comunicación verbal de desear suicidarse. A pesar de que la psicopatología fronteriza se considera como uno de los trastornos más proclives al consumo de alcohol y drogas en este caso no se presentaron.

Sin duda la depresión es el diagnóstico que más se asocia a la conducta suicida, (Gutiérrez-García et al. 2006). Sin embargo, en el caso de Celia no hubo tal depresión durante el tratamiento, y ésta solo se manifestó en la evaluación de *seguimiento* debido a que la paciente reconoce que nuevamente habló con su

expareja siendo rechazada definitivamente por este, situación que como se sabe en este trastorno la pérdida real se convierte en el evento desencadenante de depresión que dura una hora y en ocasiones algunos días (criterio DSM-IV). De continuar con la depresión, Celia podría intentar el suicidio nuevamente.

En cuanto a los factores secundarios o psicosociales, tales como acontecimientos vitales infantiles negativos, se encontró maltrato infantil. En la pubertad Celia había sido víctima de abuso sexual a los 11 años, que fue un factor de riesgo y esta situación fue uno de los motivos que llevaron a la paciente a intentar suicidarse, como se documenta en el análisis de caso.

Los progenitores de Celia se separaron hace un año y el divorcio se encuentra en trámite legal, situación que fue el disparador de una recaída durante el tratamiento, en la que Celia presentó nuevamente un estado de ansiedad y depresión que la envió a hospitalización por cinco días, como se documentó en el análisis del tratamiento.

No hubo fallecimiento o pérdida de progenitores, aislamiento, viudez, pérdida de empleo o eventos repentinos con severo efecto negativo.

En lo referente a los factores terciarios.- relacionados a las variables sociodemográficas (Clayton, 1985) tales como ser varón, ser adolescente varón, ser anciano, o pertenecer a grupos minoritarios Celia no cumplió con los factores de esta categoría, ya que es una persona del género femenino, joven y no pertenece a grupos minoritarios.

◆ Lista de medicamentos prescritos por el área de psiquiatría

El médico psiquiatra encargado del tratamiento farmacológico prescribió olanzapina tabletas de 10 mmg, en dosis 1-0-0 vía oral, clonazepam solución en gotas, 2-2-3 vía oral y setralina tabletas 50 mmg, vía oral 1-0-0.

La olanzapina, es considerado un neuroléptico y se utiliza para contrarrestar los síntomas de la automutilación y psicotismo grave resistente a los neurolépticos (Roca, 2004).

El clonazepam es un neuroléptico y se recomienda para síntomas como la ansiedad refractaria, la impulsividad y la agitación.

La setralina es un medicamento antidepresivo que mejora el estado de ánimo³⁴ de los pacientes, Roca et al (2004) explican que hay estudios que indican que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ISRS y otros antidepresivos relacionados con ellos, como la Venlafaxina, son eficaces, sobre agresividad, la irritabilidad, el estado de ánimo depresivo y las conductas de autolesivas de los pacientes con trastorno límite. “La falta de respuesta a un ISRS no significa una pobre respuesta a todos los ISRS, así, por ejemplo, hay pacientes que no mejoran con la fluoxetina pero sí con la setralina, y pacientes que no respondieron a la paroxetina, la setralina ni la fluoxetina, y sí a la venlafaxina” (p.539).

³⁴ Sin embargo, no influye en síntomas psicológicos como la desesperanza, el trabajo del duelo, las ideas de minusvalía etc.,

En el caso de Celia podremos argumentar que los medicamentos utilizados para este caso fueron para regular el comportamiento impulsivo, y autolesivo, la irritabilidad y la angustia, secundariamente para el manejo de los síntomas depresivos. Se puede decir, que la psicoterapia breve junto con el medicamento coadyuvaron a remitir y a controlar las conductas auto y heteroagresivas.

FASE DE TRATAMIENTO. PSICOTERAPIA BREVE FOCALIZADA EN EL INTENTO DE SUICIDIO.

En la fase inicial con las entrevistas preliminares se obtuvo información para elaborar la historia clínica, el diagnóstico y las primeras historias sobre la ideación y tentativa suicida. En esta fase el terapeuta interrogó, informó, confirmó, indicó, etc., según lo consideraba necesario.

Celia inició el tratamiento hablando de sus vínculos familiares, refirió el maltrato infantil que recibía de sus padres, los celos que le generó su hermana menor al nacer, por lo que Celia a través del mal comportamiento buscaba la atención de sus padres ya que había sido desplazada por la hermana menor. También refirió que gustaba ver a sus padres borrachos a fin de poder platicar con ellos, Celia consideraba que era la única forma de recibir atención.

A los 11 años refiere haber sido abusada sexualmente por un Joven adulto, (un hombre como de 20 años) situación que desataría un estado de desrealización y días después una estado de ansiedad (que no podía controlar) y tristeza por lo que intento suicidarse consumiendo un “cuadrado” de raticida. De allí en adelante habló de su precoz vida amorosa y sexual. Que se ha convertido en la parte central de sus

actuaciones inconscientes. Después comentará que sólo tiene hombres para utilizarlos sexualmente (para desquitar su coraje ante el abuso sexual, llevando a cabo el rol activo en un proceso de identificación con el agresor). Reconoce que se involucraba con varios novios, pasando de uno a otro, desde entonces nunca ha estado sola, siempre ha tenido a alguien que la cuide, proteja y que le resuelva sus problemas emocionales, hasta que encuentra en la adolescencia a un joven quien sería su concubino por dos años y con quien tendría un hijo. Esta pareja será vista por Celia como un *objeto parcial* idealizado (escindido como objeto bueno). La relación fue tan intensa que hasta la fecha no soporta los múltiples abandonos, y sus continuas actuaciones.

Celia desafía al terapeuta y sabotea la psicoterapia desde el inicio, negándose a surtir la receta médica expresando justificaciones para aplazar el compromiso que en la terapia se había señalado y prescrito. Este comportamiento generó una recaída que la hospitalizó por 5 días, refiriendo ideación suicida.

Para ser hospitalizada mintió a los médicos les dijo que tenía cáncer en el estómago.

En la fase media del tratamiento, llevó a las sesiones narraciones en las que idealizaba a su expareja (al padre de su hijo) y del que nunca pudo separarse en la fantasía. Se ilusionaba en cada sesión pensando que “regresarían” a vivir juntos y ella recibiría la seguridad, calma y protección que él le hacía sentir, pero ante tanto rechazo, ella presentaba actuaciones con sentimientos ambivalentes de amor y odio (escisión) al grado de desear y planear matarlo (objeto malo) junto a su hijo para

después suicidarse, situación que puso en palabras y a cambio de esta fantasía actuaba una vida promiscua para hacerlo enojar, pero sin lograr su objetivo, ya que él había roto todo vínculo. Durante estas sesiones, el terapeuta apoyó, contuvo y trabajó las actuaciones con señalamientos, clarificaciones, interpretaciones, recapitulaciones y reencuadres al tratamiento.

Celia en otro momento habló de su actual marido de quien se quejó de maltrato físico y psicológico. Con él había pactado la fecha de separación que coincidió en el tratamiento (varios meses antes de la psicoterapia lo habían pactado). La separación negociada trajo consigo un estado depresivo- ansioso (con síntomas neurovegetativos de insomnio y disminución de apetito) y actuaciones. En ese momento coincidió también con que sus padres ya separados, habían decidido el divorcio formal, situación que resignificó los “abandonos” y la sintomatología descrita. Celia reconoce su comportamiento agresivo, impulsivo y la tendencia a generar conflictos en las relaciones de pareja que triangulaba.

En la fase final, se le clarificaban e interpretaban sus continuas actuaciones, remitiendo las ideas homicidas y suicidas; la ansiedad y la depresión. En esta etapa se le señalaron las actuaciones inconscientes que comprendía en el momento.

Finalmente, se le recapitulaban las sesiones ligadas al foco clínico, los rasgos de personalidad con las implicaciones que ello tenía. Se le interpretaron los mecanismos de defensa de escisión, (idealización y desvalorización) además de la identificación proyectiva con sus padres que de cierta manera (en menor grado), presentaban conflictos de relación, maltratos y continuas separaciones.

En la fase de *seguimiento* (tres meses después de haber concluido la psicoterapia), Celia presentó nuevamente una actuación (una semana antes de la evaluación) al estar sola por primera vez llamó a su expareja y le imploró regresar, él la rechaza y nuevamente se deprime, como se observa en la evaluación de *seguimiento*. En esta sesión se le brinda apoyo, contención ante el estado afectivo y se le sugiere reinicie un tratamiento. Comentando Celia que lo había buscado sin que ninguno le satisficiera (dos terapeutas) que dejó en dos sesiones. Indudablemente hablaba de la falta de adherencia con los tratamientos y una búsqueda de perpetuar la psicoterapia.

◆ **Categorías clínicas de las entrevistas y la psicoterapia. Caso Celia**

Las viñetas aquí presentadas son selecciones de citas textuales de las notas de las sesiones, se modificaron los nombres reales de los pacientes y familiares, así como los lugares, a fin de ser congruentes con la confidencialidad y la ética que sostiene el consentimiento informado.

Del discurso de las sesiones clínicas de la paciente se seleccionaron las categorías (I. La familia y sus vínculos II. Las pérdidas III. Las ideas y las tentativas suicidas V. Las actuaciones VI. Los sabotajes al tratamiento VII. El *insight* y VIII. Las intervenciones psicoterapéuticas) que se muestran con números romanos. Se seleccionaron y transcribieron textualmente algunos fragmentos de diferentes sesiones que pertenecen a la misma categoría que se sometieron a un breve “análisis” del contenido clínico. Así mismo se ejemplificaron los criterios diagnósticos del DSM-IV del trastorno límite de la personalidad.

S=Número de Sesión (ej. S 1)

T=Terapeuta

I. La familia y sus vínculos

T- Celia es mujer joven de 21 años con aspecto agradable, con tendencia a engordar, muestra cuidado en su apariencia física y en su vestido. Proviene de una familia semi-urbana, su padre tiene 51 años es ingeniero y su mamá no trabaja tienen conflictos de pareja actualmente están tramitando su divorcio. Celia tiene dos hermanas una mayor de 26 años y otra de 16 años ambas solteras.

La hermana menor. (S1) *celia “fui feliz de los 3 a los 5 años, porque después nació mi hermana, yo la quería mucho, pero me castigaban por hacer travesuras.*

T- (resumen) Sus asociaciones la llevan a relatar envidia y rechazo por la hermana, ya que le quitaba el amor de sus padres.

(S1) *Celia “cuando tenía ocho años mis padres empezaron a tomar yo quería que se emborracharan diario porque era la única forma de platicar con ellos a los doce años empecé a tener problemas con mi papá”.*

Análisis: esta breve viñeta apunta hacia los celos con la hermana y en respuesta busca llamar la atención a cualquier precio. incluso a ser castigada o golpeada. Por otra parte busca ser escuchada y ser querida.

Padres. (S1) *Celia “mis padres me pegaban con un cable, a diario era lo mismo, me ensuciaba y no hacía la tarea” (la hacían sus familiares).*

Mamá. (S1) *Celia “mi mamá me decía te voy a quemar las manos, a veces lo hacía con un encendedor o me decía te voy a picar las manos (con agujas de tejer) porque rompía los elefantes de cristal que estaban de adorno”.*

(S1) *Celia “mi papá le decía a mi mamá no le pegues con un cable pégale con el cinturón, me pegaba cada tercer día entonces vivíamos en el estado de México, después nos cambiamos al sur, recuerdo que escuchaba la canción de “Gloria Trevi, cuando salga de la casa” (refiere al deseo de abandonar su casa).*

Análisis: se manifiesta la agresión paterna quienes muestran baja tolerancia a la frustración y poco de control de impulsos, habiendo maltrato infantil.

(S9) *Celia “No le conté que mi mamá dicen que anda con un primo de mi papá, eso lo comentaron los hermanos de mi papá y dicen que fue la causa por la que se separó mi papá de mi mamá, mi papá le reclamo a mi mamá y ella se fue, las hermanas de mi papá dejaron de hablarle a mi mamá”.*

(S9) *Celia “mi papá ha tenido varias parejas a la vez, mi vecina Raquel, por cierto yo me identifiqué con ella porque esta ilusionada y enamorada de mi papá y a veces mal correspondida, yo me llevo bien con ella desde hace mucho, aunque a mi mamá no le agrada porque se quedó con mi papá”.*

Análisis: ambos padres son infieles, Celia se identifica con la rival de su mamá, que responde a una cuestión edípica triangulada, esta fantasía la repetirá con su rival de amores Nora quien es la actual esposa de su expareja, como se verá más adelante.

Infancia: (S3) *Celia “recuerdo que de niña me pegaban los niños, yo era muy cotizada (me buscaban para que fuera su novia) decían que era una engreída, dos niñas me golpearon por un niño. Yo separaba a las parejas de los niños, les quitaba los novios y les buscaba novias a mis ex-novios. (Rfe).*

Análisis: relación triangulada Celia pone en escena la fantasía de quitarle la pareja a su mamá, este comportamiento se presenta en la infancia como juego lúdico y después lo repetirá durante toda la vida incluso con su actual marido.

- - - - -

Relación con la expareja (S2) T-¿Cuándo conoció a Raúl?

Celia “lo conocí cuando yo tenía 12 años, vivimos 4 años juntos (en unión libre) y dos años de separación formal que es el tiempo que viví con Eduardo (segunda pareja actual esposo)”.

(S2) T-¿Describame cómo fue Raúl con usted?

Celia “el fue tranquilo, tolerante, me hacía sentir tranquila, siempre fue lo primero para mí, es muy responsable. Raúl una vez me dijo ¡Te tengo miedo, tu estás enferma y me estás enfermado! (se refería a la conducta impulsiva principalmente asociada a las tentativas de suicidio) lo desilusioné (llora). Ya dudo que me quiera”.

(S2) Celia “conmigo Raúl fue muy lindo, pero se metieron en nuestra relación mi suegra mis padres y mi hermana, mi suegra decía que no era mujer para su hijo porque yo provenía de otra clase, el era muy pobre. Raúl no era cariñoso conmigo. Al mes mi mamá se la pasaba llorando y mi papá me reprochaba”.

Análisis: la relación con su expareja gratifica a Celia quien encuentra lo que no recibe de sus padres, tranquilidad, tolerancia, seguridad. Curiosamente es una relación de un encuentro desde el inicio de la pubertad y que trata de mantener a cualquier costo, esto se ejemplificará más adelante.

(S2) Celia “yo me hice primero amiga de Nora (rival de amores), pero me empezó caer gorda cuando Raúl me platicaba que lo trataba mal”.

- - - - -

Tiene un hijo con Raúl: *el hijo se llama Diego tiene 5 años.*

Celia ““el niño obedece más Raúl que a mí y no me molesta”, sabe mi hijo Diego tiene un medio hermano (Andrés).

Relación de la actual pareja. (S2) “yo me case con Eduardo en diciembre y Raúl se casó unos meses después con Nora.

(S2) Raúl vive con su esposa Nora y yo viví con Eduardo desde hace dos años Raúl se muestra grosero con Nora quien sospechaba que yo me veía con mi expareja. Desde que discutimos Nora toma distancia y cuando se pelean yo me burlo. Recuerda que de adolescente la paciente le presentó a Nora a su entonces amigo Raúl con quien se casaría después (Celia triangula su propia relación).

T- se le interpreta en el “aquí y ahora” el patrón de conducta que repite hasta la fecha con sus parejas. Acepta la interpretación con sorpresa.

Celia “yo me lo imaginaba, pero no pensé que así fuera”.

(S3) T- ¿Cómo fue la relación con Eduardo?

Celia “mi relación con Eduardo me hizo sobrevalorar a Raúl. Lo peor fue haber estado casada con Eduardo quien me golpeaba, me ofendía, me quitaba el dinero, yo pensé que me iba a matar, me controlaba, era celoso y se peleaba. Ella recuerda que una vez él trató de ahorcarla.

T- (la observo asustada aunque luego parece como si fuese un recuerdo común, se

encuentra incongruente su afecto).

T- ¿Qué es lo que más le duele?

Que desperdicie lo que más quería (se refiere a Raúl). Yo me alebreste, lo golpee, lo corrí y lo deje por Eduardo, él esta mal a su papá y a su mamá les ha pegado.

T- ¿Eduardo consume drogas y alcohol?

Celia *“Sí... es manipulador, mentiroso, engreído, presumido, tengo miedo a que regrese. (Después lo describe con características antisociales).*

Análisis: de la viñeta se puede obtener bastante información, pero para los fines de esta investigación comentaré que las relaciones que establece Celia son trianguladas como las de sus padres, por otra parte establece vínculos con personas con graves problemas de personalidad y curiosamente su actual pareja comparte algunos rasgos de carácter con la paciente, como la impulsividad, al agresión y la inestabilidad emocional.

En este ejemplo se puede comprobar el criterio 2 del DSM-IV que consiste en un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizadas entre los extremos de idealización y devaluación.

II. Las pérdidas

Separación de su primer novio

(S1) Celia *“como a los trece años y medio tuve un novio de quince años y me corto (se separó de mí) yo recordé al tipo de la navaja (quien la abusa sexualmente) tuve como tres intentos de suicidio seguidos, tomé cloro, astringosol, desengrasante”.*

Análisis: para este apartado lo principal es la separación y el evento desencadenante. Desde la primera separación de pareja intenta suicidarse, los métodos intoxicarse con sustancias químicas.

Separación de expareja (Raúl). (S3) Celia *“lo conocí cuando yo tenía 12 años, vivimos 4 años juntos y dos años de separación formal que es el tiempo que viví con Eduardo”,pero durante ocho meses me veía con Raúl (como amante) hasta que el no cumplió su palabra de vivir nuevamente conmigo y separase de Nora. Fue por eso que yo intente ahorcarme en abril y me hospitalizaron. Desde entonces no lo veo (refiere los dos meses como si fuera un periodo de tiempo muy largo).*

Separación paterna. Celia refiere desde el inicio del tratamiento que sus padres no viven juntos y que están tramitando su divorcio.

T- comentario- cuando Celia recae en la sesión 4 y es hospitalizada fue porque recibió la noticia formal de que sus padres se divorciarían y su pareja (Eduardo) se había ido de su casa.

Separación de su actual pareja. (S3) Celia inicia la sesión refiriendo que se “siente muy mal” llora (su llanto es incontenible, parece llorar de coraje, situación que no puede advertir).

Celia *“me sentía muy mal el domingo y lloré en el trabajo”.*

(Agacha su cabeza mientras se limpia las lágrimas y expresa) ¡Se fue Eduardo!

Relata que “habían acordado un mes más de relación y se había cumplido el plazo el domingo, pero él se fue un día antes, el sábado”.

Análisis: el común denominador de su comportamiento es la automutilación o las tentativas de suicidio después del abandono, los métodos cambian conforme crece Celia, siendo más letales algunos como el intento de ahorcamiento que se desarrollará después.

En esta viñeta se cumple el criterio 1 y el 5 del DSM IV, sin embargo, para este rubro importa el primero que consiste en esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginado. El criterio cinco se refiere a comportamientos, intentos, o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.

(S3) *(Celia narra sus últimos días con Eduardo).*

Celia “no soporto que me toque, cuando teníamos sexo, yo sentía que me estaba violando”, (trata de mostrar cordura y dice que no le gusta que la vean llorando, muestra enojo al verse vulnerable).

T- (le brindo apoyo y contención).

(S9) Celia “bueno no le dije, salí con Eduardo nos fuimos al hotel y tuvimos relaciones sexuales, luego me dormí”.

Análisis: en este momento justificado Celia devalúa y odia a Eduardo, después lo quiere, es un patrón de comportamiento que repite con todas sus parejas. Aquí podríamos explicar el deseo de sexual de Celia, sin embargo, para el foco clínico importa la *escisión* que es el mecanismo básico de los trastornos fronterizos y que se observa cuando la paciente manifiesta que los objetos son totalmente buenos o totalmente malos (Kernberg, 1987) y esto lo puede hacer en la misma o en varias sesiones sin siquiera advertir la situación.

(S5) T- la regreso al tema de los vínculos ¿Qué pasa si regresa Eduardo?

Celia “mi mamá me dijo que fue a buscarme a la casa, yo creo que quiere regresar como novio, es muy aferrado, él esta bien loco, sería capaz de matarme, él no me ha amenazado lo hace con acciones... a veces se desconecta de su Yo y se pone iracundo”.

(S5) T- Le señalo que varias características de su pareja, también ella las presenta cuando esta en crisis. ¿Parece como sí se estuviera viendo en un espejo?

Celia “no doctor no me diga eso (se tapa el rostro y se agacha como apenada, después acepta y responde).

Celia “yo no quiero ser así. (Cambia de tema) Ya sé que voy hacer, visitaré a mi exsuegra y le diré lo de la carta, es una manera de lastimarlo” (se refiere a Raúl).

Análisis: acepta sus inestabilidad emocional y su conducta impulsiva (refiriendo yo no quiero ser así) y opta por la fuga (resistencia aparentemente cambia de tema) ante la confrontación, es importante recordar como idealiza a Raúl y curiosamente quiere lastimarlo porque también lo odia (escisión). Celia parece buscar en Eduardo un objeto sádico y maltratador repitiendo lo que le hacían sus padres.

III. Las ideas y las tentativas suicidas (las circunstancias, el motivo, el afecto, el método y la letalidad)

Primera tentativa suicida. (S1) *“Recuerdo que mi mamá le decía a mi papá que ya no me soportaba y me quería enviar a un internado, ¡Le dijo o ella o yo!, me sentí*

muy mal. Me fui de la casa pero luego regrese. (Es cuando ingiere medio litro de aceite con la idea de suicidarse).

(S4) Celia “a los 6 años mi primer intento fue con aceite de comida estaba llorando y me sentía, sola triste, que me querían mandar a un internado, tenía problemas con mi hermana, me regañaron y me pegaron. Hice mi cartita papá, mamá los quiero. Hermana siento mucho cuando me gritas” etc., (vuelve a llorar).

Análisis: quizá ahora Celia se da cuenta que el aceite no la mataría, pero la intención fue la de matarse, la *circunstancia* que rodearon el evento fue el conflicto con los padres porque no la toleran y no la podían controlar, el *afecto* tristeza, el *método* consumir un químico, la *letalidad* fue baja. Es hasta la cuarta sesión que recuerda con mayor claridad la primera tentativa suicida, en la que escribe una carta quizá con la idea inconsciente de culpar a la familia por el maltrato que recibe.

(S1) Celia “a los once años tuve el abuso sexual (un sujeto con una navaja la interceptó rumbo a la escuela secundaria y la obligó a tener sexo oral) de allí fui a la escuela, pero me salí de salón, avisé a los maestros y llamaron a mi mamá, yo no podía creerlo pensaba que en realidad no había pasado, me sentía como rara como que no lo creía, no lo aceptaba, era como irreal, estuve bien una o dos semanas luego tuve un bajón *tome raticida* (me comí un cuadrado) tenía mucha angustia lloré y lloré ¡Como que me quedé en el limbo! al otro día amanecí y le conté a mi hermana mayor, quien se lo dijo a mi mamá y ella a mi abuela. Me regañaron”.

Análisis: la *circunstancia* fue el abuso sexual, el *afecto* tristeza, en el momento presentó un estado de *desrealización* y con ello siguió un estado depresivo, el *método* pudo ser efectivo pero la cantidad del raticida *no hace letal* el acto, la tentativa la hace en su casa y se desconoce quien se encontraba, finalmente fue reprendida por el acto nuevamente no hubo quien la escuchara, no recibió atención médica o psicológica como en el caso anterior.

T- ¿Cuál fue primero y como sucedió? (la tentativa que relata se refiere cuando su primer novio la dejó).

(S1) Celia, “No me acuerdo, me corte las muñecas con un rastrillo tomé pastillas de todo solo me enferme del estómago y estaba mareada. Mi novio contó todo en la escuela y decían que estaba embarazada, por los mareos, regrese con él como cinco veces”.

Análisis: aquí confunde la secuencia en realidad el intento suicida fue como el quinto, ya estaba en la adolescencia con su novio y como se comentó anteriormente en esta ocasión lo hace por el abandono, nuevamente consume pastillas (químicos) que le generan vómito y se automutila. La letalidad fue baja la reacción de los medicamentos la hicieron vomitar y la mutilación en las muñecas fue un rasguño superficial.

(S1) “Conocí al papá de mi hijo (Raúl) desde la primaria y fui su novia desde los catorce o quince años. Mi padre no lo aceptaba, continuamente yo tenía peleas con él porque decía que Raúl era muy pobre, eso me deprimía yo tenía guardadas muchas navajas y decía ¡me corto o no me corto! y me encontraron en el tercer piso (mi abuela, mi mamá) y mi tía trato de tranquilizarme, estaba en posición fetal. La navaja salió volando, estaba llorando y empecé a pegarle a todos, grite los conflictos

con mi padre, yo no quería lastimar a todos, me empecé a golpear la cabeza con mucha desesperación, me quedó mi carita morada.”

Análisis: la *circunstancia*, el rechazo que Celia sentía de su pareja por parte de sus padres, la idea terminó en *un intento frustrado* de automutilación, sin embargo, se golpeo el rostro. Situación que habla de su impulsividad en este acto ante la frustración de no haber cumplido su idea suicida (de la que dudaba).

Ideas suicidas (S1) Celia *“me embaracé y tuve una amenaza de aborto a los dos meses y medio, no pasó nada. El papá es Raúl y mi hijo se llama Diego. Recuerdo que tuve una depresión posparto, me decían que no podía ver a la familia del niño pensé lastimarme”* *“estaba desesperada, pero me arrepentí porque Raúl iba a sufrir mucho, ya no lo hice. Al mes me fui a vivir con Raúl fue el año más feliz de mi vida. Una vez discutí con Raúl y regresé a la casa de mis padres.*

Análisis: en esta viñeta la *circunstancia* se desencadenó por el embarazo, el *afecto* un estado de depresión posparto y la imposibilidad de ver a la familia de Raúl. Además Celia se sentía desesperada y pensó lastimarse, la *idea* no era suicidarse era dañarse como para desahogar la sensación de la desesperación. Aquí es importante señalar que Celia siente arrepentimiento y cancela el intento suicida, que termina como una idea de automutilación.

La sexualidad resignifica la tentativa suicida. Celia se encuentra hospitalizada (en la cuarta sesión tiene una recaída) debido a la ideación suicida, refiere que no le dieron la receta que la derivaron a su clínica y en la noche se puso “muy mal” y su mamá decidió llevarla a valoración psiquiátrica. En la consulta Celia se observa tranquila como si no pasará nada, da la impresión de haber llorado durante el día sus ojos están hinchados e irritados.

(S4) T- ¿Le molesta sentirse vulnerable?

(S4) Celia *“desde que cumplí los once años, cuando lo del abuso me salí del salón, (pensé) se van a dar cuenta de que estoy mal, van a estar cuestionando.*

Celia “no muestro debilidad para que no se aprovechen de mí”.

T- (En su pensamiento queda la situación de haber sido aprovechada y narra).

(S4) Celia- *“Cuando yo tenía cinco años mi hermana mayor se desnudaba y hacía que yo la besaré en su cuerpo, me daba miedo decirle que no, me daba como ¡Asco!*

T- ¿Cuándo fue el abuso se sintió igual?

Celia- sí, a los once años se repitió la sensación de asco con el abuso, me lavaba la boca, las manos y me lavaba tres mil veces, sentía que estaba sucia.

(S4) T- ¿Cuándo inició su vida sexual de manera voluntaria, pasó lo mismo?

Celia *“cuando inicie con el sexo me llegaba el recuerdo, pensaba es él. La primera vez que tuve sexo oral, me bajaba Raúl y me daba asco, me aguanté y ya ni modo”.*

(S4) T-(Nuevamente se presenta el pensamiento y tentativa suicida asociada al abuso).

Análisis: esta viñeta que fue ligada por la paciente al ejercicio de su vida sexual, (ya sea de manera voluntaria o involuntaria) la respuesta es la misma ¡La tentativa suicida!, en este ejemplo se agrega un elemento el de haberse sentido utilizada y de manera defensiva se lava de manera compulsiva, ya que considera que el primer

acto sexual del que tiene consciencia (con la hermana) le generó asco por lo que se lava para quitarse la sensación corporal y la representación psíquica de que el sexo es "sucio". Las siguientes escenas la del abuso sexual con el sujeto de la navaja y el sexo oral con Raúl *resignifican* el primer evento del asco y la sensación de sentirse utilizada. La resignificación consiste en un mecanismo en el que la persona regresa a una situación traumática en la que significa de nuevo los síntomas presentados en la primera escena, es decir, los revive porque no han sido lo suficientemente elaborados y trabajados en el tratamiento y que lamentablemente sale de los objetivos del foco clínico. Sin embargo, durante esos momentos difíciles le di apoyo y contención psicológica a la paciente quien se refiere sostenida.

(S4) T ¿Cuántos intentos ha tenido en total?

Celia *"con mi familia como 16 me corté las venas, tomé medicamento, me corté las ... (señala los antebrazos) y me senté en una tina con agua caliente para que no coagulará mi sangre, tome medio litro de aceite, astringosol, tomé un trago de cloro, en cinco ocasiones con pastillas).*

T- ¿Cuándo vivió con Raúl intentó suicidarse?

Celia *"con Raúl sólo la idea de suicidio cuando nació mi hijo y con Eduardo cinco intentos en dos años. El último por ahorcamiento. ¡Ya no tengo las mismas ganas de matarme!, ahora mi lucha es por seguir mis planes. (Su respuesta es de coraje).*

Análisis: el recuento de las tentativas suicidas informan de los múltiples *métodos* la mayoría fueron con sustancias químicas con dosis bajas que no fueron letales y que no ameritaron hospitalización fueron eventos que contuvo la familia hasta que se presentó uno letal en el que intenta ahorcarse y fue rescatada por la familia en el intento.

Lo que llama la atención es que a su ingreso al protocolo de tratamiento narra veinte tentativas de suicidio, en la que expresa desesperación, depresión, así como *cronicidad de las ideas y tentativas suicidas.*

Esta información es confiable y se puede corroborar con la evaluación de la tentativa suicida.

(véase la tabla de resultados de la tentativa suicida).

IV. Las actuaciones

(S5) Al igual que el día anterior Celia se encuentra bailando en el hospital, como si no pasará nada, en el consultorio se muestra tranquila, da la impresión de haber llorado, sus ojos se ven irritados y los párpados ligeramente inflamados, sonríe y comenta que le escribió una carta a Raúl (su ex) que inmediatamente lee. En la que le expresa que <lo amara y esperará durante toda la vida> y que no se preocupe por ella, ya que sabrá esperar y comportarse bien.

T- (pienso que el contenido la carta tiene un fondo de manipulación ya que lo escribe desde el hospital y trata de hacerlo sentir culpable indirectamente de sus tentativas suicidas. Por lo que se confronta este comportamiento).

Por otra parte me queda más claro que ante la idea de separarse de Eduardo sólo le queda la alternativa de buscar nuevamente a Raúl.

(S5) Celia- finalmente expresa que la carta se la entregará a su exsuegra, que ella considera todavía como suegra como si no hubiera pasado nada en la relación.

(Pone consideración la carta y se retracta).

Celia- "No me puedo hacer a la idea de que no va a regresar, ya no le enviare la carta pero iré a buscar a su mamá cuando salga y le diré que salí bien.

(me pregunta) ¿Cree que sean puntos a mi favor?

T- (Pienso que me quiere hacer cómplice. Observa mi silencio y finalmente decide no enviar la carta y cambia de tema. Aunque insiste en el *acting out*.

(S5) Celia "yo lo que quiero es salir a bailar con mis amigas, pero sin buscar pareja o enamorarme nada más quiero salir un vez a la semana a bailar y relajarme".

Análisis: en esta sesión después de un día de haberse ingresado porque se sentía "muy mal" se encuentra bailando, un acto que de inicio ofrece placer para quien lo hace y para quien lo ve (pacientes). Pero esto no le preocupa. Después quiere enviar una carta y al no encontrar respuesta decide cancelar el acto, es curioso como interpreta el silencio como un acto de desaprobación y no envía la carta, parece que se arrepiente "porque se da cuenta que algo no esta bien y que no es el lugar, ni el momento para enviar un carta con un contenido "amoroso" y manipulador que parece decir aún en las peores condiciones te sigo amando.

Acting sexual: (S6) T- La paciente salió de Permiso Terapéutico por mejoría sintomática y para adaptarse a su familia. Por lo que en la sesión se establecieron acuerdos y se dieron prescripciones mientras se encontraba en su casa, como son: que se tomará el medicamento, que durmiera y comiera bien, que no se metiera en problemas, que evitara tomar decisiones importantes que no fueran analizadas en la terapia, que informara si se presentaban nuevamente las ideas y las conductas parasuicidas. Que pudiera reconocer sus cambios afectivos y en caso de que se deprimiera o que presentará ansiedad que y que no pudiera controlar, que solicitara su hospitalización para su manejo interno.

Situación que Celia aceptó.

(S6)T- En la sesión se trabaja la situación relacionada con un probable acting out.

(S6) Celia.- *El fin de semana vino Eduardo y me dijo que me quería llevar a un hotel para tener relaciones sexuales (la semana anterior lo odiaba por la separación).*

Celia.- Vino a verme Eduardo y las compañeras me dicen que está muy guapo, "está más guapo que tu ex. (Me enseña la foto de su ex y la de su hijo).

T- ¿Ha pensado las consecuencias que trae, tomar esa decisión?

Celia- No. Yo creo que porque soy muy cachonda (ríe apenada).

T- ¿La semana pasada me dijo que no lo toleraban en la intimidad, y ahora parece que no es así?

Celia- ¡Es que tengo ganas!

T- ¿Será que prefiere responder a sus ganas que a lo que resulte, parece que nuevamente lo esta ilusionando para que regrese?

Celia- Si. Solo lo quiero para acostarme con él, pero quiere que regresemos como novios y volvamos a empezar....ya sé le voy a decir que no.

Celia "No lo sé, pero prefiero no hablar de eso, ojala Eduardo no me insista, le voy a decir, que para después".

T- Le interpreto que está a punto de llevar a cabo un *acting out*, y que se niega a explorarlo en la sesión, prefiere posponerlo como en otras ocasiones.

(S6) T- Le recuerdo que Eduardo resignificó en la paciente la sensación de abandono y respondió con ideación suicida, ansiedad y un estado depresivo.

Celia-"me comprometo a posponerlo".

(S7) Celia- *El jueves hablé con Eduardo, le comente "lo que me dijo usted que*

podríamos tener sexo sin involucrarnos afectivamente”.

T (en ese momento me sorprende porque cambió el sentido de mi intervención y me doy cuenta de que “miente” para su beneficio, sin embargo, evito dedicarle tiempo a esta situación debido al foco clínico).

(S7) *Celia refiere “Eduardo aceptó, esta consciente y dijo que no había problema, quedamos en que nos vamos a ver una vez al mes.*

Relata que el fin de semana estuvo en un hotel con Eduardo y que la pasó muy bien.

T- Confronto a Celia con la contradicción entre sus sentimientos expresados hacia Raúl y el mantener relaciones sexuales con Eduardo.

Celia reconoce que a Eduardo lo utiliza como objeto sexual. “porque no siento nada por él”.

Es importante recordar que el foco clínico es la tentativa suicida, sin embargo, como lo refieren Roca et al. (2004) la presencia de experiencias traumáticas tempranas como abusos sexuales o físicos son factores de riesgo suicida en esta población.

Las mentiras: (S7) T-¿Cómo se siente ahora que regreso a su casa?

Celia- *muy feliz no me siento, ayer sentí como que me deprimí, pienso en Raúl que no estoy con él y que fracase en mi segundo matrimonio, luego pienso que me dará cáncer en el estómago.*

T- ¿Parece que esos pensamientos están asociados a la depresión?

Celia *“creo que poquito”.*

T- ¿Me está diciendo la verdad?

Celia- *“sí”*

Celia – *“he mentido a mis papás y así no me regañaban, lo hago para encubrir que me voy a divertir, siempre lo he hecho así, pero ya se me hizo costumbre, en esta ocasión a los médicos les mentí les dije que tenía cáncer en el estómago, (para ser valorada pronto en urgencias y derivada para ser hospitalizada en el psiquiátrico).*

Análisis: las actuaciones de ir a bailar, el sexo y las mentiras representan la imposibilidad que tiene Celia para reflexionar la consecuencia de sus actos por lo que actúa inconscientemente sus conflictos.

Estas viñetas demuestran el cumplimiento del criterio 4 del DSM –IV (1995) que se refiere a “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).

Automedicación: (S9) *Celia “tuve insomnio el viernes me sentía mal, hable con mi papá, le dije que tenía ansiedad desesperación, ganas de correr y por eso tomé 15 gotas de clonazepam en lugar de las tres que me recetaron y ya me sentí mejor y me dormí.*

Cubre criterio 6 del DSM IV (1995) inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de animo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad que suelen durar unas horas y rara vez unos días.

V. Los vínculos en el trabajo

(S7) *Celia- “en mi trabajo yo finjo mucho estar contenta, cuando me preguntan que tienes les digo que estoy cansada”.*

Análisis: Celia encubre en su trabajo sus estados afectivos porque sabe que allí podría tener problemas, entonces simula que no tiene nada y vuelve a mentir, sosteniendo mentiras que encubren su sentir.

(S9) Celia- ¿Qué cree? en el trabajo los hombres me saludan con muchos besos y unos nada más me babea (señala sus pómulos), me mojan los cachetes, con otra intención. Yo nada más los saludo para estar bien con ellos, soy sociable”.

Análisis: se refiere a todos los hombres, su generalización obviamente es exagerada, tanto como la consecuencia, sin embargo, no refiere porque a ella en especial la babea tanto, encubre su comportamiento seductor como se desarrollará más adelante.

VI. Sabotajes en el tratamiento

(S2) *Inicia la sesión, Celia refiere que lleva dos semanas y media, insomne irritable y con tendencia a pelear. Comenta que dejó el medicamento y no ha ido por él situación que atribuye a la “desidia.”*

T- ¿Interrogó los síntomas? (pienso que continua con insomnio, disminución del apetito, sin ganas de hacer sus actividades).

Celia- *“llevó cuatro días ¡apachurrada! y llevó tres días llorando, siento tristeza, intento hacer cosas para distraerme, siento desesperación, pero ahorita no me quiero matar.*

T- Me doy cuenta que no cumplió el acuerdo anterior de ir por el medicamento.

Celia *refiere “ahora no puedo ir por medicamento porque Eduardo se llevo mi receta y no tengo apoyo familiar por ahora. Mi papá me dice mátate con algo efectivo y pienso en desconectar el gas y poner las jergas en las puertas y ventanas”.*

Análisis: el énfasis recae nuevamente en el medicamento una de las consecuencias que presentó en la recaída (sesión 4) fue abandonar el tratamiento psicofarmacológico, nuevamente lo hace sabiendo que le controla la ansiedad y le permite dormir. No práctica el acuerdo establecido de que se hiciera cargo de surtir la receta y tomar el medicamento, finalmente el estado emocional al que se refiere remitió sin medicamento. Este *acting out* es claramente un sabotaje al tratamiento a no poderlo querer cooperar. En la sesión se le apoya y contiene, adicionalmente se clarifican e interpretan estas conductas. Aquí podría apreciarse el sadismo del padre y la influencia en las ideas y comportamientos suicidas de Celia, también se observa un frecuente complot familiar que puede impulsar hacia el suicidio.

VII. El insight

(S2) *Celia “creo que no tengo estabilidad, como que buscaba los problemas desde niña, desde los once años mi intención era fastidiarlos”. (se refiere a los hombres).*

(S4) T- ¿Cuándo llegó ese pensamiento? (la veo enojada y pienso que el enojo es conmigo creo que es una situación transferencial debido a la hospitalización y trato de aclararlo).

(S4) *Celia “no sé hace una semana o días, cuando esta la idea suicida la empiezo apagar. Ya no esta la idea cuando pienso cómo intentar suicidarme, intento*

distraerme con algo, pienso en mi gordo” (su hijo).

(S7) T- *¿Siente avances terapéuticos?*

Celia – “ya no tengo la idea de suicidio,...la idea de homicidio solo me llega si me quiero morir, pero ahora no me dan ganas de morir. Sigo aferrada a Raúl pero ya pensé que puedo vivir sin el y ni modo, ya no quiero morir si no lo tengo. El lunes me voy a comprar a un carro (se lo venderá un amigo) y después veré lo del tramite de crédito para comprar una casa. Ya no me siento ni bien ni mal, más o menos, no estoy tan contenta como es mi forma de ser.

(S7) T- *Termino la sesión solicitándole que me exprese las características de personalidad que hemos descubierto en su padecimiento.*

Celia -“soy muy dependiente, tengo miedo al abandono soy impulsiva y por eso me quiero matar”.

(S7) T- *también es inestable emocionalmente y hoy descubrí que tiende a mentir para obtener lo que quiere.*

Celia- Si.

Avances. *(S5) Celia responde que debe ganarse su independencia sin esperar el regreso de Raúl. Se muestra propositiva y expresa planes a futuro a mediano plazo de forma realista. Niega que estén presentes las ideas y los comportamientos parasuicidas.*

(S8) Celia “vengo a consultarle que voy a tomar una decisión importante y quiero decirle que mi hijo se va a ir a una fiesta con Raúl el viernes (refiere detalles). Pensé antes de tomar la decisión le voy a decir a mi terapeuta”.

T- ¿Viene a consultarme o a informarme?

Celia “a consultarle”.

(S11) Celia “la mamá de Raúl va cuidar a mi gordo (hijo Diego) ella es de confianza y su abuela, le voy a pagar, en lugar de que lo lleve a la escuela directo, ella lo llevará y lo traerá.

T. ¿Será una forma de ver nuevamente a Raúl?

(S11) *Celia “creo que sí. Ya estuve pensando si regresó con él y no tiene solvencia económica, si regreso a impulsarlo, pero no quiero mantenerlo, no me considero poca cosa, como para mantener a un hombre. Sé que es un cariño muy grande que le tengo, podría confiar ciegamente en él, sino me voy hacer la vida de cuadritos. Eduardo me compra cosas. (compara a Raúl y Eduardo). Citando las virtudes y los defectos, reflexiona y refiere “no seguiré más con ellos”.*

(S11)T *¿Quiere regresar a la misma vida que le dio Eduardo?*

Celia “No, ya no”, mi hermana y usted me dicen que le doy esperanzas a Eduardo. Quiero armarme de valor y decirle que veamos lo del divorcio, nada más que Eduardo llora y me siento mal. No quiero verlo para nada. La soledad es canija y el me quiere, él me mimó, la gente nunca cambia me dijo la mamá de Raúl. Además mi hijo vio muchas agresiones y creo que lo dejé con ese traumita. Diego (hijo) no me obedece, ya voy hacer la mamá más mala del mundo y mi hermana me dice eres bien extremista, si es cierto, me tomo muy a pecho las cosas.

T. Bueno ya parece que usted arreglo algunas cosas y acomoda en su pensamiento que podría ser el futuro con cualquier de sus dos exparejas y parece concluir que lo más importante es que se haga cargo de su hijo y además atiende los consejos que le da su hermana y del terapeuta. Puede solicitar ayuda y sobre todo pensar, antes de actuar.

Análisis: *en cuanto Celia reconoce sus afectos, los conflictos y el maltrato que recibe responde de coraje o se muestra vulnerable, el problema que su capacidad*

de introspección sólo son breves momentos que los sostiene mientras se ofrece el tratamiento.

Cierre del tratamiento.

(S12) T. *Bueno, hoy es la última sesión y quisiera saber si ha encontrado cambios en usted con la terapia*

Celia *“lo principal es que ya no quiero matarme, ni matar a mi hijo, ni hacer mi testamento y dejar mi funeral como yo quería”.*

Celia *“ya no voy a aferrarme a Raúl me voy a alejar de él, prefiero estar con ustedes (se refiere al personal del hospital).”*

(S12) Celia *“Ya tengo proyectos: a largo plazo, trabajo, asciendo en el trabajo y compro la casa que es un proyecto a largo plazo. Antes pensaba de aquí a un año, mis padres están por separarse entonces para no perder la casa, hablé con mi papá y le dije que con el crédito hipotecario, haremos un convenio de que le compre la casa, Además quiero arreglar la casa y comprarme una sala muy bonita que cuesta cuarenta mil pesos.”*

Celia *“ya empiezo a preocuparme por mi salud, dejar de fumar quitarme el cigarro. Ya me quite el pan y la azúcar (ríe), ya me estoy poniendo gorda.”*

Celia *“ya no me quiero morir, quiero cuidarme, contrarrestar todo el daño que me he hecho. Sólo he tenido insomnio por tres días.”*

(S12) T. Ya es tiempo de que empiece a andar sola, con respecto a las pérdidas es importante que sepa que en la vida de todos los humanos desde que nacemos hay entradas y salidas de personas en nuestras vidas y no tratamos de matarnos cada que alguien se va de nuestras vidas, por la razón que sea, usted se ha dado cuenta y ha mostrado durante el tratamiento que ha vencido la tentativa suicida, han venido ideas suicidas cuando estuvo muy ansiosa, cuando se separó de Eduardo estuvo hospitalizada cuatro días y pronto la dieron de alta porque usted se sintió mejor, y yo continúe asistiéndola en la psicoterapia.

Observo que está atenta y asiente primero con la cabeza y comprende lo que le digo.

Rescapitulo

(S12) T- las sesiones donde le señalo los logros obtenidos en cuanto a cambios que ha hecho, por ejemplo desistir a la tentativa de suicidio que es la principal, la situación de hablar sobre el divorcio de sus padres y la separación con Eduardo resignificaron la sensación de pérdida y la ansiedad. Le refiero que la terapia le ofreció un espacio interno que se lleva consigo y que la va a ayudar siempre, además del externo, al que debe acudir ya que le permite reflexionar cuando el terapeuta no se encuentra y tiene que buscar para aprender de la experiencia terapéutica.

(S12) *Le recuerdo que debe utilizar las herramientas aprendidas de la psicoterapia, le cito ejemplos en los que hubo algunas discusiones y primero se le solicitaba que saliera del lugar y que reflexionara. Para después pensar ¿Por qué discuto, cómo me afecta, tiene sentido el enojo?*

Celia.- *“Si, lo he puesto en práctica aunque me cuesta trabajo, al principio se me olvidaba, pero después con Eduardo ya no discutí y lo sigo viendo.”*

(S12) T- Le señalo la remisión de síntoma por síntoma, la tristeza, el llanto, las ideas de minusvalía, la ansiedad y ante todo evitar y prevenir las tentativas suicidas. Le recuerdo que ese fue el objetivo de la terapia y hasta ahora ha sido exitosa, dentro de la cronicidad de sus ideas y tentativas suicidas y por la duración del tratamiento.

(S12) T- La terapia no le garantiza que no tenga otra vez problemas de relación, sin embargo, puede ahora entenderlos de otra manera y manejarlos de diferente forma.
T- No debe sentir la terminación del tratamiento como un *rechazo* es una separación pactada a doce sesiones algo que usted supo desde el principio y que ahora se cumple. Tiene que saber que todo lo que inicia tiene un término y creo que ahora se encuentra en buenas condiciones como para terminar el tratamiento.

Celia “sonríe”.

(S12) T- Le informo que algunos pacientes presentan tristeza o temor cuando se termina un tratamiento, porque viene la idea de que se quedaran solos y habrá que arreglárselas por sí mismo. Le prevengo que puede presentar algunas actuaciones, le informo que si se presenta nuevamente la ansiedad que no puede controlar, la depresión y las ideas suicidas no dude en solicitar ayuda especializada.

Celia “si, vendré a buscarlo, si lo necesito”.

VIII. Viñetas de intervención psicoterapéutica

Indicar y señalar

(S2) Inicia la sesión refiere que lleva dos semanas y media insomne, irritable y con tendencia a pelear, dejó el medicamento y no ha ido por él, situación que atribuye a la “desidia.”

T- ¿La interrogo al respecto y observo que se muestra reticente? se le informa que debe ir por el medicamento, ríe luego muestra un gesto de desaprobación, finalmente se compromete verbalmente. Sin embargo, parece no estar convencida, la insto en que debe hacerse responsable del medicamento. Le señalo que esta a punto de presentar un *acting out*, situación que desmiente. Se trabaja el “aquí y ahora” se le informa sobre una probable recaída. Le explico en que consiste la actuación, situación que dice comprender. Ríe y acepta que irá por el medicamento.

Señalar

(S2) Celia “creo que no tengo estabilidad, como que buscaba los problemas desde niña, desde los once años mi intención era fastidiarlos”. (se refiere a los hombres)

T- Se le señala esa conducta y reconoce que con facilidad puede encontrar el punto débil de las personas y afectarlos allí cuando tiene problemas.

Celia -hago reventar a las personas que quiero con actitudes, a Raúl es al que más he lastimado.

(S2) T- Se le señala que con facilidad tiende a idealizar u odiar a las mismas personas (Mecanismo de escisión).

Recapitular:

(S4) T- se le recapitula la sesión y se le interpreta que esta actuando la separación de sus padres y la de ella. Se le aclara que su temor está asociado al abandono como tal y no tanto a la persona, ya que ésta “cumple las funciones de cuidado, protección y apoyo que usted necesita”.

En esta sesión Celia no presenta ideación suicida de manera manifiesta aunque recuerda las anteriores.

(S4) se le confronta con la idealización que hace de su expareja y el temor que tiene al abandono.

Se le interpreta que esta actuando la separación de su actual pareja (cuando el domingo acabo el plazo acordado para la separación). Además de que sus padres se encuentran separados y en trámites de divorcio. Situación que le ressignifica sus separaciones previas que a la fecha no ha podido elaborar y de las que se aferra y nutre con una fantasía conciente de que “Raúl regresará y me hará feliz”. Con la idea

de un amor eterno.

(S8) T- en esta etapa del tratamiento es importante que yo le haga un recuento de algunas características que encontrado en usted, por ejemplo es un a persona emotiva y parece más vulnerable que la mayoría de las personas ante la pérdida, le dificulta pensar cuando esta en problemas y tiende actuar sus conflictos como por ejemplo estos problemas en los que se mete continuamente y creo que usted se pone piedritas en el camino para no avanzar, es decir, se pone los obstáculos.

Señalar, interpretar

(S8) T- Le señalo que parece dependiente de la relación con Raúl (Responde rápidamente).

Celia Sí (como con cierto orgullo).

T- (De allí en adelante sus asociaciones van directas al vínculo de dependencia que tiene en su familia al grado que vive aún con sus padres quienes se encargan del cuidado y la crianza de su hijo).

Celia- “no me dejan tomar decisiones, ni para bañarlo, no para vestirlo, me decían que yo no sabía como tratarlo incluso, yo le agarre mucho coraje a mi hijo, yo pensaba eso lo debo yo hacer y le deje de hablar como dos semanas, le decía vete con X que te ayude.

(S3) T- en ese momento le interpreto que el primer intento de suicidio tuvo que ver con la fantasía de pérdida del amor de sus padres. Le recuerdo que en esa ocasión había ingerido medio litro de aceite y se había fugado de su casa regresando después por sentir miedo al abandono.

Celia “si” (Acepta la interpretación).

T- le aclaro que sus tentativas de suicidio están ligadas a los abandonos y al temor de sentirse sola y que tenga que valerse por sí misma, (le señalo sus rasgos de carácter de dependencia, la impulsividad y la inestabilidad en las relaciones). Finalmente reconoce la relación de dependencia con sus padres y que se extiende con Raúl.

T- en la sesión – a manera de poner a prueba lo comprendido-le solicito que exprese si considera que tiene avances personales y cuáles son.

Celia -responde con claridad “tratará de ser independiente, sin embargo, lo asocia a una ganancia secundaria”.

(S5) Celia - ¿Cree que si me compro un carro y un departamento tenga puntos a mi favor y él regrese?

Clarificar

(S5) T- parece que busca hacer cualquier cosa para recobrar a Raúl (expareja) desde generarse la idea de que Nora (rival de amores) se muera o que finalmente usted se porte bien, pero no quita el dedo del renglón, siempre busca la forma en su pensamiento de tener una ilusión para regresar a él. Ha vivido con la ilusión de que regrese, no se da por vencida, porque parece que si no estuviera con Raúl se quedaría sin nadie, ya que como me ha dicho en sesiones anteriores él ofrece tranquilidad y seguridad, situación que ahora busca después de haberse internado y sentir nuevamente ansiedad. Pero eso lo puede encontrar en el transcurso de la terapia.

Celia “espero que sí”.

Clarificar

(S9)T-Creo que lo que dice ahora es que siempre busca la aceptación y teme al rechazo, pero parece que en el fondo lo que trata es buscar un sustituto de Raúl o de Eduardo. Sin embargo, usted sigue ilusionado a Eduardo decía que ya no lo quería y finalmente sale con él y tiene relaciones sexuales, así como su papá lo hace con su vecina que tiene varias relaciones simultáneas.

Diferentes intervenciones

(S6) *Celia -comenta que en general debe estar feliz ya que tiene “un regalo de dios” que es su hijo. Mi mamá me dijo porque no luchas por tu hijo, si tanto dices que amas tanto a Raúl, él te dejó un niño.*

(S6)T- Apoyo la idea de la progenitora a fin de hacer alianza con su parte maternal que parece anclar a la paciente y que en otras ocasiones ha sido el elemento que le ha permitido renunciar a la tentativa suicida. Regreso al foco clínico y espero trabajar en las siguientes sesiones con “las actuaciones detenidamente”.

De hecho son dos elementos que han evitado la tentativa suicida el amor que tiene por Raúl y su hijo”. Aunque estas ideas en algunos momentos han generado contradicción en la paciente. Al grado de que ha deseado y planeado asesinar a ambos para que no sufran (escisión).

(S6) Por otra parte se refuerzan los logros obtenidos como son los relacionados a conocer los eventos que la llevan a ideación y tentativa suicida. Se solicita que enuncie sus rasgos de carácter que se le habían señalado en las sesiones anteriores y que se relacionan con el trastorno de personalidad como son la inestabilidad emocional, la impulsividad y la dependencia. Se le ejemplifica los mecanismos de escisión en el que idealiza a su expareja “*al que percibe como todo bueno, bondadoso y un ejemplar de conducta masculina*” y del que refiere necesitar y amar para *¡toda la vida!*. Celia refiere “*lo esperaré toda la vida, no me resigno a perderlo*”.

Metaintervenciones:

(S7) T- al final de la sesión le comento que llevamos siete sesiones y solo faltan cinco, para preparar el cierre y trabajar algún probable acting out.

Transferencia erótica

(S10) T- (se muestra sonriente toda la sesión y pronto me cuenta las infidelidades que tuvo con Raúl, relata que tuvo como siete parejas)

Celia “ una fue con mi profesor de psicología (ríe apenada) con él tuve sexo, pero nada significativo, estuve con él un periodo de un semestre, pero juntando todo el tiempo no fue ni medio día, era un viejito como de cincuenta años, con los demás era sexo o besitos y nada más”.

T- ¿Cómo se sentía?

Celia “me sentía como feminista, pensé que teníamos los mismos derechos hasta en la infidelidad.

T- ¿Sentía culpa?

Celia “no, ni tristeza, ni nada, lo hacía por tener aventuras, era muy cínica, incluso pensaba con mi profesor es aventura dentro de otra aventura, todas las chavas querían con él”.

(nuevamente relata varios eventos en que los hombres de su trabajo la buscan sexualmente).

Celia- fui a la casa de mi suegra (todavía se refiere así de la madre de su expareja) y me dice que todavía Raúl me quiere, pero debo olvidarme de él.

Celia “haga de cuenta que yo soy Nora y usted es Raúl (después narra detalles cotidianos en los que su rival de amor lo trataba con desprecio) “además le ha sido infiel” (vuelve a llorar, porque se da cuenta que ya se quedó sin pareja). La familia de Raúl me quiere porque dice que soy la mejor para su hijo:

T-¿El que siente por usted?

Celia.- Prefiero vivir con la ilusión de que me quiere.

Celia “fui a la casa de mi exsuegra y allí me encontré a Socorro y me dijo ¿Te puedo hacer una pregunta? le conteste que sí, me dijo fulana ¿Qué te habías vuelto loca por Raúl?

Celia ¿Cómo es posible que con gente que ni le hablo me diga eso, me dio mucho coraje, me dan ganas de golpearla, le quise decir, soy una loca peligrosa.

T. Interrumpo a Celia y le señaló si usted trata de agredirla entonces va a confirmar que usted se comporta como loca, ¿Tiene sentido?, ahora mismo me da una nueva lección, ha pospuesto la agresión eso significa que puede aplazar sus impulsos, además lo más importante me lo ha informado, creo que estuvo muy enojada un buen rato, pero lo reflexionó y es así que ahora me lo puede decir, ¡Posponer y pensar!

Celia (ríe) Sí me voy a controlar.

◆ Evaluación de *Postest* con las escalas clínicas

En esta etapa no se revaloró el diagnóstico ya que el objetivo de esta psicoterapia no consistió en modificar la estructura del trastorno límite.

En los resultados del *postest* Celia ya no presentó la sensación de desesperanza (03= sin desesperanza) que había presentado al inicio de la psicoterapia (véase tabla 3.12).

Tabla 3.12 Puntuaciones de las escalas aplicadas para la tentativa suicida Caso Celia

EVALUACIÓN	DESESPERANZA	DEPRESIÓN	IDEACIÓN SUICIDA	RIESGO	RESCATE
<i>Postest</i>	03=Sin	34=Normal	*	*	*

* No se aplicaron estos instrumentos en las fases de *postest* y *seguimiento* ya que la paciente no presentó ideación o conductas parasuicidas después de la psicoterapia.

En el caso de la evaluación del síndrome depresivo, podemos observar que Celia había iniciado el tratamiento con una puntuación de 60 (*pretest*) que la ubicaba en una depresión media y al terminar el tratamiento remitió, obteniendo una puntuación de 34 (*postest*) considerada como *normal*, resultando eficaz la psicoterapia para remitir los síntomas depresivos según los resultados de la escala y la manifestación de la paciente.

◆ Resultados de la psicoterapia. Caso Celia

La cronicidad del trastorno límite de la personalidad y de las recurrentes tentativas suicidas fueron un reto para el abordaje con este tipo de tratamientos de corta duración, aún así se pudieron mantener controlados algunos síntomas, sin embargo, se presentaron algunos eventos que Celia no pudo elaborar y de manera consciente parecía advertir, por ejemplo los eventos relacionados a su recurrente actuación que la lleva a discutir o generar conflictos o cuando presentó un estado depresivo y ansioso provocado por la pérdida de su pareja, que asocia a la separación definitiva de sus padres. Celia tampoco ha asimilado la pérdida *objetal* de su pareja, aunque refiere que se repondrá al divorcio de sus padres y la definitiva separación de su pareja actual (Eduardo).

1) Celia presentó alivio de los síntomas, en lo referente a la tentativa suicida, se puede apreciar en la evaluación del tratamiento (*pretest, postest*). No obstante habría que aclarar que en el *seguimiento* se presentó nuevamente un “estado depresivo” resultante de la negativa de su expareja de continuar cualquier tipo de relación con ella, situación que requerirá de psicoterapia y probablemente de hospitalización sino se trata a tiempo como se le sugirió al terminó de esta evaluación. 2) Celia alcanzó el funcionamiento anterior al padecimiento de la hospitalización y de la recaída que consistía en la ideación y tentativa suicida. 3) A pesar de que hubo cierta comprensión de las fuerzas que precipitaron las tentativas suicidas, se le explicó la dificultad que tiene para elaborar la pérdida *objetal* y su recurrente tendencia de autoagresión con un fondo masoquista, Celia aceptó las interpretaciones, pero no las integró para dar solución a sus problemas. 4) Por otra parte reconoció algunos problemas de personalidad que obstaculizan la mejor adaptación a la vida, como por

ejemplo, reconocer que su pareja estaba idealizada y que no lo podía evitar, alimentaba su fantasía conciente de regresar con él. Otro ejemplo se presentó al inicio de la psicoterapia cuando refería ideas homicidas hacia su pareja y su hijo que remitieron con la psicoterapia y Celia promovió algunos cambios al grado de hacerse cargo del menor y no manifestar agresiones físicas hacia la pareja. 5) la comprensión que obtuvo fue parcial al grado de manifestar entendimiento cuando en realidad sus actuaciones expresaban lo contrario. 6) Celia obtuvo parcial grado de advertencia de la relación entre los problemas de personalidad dominantes, como saber que en su padecimiento se caracterizaba por estados depresivos y ansiedad intolerante como reacción ante la pérdida *objetal* y la gran necesidad de ser cuidada y protegida por su pareja que había idealizado y sus continuas actuaciones. 7) No presentó comprensión cabal de aquellas medidas que pueden remediar las presentes dificultades ya que fácilmente desplazaba agresiones hacia su “rival de amores” y tenía dificultades en el trabajo o bien llevaba a cabo una conducta promiscua en relaciones efímeras y circunstanciales sin afecto, que respondían a sus necesidades sexuales, como se pudo corroborar en el tratamiento.

En resumen en esta investigación se puso a prueba el tratamiento con dos casos, uno con seis tentativas suicidas de letalidad moderada (durante la psicoterapia se encontraron más) y la ideación de inyectarse Cloruro de potasio (KCL) para provocarse un infarto cardiovascular (caso Ana) y el otro (caso Celia) que había intentado en 20 ocasiones el suicidio considerados de mediana letalidad y dentro de estas conductas dos intentos de alta letalidad. El último intento después de una discusión con su rival de amores al saber que su expareja no regresaría jamás con ella por lo que intentó ahorcarse, siendo rescatada por los familiares.

FASE DE SEGUIMIENTO

En esta fase de la evaluación la escala de desesperanza se eleva ligeramente a 6 puntos sin que se considere que corra riesgo suicida, incluso esta puntuación es menor a la presentada antes del tratamiento “en el *pretest* =9” (véase Tabla 3.13).

En la fase de *seguimiento* (tres meses después) encontramos que la paciente nuevamente presenta un estado depresivo severo (69 puntos), que se encuentra relacionado al enterarse que su expareja “definitivamente la rechaza y le comenta que no regresará con ella nunca”, (entrevista de seguimiento). El estado depresivo esta asociado al temor del abandono. Lo que indica que probablemente si Celia no recibe atención especializada “puede recaer”, ya que como observaremos en el caso ella se muestra vulnerable a la pérdida de la pareja que vive como un rechazo y su patrón de conducta ante este evento es la conducta parasuicida,

Es importante recordar que en la evaluación del *postest* y *seguimiento* (tres meses después) no se aplicaron las escalas de Ideación Suicida de Beck (1979) y la de Riesgo-Rescate de Weisman y Worden (1974) ya que la paciente “negó haber presentado ideas de suicidio” y mucho menos conductas suicidas, y sólo se aplican cuando hay una “tentativa real”. Lo anterior significa que al término del tratamiento desaparecieron las ideas y conductas suicidas, y se mantuvo este comportamiento hasta tres meses después. La tabla 3.13 presenta las puntuaciones de las escalas aplicadas (*pretest*, *postest* y *seguimiento*) para valorar la tentativa suicida.

Tabla 3. 13. Puntuaciones de las escalas aplicadas (*pretest*, *postest* y *seguimiento*) para la tentativa suicida

EVALUACIÓN	DESESPERANZA	DEPRESIÓN	IDEACIÓN SUICIDA	RIESGO	RESCATE
<i>Pretest</i>	09=Moderado	60=Media	0	08=Bajo Moderado	12=Alto Moderado
<i>Postest</i>	03=Sin	34=Normal	*	*	*
Seguimiento	06=Leve	69=Severa	*	*	*

* No se aplicaron estos instrumentos en las fases de *postest* y *seguimiento* ya que la paciente no presentó ideación o conductas parasuicidas después de la psicoterapia.

En resumen, la desesperanza, la depresión, la ideación y el intento de suicidio remitió hasta finalizar la psicoterapia y solo se mantuvo estable dos meses y medio después. Sin embargo, Celia corre el “riesgo de recaer” ya que en el *seguimiento* presentó nuevamente “depresión” originada por la comunicación con su expareja quien le refiere “que no quiere saber nada de ella” mientras que Celia vive esta relación de dependencia a un grado patológico.

CAPITULO IV

DISCUSION Y CONCLUSIONES

CAPITULO IV

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este capítulo se da respuesta a la pregunta de investigación de esta tesis: ¿puede una psicoterapia breve focalizada, disminuir el número y letalidad suicida a pacientes con trastornos límite de la personalidad?

Ahora es el momento de hacer un escrutinio de los resultados para responder ¿la psicoterapia puesta a prueba funcionó o no, y qué logros se obtuvieron? Para contestar es importante reconocer los aciertos y los errores a la luz del tratamiento y su eficacia.

También se responderá si la evaluación (pretest, posttest y seguimiento) cumplió el cometido, es decir, evaluar los cambios producidos por la psicoterapia.

◆ El estudio de caso

En este apartado se suelen contemplar los aspectos formales del proceso donde surgen las dudas de la complejidad de analizar un caso y que ahora se tratan de responder.

En este estudio se trató de desarrollar un “examen completo” que permitiera una exploración cuidadosa sobre los indicadores propuestos en la investigación como fueron: la evaluación de la psicoterapia a partir del estudio de caso, la evaluación

diagnóstica del trastorno límite de la personalidad, la valoración de la letalidad de los intentos de suicidio y sus factores de riesgo.

El estudio de caso me llevó a implicarme en la recogida de datos durante el proceso de investigación, situación que me permitió observar, lo arduo de esta tarea, en la que se involucra la subjetividad del investigador, tanto en el acopio de información, como en el tratamiento.

Buscar indicadores epidemiológicos sobre el suicidio y el trastorno límite, me advertía dificultades en el acopio de los datos, encontré que en muchos países no se cuenta con esta información; además, de que existe un sub-registro en los indicadores de la ideación, el intento suicidio y el suicidio consumado (Borges G, Rosovski H, Gómez C, Gutiérrez R., 1996), por lo que en algunos casos los países han hecho algunas estimaciones para dimensionar el estudio del suicidio.

Pude advertir que en mi País y en general en América Latina, no hay información completa del suicidio en diferentes rangos de edad; por ejemplo en niños, (Jiménez, A. & González-Forteza, C. 2003) y tampoco en todos los trastornos psiquiátricos mayores y menos aún en los trastornos de personalidad (Medina-Mora et al. 2003). A pesar de los grandes esfuerzos de la OMS y los países miembros, la aplicación de sofisticados estudios epidemiológicos no es suficiente la información. Sin embargo, permite generarse una idea de las dificultades que representa el acopio de información y del estado actual en que se encuentra el estudio del suicidio, en muchos países del mundo.

Por otro Lado el estudio de caso fue delicado, debido a que se trabajó con seres humanos con intento de suicidio, por lo que, ofrecer una psicoterapia alternativa generaba cierto grado de ansiedad y dificultad. La investigación se sometió al consentimiento informado que pone énfasis en los principios de beneficencia, de autonomía y el de justicia (principalmente). El primer principio consiste en maximizar el bien y evitar cualquier mal potencial del tratamiento. El segundo responde al respeto de la dignidad humana que se fundamenta al derecho de autogobernarse, la privacidad al pensamiento y su acción.

Es por estas razones que se optó por trabajar con precaución con “dos casos” con intento de suicidio de mediana letalidad que estuviesen supervisados. La psicoterapia no se diseñó para atender un grupo amplio de pacientes, ya que aquí el fracaso en el tratamiento podría desatar desenlaces funestos y para evitar cualquier iatrogenia o la pérdida del paciente, se trató de tener información exhaustiva de los participantes a través de la evaluación del trastorno, la prevalencia, la evaluación del intento de suicidio, las múltiples actuaciones de automutilación y los factores de riesgo entre otros.

Cabe recordar que para aplicar este modelo terapéutico, se debe contar con una institución exprofeso (clínica psiquiátrica, hospital psiquiátrico, etc.) y con el personal profesional, los recursos técnicos, económicos-administrativos, así como las instalaciones, para dar respuesta oportuna a cualquier crisis. En el caso de que la psicoterapia propuesta sea utilizada deberá ser bajo las condiciones expuestas en esta investigación. Cuando en el transcurso de la psicoterapia, se llegara a presentar un riesgo que pusiera en peligro la vida del paciente, el terapeuta deberá abandonar

la “neutralidad terapéutica” informando al equipo multidisciplinario los pormenores y ofrecer el tratamiento tradicional explicando las situaciones sucedidas, evitando así cualquier potencial surgido por la psicoterapia. Tal situación responde al primer principio ético de “beneficencia”.

◆ **El diagnóstico diferencial**

El diagnóstico del trastorno límite es un reto en su asignación y genera complicaciones en su formulación debido a la multiplicidad de síntomas y a la comorbilidad que presenta con patologías del Eje I del DSM IV (Gabbard et al. 2003; Gunderson, 2002; Millon, 2003; Kernberg, 1987), por lo que en esta investigación fue necesario asegurarse de que los pacientes realmente cubrieran los criterios clínicos. Se contaba con la impresión diagnóstica elaborada por el área de psiquiatría, pero no era suficiente una sola aproximación diagnóstica, de ahí que debía confirmarse o descartarse a través de la aplicación de instrumentos que permitieran, por un lado seguir los criterios del DSM IV y cuantificar los síntomas, obteniendo con ello indicadores numéricos, que tendrían que retraducirse nuevamente como dimensiones clínicas. Por otro lado, se requería de descripciones clínicas cualitativas provenientes de las entrevistas preliminares, es por ello que se combinaron los métodos (cuantitativo y cualitativo), a fin de obtener mayor precisión diagnóstica.

El diagnóstico diferencial se formuló con base a los criterios clínicos del DSM-IV (1995) que caracteriza el cuadro clínico a nivel descriptivo (sintomático) mientras los niveles: dinámico, tópico y estructural, fueron explicados en el marco teórico, a fin de dar soporte conceptual a la psicoterapia. Estos aportes fueron considerados en la

interpretación de los casos. La formulación diagnóstica del trastorno límite de la personalidad se pudo confirmar en las entrevistas, en la psicoterapia y en la aplicación del SCID-II. Metodológicamente cumplió con el criterio de “triangulación” que en los métodos cualitativos representa la “confiabilidad” por diferentes instrumentos.

En psicopatología la comorbilidad es más una regla, que una excepción. En los resultados la comorbilidad con los trastornos del Eje I del DSM-IV, concuerdan con los presentados por otros investigadores (Zanarini et al. 1998; Gabbard et al. 2003; Soloff et al, 2005; Gutiérrez-García A, Contreras C. Orozco R, 2006), quienes encontraron mayor porcentaje de trastornos depresivos en comorbilidad con el TLP.

En el diagnóstico del TLP, se puede observar que de los nueve criterios clínicos que lo conforman, cinco de ellos (Ej. la respuesta al abandono, la impulsividad, la conducta suicida, los sentimientos crónicos de vacío y la inestabilidad afectiva) podrían confundirse con un cuadro de depresión, sin embargo, estos criterios corresponden a los rasgos de carácter del TLP, y no a síntomas depresivos (Gabbard et al. 2003), la falta de atención en este rubro hace más frecuente la comorbilidad con los trastornos afectivos. Es importante señalar que en estudios recientes la inestabilidad afectiva del TLP ha sido más fuertemente relacionada con los intentos de suicidio (Yen, Shea, Grillo, Kodol, Gunderson et al. 2004), es decir, a las oscilaciones afectivas, como se señaló en el marco teórico.

El caso A (Ana) presentó siete de los nueve criterios del diagnóstico de TLP con rasgos obsesivos en comorbilidad con un estado depresivo recurrente. Quizá los

rasgos obsesivos son los que mantienen por periodos prolongados la ideación suicida en el caso de Ana.

El caso B (Celia) igualmente se diagnosticó con el trastorno límite de la personalidad (en el Eje II), adicionalmente cumplió los requisitos de características dependientes y narcisistas, en comorbilidad con un episodio depresivo moderado recurrente (En el Eje I del DSM-IV). Aquí cabe considerar que los rasgos narcisistas de Celia han contribuido a la gran cantidad de intentos de suicidio (veinte), su trastorno se ha vuelto crónico, para la corta edad de la paciente.

El caso de Celia se asemeja al subgrupo de pacientes encontrado por Pérez y Leal (2003) de personas que se autolesiona con frecuencia, utilizan habitualmente los servicios (médicos psiquiátricos), presentan un riesgo alto suicida, y comorbilidad con trastornos depresivos y de la conducta alimentaria (a excepción de este último trastorno) Celia cumple todos los indicadores clínicos de este subgrupo dentro de esta entidad clínica.

Con relación a las características narcisistas en el trastorno límite, Kernberg (1987) enfatiza que “la sensación que transmiten estos pacientes de ser capaces de dañarse o hasta matarse tranquilamente; en contraste con el temor, desesperación y los esfuerzos <suplicantes> de sus parientes o del personal que se hace cargo, por mantenerlos vivos y conservar sus contactos humanos, ilustra una distorsión dramática de la gratificación para la autoestima. La grandiosidad de los pacientes es satisfecha por su sentimiento de triunfo sobre el temor al dolor y a la muerte, y a un nivel inconsciente, por la sensación de tener control sobre la muerte” (p.232).

◆ La evaluación del intento de suicidio

La evaluación del intento suicidio fue una tarea ardua que requirió de un esfuerzo sostenido y supervisado, a fin de presentar una valoración lo más completa posible que informara de los indicadores básicos (desesperanza, depresión ideación suicida, letalidad suicida), además de toda la información proveniente de la historia clínica el examen mental y los factores de riesgo.

Los resultados de la puntuación en los intentos de suicidio revelaron cambios significativos en la fase de evaluación de *postest*, y se mantuvieron hasta el *seguimiento*, tres meses después. Se pudo corroborar disminución del riesgo y la letalidad del intento de suicidio, habiendo mejoría sintomática principalmente en lo referente a la “desesperanza, el estado depresivo, la renuncia al intento de suicidio” (foco clínico). Con lo anterior damos respuesta afirmativa a que la evaluación (pretest, postest y seguimiento) cumplió su cometido, ya que permitió evaluar los cambios producidos por la psicoterapia.

Particularmente, en el caso “A” la paciente refirió en la sesión once, la idea suicida cuando se percató que estaba por terminar la psicoterapia. No obstante, en la evaluación de *postest* la paciente consideró que ya no había tal idea y esta posición la confirmó en la fase de *seguimiento*. El evento hizo resignificar a la paciente que el término de la psicoterapia estaba ligada a una pérdida, por lo que nuevamente surgió la idea suicida como una formación de compromiso (que remitió pronto). Se estaba presentando una reacción terapéutica lógica. El terapeuta le hizo saber a la paciente

lo acordado en el encuadre de la psicoterapia, “que el proceso terapéutico había llegado a su término”, situación que Ana recordó y aceptó. No obstante queda la duda de que la idea suicida se presente nuevamente debido a los rasgos obsesivos de Ana.

Estos resultados son similares con los reportados por Linehan et al. (2003) quien con su modelo de Terapia Conductual Dialéctica para el tratamiento del comportamiento suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad reconoce que pudo remitir los intentos de suicidio y los síntomas afectivos, pero no pudo erradicar por completo la ideación suicida.

Por su parte (Litman 1967) considera que la ideación suicida sirve para bajar la ansiedad y esto evita el acto suicida. Considero y coincido con otros autores, que la ideación suicida (Beck et al., 1979) es una “llamada de atención” del paciente para informar un estado penoso que lo inhabilita, que no puede controlar y mucho menos eliminar de su pensamiento.

Sin embargo, la presencia constante de las ideas suicidas incrementan la angustia y en ocasiones alcanzan un grado obsesivo, más aún cuando se cursa un estado depresivo. La ideación suicida es un signo de alerta que dicha persona considera que es un “pensamiento” que no puede controlar, porque es una idea que se le increpa a su conciencia y se repite en todo momento generándole angustia flotante, como en los pensamientos obsesivos y la persona teme morir.

La ideación suicida indica al clínico que hay un acto previo en el pensamiento del paciente, que podría considerarse como un aviso y de alguna manera, un acto de reflexión promovido por el temor y la angustia a morir, mismo que la persona vive como intolerante y del cual es imprescindible hablar. Así que solicita ayuda y por lo regular lo informa a quien considera podría rescatarla.

Observamos en el caso Celia, que en un primer momento la angustia se presentó como una señal de alarma, la cual se agravó hasta un estado de aprehensión, la persona llegó a perder el control de la situación y llevó a cabo el acto suicida (intentó ahorcarse). Sin embargo, su familia estaba cerca para apoyarla.

En estos pacientes la idea suicida alcanza características obsesivas, es decir, un pensamiento se convierte repetitivo, al grado de que molesta al paciente, pero no lo puede expulsar de su conciencia y teme sus consecuencias. Las ideas suicidas se agravan cuando la persona siente desesperanza y está deprimida. Lo que no sabe el paciente limítrofe es que está recibiendo el castigo de una instancia superior, de un *ideal del yo frágil* (Bergeret, 2001). Se trata de un conflicto entre el *ideal del yo* y el *yo*.

Hay que recordar que cuando el conflicto se pone en palabras, se da un nuevo momento de reflexión y resignificación; que ubica al sujeto en otra escena de la representación y la psicoterapia es el *setting* para su elaboración y solución.

En los adultos cuando se utiliza la idea suicida, y/o la automutilación como una amenaza para el control de alguien, podría considerarse un acto de manipulación que no es un signo de alarma, es un medio (instrumento) para obtener beneficios directos

(para conseguir una meta) como se explicó en el marco teórico. Sin embargo, en la clínica en ocasiones resulta difícil reconocerla, haciéndose indispensable una evaluación completa del comportamiento suicida como se hizo en esta investigación. En la clínica “siempre es importante” hacer caso a cualquier manifestación suicida en idea o en acto y tratarla en la psicoterapia.

Si pensamos en las ideas y los intentos de suicidio en la infancia, recordaremos que en el caso de Ana, a los trece años cuando intentó suicidarse con sulfato ferroso (cantidad no especificada) y Celia a los 6 años con medio litro de aceite doméstico, inmediatamente como adultos advertimos, que estos actos no serían métodos letales para suicidarse, pero un niño, que se encuentra en la etapa de las *operaciones concretas* (de 7 a 11 años aproximadamente) sí puede considerarlo como tal. (Piaget, 1985). En esta etapa los niños todavía no han adquirido la capacidad cognoscitiva para comprender las implicaciones que un acto de riesgo conlleva, debido a que su pensamiento se circunscribe a un único aspecto del acto (suicida) sin considerar las consecuencias que esto implica. Por lo que el método estaría ligado a su proceso de pensamiento concreto.

Es importante acotar que las etapas de desarrollo tienden a traslaparse, todavía no termina una cuando inicia la otra y en algunos casos los niños no han madurado lo suficiente. Éste tipo de pensamiento se puede alargar durante la pubertad y el inicio de la adolescencia.

Por otra parte, es importante considerar que si hay un “deseo suicida” es porque hay en el niño la consciencia de la muerte, que se da entre los seis y ocho

años de edad, situación que genera en los niños temores, angustia, pesadillas y displacer, entre otros comportamientos, porque han hecho consciente una faz de la pulsión de muerte. Los menores al enterarse de la muerte, piensan en la pérdida de sus padres o que ellos podrían morir.

Es importante recordar que detrás de un deseo de muerte, existe una fantasía que puede ser consciente o inconsciente, como Freud (1919)¹ nos lo hace saber: las fantasías provienen de lo escuchado o lo visto por los niños en su vida de relación. En las viñetas clínicas podemos encontrar en el caso de Ana que su tía se suicida cuando la menor tiene ocho años de edad, es decir, Ana ya tenía en su “conciencia el concepto de la muerte” y además, había “escuchado” a un familiar decir que su tía se había suicidado. Esta comunicación en algún momento fue consciente y después sabríamos que se convertiría en inconsciente (fantasía), ya que los actos suicidas de Ana representaban un proceso de identificación con la tía que se había convertido en la *imago* de una madre buena y sustituta. Entonces, la comunicación de que la tía se había suicidado, Ana la escuchó en la *etapa de latencia*, y fue posiblemente reprimida, hasta que en la pubertad se desencadena el conflicto amoroso (identificación con la tía) que ejecuta el intento de suicidio. En el caso de Celia no tenemos información de este tipo.

Lo expuesto hasta aquí, nos permite considerar que si bien los actos ejecutados por las pacientes en la infancia no eran letales, sí reflejaban un deseo de muerte. Es por ello que no debemos soslayar cualquier idea o tentativa suicida, por inocente que parezca. Además, sabemos que en los casos estudiados las ideas y las

¹ Véase Freud (1919) Pegan a un niño. Contribución al conocimiento de la génesis de perversiones sexuales.

conductas suicidas se repitieron en diferentes modalidades a lo largo de sus vidas. Ahora sabemos que la ideación y el intento de suicidio son predictores de otros comportamientos suicidas y en algunos casos de su consumación.

◆ **Los factores de riesgo**

La evaluación de los factores de riesgo (véase apartado del suicidio y resultados casos A y B), se utilizó para fundamentar la selección de los pacientes que irían a psicoterapia, tratando de que los pacientes seleccionados contaran con el menor número de factores, ya que el tratamiento que se propuso fue breve y no se recomienda en personas con “altos factores de riesgo y alta letalidad suicida”.

En la literatura los clínicos e investigadores (Kernberg 1987, 2001, Gunderson, 2002, Gabbard et al, 2003) han encontrado que de los trastornos de la personalidad, el límite, es más propenso a presentar estos factores de riesgo, como si fueran inherentes a su personalidad y no se pudieran aislar.

En el caso **A**, Ana vivió una historia de pérdidas tempranas, por ejemplo la de una tía paterna que la había criado hasta los 10 años (quien se fue de su casa por un conflicto con la madre de Ana), la segunda pérdida y más significativa fue la de su tía Alejandra, quien se suicidó cuando Ana tenía 8 años (que se ha desarrollado en la investigación).

Otros factores de riesgo que presentó Ana, fueron el consumo de alcohol y la idea reiterada de intentar suicidarse después de algunos eventos estresantes

externos (presión laboral, conflictos en las relaciones interpersonales, problemas económicos etc.,) a pesar de que los factores representaban un desafío para la psicoterapia no generaron mayor complicación en su manejo.

En el caso **B**, lo que más generaba tensión y ansiedad al terapeuta, era saber la cronicidad del padecimiento fronterizo de Celia, y la continua recurrencia a los actos suicidas que sumaban 20 eventos (la mayoría eran de baja letalidad), sin embargo, dos intentos la tuvieron al borde de la muerte. También llamaban la atención las ideas de homicidio hacia su hijo y a su expareja, (los *objetos* considerados buenos se convertían en *objetos* malos por la *escisión*). Celia proyectaba en sus objetos la rabia, el odio y el deseo de aniquilamiento que de alguna manera mitigaban la actuación. Celia pudo exteriorizar estas ideas en las sesiones clínicas, remitiendo tales pensamientos durante la psicoterapia. Finalmente, estas Ideas nunca llegaron al acto.

Lo anterior nos hace pensar que aunque los pacientes incurran en varios factores de riesgo (o los tengan) se puede trabajar con este tipo de población clínica, siendo conveniente contrarrestar sus efectos indeseables, por lo que es prioritario evaluarlos y tratarlos de manera conjunta con otros especialistas. Por ejemplo: tratar las adicciones, el consumo de alcohol etc., recomendando una clínica para adicciones, psicoterapia de pareja-psicoterapia de familia, la medicación, la hospitalización o lo mejor resulte para el paciente: (Clarkin et al. 1999; Gunderson et al. 2002; López , D. 2004).

◆ La psicoterapia

La eficacia de la psicoterapia breve está probada en diversas entidades clínicas desde su surgimiento (Bellak, 1986; Fiorini, 1990), y no está en duda su aplicación, sin embargo, pocos son los casos que incursionan en el comportamiento suicida desde esta perspectiva (Bellak, 1986). Algunos autores suponen un fracaso desde el inicio, debido a los prejuicios que hay sobre los tratamientos breves (Fiorini, 1990; Balint 1986) y la psicopatología fronteriza; pero ahora la experiencia clínica y diferentes ensayos en el suicidio y en el trastorno límite de personalidad (Linehan et al, 1991), permiten ampliar el abanico de opciones en la psicoterapia de estos pacientes que presentan un desafío, tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento (Millon 2003; Gabbard et al, 2003; Gunderson, 2002; Kernberg, 1987). No obstante estas aclaraciones, la incursión en la psicoterapia breve permite encontrar avances y logros terapéuticos como se han podido demostrar en otros ensayos clínicos (Linehan et al, 1991; Gunderson, 2002) y en esta investigación.

La psicoterapia aquí aplicada tiene un carácter flexible en cuanto al tiempo utilizado, que bien puede ampliarse dentro de sus límites cuando sea necesario e incluso puede replantearse el contrato terapéutico, si así lo desea quien lo lleva a cabo, ya que es el clínico quien utiliza su criterio clínico para elegir tal o cual opción terapéutica; sin embargo, se recomienda trabajar con cautela y seguridad.

◆ **Focalización**

En esta investigación, no sólo se focalizó la psicoterapia (el intento de suicidio), también se buscó conocer el riesgo (mediana letalidad) y se seleccionaron a personas con un diagnóstico similar, a fin de aplicar el tratamiento a las personas en las mismas condiciones siguiendo las reglas de la psicoterapia breve.

El terapeuta respondió en consecuencia a la situación que prevalecía en el paciente, es decir, la ideación y el intento de suicidio en la que se exploró la subjetividad de los pacientes y se dimensionó el sentido de su discurso.

En ambos casos (A y B) en la psicoterapia se promovió y señaló el reconocimiento de las situaciones internas-externas que generaron el intento de suicidio; con el propósito de buscar y promover en el paciente recursos para su manejo. La focalización cumplió su cometido, situación que se puede observar en las viñetas clínicas específicamente en la categoría clínica de las tentativas de suicidio, la evaluación del intento de suicidio y la remisión de los síntomas del motivo de ingreso, es decir del foco clínico.

◆ **Los objetivos de la psicoterapia breve y focalizada**

Como se señaló en el proyecto, esta investigación es pionera en nuestro país, en lo referente a la utilización de un modelo de psicoterapia breve psicoanalítica para control del estado emocional y el manejo del intento de suicidio en pacientes con trastornos fronterizos. En pacientes que alcanzan los índices más altos de intentos de

suicidio dentro de los trastornos de personalidad, son los que más prevalencia presentan en la población clínica, los que tienen mayor comorbilidad y más días de hospitalización, siendo la pérdida de la vida humana lo más importante. Es por todo ésto, que el *tratamiento* en crisis que se propone en esta investigación, es el mínimo estándar que se puede ofrecer al paciente en una institución psiquiátrica que recibe con frecuencia a esta población clínica.

Dirigir la psicoterapia a un foco requiere de objetivos al interior del tratamiento, erradicar los síntomas no es el destino último de la focalización, ya que ésta permite orientar los esfuerzos a la restauración del nivel de funcionamiento anterior a la enfermedad, cierta comprensión de las fuerzas que precipitaron el trastorno, el reconocimiento de algunos problemas de personalidad que obstaculizan la adaptación a la vida, la comprensión parcial del origen y de estas circunstancias en experiencias pasadas. Cierta grado de advertencia de la relación entre los problemas de personalidad predominantes y la actual enfermedad, la comprensión de aquellas medidas que pueden remediar las dificultades ante el medio (Wolberg, 1965), fueron los indicadores que guiaron la psicoterapia y que remitieron en su generalidad como se demostró en los resultados

◆ **Encuadre y contrato**

El compromiso clínico con el paciente de no intentar suicidarse mientras se lleva a cabo el tratamiento es una estrategia común en psicoterapia con pacientes suicidas, conocido también como contrato de seguridad (Gunderson, 2002) que se lleva a cabo a fin de comprometer al paciente a evitarse cualquier actuación mientras

ésta no sea elaborada en la psicoterapia. Es decir, funciona como un acto disuasivo de la impulsividad.

Recuerdo a las pacientes haberse sonreído y sorprendido cuando se les instó a tal pacto, situación que por una parte me hacía pensar cierto grado de sorpresa y que un llamado a suspender el acto se convertía en una especie de tregua que habría que sostener, pese a sus consecuencias, pacto que ambos casos aceptaron.

Sucedió lo que se esperaba en la psicoterapia, que la agresión interna de la paciente se manifestara a través del discurso, agrediendo al terapeuta y a sus objetos internalizados. En otras palabras, se esperaban más actuaciones desplazadas y proyectadas, y esto evitaba que la agresión fuera introyectada y se convirtiera en actos de automutilación o de suicidio, como se observó en las viñetas clínicas (véase categorías de la actuaciones y los sabotajes al tratamiento). Se puede decir, que en este estudio, el pacto resultó satisfactorio.

El encuadre y el contrato permitieron homogenizar el tratamiento le dieron formalidad en un espacio (*setting*) y tiempo acordado en la relación terapéutica. El contrato fue explicado por el terapeuta y aprobado por los participantes. En lo general el contrato fue respetado por el terapeuta y los pacientes. Sin embargo, en el caso B (Celia) hubo un desacierto por parte del terapeuta, cuando la paciente en una actuación se negó a tomar el medicamento por tres semanas y presentó una recaída, con la finalidad de ser atendida por el terapeuta de manera continua, accediendo éste a la petición, como se desarrollará más adelante en los rubros dedicados a la “recaída y la supervisión” del caso Celia.

En general, el respeto al contrato y al encuadre evitó que se produjeran conductas “regresivas” perjudiciales en las personas con trastorno fronterizo. La regresión es un fenómeno clínico que no debe estimularse en la psicoterapia breve focalizada ya que se convierte difícil su manejo y podría afectar al paciente entorpeciendo el tratamiento.

Durante la psicoterapia, el terapeuta reforzó continuamente la alianza terapéutica a la vez que promovía la conciencia del padecimiento. Es importante recordar a Gabbard et al. (2003) y (Poch y Maestre, 1994) quienes comentan que la alianza es la estimulación de los pacientes para que se impliquen de forma activa en la psicoterapia, y relacionarse con el terapeuta desde diferentes niveles de comunicación. En los resultados de la psicoterapia se observa la implicación de los pacientes al grado de no abandonarla ni aún en momentos críticos; contrario a lo referido en la literatura. López (2004) considera que la falta de alianza en los pacientes fronterizos es una de las causas básicas del abandono al tratamiento.

En lo referente a la asistencia a la psicoterapia en los casos **A** y **B**, el primer caso solo faltó a una sesión y no se interrumpió la psicoterapia. En el caso **B** no hubo faltas. A pesar de que en ambos casos hubo pocos retardos, estos fueron leves (de alrededor de diez minutos), y no se consideraron como justificantes para que se suspendiera alguna sesión. En ambos casos se concluyeron los tratamientos y los pacientes asistieron a todas las evaluaciones (*pretest- posttest y seguimiento*) esto permitió confirmar en ambos casos que la “alianza” terapéutica promovida por el terapeuta funcionó.

Recaídas.- En el caso **A**, durante el tratamiento hubo lo que podríamos considerar como una recaída en la sesión once; comportamiento esperado en el tratamiento debido a la aproximación de la finalización de la psicoterapia y de la separación terapéutica. Se presentó la ideación suicida sin tentativa y sin necesidad de hospitalización. Este comportamiento se considera una reacción terapéutica a la separación (que le recordaba sus abandonos) a pesar que con anticipación se le señaló y se trabajó. No pudo evitarse el estado de ansiedad y tristeza que generó la finalización de la psicoterapia en este tipo de pacientes, finalmente, no hubo actuación inconsciente de intento de suicidio.

En el caso **B**, la recaída se presentó al inicio de la psicoterapia, en la sesión cuatro la paciente se negaba a tomar el medicamento y no iba a la farmacia para que se lo surtieran, no obstante de los señalamientos y confrontaciones. El comportamiento de **B** es considerado una trasgresión al tratamiento (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 1999), por lo que fue necesario abandonar momentáneamente la neutralidad terapéutica, para *indicarle* que tendría que hacerse cargo de la situación.

Se le *señaló* e *indicó* a Celia (caso B) que se encaminaba a presentar una “actuación inconsciente”, situación que coincidió con un evento externo, la falta de medicamento en la farmacia del hospital y un problema con su vínculo principal, la separación de su pareja. Estos eventos en conjunto desencadenaron un estado depresivo con ansiedad e ideación suicida, demostrando nuevamente, que Celia tenía dificultad para manejar el “abandono”. Sin embargo, ella refirió al ingreso hospitalario

que atentaría contra su vida (situación que después reconocería como una mentira planeada para ser ingresada) y obtener beneficios secundarios. Finalmente, requirió de cinco días de hospitalización. El aparente “estado depresivo” remitió pronto como se informó en los resultados.

Es importante recordar que la paciente en este evento, cubrió el criterio 6 del DSM-IV (1995) que se refiere a la inestabilidad afectiva debida a una importante reactividad del estado de ánimo (por ejemplo episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días). Adicionalmente Celia se encontraba apoyada y contenida por el terapeuta (que era lo que pretendía²la paciente), esta situación le permitió explorar a Celia algunos eventos relacionados con el abandono *In situ*. Al respecto Kernberg (1987) sugiere que “la respuesta clínica a la intervención en crisis y hospitalización breve, junto con una estructura ambiental clara y firme, indica que un enfoque de apoyo es efectivo, cuando menos en los tipos de psicoterapia a corto plazo” (p.87).

◆ Las intervenciones terapéuticas y la focalización

Las intervenciones terapéuticas tienen un carácter activo para el terapeuta están descritas en infinitivo (señalar, clarificar, recapitular etc.). Estos verbos dirigen la acción del terapeuta, pero no limitan o anulan su creatividad. La principal función de las intervenciones consiste en lograr los objetivos de la focalización.

² Situación que se reconoció en la supervisión, la paciente quería la protección y seguridad de la institución, además de un cuidado terapéutico continuo al que accedió el terapeuta sin comprenderlo en el momento.

No obstante, las intervenciones no se les puede aplicar de forma indiscriminada, ya que los sujetos no son iguales aunque tengan el mismo diagnóstico clínico y el deseo o el intento de suicidarse, la subjetividad siempre es diferente entre una y otra persona, y el abordaje terapéutico se ajusta en consecuencia. Las intervenciones cumplen una función orientativa y no una guía milimétrica que indica a donde llegar paso a paso. Sin embargo, responden a la pregunta de qué hacer ante ciertos problemas comunes que se presentan en los tratamientos breves y proporcionan una forma de manejarlos. Sabemos que los principales obstáculos en toda psicoterapia corresponden al surgimiento y el vencimiento de las resistencias de los pacientes, y la labor clínica se dirige a una escucha atenta y al trabajo con la transferencia que en este tipo de tratamientos breves requiere de una respuesta directa.

Las intervenciones terapéuticas que se muestran son diversas y permiten tener un abanico de respuestas ante diversas circunstancias, responden a la dinámica interna de los pacientes y al vínculo terapéutico que se establece, son flexibles y sirven para solucionar problemas en las sesiones.

Las intervenciones responden a un grupo amplio de oportunidades a elegir y se pueden utilizar de acuerdo al criterio clínico. Algunas son recomendables al inicio del tratamiento como (al inicio encuadrar la tarea, o final cuando se recapitula la psicoterapia) pero no son obligatorias, ya que dependen de "timing" en todos los casos.

Es importante recordar que cuando se realizan manuales -que este no es el caso- con criterios clínicos que explican cómo llevar a cabo una entrevista o una

psicoterapia, advertimos que son indicadores que sugieren cómo realizar mejor una actividad en casos comunes y se encuentran ejemplificados con una serie de advertencias, reglas y patrones de conductas a seguir, en algunos casos se presentan situaciones ideales, pero en este tratamiento se da prioridad al criterio clínico y a la experiencia.

Las técnicas de intervención de Fiorini (1990) fueron retomadas por el terapeuta y circunscritas al “aquí y ahora”, cuando fue necesario, se brindó apoyo y contención sin perder de vista el foco clínico. A lo largo del tratamiento de los dos casos (A y B) se pueden observar las intervenciones del terapeuta en las viñetas clínicas; donde se aprecian las verbalizaciones y los efectos producidos en los pacientes. Ahora se pudo confirmar que el terapeuta cumplió con el objetivo de la focalización. **A nivel** sintomático, con las intervenciones terapéuticas se remitió la desesperanza; específicamente, la clarificación permitió trabajar en plano cognitivo y afectivo de los pensamientos y sentimientos negativos hacia el futuro, expresados por las pacientes. Además se remitió la depresión en la que imperaba la tristeza, las ideas de minusvalía y la apatía, entre otros síntomas. Entonces, cabe enfatizar que con el apoyo, la contención y las intervenciones terapéuticas remitieron la desesperanza y la depresión, que a su vez incidieron directamente en la renuncia al deseo y a la tentativa suicida. Situación que se pudo corroborar con la valoración (pretest, posttest y seguimiento). Es importante recordar que la desesperanza y la depresión son predictores de conductas suicidas, pero al remitirse éstos, se disminuye el riesgo, y con ello la utilización de cualquier método suicida. Sin embargo, hubo momentos en los que las intervenciones parecían no alcanzar a los sujetos y tendían a la actuación a pesar de los señalamientos, clarificaciones e interpretaciones transferenciales.

◆ Tratamiento de la actuación

Los pacientes fronterizos actúan en lugar de pensar, entonces ¿cuál fue la función del terapeuta en este rubro? primero escuchar el contenido de la actuación para permitir su elaboración que tendría su origen en la historia del sujeto y aclarar los patrones de comportamiento. Luego señalar y clarificar para aproximar la comprensión del paciente, cuando se presentaba el patrón de comportamiento que iba encaminado a la actuación inconsciente se interpretaba, entonces el terapeuta hacía un llamado a la reflexión para que el paciente suspendiera la actuación, es importante recordar que el *acting out* o actuación es una señal de alerta del paciente en análisis y es la manifestación de un conflicto inconsciente no resuelto. Las actuaciones en estos casos alcanzan matices masoquistas.

◆ Viñetas clínicas

Las entrevistas preliminares y la psicoterapia, se sometieron a un análisis *cualitativo* con los criterios del estudio de caso del que derivaron las viñetas clínicas, las mismas que fueron “analizadas” con base al discurso de las pacientes y en algunos casos con una interpretación psicodinámica, situación que enmarcó la interpretación de la subjetividad de los pacientes en el contexto terapéutico de una institución médica.

En las viñetas clínicas pudimos establecer un breve análisis de cada sesión dirigidas a: 1) las intervenciones terapéuticas, 2) los criterios diagnósticos del DSM-IV,

3) las categorías clínicas (I la familia y su vínculos, II. Las pérdidas, III. Las ideas y las tentativas suicidas, IV. Las actuaciones, V. Los vínculos en el trabajo, VI. Los sabotajes al tratamiento, VII. El insight y VIII. Las viñetas de la intervención terapéutica) que se desarrollaron en el marco teórico y se demostraron en el análisis de los resultados.

El análisis de las categorías, por ejemplo, permitió estudiar con detalle, desde un punto de vista metodológico, la información que los pacientes proporcionaban acerca de cómo habían intentado suicidarse, bajo qué circunstancias y su contexto; además del deseo de muerte. Las categorías permitieron revelar información que se encontraba dispersa en las sesiones y así orientar en cierta manera el foco clínico, con ello permitir un trabajo clínico más fino. Sin embargo, se podrá cuestionar, porque no hubo más manifestaciones clínicas en las tentativas de suicidio, por ejemplo los “planes de suicidio”, las cartas “póstumas” etc.; al respecto responderé que durante el tratamiento no hubo la posibilidad de que las pacientes perpetraran un intento de suicidio. Ya que no lo deseaban, además había un pacto de no autoagresión y ante todo se encontraban atendidas que es una de las continuas demandas de estos pacientes.

◆ Interpretación psicodinámica

En los resultados hallamos indicadores que permitieron realizar interpretaciones a distintos niveles de profundidad en relación en la patología fronteriza, pero quizá no convenga ir más allá de lo que permitió la psicoterapia.

◆ Caso Ana

Ana considera que ha vivido con carencias afectivas principalmente de su madre, situación que generó conflictos. Ana intentó huir (en dos ocasiones) porque pensaba y sentía que su madre la rechazaba situación que vivía como intolerante, esta situación con el tiempo vulneró sus defensas psicológicas. La relación con su madre fue conflictiva desde la infancia, sus comunicaciones terminaban en discusiones y actuaciones inconcientes de rebeldía, fue hasta la adolescencia que de la discusión pasó a los golpes con su progenitora. La madre consideró que ya habían rebasado los límites del vínculo filial por lo que ella también dejó de pegarle.

Ana vivió con intensidad los celos que sentía de su hermana menor con la que discutía y luchaba (literalmente) por obtener la atención y reconocimientos de sus padres, pero fue rechazada nuevamente. A cambio de una aceptación los padres la sobreprotegeron le complacían sus gustos en cuanto Ana los solicitaba para no tener problemas con ella y se frustraba fácilmente cuando no los tenía, reclamándolos de manera agresiva. La madre refería culpa por el maltrato que le daba a Ana y para expiar la culpa la sobreprotegía, sin permitirle la autonomía y desarrollo, vivió pegada a la madre en el conflicto y en la satisfacción de sus necesidades (Nuñez, 1992).

El evento que marcó la vida Ana fue la historia de sus “pérdidas” tempranas. La principal fue la de su tía paterna quien se suicidó con medicamentos por un conflicto amoroso cuando Ana tenía 8 años, ella quería a la tía como una madre sustituta, la consideraba como una tía “buena” (que la paseaba, le daba lo que quería, la llevaba a

jugar y no la agredía ni la rechazaba) mientras que de su madre, pensaba que era una mujer “mala” que hacía todo lo contrario, ambas figuras estaban escindidas para Ana (en una madre buena y otra mala, Klein 1957, Kernberg 1987, Green 1994, Bergeret, 2001) Ana tenía idealizada a su tía que veía poco, pero lo suficiente para satisfacer sus necesidades, mientras que devaluaba y odiaba a su progenitora.

En la *pérdida objetal* Ana recreó el mecanismo de identificación proyectiva (Klein, 1957) con su tía, que asumió de manera inconsciente y que convirtió en el esquema básico de respuesta ante la pérdida del amor (paterno, de pareja etc.) que instauró en su mundo interno. Considerando que los conflictos de relación -con el objeto amado- se resuelven con el “suicidio” es decir, se pagan con la muerte o ante la falta de amor es mejor morir (Litman, 1967).

En la infancia, Ana consideró la pérdida como un abandono a pesar que al inicio estuvo en la negación del evento y pasó por un estado depresivo prolongado (que se manifestó con tristeza, llanto, bajo rendimiento escolar y añoranza). Desde entonces se incrementó su hostilidad y agresividad hacia su madre, proyectando así sus sentimientos de pérdida y desesperanza. Ana no elaboró la pérdida ya que en sus fantasías y en la realidad aparecía el recuerdo doloroso de la pérdida *objetal*, no había desprendido el afecto de la representación (Green, 1994), como nos lo hace saber Ana “cuando mi prima murió (resignifica) la sepultaron donde sepultaron a mí tía (que se suicidó) y quedaron así de frente y yo me sentí como si hubiera sido mi tía, entonces me dio un ataque de llanto terrible, pero más por el recuerdo de mí tía que por mi prima.”

El mecanismo de identificación con su tía fallecida por suicidio está presente en varios intentos de suicidio de Ana con medicamentos -su deseo estaba orientado por un una reunión o reencuentro con los muertos amados o cuando tiene conflictos de pareja y temor al abandono-. Litman (1967) interpreta que en estos casos las historias frecuentes de suicidio muestran identificaciones nucleares con personas amadas que murieron.

El estado depresivo de Ana se presentaba ante la fantasía de ser abandonada (Freud, Duelo y Melancolía, Vol. XIV) entonces ideaba suicidarse o planeaba hacerlo. Repitió el esquema de comportamiento cuando su pareja decidió separarse de ella, en esta ocasión ya la tenía idealizada y la escisión le permitía odiar a su padre (Klein, 1957, Kernberg, 1993, Bergert, 2001).

La idea del suicidio pasó del inconsciente a la conciencia para instaurarse en su vida como medio de solución a problemas de relación que justificaba con el deseo de morir por sentirse abandonada por el *objeto anaclítico* (Bergeret, 2001).

Cabe recordar que Ana tenía idealizado a su padre hasta que él trató de seducirla, besándola en la boca, tocándola y espiándola cuando se bañaba. Situación que la madre desmintió y le dijo a Ana “sólo quieres separarme de mi esposo”. La madre percibió a su hija como rival y Ana pronto encontraría en la adolescencia a su pareja a quien idealizaría como lo hizo con su padre, la escisión en Ana le permitía percibir ahora al objeto malo (su padre) con quien se tornaba agresiva y hostil. Ahora el objeto bueno era la pareja y el padre el malo (escisión). Entonces el frágil *ideal del yo* de Ana (Bergeret, 2001) tendría un nuevo sustituto a idealizar, pero este se fue, la

abandonó y ella sufrió. Presentó nuevamente depresión y ansiedad que vivió como intolerante (Kernberg, 2001). Las continuas “actuaciones” de Ana se habían convertido en un patrón de conducta (el común denominador) para resolver conflictos ante la amenaza de separación. Las pérdidas de la abuela, la de una prima (por muerte), y el término de la psicoterapia fueron eventos que estresaban a Ana se convirtieron en pretextos para regresar a la ideación suicida (Litman 1967) pero sin llegar al acto.

En el ámbito social en específico su formación como enfermera le proveyó de un método letal con el que presentaba la ideación suicida de inyectarse cloruro de potasio (KCL), un método que le podría provocar un infarto, sin embargo, hasta la fecha lo ha pensado y lo ha planeado (a pesar que ha tenido el KCL en su casa no ha intentado suicidarse). De hecho fue la situación por la que se hospitalizó por la ideación suicida, la psicoterapia funcionó para eliminar el estado depresivo, la desesperanza, y la conducta suicida. Aunque como hemos reportado la ideación regresó en momentos de estrés. Ana puede pasar periodos largos con la ideación pero sin pasar al acto, la actuación remitió como se ha venido comentando a lo largo de los resultados del caso clínico. En el *postest* y el *seguimiento* se comprobó que no ha recaído más, se encuentra estable y funcional.

◆ **La supervisión en el caso Ana**

Fue un punto estratégico y nodal para el trabajo terapéutico. Ambos casos fueron supervisados por diferentes psicoanalistas y en cada situación clínica se consideraron los principios éticos, lo complejo de trabajar con pacientes con trastorno

límite, la relación transferencial y contratransferencial, las continuas actuaciones, pero principalmente el intento de suicidio.

En ambos trabajos de supervisión las psicoanalistas permitieron la exploración de los casos ligados al foco clínico, habiendo apertura. Se aclaraba la confusión, las contradicciones de las transferencias negativas y los efectos contratransferenciales en el terapeuta producidos por los pacientes que en cualquier momento podrían presentar comportamientos suicidas (Kernberg 1987). Adicionalmente se promovían estrategias para el mejor desempeño clínico. Aunque en ocasiones, algunas situaciones clínicas no resultaron como se esperaba, se intentaba nuevamente que las intervenciones estuvieran encaminadas para aliviar los síntomas y generar en los pacientes una comprensión de su comportamiento.

En el caso **A** la supervisión estaba dirigida al foco clínico y a los cambios afectivos y conflictos de relación, a reconocer la minimización del abuso sexual que expresaba la paciente de manera resistencial, las mentiras de la paciente quien refería a su madre y al terapeuta. Es importante recordar que en las patologías fronterizas transferencialmente presentan una sensación de vacío, desorden, omisiones o distorsiones conscientes en su discurso debido a que sus relaciones son de objeto parcial (Nuñez, 1992). Fue hasta que se le confrontó a la paciente, cuando aceptó que tendía a fingir y ocultar información, se le interpretaba que esos comportamientos representaban sabotajes al tratamiento. La supervisora me clarificaba la confusión que me generaba la paciente cuando estaba por presentar actuaciones inconscientes y que escondía detrás de su discurso prolijo. En relación con la contratransferencia la paciente me generaba en ocasiones aburrimiento y

cansancio propio de la relación que establecen los pacientes depresivos y que me fue señalado por la supervisora.

◆ **Caso Celia**

Desde el inicio, la psicoterapia de Celia constituyó un reto debido a la cronicidad que presenta del trastorno límite de personalidad y la gran cantidad de tentativas suicidas (20 intentos). Cabe recordar a Roy (1989) Dijkstra (1989), Nilssen et al. (1990) y más reciente a Freeman & Reinecke (1995) quienes consideran que un historial de intentos de suicidio previos es una de las predicciones más segura de futura conducta suicida y en algunos casos de la consumación del acto.

En este caso se observó que el narcisismo de Celia se encontraba mal establecido y mantenía una evidente y excesiva necesidad de comprensión, de respeto de afecto y de sostén (Bergeret, 2001). Celia idealizaba a su expareja y en algunas sesiones, parecía que ya había superado la separación, Celia conscientemente reconocía que su reconciliación era imposible, pero ante sus rasgos de dependencia insistió en regresar con la expareja una y otra vez. A él lo consideraba como su “mejor relación”, la persona que le brindaba seguridad tranquilidad y protección. “El rasgo propio de los fronterizos consiste en apoyarse en el interlocutor, ya sea en espera pasiva y mendigando satisfacciones positivas, o bien manipulaciones mucho más agresivas” (Bergeret, 2001, p. 192). Es importante recordar que a Celia, el abandono le vulnera sus defensas y le genera angustia de pérdida del objeto, lo que la lleva a la depresión que atañe a las vivencias infelices

pasadas en el plano narcisista, y esta angustia flotante advierte al paciente que sin el *objeto anaclítico* va hundirse en la depresión.

La fantasía inconsciente de homicidio de Celia consiste en un deseo hostil de venganza, de poder, de control y de asesinato hacia su expareja (Litman, 1967), que también se desplazó al hijo, producto de la relación.

Esta fantasía estaba fundamentada por el mecanismo de la escisión, en la que el objeto bueno se desvaloriza convirtiéndose en malo y persecutorio. Entonces Celia proyectaba su odio y trataba de aniquilar a su objeto para no ser destruida por éste (Klein, 1957).

Es importante señalar que la desesperanza es tan grave en Celia, que deriva en una falla cognoscitiva y consecuente fracaso de las funciones yoicas, que se manifestó con intentos de suicidio

La depresión de Celia es un estado fluctuante que continuamente la lleva al intento de suicidio, “en tanto es más grave la depresión clínica que va acompañada de la intención e ideación suicida, más agudo es el peligro... el riesgo de suicidio se marca durante la etapa de la recuperación de la depresión paralizante; en pacientes límite por contraste, su impulsividad crónica amplía el riesgo de suicidio” (Kernberg, 1987, p.229).

Celia comentó que desde que tuvo su primer novio, nunca había estado sola, y respondía en consecuencia, sus actuaciones eran sexuales, por lo que se involucraba

continuamente en relaciones *parciales de objeto*, refiriendo que lo más importante era satisfacer sus deseos sexuales. Su comportamiento terminaba con una sensación de vacío, ya que no presentaba un compromiso afectivo en los vínculos que establecía (Kernberg, 1987). Tanto en el caso de Celia como en el de Ana, el conflicto se presenta entre el *yo* VS el *ideal del yo* que se encuentra frágil y mal constituido (Bergeret, 2001).

Finalmente, los resultados de la psicoterapia revelaron que pudo remitir: el estado depresivo, la desesperanza y la tentativa suicida, se pudo corroborar hasta al final de la psicoterapia, pero debido a las necesidades de afecto de Celia y a sus continuas actuaciones, llamó nuevamente a su expareja para solicitarle regresar con él (actuación), siendo nuevamente rechazada, situación que en la fase *seguimiento* reactivó un nuevo estado depresivo.

Ante tal evento, se le brindó apoyo y contención, pero las condiciones de la paciente apuntaban hacia una nueva recaída por lo que el tratamiento, no mantuvo los cambios afectivos (depresión por la actuación) después de tres meses (solo durante dos meses y medio). Es necesario hacer un nuevo contrato terapéutico y continuar el tratamiento breve sin que la figura terapéutica y la psicoterapia se conviertan en un sustituto permanente de las necesidades afectivas y de relación de la paciente.

♦ La supervisión en el caso Celia

Al inicio, con la supervisión encontramos en la psicoterapia que la paciente tenía recursos para postergar el intento de suicidio y una red social de apoyo (con la familia y los amigos), pero observamos también que Celia tenía la capacidad de castigar desde la fantasía, de matar al otro (pareja e hijo) y esto representaba el mecanismo de escisión donde los objetos considerados buenos se convertían en malos, lo hacía cuando se sentía vulnerable y vacía. También reconocimos que la fantasía de matar al hijo, no dejarlo a merced de las relaciones con la familia de la expareja. Esta fantasía también nos informaba que odiar al otro, significaba odiarse a sí misma, por lo que se trabajó en ello, remitiendo en la paciente tal fantasía, incluso al final de la psicoterapia, en los avances, comentaba que se estaba haciendo cargo de su hijo (emocional e instrumentalmente), considerando que había sido producto del amor por su expareja y debía conservarlo en las mejores condiciones.

Se trabajaron los abandonos que Celia vivía como rechazos. Ella respondía sin importarle las múltiples automutilaciones e intentos suicidas, se castigaba sin comprenderlo y su único fin era retener, tratar de no perder la relación y evitar el vacío intenso.

La supervisora me señalaba los errores eventuales en la psicoterapia, hacía un llamado a que dirigiera mis esfuerzos al foco clínico, ya que la paciente refería una serie de eventos que saldrían del encuadre, fue entonces que la supervisora me comentó que evitará *señalar* con afirmaciones porque generaba resistencia y era mejor intervenir con preguntas que apuntaran hacia los señalamientos, situación que

llevé a cabo en las siguientes sesiones. Durante la última etapa de tratamiento Celia se tornaba seductora (transferencia negativa de tipo erótica) que ponía al terapeuta en un plano de observación voyeurista situación que se me señaló y orientó para no engancharme en esta transferencia y regresar al foco clínico.

En lo referente a sus actuaciones inconscientes Celia presentaba una vida promiscua que respondía a la dificultad de estar y sentirse sola, la cual manifestaba a través de múltiples relaciones efímeras y circunstanciales, en las que utilizaba a las personas como objeto, según refería Celia (representaban sus relaciones de objeto parcial). Por lo que en la supervisión se me sugirió trabajar con esta situación y que la paciente debía aprender a vivir consigo misma. Ella comprendió que era dependiente de sus padres y sus parejas, promovió su independencia con cambios al exterior. Por ejemplo, se compró un auto, se hizo cargo del cuidado de su hijo y de llevarlo a la escuela, planeaba la solicitud de un préstamo hipotecario para conseguir una casa y empezó a llevar a cabo algunas dietas.

En otras actuaciones Celia (también como en el caso de Ana) mentía y ocultaba información, las mentiras eran conscientes y las utilizaba tanto para obtener beneficios secundarios, como para hospitalizarse (por ejemplo en la recaída que tuvo en la sesión cuatro mintió a los clínicos y dijo que tenía cáncer en el estómago). Entonces en la supervisión se reconoció que las mentiras y las omisiones no permitían relacionar las representaciones, se trabajó en ello con resultados moderados, Después comprendí que este rasgo de carácter no iba a remitir en este tratamiento, sin embargo, se le señalaba.

En las últimas sesiones del tratamiento en acuerdo con la supervisora, se trabajaron los eventos que estaban encaminados a que la paciente reconociera que la psicoterapia estaba por concluir y Celia “actuaba” terminando así las relaciones con los últimos hombres de su vida (expareja, marido y el terapeuta). Se señalaba y prevenía un nuevo *acting out* sexual y ya no un intento de suicidio, situación que confirmaría la paciente en la evaluación de *seguimiento*. También hubo la necesidad de que el terapeuta se convirtiera en el interlocutor de la paciente cuando presentaba dificultades de poner en palabras sus conflictos. Se le señaló que la psicoterapia había construido un espacio interno en el que podía pensar. Que había en ese espacio construido por el tratamiento la presencia potencial y acompañante del terapeuta.

Contratransferencia. El hecho de que la paciente presentara un padecimiento crónico que se podía observar con múltiples intentos de suicidio, me generaban ansiedad y continuamente me preguntaba si podría avanzar en la psicoterapia sin afectar más a la paciente, es importante recordar que en este tipo de padecimientos la contratransferencia suele ser tensa, fluctuante y caótica (Nuñez,1992), pero con la ayuda de la supervisión, el internamiento breve (cinco días de la recaída), la medicación para controlar los impulsos de Celia, el marco institucional y la supervisión, me fue generando progresivamente, mayor seguridad en mi labor terapéutica. Esta situación nuevamente me llevó a revisar la literatura existente en la problemática y trabajar con las sugerencias de los clínicos y la supervisión.

Quizá la actuación más grave de Celia fue, no hacerse responsable del medicamento y negarse a ir a la farmacia para que le surtieran la receta. También

esta situación me inquietaba y me hacía pensar que podía fracasar la psicoterapia. Después comprendí en la supervisión, que la paciente quería el cuidado, la protección y la seguridad que le proveía su pareja y que recibía del terapeuta. Sin embargo, debido a mi ansiedad le ofrecí psicoterapia durante tres días seguidos mientras estaba hospitalizada rompiendo el encuadre que había pactado con la paciente, en ese momento percibí la recaída como una crisis y no como una actuación manipulada. Ahora creo que esta experiencia me dejó aprendizaje. Pienso que debo confiar más en el análisis de la contratransferencia, como un elemento clave para la comprensión y tratamiento de estos pacientes.

◆ **Medicación y hospitalización**

Es sustantivo reconocer que la psicoterapia por sí sola no hubiera sido suficiente sin el apoyo de la hospitalización en el caso **B**, y la medicación (en ambos casos). Como se pudo observar, los medicamentos fueron prescritos por un psiquiatra. Principalmente, para disminuir la impulsividad; los síntomas depresivos, y la ansiedad. Es sustantivo señalar que la psicoterapia coadyuvó a remitir los síntomas depresivos junto con el medicamento.

Respecto a la ansiedad, la desesperanza y la ideación suicida, como se confirmó en los resultados de ambos casos, fueron síntomas que disminuyeron con la psicoterapia. Aunque se puede reconocer que las ideas suicidas se presentaron en la sesión once del caso **A**, éstas remitieron, según se pudo comprobar en las evaluaciones de *postest y seguimiento*.

La hospitalización de los pacientes fronterizos con intento de suicidio cumple con diferentes funciones terapéuticas, dos de ellas son la protección y la seguridad que ofrece a los pacientes, en un medio controlado. En la institución se controlan las variables que pueden ser factores de riesgo (ej., alcohol, drogas, no hay métodos utilizados frecuentemente para intentar el suicidio). Otra función es que el medicamento permite regular el control de los impulsos y los síntomas neurovegetativos (insomnio, falta de apetito etc.) entre otros. Los pacientes de los casos A y B, estuvieron hospitalizados. El caso **A**, estuvo catorce días mientras que el caso **B**, veintidós días, en ese período se llevó a cabo la valoración diagnóstica con los instrumentos señalados en el método. El tratamiento fue ambulatorio.

En resumen, los datos arrojados por la investigación muestran que: el tratamiento se diseñó y estructuró en función del diagnóstico diferencial del Trastorno Límite de la Personalidad y la evaluación del intento de suicidio. Ambos sirvieron de fundamento para establecer la estrategia del modelo de psicoterapia breve focalizada. El establecimiento de límites precisos en el encuadre y el contrato, bloquearon algunas actuaciones inconscientes, y la brevedad del tratamiento evitó las regresiones que se pudieron convertir en distorsiones psicóticas de las que son proclives los pacientes fronterizos.

En la psicoterapia se exploraron y se clarificaron, las actuaciones inconscientes entendiendo las pacientes que sus actos estaban relacionados con la imposibilidad del manejo de la pérdida *objetal* que tenía su origen en fases tempranas del desarrollo de su psiquismo y que estaba ligado con los vínculos parentales (Kernberg, 1987, 2003, Green 1994, Bergert, 2001). Las pacientes reconocieron que ven al

abandono como un rechazo y las lleva a resignificar las escenas tempranas (del abandono) que tienden a repetir en un patrón de conducta ante la pérdida del *objeto anaclítico* (Bergeret, 2001). En el *seguimiento* se evaluaron los alcances terapéuticos y se revaloraron los síntomas que los pacientes habían presentado al inicio de la psicoterapia.

Ahora estamos en condiciones de responder afirmativamente en estos dos casos, que la psicoterapia breve focalizada disminuyó el número y la letalidad suicida en pacientes con trastornos límite de la personalidad.

El tratamiento presenta mejores resultados cuando se aplica a personas con baja y mediana letalidad suicida, con un trastorno límite de la personalidad que no sea crónico, con pocos intentos de suicidio, que cuentan con una red de apoyo familiar y han logrado un nivel educativo medio (secundaria -preparatoria).

CONCLUSIONES:

El tratamiento es un marco de referencia y cada terapeuta tiene su estilo personal para llevarlo a cabo. En lo particular los casos no se podrían comparar uno con otro, ya que son únicos, se sabe que diferentes personas responden de diferente manera al mismo tratamiento, entonces el modelo propuesto de psicoterapia se convierte en lineamientos generales en los que se mueve el terapeuta de manera flexible a fin de conseguir resultados probados en las mejores condiciones clínicas posibles.

En resumen la psicoterapia demostró en estos dos casos clínicos ser una técnica conveniente que remite el estado depresivo y el intento de suicidio, siempre y cuando exista una valoración detallada de la letalidad y un tratamiento combinado psicofarmacológico por un especialista (psiquiatra). El papel esencialmente activo del terapeuta y la supervisión posibilitaron el tratamiento en mejores condiciones clínicas.

Las evaluaciones cumplieron con el criterio de “triangulación” del método cualitativo. En ambos casos se demostró que a nivel de los instrumentos, y a través del juicio clínico (psicólogo y psiquiatras) los resultados fueron similares en el diagnóstico diferencial.

El costo-beneficio del tratamiento es importante ya que la psicoterapia breve focalizada en el intento de suicidio disminuyó el número de los intentos y la letalidad de las mismas, situación que podemos constatar a lo largo de los resultados.

Observamos que la psicoterapia y la medicación mejoran la calidad de vida de los pacientes como se demostró, y es la calidad de vida la que legitima la investigación, más allá del costo beneficio que le brinda a la institución

Finalmente, en esta investigación podemos considerar que el tratamiento propuesto evitó las recaídas, y con ello las hospitalizaciones, las incapacidades laborales y principalmente se evitó el costo más alto, la pérdida humana.

◆ **Limitaciones del estudio.**

Una de las limitaciones de esta investigación es que no se evaluó la impulsividad de los pacientes, indicador que pudo ofrecer mayor información de la letalidad de los intentos de suicidio. Los resultados no pretenden la generalización sino conocer el fenómeno a través del “estudio de caso”. Explorar, evaluar, contextualizar el fenómeno y el tratamiento, que es susceptible de ser utilizado con las condiciones clínicas de evaluación y supervisión en un escenario diseñado ex profeso para responder a las crisis.

Con relación a las evaluaciones sobre suicidio se sugiere se aplique en las fases de *postest* y *seguimiento* la escala de ideación suicida en futuros estudios, aunque los pacientes verbalicen: que no atentaran contra su vida. Lo anterior para confirmar con los instrumentos que en efecto la ideación suicida ha remitido.

El estudio de la comorbilidad diagnóstica del TLP es importante, ya que permite conocer el pronóstico terapéutico y poder incidir en él, por ejemplo cuando el trastorno límite se traslapa con la depresión, la bulimia, el consumo de alcohol o las adicciones, la situación clínica que sugiere trabajar con un equipo multidisciplinario que trate estas patologías a la vez que el terapeuta trabaja con el trastorno de personalidad.

En los resultados influyeron los siguientes factores, la escolaridad de los participantes (licenciatura y preparatoria en los casos *A* y *B* respectivamente), los intentos de suicidio fueron de mediana letalidad, los pacientes se comprometieron al tratamiento y la psicoterapia fue supervisada. La experiencia del terapeuta con pacientes en crisis y en marcos institucionales también es un factor importante que se debe considerar porque puede incidir en los resultados.

Finalmente, se recomienda realizar futuras investigaciones en los que se involucre a la familia en su papel como red de apoyo. También se recomienda evaluar a los trastornos fronterizos en periodos más largos con más casos.

Referencias

- Adler, G. (1985). *Borderline psychopathology and its treatment*. New York, EE.UU: Jason Arson.
- Alonso, L. (1988). Entre el pragmatismo y el pansemilogismo: Notas sobre los usos (y abusos) del enfoque cualitativo en sociología. *Reis*, 43, 157-173.
- Alonso, L. (1994). Sujeto y discurso. El lugar de la entrevista abierta en las practicas de la sociología cualitativa. En J. M. Delgado & J. Gutiérrez (coord.). *Resultados y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp. 225-240). Madrid España: Síntesis.
- Álvarez-Gayou, J. (2004). *Cómo hacer investigación cualitativa, fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- Anguera, M. (1995). Recogida de datos cualitativos. En *Métodos de investigación en psicología*, Anguera T., Arnau, J, Ato M, Martínez, R. Pascual, J. y Vallejo G. Editorial Síntesis España. 538-542.
- American Psychological Association. (2002). *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association*. Chávez, M., Padilla, G., Inzunza, M., Jiménez, A. & Sánchez-Escobedo, P. (trad.) México: El Manual Moderno.
- Asociación Psiquiátrica America. DSM-IV. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. México: Masson
- Balint M, Orstein P. & Balint E. (1986). *Psicoterapia focal*. México : Gedisa.
- Baron, M., Grue R., Asnis L. & Lord S. (1985). Familial transmission of schizotypal and borderline personality disorders. *Am J. Psychiatry*, 142, 927-934.
- Bartólome M. & Panchón C. (1998). Caso 2. El análisis de contextos educativos diferenciados desde un enfoque cualitativo. En Buendía L., Colás O., & Hernández F. (Eds.). *Métodos de investigación en pedagogía* (pp. 320-337). España: McGrawHill.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *The British. J. Psychiatry*, 177, 138-143.
- Beck, A. T., Kovacs, M. & Weisman, A. (1979). Assessment of suicidal intention. The Scale for suicide ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*. 47, 343-352.
- Beck, AT., Rush, AJ., & Shaw, BG. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Biblioteca de Psicología Descleé De Browner S. A.
- Beck, A. T., Schuyler, D., & Herman, I. (1974). Development of suicidal intent scales. En Beck AT., Resnik, H., & Lettieri, D. (Eds.), *The prediction of suicide* (pp.45-56). Bowuie. EE:UU.: Charles Press
- Beck, A. T., Steer, R.A., Beck. J.S. & Newman, C.F. (1993). Hopelessness, depression: suicidal ideation and clinical diagnosis of depression. *Suicide Life Threat Behav.* 23, 139-145.
- Beck, A. T., Weisman, A., Lestter, D., Trexler J. (1974). The measurement of pessimism the hopelessness scale. *J. consult clin psychol*, 42, 861-865
- Beck, A., Ward, CH., Mendelson, M. & Erabaugh, J. (1976). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 33, 835-837.
- Beck, P., & Freemann A. (1992). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*, México: Paidós.
- Becker, S. (1975). observación social y estudios de casos sociales. En L. David Sills. *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*, vol. 7 (pp. 384-389) Madrid, España: Aguilar.

- Bellak, L & Siegel H. (1986). Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. México, El manual Moderno.
- Bello M, Puentes E, Medina-Mora M, Lozano R. (2005) Prevalencia de depresión en población adulta en México. *Salud Publica Mex* 47(1) supl: 4-11.
- Belloch, A. & Fernández, H. (2002). Trastornos de la personalidad. Madrid, España: Síntesis.
- Bergeret, J. (1975). Los estados límites y su organización. En Bergeret, J., El Manual de psicopatología teórica y clínica (pp.175-191). Barcelona: Masson
- Bergeret, J. (2001). Las a-estructuraciones, en personalidad normal y patológica. Barcelona. España: Gedisa.
- Bernstein, D y Nietzel, M. (1987). Introducción a la psicología clínica. México. McGraw Hill.
- Borges G, Rosovski H, Gómez C, Gutiérrez R. (1996). Epidemiología del suicidio en México: 1970-1994. *Salud Mental México*, 38:197-206.
- Borges G, Wilcox H, Medina-Mora M, Zambrano J, Blanco J, Walters E.(2005). Suicidal Behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12 month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental*, 28 (2):40-47.
- Buda, M. & Tsuang, M.T. (1990). The epidemiology of suicide: implications for clinical practice. En Blumenthal S. J., & Kupfer, D. J. (Eds.). Suicide over the life cycle. Risk factors, assessment and treatment of suicidal patients (pp. 17-37) Washington, DC.EE:UU.: American Psychiatry Press.
- Calderón, N. (1992). Cuestionario Clínico para el diagnóstico de los cuadros depresivos, *Rev. Med. IMSS*, México, 30, 377-380.
- Calderón, N. (1992). Un cuestionario para medir la depresión. En Calderón, N., Depresión. (pp.73-82) México: Trillas.
- Cameche, M., Díaz M., y Vallejo M. (1995). Cuestionarios, Inventarios y escalas. Ansiedad, Depresión y habilidades sociales. España: Editorial Fundación Universidad-Empresas.
- Caraveo, J., Medina-Mora, M., Rascón, M., Villatoro, J., Martínez-Vélez, A. & Gómez. (1996). La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México, *Salud Mental*, 19 (3):14-21.
- CIE-10. (1992). Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento. México: Ediciones Meditor.
- Clarkin, J., Yeomans, F., & Kernberg, O. (1999). Psychotherapy for borderline personality. New York: Wiley.
- Clayton, P. J. (1985). Suicide: *Psychiatric Clinics of North America*. 8, 203-214.
- Código Penal del Distrito Federal (2007). Raúl Juárez Carro comp .México: Colección Penal
- Cohen, B. J., Nedstadt, G., Samuels, J. F., Romanoski, A. J., Flostein, M. F., Mchugh, P. R. et al. (1994). Personality disorder in later life a community study. *Br. J. Psychiatr.*, 165, 493-9.
- Colás, P. (1998). Métodos y Técnicas cualitativas de investigación. En Buendía, L. Colás, P., & Hernández, F. Psicopedagogía (pp.251-286). México: McGrawHill
- Cuevas, P., Camacho, J., Mejía, R., Rosario, Parres, R., Mendoza, J., López, D. (2000). Cambios en la psicopatología del trastorno limítrofe de la personalidad, en los pacientes tratados con psicoterapia psicodinámica, *Salud mental*, 23, (6):1-11.

- Cuevas, P., & Mendizábal, M. (1995). La investigación del paciente borderline en México. *Cuadernos de psicoanálisis*, 28 (Supl.), 99-100.
- Creswell, J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design.: Choosing among five Traditions: Thousand Okas; Sage*
- Chabert, C. (2000). Los funcionamientos fronterizos: ¿qué fronteras? En Jaques André., et al. *Los estados fronterizos ¿Nuevo paradigma para el psicoanálisis?* (pp. 81-102). Argentina: Nueva Visión.
- Davis, T., Gunderson, J. & Myers, M. (1999). Borderline personality disorder. En Jacobs, D., & Coyle, J. (Comp. Ed.). *The Harvard medical school guide to suicide assessment intervention.* (pp. 311-331). EE.UU.: Jossey-Bass.
- Denny. (1978). *Stroytelling and educational understanding.* En Guba, E., & Lincon, S. *Address deliberated at national meting of international reading association.* Houston Texas.
- Denzin, K. (1978). *The research Act.* New York: McGraw-Hill Book Company
- Diario Oficial de la Federación México (1982). Comité sobre experimentación humana. México, 16-17.
- Díaz, J., Martínez, S., Bousoño, M. & Bobes, J. (2004). Evaluación del riesgo suicida, valoración clínica de los comportamientos suicidas. En Bobes, J & Sainz, P. (comp.) *Evaluación del riesgo suicida. Comportamientos suicidas, prevención y tratamiento* (pp. 255-263). España: ARS Médica.
- Diekstra, R. (1989). Suicide and the attempted suicide: an international perspective. *Acta Psych Scan*, 354, (80 supl.) 118-124.
- Diekstra, R., Garnefski, M. (1995). On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: An international Perspective. *Suicide Life-Threat Behav*, 25 (1): 36-57.
- Donet y Green. (1974). *L'enfant de ça : La psychose blanche.* Paris: Editons de Minuit.
- Dulit RA., Fyer MR., Leon AC, Brodsky BS. & Frances AJ. (1994). Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 151:1305-1311.
- Durkheim, E. (1987). *El suicidio.* Universidad Nacional Autónoma de México. (Original work Published 1887).
- Eguíluz I, y Segarra R. (2005). Psicopatología del instinto de vida. En Segarra, R., Rodríguez M., & Sánchez P. *Introducción a la psicopatología* (pp.287-308). México: ARS Medica.
- Fawcet, J., Clark, D. & Busch, K. (1993). Assessing and treating the Patient at Risk for Suicide. *Psychiatric Annals*, 23 (5): 244-255.
- Fiorini, J. (1990) *Teoría y técnica de psicoterapias.* Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- First, M., Gibbon, M., Spitzer, R. & Williams, J. (1999). *Entrevista clínica Estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV.* Incluye el manual del usuario, la entrevista y el cuestionario. México. Masson.
- Folino, J. (2004). *Prevención del suicidio.* En Manuel Suárez. *Psiquiatría en medicina general* (pp.137-151) Buenos Aires: Richards Polemo.
- Franca-Targo, O. (1996). *Ética para psicólogos: introducción a la psicoética.* Uruguay: Desclée Broker, S. A.
- Frances, A., & Roos, R. (2003). *Estudio de casos: guía clínica para el diagnóstico diferencial.* Madrid, España: Masson.

- Franco, F., San Martín, A. & Ubago, G. (2003). Comorbilidad entre los trastornos mentales y los de personalidad, En Roca, et al. Trastornos de la personalidad (pp. 387-400). España: ARS Médica Sociedad Española de psiquiatría biológica..
- Frank, R. (1996). Ética y evaluación psicológica. Un tema para reflexionar Buenos Aires, Argentina:Páidos.
- Frazier S. Campell, Marshall, M. & Werner, A. (1976). Terminología psiquiátrica y de la clínica psicológica. México:Trillas.
- Freeman, A. & Reinecke, M. (1995). Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida. Mexico: Decleé de Brouwer.
- Fossati, A., Madeddu, F., & Maffei C. (1999). Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: a meta-analytic study. *J Personal Disord*, 13, 268-80.
- Freud, S. Obras completas. (1996) Proyecto de psicología 1895, vol.1, (pp. 323-446); Estudios sobre la histeria 1895 vol 2, (pp. 1-313). Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad 1896 vol. 9, (pp. 127-148). La interpretación de los sueños 1900 vol. 5, (pp. 345-706). Psicopatología de la vida cotidiana 1901, vol. 6 (pp. 1-284). Duelo y Melancolía 1915, Vol.14, (pp. 235-255); La metapsicología. 1915, Vol. 15. Pegan a un niño (1919) Vol. 17. Contribución al conocimiento de la génesis de perversiones sexuales (pp.173-200). Neurosis y psicosis 1924, Vol. 19, (pp. 151-159). El esquema del psicoanálisis. 1938, Vol. 23, (pp. 133-209). La escisión del yo en el proceso defensivo. Vol. 23. (pp. 271-278). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1924). Die Realitätverlust bei neurose und psychose (La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis) G.W. 13, SE 19 Francés A Berman(Trad.). París: Gallimard.
- Freud, S. (1948). Der Mann Moses und die monotheistische, Religión (Moisés y el monoteísmo) G.W. SE. 23 Francés A. Berman (Trad).París: Gallimard
- Gabbard, G. (2000). Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. México: Panamericana.
- Gabbard, G., Goin, M., Gunderson, J., Spiegel, D., Stone, & Phillips, K. (2003). Guía clínica para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. En *American Psychiatric Association* (APA). Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos (pp.1059-1181). España: ARS Médica..
- García, M., Bascarán, M., Jiménez, L., & Martínez, S. (2004). Evaluación psicométrica. Evaluación del riesgo suicida. En Bobes, J & Saíz, P. (comp.) Comportamientos suicidas, prevención y tratamiento, (pp.264-273). España, ARS, Médica.
- Gioralmo G & Dotto P. (2000). Epidemiology of personality disorders, En Gelder MG. López-Ibor JJ, Andreassen N, (eds.). New Oxford textbook of psychiatry Oxford (pp.959-964). Oxford.: Oxford University Press.
- Gómez, C y Borges G. (1996). Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. *Salud mental* 19, 45-55.
- González, F. (2000). Investigación cualitativa en psicología, rumbos y desafíos. México: Internacional Thomson. Editores.
- González, S., Díaz A, Ortiz S González, C. y González J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México, *Salud mental*,23, 21-30.
- Goode, W. y Hatt, P. (1969). Métodos de investigación social. México: Trillas.

- Gornec, K, Hafner, Kleff, F & Welz, R. (1990). Clasificación del riesgo en el intento suicida, *Salud Mental*, 5 (5): 65-72.
- Gornec, K. (1990). Tengo derecho a tener un último secreto, *Acta Médica*, 26, 61-89.
- Green, A. (1994). El concepto de fronterizo. En Green A. De locuras privadas (pp. 88-119). Buenos Aires Argentina: Amorrortu Editores.
- Guba E. & Lincon, & Y (1981) Effective evaluation. San Francisco, CA: Jossey-Bass
- Gundermann, K. (2001). El Método de los estudios de casos. En María Luisa Tarrés (corrda.). Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social (pp. 251-288). México: El colegio de México.
- Gunderson, J. & Phillips K. (1991). A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am. J psychiatry*, 148, 967-975
- Gunderson, J. & Zanarini M. (1987). Current Overview of the borderline diagnosis. *J. Clin Psychiatry*, 48, (suppl. 8):5-14.
- Gunderson, J. (2002). Psicoterapia de los trastornos de personalidad. Barcelona, España: ARS Médica.
- Gutier, M., & Mayer, H. (1998). Abordajes psicoterapéuticos de las patologías borderline en potencialidad. En Gutier, M., & Mayer, H. Límites terapéuticos del psicoanálisis (pp. 65-71). Buenos Aires, Argentina: Editorial el Corregidor.
- Gutiérrez-García A, Contreras C, Orozco R. (2006). El suicidio conceptos actuales. *Salud Mental*, 29, (5):66-74..
- Harriet, L., Fleminmg, J.; Steiber, D.; Lyn, E.; Boyle, M.; Jaimeson, E.; Duku, E.; Walsh, CH., Wong, M.; & Beardslee. (2001) Childhood and lifetime psychopathology in a comunitar sample, *Am. J. Psychiatry*, 158, 1878-1883
- Hawton, K. (1987). Assessment of suicide risk. *Br. J. Psychiatry*, 150, 145-153
- Heman, A. (1984). Deseo de morir y realidad del acto en sujetos con intento de suicidio, *Salud Pública México*, 26, (1):39-49.
- Hundelson, P. (1994). Qualitative research for health programmes: I División of Mental World Health Organization. Geneva Switzerland.
- Ito, M. & Vargas, B. (2005). Investigación cualitativa para psicólogos. México: Porrúa
- Jay, R. & Swerdlik, M. (2001). Pruebas y evaluación psicológicas, introducción a las pruebas y a la medición. México: Mc Graw Hill.
- Jiménez, A. & Díaz, M. (1995). Suicidio e intento suicida: aspectos epidemiológicos, *Psiquis México*, 4 (5):85-88
- Jiménez, A. y González-Forteza, C. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental*, 26. (6), 35-46.
- Kernberg, O. (1982). Borderline conditions. Childhood and adolescent aspects. In the borderline child, approaches to etiology, diagnosis and treatment. New York: Ed. K. S: Robson McGraw Hill.
- Kernberg, O. (1987). Diagnóstico y tratamiento de pacientes con potencial suicida. En Kernberg, O Trastornos graves de personalidad (pp. 229-238).México: Manual Moderno.
- Kernberg, O. (1987). Trastornos graves de la personalidad. México: Manual Moderno.

- Kernberg, O., Selzer, M., Koenigsbuerg, H., Carr, A. & Appelbaum (1995). Psicoterapia psicodinámica del paciente limítrofe. México: Editorial Planeta.
- Kernberg, O. (1993). Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. Buenos Aires: Paidós.
- Kernberg, O. (2001). The suicidal risk in severe personality disorders: diferencial diagnosis and treatment. *Journal of Personality Disorders*, 15, (3) 195-208.
- Klein, M. (1957). Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé. En Klein, M. Obras completas. Vol. 1 (pp.177-207). España: Paidós.
- Klein, M. (1994). Nota sobre algunos mecanismos esquizoides. En Klein, M. Obras completas. Vol. 3 (pp. 10-33). España: Paidós.
- Kurgen, G. (1998). Factors associated with completed suicide in borderline personality disorder. *J. New Mentm*. 176, 40-4.
- Labortiga, F. & Cervera, S. (2003). Instrumentos de evaluación. En Roca, et al Trastornos de la personalidad (pp. 401-421).España: ARS Médica.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (1983). Diccionario de psicoanálisis. México: Labor
- Linehan, M., Anstrong, H., Suarez, A., Allmon D., Heard HC. (1991). Cognitive-Behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*, 48:1060-1064.
- Links, P., Bergmans, Y., & Warwar, S. (2003). Assessing risk in patients with borderline personality disorder. *pshychiat times*, 21, (8):78-79
- Link, P. & Helsegrave R. (2000). Prospective studies out come, understanding mechanisms of change in patients with borderline disorder, *Psychiatr Clin North Am Vol. 23*, (1) :137-150.
- Litman, R. (1967). El suicidio: una manifestación clínica de la actuación. En Abt. L., & Weisman. S. Teoría y clínica de la actuación (acting out). Argentina: Paidós.
- Loranger, AW., Oldam JM., & Tulis EH. (1982). Familial transmission of DSM-III borderline personality disorder, *Arch Gen Psychiatry*, 39, 795-799
- López, D., Cuevas, P., Gómez, A. & Mendoza, J. (2004). Psicoterapia focalizada en la transferencia para el trastorno límite de la personalidad. Un estudio con pacientes femeninas. *Salud Mental*, 27. (4):44-54.
- López, D. (2004) Psicoterapia focalizada en la transferencia para pacientes limítrofes, Editores de Textos Mexicanos, Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM).
- López, E., Medina, M., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzón, S. et al. (1995). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas, Resultados de una encuesta estudiantil. *Salud Mental*. 18, (4)25-32.
- Malan, D. (1975). The frontier of brief psychotherapy, New York: Plentum.
- Malow, RM., West JA., Williams JL., Sutker., PB. (1989). Personality disorders classification and symptoms in cocaine and opioid addicts. *J Consult clin Psicol*, 57, 765-767
- Masterson, J. (1976). Psychotherapy of the borderline Adult: A Developmental Approach. New York: Brunner/Mazel.
- Mattia JL., & Zimmerman M. (2001). Epidemiology. En Livesley J. (Ed.), Handbook of personality disorders: Theory, practice & research (pp.107-123). New York: Guilford Press.
- Medina-Mora, E., Borges, G., Lara, C., Beneje, C., Blanco, J., Fleiz, C., et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. (Vol. 26). No.4, Agosto.

- Medina-Mora, ME., Rascón, ML., Tapia, R., Mariño, MC., Juárez, F., Villatoro J. et al. (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: Resultados de un Estudio Nacional. *Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría*. Reseña de la VII Reunión de investigación, 48-55, México.
- Millon, T. (2003). Trastorno límite de la personalidad el patrón inestable. En Millon, T. Trastornos de la personalidad más allá del DSM-IV (pp. 671-717). Madrid, España: Masson.
- Molina, R., Rubio, V., Pérez, A., & Carrasco, J. L. (2003). Trastorno límite de la personalidad, En Molina, et al. Trastornos de la personalidad (pp.513-543). Madrid España: ARS Médica.
- Merriam. (1988). Case study research in education. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Mondragón, L.; Borges, G., & Gutiérrez R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos, *Salud Mental*, 24. (6):4-15.
- Mondragón, L., Saltijeral, M.T., Bimbela, A. & Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*, 21 (5):20-27.
- Morales, M., Ocampo, V., de la Mora, L. & Alvarado, R. (1996). Validez y confiabilidad del cuestionario clínico del síndrome depresivo. *Arch Neurocién*, 2, (1):11-15.
- Morgan. H., Burns-Cox. C., Pocock, H & Polittie, S. (1975). Deliberate self-harm: clinical and socioeconomic characteristics of 368 patient. *Br. J. Pshychiatry*; 127, 564-574.
- Morón, P. (1992). El suicidio, ¿qué sé?. Francia: Presses Universitantes de France Cruz O. S.A.
- Nielsen, B., Wang, A., Billebrahe, U. (1990). Attempted suicide in Denmark: In: A five year followup. *Acta psych Scand*, 81, 250-254
- Núñez, J. (1992). Interacción grupal. México: planeta.
- OMS. (2002) <http://www.WHO.int> datos publicados en septiembre página oficial
- Pérez, A. (2003). Epidemiología. En Roca M. et al. Trastornos de la personalidad (pp. 187-202) .España: ARS Médica.
- Pérez, J & Leal, C. (2003). Validez y especificidad de los criterios diagnósticos en los trastornos de personalidad. En Roca M. et al. Trastornos de la personalidad (pp. 359-385) España: ARS Médica.
- Piaget, J. (1985). Seis Estudios de Psicología. Barcelona España: Planeta.
- Platt, S, Bille-Brahe U, Kerkhof, A., Schmindtke A, Bjerke T, Crepet P. et al. (1992). Parasuicide in Europe: The WHO/EURO multicentre study on parasuicide. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatry Scand*, 85, 97-104.
- Poch, J. & Maestre, F. (1994). Psicoterapia breve y focal desde el punto vista psicoanalítico. En Ávila, A. et al. Técnicas de psicoterapia (pp.472-491) México: Siglo XXI.
- Rietdijk, E., Van Den Bosch, M., Verheul, R., Koeter, M. & Van Den Brink, W. (2001). Predicting self-damaging and suicidal behaviors in female borderline, patients rehaznos for living, doping, and depressive personality disorder, *Journal Personality disorders*, 15 (6): 512-520.
- Rihmer, Z., Velsá, N. & Kiss. (2002). Strategies for suicide prevention. *Curr Opin Psychiatry*, 15, (1): 6951-7367.

- Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1999). Algunas cuestiones de debate. En Metodología de la investigación cualitativa (pp. 307-317). Granada, España: Aljibe.
- Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. (1999). Primeros pasos en la investigación cualitativa. En Metodología de la investigación cualitativa (pp. 81-99). Granada, España: Aljibe.
- Rodríguez, R. (1998). Evaluación psicológica del riesgo suicida. En Ros S., Montalban. La conducta suicida (pp.223-236). Madrid: Aran.
- Ros, S. (1998). La conducta suicida. Madrid: Aran, Ediciones.
- Roy, A. (1989) Suicide. En Kaplan, HI, Sadock, B. (Eds.). Comprehensive Textbook of Psychiatry (pp.1414-1427). Baltimore E, Williams & Willkins.
- Saltijeral, T. (1988). Aspectos psicosociales del suicidio en el Distrito Federal, en La *Revista de psicología social en AMPESO México*, 2, 297-303.
- Sherrad, M. & Barrera, R. (1995). Qualitative research with an understudied population: In Depth interviews with women of Mexican descent. In *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 17, (4):452-470.
- Smith, K., Conroy, R. & Ehler. B. (1984). Lethality of suicide de attempt Rating Scale, *Suicide Life Threat Beah*, 14, 215-242
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2002). Código ético. México: Trillas.
- Soderberg, S. (2001). Personality disorders in parasuicide. *Nordic J. Psychiatry*, 55, 163-7
- Soloff, P., Fabio, A., Kelly, T., Malone, K., & Mann, J. (2005). High-lethality status in patients with borderline personality disorder, *Journal of personality Disorders*, 19, (4), 386-399.
- Soloff, P., Lynch, K., Kelly, T., Malone, K. & Mann, J. (2000). Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: A comparative study. *Am Psychiatry*, 157 :601-608.
- Stake, R., (1994). Case studies. In: Handbook of Qualitative Research, Ends., Denzin, N. & Lincon. New York :Sage Publications.
- Stake, R. (1999) Investigación con estudio de casos. Madrid: Morata.
- Stern A. (1945). A psychonalitytic therapy in de borderline neuroses, *psychoanal.Quart*, 14, (2): 190-198.
- Stone, M. (1993). Paradoxes in the management of suicidal in borderline patients *American journal of psychotherapy*,47, (2): 255-271
- Swartz, M., Blazer D., George, L. Winfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Personal Disorder*, 4, 257-272.
- Taylor, S. & Bogdan, J. (1987). La entrevista en profundidad, En Taylor, S. & Bogdan, J .Introducción a los métodos cualitativos de investigación; búsqueda de significados. (pp. 101-132). Argentina: Páidos.
- Terroba, G., Hernán, A., Saltijeral, M. T. & Martínez, P. (1986). Factores clínicos y sociales asociados con el parasuicidio y con el suicidio consumado, *Salud Mental*, 9, (1) :74-80.
- Terroba, G. & Saltijeral, MT. (1986). Instrumentos de evaluación suicida, cuestionario sociodemográfico, Escala de auto-medición de la depresión (EAMD), Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), Escala de riesgo-rescate y evaluación de la severidad Suicida (Beck), sin publicar. Instituto Nacional de Psiquiatría México.
- Terroba G., Saltijeral, T., & Del corral, R. (1987). El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida. *Salud Mental*, 10, (4):92-97.

- Torgesen S, Kringlen, E, & Cramer V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*, 58; 590-596.
- Treviño, L., Saíz, P., Paredes, B. & García, B. (2004) Epidemiología de los comportamientos suicidas. En Díaz J. et al. Comportamientos suicidas, prevención y tratamiento (pp.11-23):España: ARS Médica.
- Valles, S. (1999). Técnicas de conversación, narración, la entrevista en profundidad, En Valles, S. Técnicas cualitativas de investigación (pp.177-234). España: Síntesis.
- Valles, S. Miguel. (2000). Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión, metodológica y práctica profesional. España. Síntesis.
- Vela, F. (2001). Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa. En Maria Luisa Tarrés (coord.). Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social.(pp.63-95).México: El Colegio de México.
- Weisman, A. Worden, J. W.(1974). Risk-Rescue rating in suicide assessment. En Beck, Resnik and Lettieri. (Eds.). The prediction of suicide (pp.193-213).New yark: Charles Press.
- Wetzel, R., Marguiles, T., Davis, R.,& Karam, E. (1980). Hopelessness depression and suicide intent, *J Clin. Psychiatry* 41, 59-60.
- Wolberg, L. (1965). The techniques of short-term psychotherapy. New York: Grune and Stratton.
- Yen S., Shea T., Grillo C., Kodol A., Gunderson J., et al. (2004). Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *Am Psychiatry*, 161, (7):1296-1298.
- Yin, R. (1994). Case study research. Design and methods. London: SAGE Publications.
- Zanarini, M., Frankenburg, F., Duvo, E., Sickel, A., Trickha, A., Levin, A., et al. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 15, 1101-1106.
- Zanarini, MC, Willians AA. Lewis R, Reich RB. Vera SC. Maruino M. et al. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J. Psychiatry*, 154, 1101-1161
- Zanarini, M., Yong, I.; Lyne, M., Frankenburg, F., Hennen, J., Reich, D. et al. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline in patients. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 198, (6): 381-387.
- Zung WWK. (1965) A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*, 12, 63-70

ANEXOS DEL TRATAMIENTO Casos A y B

- **Carta de consentimiento informado**
- **Guía temática de la entrevista**
- **Categorías de la entrevista y el tratamiento**
- **Tablas de intervención terapéutica**
- **Tres sesiones clínicas**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA

Lugar y Fecha: _____
Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

Registrado ante el Comité Local de Investigaciones en Salud o la CNIC:

El objetivo del estudio es: _____

Se me ha explicado que mi participación consistirá en _____

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios, derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios, o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o intervenga con el tratamiento habitual del paciente, el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque ésta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del investigador principal

Números telefónicos a los cuáles puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: _____

Testigos _____

Clave :2810-009-013

GUIA¹ TEMATICA DE ENTREVISTA Y PSICOTERAPIA

Exploración de:

-Eventos significativos en la historia del paciente y la familia.

-Eventos relacionados a la tentativa suicida: (cómo, cuándo, dónde, en qué circunstancias, eventos estresantes y desencadenantes, etc.) ligados al foco.

- ▲ Pensamientos
- ▲ Sentimientos
- ▲ Deseos
- ▲ Planes, Método
- ▲ Comportamientos
- ▲ Número de veces
- ▲ Letalidad
- ▲ Ideas homicidas
- ▲ Síntomas: ansiedad, desesperanza, tristeza, etc.

▲ Eventos situacionales:

- ▲ El ámbito familiar
- ▲ El ámbito laboral
- ▲ El ámbito social

Factores de riesgo:

- Método
- Edad
- Género
- Antecedentes familiares de suicidio
- Consumo de drogas
- Consumo de alcohol, etc.,
- Enfermedades físicas incurables
- Enfermedades mentales etc.,

¹ Taylor y Bogdan (1987) comentan "en la situación de la entrevista el investigador decide como enunciar las preguntas y cuando formularlas. La guía de la entrevista sirve solamente para recordar que se deben hacer preguntas sobre ciertos temas" (p. 119).

ANEXO III

CATEGORIAS DE LA ENTREVISTA Y EL TRATAMIENTO

I	La familia y sus vínculos
II	Las pérdidas (<i>objetales</i>)
III	Las ideas y las tentativas suicidas (las circunstancias, el motivo, el afecto, el método y la letalidad).
IV	Las actuaciones
V	Los vínculos de trabajo
VI	Los sabotajes en el tratamiento
VII	El <i>insight</i>
VIII	Viñetas de intervención psicoterapéutica

Las categorías clínicas fueron el resultado del análisis de las entrevistas y la psicoterapia, como se podrá apreciar en las sesiones que se presentan (3, 5, y 12).

ANEXO IV

Tabla de intervenciones terapéuticas en el **CASO ANA**

INTERVENCION	S E S I O N E S											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Interrogar	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2. Informar												X
3. Confirmar	X				X				X			X
4. Clarificar			X		X	X		X	X		X	X
5. Recapitular				X	X	X			X	X		X
6. Señalar	X		X	X		X				X	X	
7. Interpretar				X	X	X	X	X	X	X	X	X
8. Sugerir			X		X				X			X
9. Indicar		X	X			X				X	x	X
10. Encuadrar	X											
11. Meta intervenciones			X		X	X			X			X

Las intervenciones fueron tomadas de Fiorini (1990)

Tabla de intervenciones terapéuticas en el **CASO CELIA**

INTERVENCION	S E S I O N E S											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Interrogar	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2. Informar	X											
3. Confirmar	X											X
4. Clarificar			X		X	X		X		X		X
5. Recapitular				X				X			X	X
6. Señalar	X		X	X		X		X	X		X	X
7. Interpretar				X	X	X	x	X	X		X	
8. Sugerir			X		X	X		X		X		
9. Indicar		X	X			X						
10. Encuadrar	X											
11. Meta intervenciones					X			X				X

Las intervenciones fueron tomadas de Fiorini (1990)

ANEXO V

Entrevistas sesiones 3, 5 y 12

Las entrevistas son citas textuales de la transcripción de la psicoterapia, se presentan en cuatro columnas:

La primera corresponde a las transcripciones por sesión (3, 5 y 12), en la segunda se presentan las intervenciones del terapeuta con algunos comentarios clínicos, la tercera corresponde a los criterios diagnósticos del DSM IV y la cuarta columna corresponde a las categorías clínicas encontradas en la psicoterapia.

CASO ANA

Sesión No. 3	Intervenciones terapéuticas	Criterios DSM-IV	Categorías
<p><i>T-¿Cómo se sintió la semana pasada?</i></p> <p>A-¿Cómo pasé la semana? Pues ayer me sentí muy triste, se enojó mi mamá conmigo, ya tenía mucho tiempo que no se enojaba conmigo, y empezó a gritar mi mamá cuando se enoja empieza a gritar y yo le contesté mal entonces me metí a mi cuarto y volví a pensar en lo mismo, no he tirado lo que tengo ahí y los tengo pero es la salida de sexto de mi hermano y entonces si a mí me pasa algo igual él ya no disfruta su salida como debería, entonces eso me detuvo, pero la verdad sinceramente yo estaba pensando que cuando él saliera de sexto...</p> <p><i>T-¿Usted se iba a suicidar?</i></p> <p>A- Ajá</p>	<p><u>Interrogar</u> (Estado afectivo).</p>	<p>(5) Ideación suicida</p>	<p>(III) Las tentativas suicidas. Método suicida cloruro de potasio (KCL)</p> <p>(III) Foco tentativas suicidas.</p>

<p><i>T-¿Cómo para celebrar que ya terminó?</i></p> <p>A- No, como para que ya haya disfrutado su salida de sexto</p> <p><i>T-¿Cuándo está muy enojada es que responde así? Ahora con la mamá... que grita y...</i></p> <p>A- Por tonterías, este... que a ella no la metiéramos en las cosas que tenemos mi hermano y yo, él me lava mis uniformes y yo le pago, entonces le dije a mi mamá, como sabe mi hermano que descanso hoy, entonces no me lava los uniformes, le hablé en la tarde y le dije mañana voy a hacer una guardia temprano le dices a Juan que me prepare un uniforme entonces, tengo batas y tengo pantalón y filipina y llegué y estaba una bata y le digo no bata no porque no tengo medias, y ahorita donde las consigo, y entonces empieza mi mamá “ay, a mí no me metan en sus cosas” le digo es que nadie te está metiendo tu te estás metiendo porque a ti nadie te dice nadie, “no es que tú me dices a mí, y Juan me dice a mí, esas son sus cosas y arréglenlas entre ustedes”, y le digo “pero es que nadie te está metiendo, nadie te está hablando y agarra y dice “pues ya te dije, a mi déjenme en paz” y luego mi hermano me escribió una carta</p>			
--	--	--	--

<p>T-¿Cuál hermano, el más chico?</p> <p>A- No el de 18 años</p> <p>T-¿Fue el mismo que intentó suicidarse?</p> <p>A- Sí</p> <p>T- Creo que por una parte no cumplió el acuerdo de la semana pasada de las ámpulas, bueno entonces ya parece como que no tiene la confianza con su mamá para dárselas, para decirle tráigamelas a mi yo las guardo ¿Si? ¿Segura?, quiero que se comprometa realmente</p> <p>A- Si... yo las tiro, ahora sí</p> <p>T- Porque va a haber un momento en el que nadie se va a enterar, no le dice a su mamá, no me dice a mí y allí las tiene guardadas</p> <p>A- le iba a hablar a usted, pero ya era noche y me dio pena hablarle</p> <p>T- Bueno ¿Qué podemos esperar para ahora? Es importante que las traiga, tráigamelas. Pero quede formalmente el acuerdo porque si hacemos acuerdos y no los cumplimos no vamos a resolver nada y la idea es resolver.</p> <p>A- Ya solo me quedé con una...</p> <p>T- Eran 3 y solo una, bueno pero es cierto que solo</p>	<p><u>Indicar</u> Prescripción eliminar el método (ámpulas de KCL) para evitar una tentativa suicida</p> <p><u>Meta</u> <u>intervención</u> Cumplir acuerdos encuadre</p>		<p>(VI) Sabotajes al Tx.</p>
--	---	--	----------------------------------

<p>queda una</p> <p>A- Si, así es.</p> <p>T- Bueno el miércoles me la trae, ese es el acuerdo que habíamos quedado. Bueno ese es uno, el otro acuerdo ¿Cuál era?</p> <p>A- Que cuando estuviera enojada me saliera y dejara las cosas, que ya no discutiera</p> <p><i>T-¿Y qué hizo ayer cuando discutió con su mamá?</i></p> <p>A- Discutí y me metí a mi cuarto y ya después me puse a escuchar música, eso me relaja pero ayer me deprimió, y ya después salí a disculparme con mi hermano porque le grité, o sea no debí haber reaccionado así, entonces le dije “oye perdóname ya mañana me llevo la bata, haber ahorita si encuentro las medias”, y me dice “no, ya te lavé los otros, ya para mañana ya se secaron” y le digo bueno y ya fui con mi mamá y le dije buenas noches mamá, ya no quiero discutir y me dijo está bien hasta mañana.</p> <p><i>T-¿En qué momento pensó suicidarse?</i></p> <p>A- Cuando me metí a mi cuarto</p> <p><i>T-¿Cuándo entró?</i></p> <p>A- Ajá</p> <p><i>T- Bueno, habíamos</i></p>	<p>(Se recuerdan estrategias para suspender y manejar conflictos. Reflexionar antes de actuar)</p>	<p>Criterio (6) Inestabilidad afectiva</p>	<p>(I) La familia y sus vínculos</p>
---	--	--	--

<p>quedado que en el momento en que empieza la discusión, salirse. No discutir y pensar. Bueno ya lo hizo, lo hizo un poquito tarde, ahora para la próxima es en el momento que empieza la discusión, retirarse</p> <p>A- Ok, ya tenía mucho que no lo hacía, no sé si es el estrés del trabajo o no sé</p> <p>T- Mire hay algunos datos que quisiera aclarar con usted, me llama mucho la atención esta cuestión con su mamá, en alguna ocasión cuando la comenzaba a evaluar ¿Me comentaba que su mamá no vivió con usted cuando era niña?</p> <p>A- No... si vivió, pero trabajaba y pues prácticamente la mayor parte del tiempo estábamos con la hermana de mi papá, una de mis tías, pero mi mamá trabajaba hasta las 6 de la tarde, nos llevaba al kinder y luego iba por nosotros comía con nosotros y se iba a trabajar y llegaba a las 6 o 7 de la noche</p> <p>T- Yo tenía idea de que su mamá se había separado de su papá</p> <p>A- No, eso fue apenas, eso fue cuando yo me separé, ellos se separaron también</p> <p>T-¿Y cuánto tiempo se separaron sus papás'?</p>	<p><u>Interrogar-Clarificar</u></p>		<p>(I) Familia y sus vínculos (crianza de la paciente)</p> <p>(I) Familia y sus vínculos (separación de los padres de Ana)</p>
--	-------------------------------------	--	--

<p>A- cómo 2 meses</p> <p>T- ¿Y quién regresó o quién se fue?</p> <p>Mi papá se fue y nosotros nos quedamos en la casa</p> <p>T-bueno, recuerdo de una tía, ¿esta tía fue la que se suicidó?</p> <p>A- No fue otra, hermana de ella, hermana de esta tía que se suicidó</p> <p>T-¿Cómo se llamaba la tía?</p> <p>A- Eusebia</p> <p>T- Cuénteme de Alejandra, ¿que recuerda de ella?</p> <p>A- Ella trabajó desde muy joven, y pues nosotros prácticamente cada ocho días estábamos allá con mis tíos y con mi abuelita con los papás de mis papás, desde el viernes, saliendo de la escuela nos íbamos el fin de semana para allá, entonces convivíamos prácticamente siempre con ellos en las vacaciones y ella nos llevaba que a la feria, a desayunar, ella perdió un bebé, se le murió su bebé, cuando nació, entonces cuando nació mi hermanito, ella lo quería mucho y lo consentía mucho, entonces nos jalaba siempre a los tres, como éramos los únicos sobrinos que tenía pues como que...</p> <p>T-¿A cuál hermanito, al que tenía 18?</p>	<p><u>Interrogar</u></p>		<p>(I) Familia y sus vínculos (Se suicida una tía paterna de la paciente)</p> <p>La tía perdió un bebé al nacer</p>
--	--------------------------	--	---

<p>A- Sí,...entonces nos jalaba mucho para pues para ir al cine, para ir al parque etc. No compraba cosas y nos la pasábamos bien con ella, nos cuidaba mucho</p> <p><i>T- ¿Ella era más grande o más chica que su mamá?</i></p> <p>A- Más chica que mi mamá, le digo tenía como 23 años</p> <p><i>T-¿Y su mamá como cuántos tendría su mamá?</i></p> <p>A- Mi mamá tendría como 28</p> <p><i>T-¿Usted se parece físicamente a Alejandra?</i></p> <p>A- No, nada</p> <p><i>T-¿En la forma de ser?</i></p> <p>A- No, ella era muy tierna</p> <p><i>T- ¿Eso quiere decir que usted no es tierna?</i></p> <p>A- Pues no... siento que como ella, no</p> <p><i>T-¿Qué otras características tendría Alejandra?</i></p> <p>A- Que era tranquila, este... trataba de no enojarse con sus hermanos, mi abuelita le metía ideas sobre que mi abuelito no la quería, a mi tía Alejandra, entonces ella sufría y se distanció mucho de mi abuelito, pero nunca lo agredió, siempre trató de llevarse bien a pesar de lo</p>			<p>(I) Familia y sus vínculos Alejandra función afectiva y maternal</p>
---	--	--	---

<p>que mi abuelita le decía, Ya como un año antes de que ella falleciera, ella habló con mi abuelito porque mi mamá le aconsejó que platicara, que no se quedara con dudas y platicaron y ya la relación fue mejor, le digo que ella era muy tierna..</p> <p><i>T-¿Cómo para suicidarse?, ¿En algún momento usted ha pensado si se ha identificado con ella?</i></p> <p>A- Lo que me llamaba la atención y es de lo que me he percatado, es que mis dos intentos de suicidio fueron en el mes de octubre. De los anteriores no me acuerdo de la fecha, de cuando estaba más chica, no recuerdo la fecha, pero no sé porqué es lo que estaba viendo. Fue en octubre de hace 2 años y en octubre del año pasado</p> <p><i>T-¿Qué pasó en octubre?</i></p> <p>A- Ella falleció</p> <p><i>T-¿Fue por un recuerdo?</i></p> <p>A- Pues fue algo inconsciente, no digo ¡Ay, es octubre me voy a...! o sea no</p> <p><i>T- Cómo si tuviera usted un ciclo para empezar a sentirse mal. Tenemos claro que esta tía fallecida no es la que la crió, sino que ella era la que se dedicaba a darles la diversión en la infancia. Quien las crió fue la otra tía. ¿Cómo se llama</i></p>	<p style="text-align: center;"><u>Clarificar</u></p>		<p style="text-align: center;">(II) Pérdidas (objetales) La tía se muere en octubre. La paciente tiene 2 intentos de suicidio en octubre.</p> <p style="text-align: center;">(VII) Insight</p> <p style="text-align: center;">Probable identificación lcc de Ana con la tía que se suicidó</p>
--	--	--	--

<p>esa tía?</p> <p>A- Se llama <i>Eusebia</i>.</p> <p>T-¿Ella vive?</p> <p>Ana- Si</p> <p>T-¿Ella es más chica o más grande que su mamá?</p> <p>A- No recuerdo si 1 ó 2 años más grande que mi mamá</p> <p>T-¿Eusebia es soltera?</p> <p>A- No, es casada, bueno divorciada, tiene una niña de 13 años</p> <p>T-¿Eusebia cuando los cuidaba a ustedes, era soltera?</p> <p>A- Si</p> <p>T- Cuénteme ¿cómo fue la relación con Eusebia?</p> <p>A- ¡Ay muy padre también! Fue como nuestra segunda mamá, ella a veces nos hacía de comer, nos peinaba nos cuidaba nos ayudaba a hacer la tarea, también cuando empezó a trabajar, cuando estábamos chiquititos ella no trabajaba, después mi mamá le pagó su escuela, ella es secretaria, empezó a estudiar y ya después más grande, igual... a mí era a la que más jalaba, como veía que mi carácter era muy agresivo ella tenía un amigo en el ISSSTE y le decía que me llevara con un psicólogo porque probablemente yo tenía un problema por mi</p>		<p>Criterio (6) Carácter agresivo</p>	<p>(I) La familia y sus vínculos (tía de crianza función instrumental y afectiva)</p> <p>Considerada por la paciente como segunda madre</p>
--	--	---	---

<p><i>muchas cosas de Eusebia. ¿Porqué será que tiene más cosas de Eusebia, que de su mamá?</i></p> <p>A- Será porque mi tía estuvo más tiempo con nosotros que mi mamá, cuando fuimos chiquitas</p> <p><i>T-¿Cómo cuánto tiempo estuvo con esta ayuda familiar de crianza?</i></p> <p>A- Mi tía se fue de mi casa cuando yo tenía 10 años porque mi mamá la corrió.</p> <p><i>T-¿Qué pasó?</i></p> <p>A- No sé. Esa historia no me la sé. Solo sé que una vez mi tía comento que mi mamá le había escrito una carta donde la había corrido, entonces ella se salió de mi casa y se fue a una pensión a vivir, pero eso a mí me deprimió muchísimo.</p> <p><i>T-¿Cómo fue esa depresión?</i></p> <p>A- No comía, no dormía, lloraba todas las noches, este... y sentía que todo... decía el muñeco huele a mi tía, y cosas así, luego ella como salió peleada con mi mamá como que no quería vernos y eso a mí me dolió mucho porque yo decía, los problemas son de ellas y yo no tengo la culpa de que ellas hayan tenido problemas, y ya después pasó como un año y ya nos volvimos a ver y hasta la fecha.</p>	<p><u>Interrogar</u> (afectos)</p>		<p>(II) Pérdida (objetal) de la tía Eusebia que cumplía la función de crianza.</p> <p>Respuesta a la pérdida depresión (Ana)</p>
--	--	--	--

<p><i>T- Bien, cuando fue este momento que se fue su tía, ¿ella se despidió de usted?</i></p> <p>A- No porque mi mamá nos sacó para que no viéramos cuando se fuera</p> <p><i>T- Bien, esta primera pérdida que tiene de una relación importante que es su tía, ¿Muere antes su otra tía? Cuando se va Eusebia de su casa, ¿Usted no intenta suicidarse?</i></p> <p>A- No</p> <p><i>T- Cuando Alejandra se suicida ¿Eusebia vive con ustedes?</i></p> <p>A- Si</p> <p><i>T-Usted ¿Cuándo se entera de que se suicidó Alejandra?</i></p> <p>A- El día que se murió</p> <p><i>T- ¿Y usted qué edad tendría?</i></p> <p>A- Como 8 años</p> <p><i>T-¿Y usted no intenta suicidarse o sí en el momento?</i></p> <p>A- No</p> <p><i>T- Recuerda usted ¿Qué pasaba cuando se enteró de esto?</i></p> <p>A- Pues nada más me sentía muy triste, trataban de que no nos diéramos cuenta porque cuando</p>	<p><u>Clarificar</u> Cómo elaboró la pérdida</p>		<p>(II) Pérdida (objetal)</p> <p>No hay elaboración, no hay una actuación en el momento</p> <p>Primero se suicida Alejandra y luego se va Eusebia (2 años después)</p> <p>Responde con tristeza al saber que la tía había muerto</p> <p>Silencio-muerte</p>
--	--	--	---

<p>llegamos todo estaba en silencio, porque nos hablaron por teléfono pero no nos dijeron nada solo que era referente a Alejandra, nos sacaron de la escuela y cuando llegamos preguntamos ¿Qué paso? y todos callados y dicen ¿Dónde está Alejandra? y dijeron se murió, y ¿Cómo que se murió? si un día antes había estado en mi casa y ¿dónde está?, y dijeron allá arriba, y uno de mis tíos dijo “es que se mató” y mi mamá le dijo ¡Cállate!, y dijo ¡No es que se mató! y yo dije ¿Cómo que se mató? y para mí fue como muy impactante y todavía. Yo dije ¿Porque nos dejó, porque se fue?, y luego ya oí comentarios, aunque mi mamá trataba de que esos comentarios no llegaran a nuestros oídos, pero si aunque estábamos chicos sí nos dábamos cuenta de lo que pasaba</p> <p><i>T- ¿En aquella época cuando estaba triste cuando muere Alejandra, usted llegó a tener una depresión?</i></p> <p>A- Si...igual se me iba el apetito, me la pasaba llorando, iba a la escuela y en la escuela me la pasaba... así que llorara a diario me duró como un año. Y a mí me decían que ella ya no estaba sufriendo, que estaba bien y que nos estaba cuidando. De hecho mi mamá cuando he tenido estos problemas de que me</p>		<p>Probable distimia sin Tx</p>	<p>Se confirma el suicidio de la tía</p> <p>Responde: para mí fue como muy impactante</p> <p>(II) Pérdida (objetal) Responde con depresión sin elaboración</p>
---	--	---------------------------------	--

<p>preguntan si hay antecedentes de algún familiar, ella me dice “es que no metas a tu tía”, porque tu tía no lo hizo... bueno como yo, por ejemplo, que estoy enferma. Mi mamá dice que mi tía se equivocó en encontrar una salida fácil. De hecho pasaron muchas cosas cuando ella murió, que dice mi mamá no se quería morir, o sea... como ideas que tiene la gente ¿No? Dice mi mamá que se perdió la carroza, de las 9 de la mañana, la sepultamos hasta las 7 de la noche... no aguantaban el ataúd cuando íbamos sentados al panteón, este de 6 personas que la llevaban...pues terminaron como 15 entrando al panteón de que pesaba cada vez más. Entonces me dice mi mamá que ya no llorara que ella estaba bien y que nos estaba cuidando, De hecho en septiembre del año pasado falleció una prima (Elvira)</p> <p><i>T-¿De qué?</i></p> <p>A- de cirrosis hepática</p> <p><i>T-¿Fue por medicamento o por alcohol?</i></p> <p>A- Por alcohol, tenía 32 años la sepultaron en el panteón donde sepultamos a mi tía Alejandra y quedaron así enfrente, y yo sentí como si se hubiera regresado el tiempo y hubiera sido Alejandra, entonces me dio un</p>			<p>(I) Familia y sus vínculos (lo mismo piensa la madre de los intentos de Ana)</p> <p>(II) Pérdida (objetal) Fallece una prima</p> <p>Resignificación responde Ana con ataque de llanto.</p>
--	--	--	---

<p>ataque de llanto terrible pero era más por el recuerdo de mi tía que por Elvira, así se llamaba mi prima. Casi no conviví mucho con Elvira, ella era hija de la tía de mi papá</p> <p><i>T-¿Nada que ver con Alejandra y con Eusebia?</i></p> <p>A- Si, eran primas... entonces recuerdo así como si se hubiera regresado el tiempo y hubiera sido mi tía Alejandra otra vez...</p> <p><i>T- Eso es muy frecuente que pase en toda la gente, sucede que hay un evento fuerte en nuestras vidas y si no lo resolvemos cuando pasa otro evento muy parecido nos hace recordar al anterior y nos hace recordar lo anterior porque todavía no lo hemos trabajado, no lo hemos asimilado y depende de la magnitud, es que usted se va acordar de este momento, pero si la situación fue muy difícil ahorita, el siguiente evento más que recordarlo usted se va a poner mal, porque va a ser una forma de su pensamiento de cómo reacciona ante esos eventos y de esa misma manera le funcionó con la muerte ¿Si? Hay una muerte que no ha resuelto todavía, que no ha elaborado, que es la de Alejandra. Se muere Elvira e inmediatamente se da cuenta que no es a Elvira a la que llora sino que llora a</i></p>	<p style="text-align: center;"><u>Apoyo Interpretación</u> ante la falta de elaboración</p>		<p>Confirma no hubo elaboración del duelo en la infancia de Ana</p>
---	---	--	---

<p><i>Alejandra. Ahora es importante saber que uno de los problemas serios que tiene usted en su estructura es que no puede tolerar los abandonos, o las pérdidas y como no los puede elaborar, responde con mucho enojo, con mucha rabia con llanto con tristeza pero en el fondo hay mucha rabia, mucho coraje</i></p> <p>A- Fíjese que también una pérdida fuerte que tuve fue la de mi abuelito, pero no... como que esa ya la asimilé, porque fue por enfermedad, él falleció de cáncer, pero como que mi duelo duró menos tiempo, que con mi tía Alejandra, a pesar de que yo estaba más chica, yo creo que fue por la forma en que murió cada uno porque uno fue por enfermedad y entonces uno dice pues bueno... ya descansó, si me dolió mucho mi abuelito porque era como mi papá pero como que esa pérdida siento que si la entendí, la superé, y la de mi tía Alejandra todavía no.</p> <p><i>T-¿Se llama Joel el hermano que intentó suicidarse?</i></p> <p>A- Sí.</p> <p><i>T-¿Qué método utilizó para intentar suicidarse?</i></p> <p>A- El se tomó todos mis medicamentos... hacer los quehaceres de la casa</p>			<p>(II) Pérdida objetal (abuelo)</p> <p>(VII) Insight</p> <p>Conclusión: Ana no ha elaborado la pérdida de Alejandra</p> <p>(I) Familia y sus vínculos</p> <p>(Su hermano intenta suicidarse con medicamento)</p>
--	--	--	---

<p>porque ya trabaja y ya ahora mi mamá me dice "tienes que hacer su cama" porque antes no me decía yo creo por miedo a que yo me enojara o a que yo hiciera algo pero ya hablamos con él y ya le dijo mi mamá pues que ya todos vamos a cooperar en los quehaceres de la casa y que yo ya no voy a tener ninguna cosa de que...de que estaba yo afuera cuando él se intentó suicidar, fue en febrero yo entré en abril</p> <p>T-¿Usted habló con su hermano después del intento?</p> <p>A- No hemos tocado el tema, él dejó una carta diciendo que a cada uno nos quería mucho, que conmigo era con quien se identificaba más, y le puso a mis papás que lo perdonaran por no darles las satisfacciones que nosotros le habíamos dado. Mi hermano estudió la licenciatura en informática, yo soy licenciada en enfermería mi hermano Rulo es muy inteligente, mi hermano no terminó la prepa, entonces para mi papá, la persona que no termina o que no tiene una profesión es un ignorante, como que no vale nada, así es la idea que tiene mi papá, que es un mediocre. Entonces en varias ocasiones a mi hermano le hizo sentir que era un mediocre, y él como no trabajaba y no estudiaba</p>			<p>(I) Familia y sus vínculos</p> <p>(Dificultad para hablar del tema de la muerte)</p> <p>(VII) Insight Conmigo era con quien se identificaba</p>
---	--	--	--

<p>que canalizar a una paciente que iba yo a canalizar, este... se me tronó la vena y yo por ayudarla... mi compañera se iba a transfundir, y yo le dije... “yo te la canalizo” y la paciente era una paciente adulta mayor pero sí se le veían las venas y le dije yo la canalizo entonces que pasamos la sangre y se truena la vena y entonces se truena la vena “ay, pinche Ana”, así ya enojada, entonces eso a mí como que me deprimió, en ese momento me sentí como una torpe, como una inútil y me dice “ay quítate hubieras picado aquí, ¿Porqué picaste acá?” y ya nada más me quedé ahí, terminó y me quedé ahí para pasarle las fijaciones y ya luego me saqué la charola y me salí y ya no me despedí de ella porque si no iba a discutir. Y eso me deprimió mucho y luego llego a mi casa y mi mamá empieza a gritar y así...</p> <p>T- O sea que ya venia cargada con sus problemas y su mamá...</p> <p>A- Pero luego identifica mi carácter y le digo es que la regué y dice ¡ay eso nos pasa a todos hasta el mejor se le va y no tienes porque ponerte así, además ella es así de grosera no te preocupes no te angusties! Pero eso me quita el sueño por estar pensando por estar pensando en que troné una vena no puedo</p>			<p>Culpa y preocupación</p>
--	--	--	-----------------------------

dormir

T- O a lo mejor se exige mucho, se exige tanto

A- No es para tanto, pero es que...

T-¿Qué es lo importante de todo esto? Es importante que pudimos aclarar acerca de la tentativa suicida en este momento usted tiene una identificación con la tía Alejandra ¿Si? entonces que le tienen los 3 que los une, la tentativa suicida.

CASO ANA

Sesión No. 5	Intervenciones terapéuticas	Criterios DSM-IV	Categorías
<p>T- ¿Cómo le fue en la semana?</p> <p>A ¡Ay! pues no sé, me preocupa un poco que no me acuerde de las cosas y que me vaya a pasar algo</p> <p><i>T-¿Estos olvidos se presentan desde este último internamiento?</i></p> <p>A- Si, desde apenas este último internamiento nunca me había pasado así, como me dice mi mamá estuviste risa y risa con tu abuelita y le digo a poco, no me acuerdo no de verdad que no me acuerdo ni siguiera una idea vaga de las cosas no me acuerdo</p> <p><i>T-¿Como si hubiera algunos bloqueos por ahí?</i></p> <p>A- Sí</p> <p><i>T- ¿Es frecuente que le pase, que se le olviden las cosas en este sentido de algo sucedido que no tenga relevancia, o son cosas que son muy importantes y también se le olviden?</i></p> <p>A- Le voy a platicar algo que me pasó ayer, se me olvidó pasar un medicamento. Eso tampoco era frecuente que me pasara o sea yo lo que hago siempre es cargo mi</p>			<p style="text-align: center;">(V) Vínculos en el trabajo (Olvido cansancio efecto del medicamento. ¿fallas en la</p>

<p>medicamento lo meto a la solución y purgo el equipo, y ayer se me olvidó ponerle el medicamento, teniendo allí el medicamento, era importante, era algo muy importante, conecté la solución purgué el equipo y lo conecté y le digo a la señora, “señora ya le está pasando su medicamento” y yo estaba segura que le había aplicado el medicamento. Y ya cuando fui, la iban a llevar a Rayos X, le iban a tomar una placa y le digo si agarro mi charola y veo el medicamento y como es posible que se me haya olvidado meterlo a la solución, y ya rápido lo cargue y lo pasé y ya tenía poquita solución, se me olvido y le digo a mi mamá eso sí me preocupa, o sea que se me haya olvidado tan importante como era un analgésico, se me olvidó</p> <p><i>T-¿Qué hizo después?</i></p> <p>A- Pues estaba yo muy preocupada</p> <p><i>T-¿Se lo volvió a aplicar?</i></p> <p>A- No, yo cuando ví que ya tenía poquita solución, yo dije ahorita si se la inyecto, ya no va a pasar, se va a quedar en el equipo, entonces se va a desperdiciar el medicamento y le dije a la señora “regreso en media hora para ver si ya se le quitó el dolor” y yo me quedé muy angustiada, y fui a ver a la paciente y dije, si</p>			<p>memoria, acto fallido o represión?)</p> <p>No repara su error</p> <p>(V) Actuaciones</p>
---	--	--	---

<p>no se le ha quitado el dolor pido otra solución le conecto... porque tenia 2 medicamentos. Y fui a la media hora y me dijo “qué cree señorita, si se me quitó el dolor, solo me duele cuando me muevo”. Y me dijo que se sentía muy bien y ya me quedé un poquito más tranquila. pero es que nunca me había pasado que se me olvidara y teniendo el medicamento ahí</p> <p><i>T-¿Y nadie sabe eso?</i></p> <p>A- Mi mamá</p> <p><i>T-¿Pero en su trabajo?</i></p> <p>A- No</p> <p><i>T- A propósito de medicamento hace 2 ó 3 sesiones le comentaba, bueno estábamos hablando del cloruro de potasio que tiene en su casa, ¿Cómo es que lo obtuvo?</i></p> <p>A- Porque luego los pacientes se van de alta, entonces tenía el paciente 3 ámpulas de KCL, pero se le suspendió y entonces nada más se le dejó una solución de base con 2 de KCL y sobraron 3 y ya no aceptaron la devolución, entonces cuando el paciente se fue de alta, me tocó a mi darlo de alta en la tarde, entonces ¿Para qué le servían a él? a él no le servían para nada. Y le devolví los analgésicos y los antibióticos, pero el KCL me lo guardé yo.</p>	<p style="text-align: center;"><u>Interrogar</u> Plan suicida</p>		<p style="text-align: center;">(III) Las tentativas suicidas El método</p>
---	---	--	--

<p><i>T-¿Y usted se la llevó a su casa?</i></p> <p>A- Y yo me la llevé a mi casa</p> <p><i>T-¿Y es frecuente que pase eso, que se lleve los medicamentos a su casa?</i></p> <p>A- No, nada más esa vez porque yo tenía pensado hacer eso</p> <p><i>T- ¿Tenía la idea de suicidarse?</i></p> <p>A- Si</p> <p><i>T- Dijo “voy a aprovechar ahorita la situación, ¿O lo hizo a propósito?</i></p> <p>A- No, dije, voy a aprovechar... como ya tenía yo esa idea dije mañana lo hago y qué bueno, o sea como que se me presentó la oportunidad y lo agarré y me lo guardé</p> <p><i>T-¿Fue más una coincidencia, que una búsqueda?</i></p> <p>A- Si, yo pensaba buscarlo, dije ¿Cómo lo consigo?... porque luego a mis compañeras igual, les sobra que KCL, y los traen cargando, porque luego nos indican infusiones, o ponerles KCL a las soluciones y luego nos lo prestamos</p> <p><i>T-¿Y porqué pensó en ese medicamento?</i></p>	<p><u>Confirmar</u></p>	<p>Criterio (5)</p>	<p>Foco</p> <p>Pospone el acto. No es impulsivo</p>
---	-------------------------	---------------------	---

<p>A- Porque yo sé lo que puede ocasionar, ...un paro... es una bomba de sodio y potasio, dije “las pastillas no me han hecho nada” no me muero entonces con eso si</p> <p><i>T- ¿Escuchó de alguien que se hubiera suicidado así?</i></p> <p>A- No, pero en la escuela nos dijeron en una clase de farmacología que nunca pasáramos el potasio directo porque ocasionaba la muerte del paciente, “nunca se pasa directo” y así como que siempre lo recalcaron “nunca lo pasen directo”</p> <p>T- ¿Y desde entonces tenía la idea de que iba a suicidarse con eso?</p> <p>A- No hasta apenas esta última vez y dije pues ya sé con qué, porque le digo “las pastillas no me han hecho nada dije ahora voy a algo más seguro en donde no me tengan que llevar al doctor y dije con eso tengo</p> <p><i>T- El hecho de llevarse el medicamento a su casa no es lo que le daba ansiedad o temor de que en su hospital le pudieran ver el medicamento que le digan “haber ¿Te vas con medicamento?”</i></p> <p>A- No, porque nadie se va con el</p> <p>T-¿O sea, no es la primera vez que lo hace?</p>	<p style="text-align: center;"><u>Interrogar</u> Foco</p>		<p style="text-align: center;">Método: Letal</p> <p style="text-align: center;">Al parecer el plan tarda en elaborarse</p>
--	---	--	--

<p>T- Bueno vamos a llegar a los acuerdos ¿No? como la vez pasada. No llevarse medicamentos a su casa que pueda usted usar en cualquier momento. Es como si tuviera la pistola en su casa, debajo de la almohada, un día decide morirse y la ocupa</p> <p>A- Si ya le dije que se me rompió una ampula de KCL y la repuse</p> <p><i>T-¿Y las otras dos?</i></p> <p>A- Las otras dos la tiré, ya tiene que las tiré y solo me quedé con una</p> <p>T- De repente me da la impresión de que cuando le pregunto algunas cosas se siente como cuestionada, que le da pena. La idea es aclarar, más que cuestionar. Anoche estaba pensando que cuando vino la sesión pasada, y le preguntaba que si era su pareja y usted se sonrojó y la ví así como molesta...</p> <p>A- No... fue su impresión</p> <p><i>T-¿Que pasó en ese momento por su mente?</i></p> <p>A- No... dije... es un amigo de hace muchos años y que tenia muchos años que no lo veía, solo por teléfono nos hablábamos</p> <p><i>T- Me quedé con la idea que de repente había como omisión, de que usted me</i></p>	<p>probable tentativa suicida</p> <p><u>Meta intervención</u> analogía</p> <p><u>Clarificar</u> Creo que oculta información y mente</p>		<p>(VI) Sabotajes al Tx "Bueno vamos a llegar a los acuerdos ¿no? Como la vez pasada"</p> <p>(VI) Sabotaje al Tx</p>
---	---	--	--

<p><i>contaba la historia pero de repente le faltaba algo, luego me quedé pensando y no esta vez sino en otras ocasiones de que a lo mejor tiene que ver con esta cuestión de la memoria que se le olvidan las cosas o que tiene que ver como que oculta información o hay cierta tendencia a mentir y yo no me entero. Yo creo que se me olvida. ¿Usted no ha sido tendiente a mentir?</i></p> <p>A- A veces... pero nunca miento porque cuando miento mi mamá me cacha luego. Entonces, o soy muy obvia o ella me conoce lo suficiente y se da cuenta</p> <p>T- ¿Pero con su mama exclusivamente o con las demás personas?</p> <p>A- No</p> <p><i>T- Haber cuénteme cuando ha mentido con su mamá</i></p> <p>A- Pues una a vez iba a ir a comprar su regalo, pero yo no quería que se enterara que iba a ir por su regalo, era 31 de diciembre, entonces le dije "voy a ir con Marcos a su casa", pero vio que le estaba mintiendo. Entonces yo traté de actuar lo más natural posible y le dije "bueno no me tardo" y me dice "si, está bien". Entonces mi mamá dice que me vio como sospechosa y le llamó a Marcos, yo le dije a Marcos "dile a mi mamá que voy a ir</p>	<p><u>Interrogar</u> Confrontando</p>		<p>(VI) Sabotajes al Tx Ideas triviales</p>
---	---	--	---

<p>contigo, voy a comprar su regalo”, “si no te preocupes flaca”. Entonces ya me fui y después yo le hablé Marcos porque algo sentí, dije igual y mi mamá si se enteró, no sé. Y le marqué a Marcos y dice “qué bueno que me hablaste acabo de colgar con tu mamá y me preguntó si estaba contigo, y ya le tuve que decir que no”, le digo “le hubieras dicho que eras su hermana” “no pero si me reconocía la voz...” Entonces mi mamá se dio cuenta y cuando llegue se enojó y ya le dije “es que fue por esto, pero ya te diste cuenta”</p> <p>T- ¿En qué otras circunstancias ha mentido?</p> <p>A- Pues cuando me he querido...intentado suicidar. Yo le digo que estoy bien, que me siento bien. No le demuestro que me siento triste</p> <p>T-¿A su mamá?</p> <p>A- Sí a mi mamá, este... no se lo demuestro, ella me dijo el otro día ¿porque lo hiciste si estábamos bien? O sea en la tarde habíamos estado bien. Ella jamás se lo imaginó porque me vio bien, pero yo me sentía muy mal. Entonces como que aparento estar bien pero no lo estoy</p> <p>T- ¿Y porqué esa costumbre de la apariencia?</p>	<p><u>Interrogar</u> Actuaciones y Sabotajes al Tx</p> <p><u>Clarificar</u></p>	<p>Criterio (5)</p>	<p>(VI) Sabotajes al Tx</p> <p>¿Urde un plan?</p>
--	---	---------------------	---

<p>A- Pues para que no me estuviera cuidando, para que no estuviera al pendiente de mí, o de que yo pudiera llevar a cabo lo que quería, sin que se diera cuenta</p> <p>T- ¿Entonces en realidad no le preocupaba que ella estuviera sintiéndose angustiada porque usted pudiera matarse, sino simple y sencillamente usted quería matarse y ya?</p> <p>A- Mmm ... antes en los otros intentos que tenía... esa vez con el sulfato ferroso, cuando me las tomé me arrepentí, me las tome y después me arrepentí, y dije "no me quiero morir" y después empezó el vómito y bueno dije así ya no me voy a morir pero estas dos ultimas 2 veces que fueron con medicamentos no tuve ese sentimiento de arrepentimiento o se lo que yo quería era morirme no me arrepentí en ningún momento</p> <p><i>T- Esto que le pregunto tiene que ver principalmente con esta cuestión. En este padecimiento a veces la gente tiende a mentir y es muy frecuente, y a veces sucede que mienten en cosas muy importantes, Entonces yo quiero ver si esta relación terapéutica ha sido fundada en esta situación, en saber que no hay ninguna mentira que tenga que ver con</i></p>	<p style="text-align: center;"><u>Confrontación</u></p> <p style="text-align: center;">Percibe la confrontación</p>	<p style="text-align: center;">Sin culpa miente para lograr su objetivo</p>	<p style="text-align: center;">Veo que está nerviosa</p>
--	---	---	--

<p>estas cuestiones clínicas que le pasan porque de otra manera yo no podría ayudarla. Le sudan sus manos siempre</p> <p>A- Desde que tenía 4 años me acuerdo</p> <p><i>T- algo pasó a los 4 años</i></p> <p>A- Mi mamá me regañaba mucho cuando me preguntaba cosas de la escuela y yo no contestaba me regañaba, y de ahí me empezaron a sudar las manos y desde ahí yo me acuerdo que eran muchos nervios cuando iba a hacer un examen en el kinder, y ahora por todo me sudan las manos</p> <p><i>T- ¿Será como si hubiera pasado algún conflicto y no lo resolvió y hasta la fecha sigue mostrando esa ansiedad?</i></p> <p>A- Porque yo pensaba que... bueno últimamente he pensado que por los medicamentos que estoy tomando... que son para que no esté ansiosa para que esté tranquila, yo pienso que no deberían de sudarme las manos pero me siguen sudando</p> <p><i>T-¿Pero se da cuenta que es cuando esta estresada?</i></p> <p>A- Bueno cuando voy a bailar por ejemplo y me sacan a bailar, me sudan las manos</p>	<p>como regaño transferencialmente soy su madre por lo tanto me miente</p> <p><u>Interpretar</u></p> <p><u>Interrogar</u></p>	<p>Criterio (6) Inestabilidad afectiva ansiedad</p>	
---	---	---	--

<p><i>T- ¿En qué otra situación?</i></p> <p>A- Cuando estoy trabajando y voy a aplicar algún medicamento, me sudan las manos, más cuando me evalúan las supervisoras, cuando voy a dar un tema, cuando voy a ir a un curso</p> <p><i>T- ¿Qué tienen todos en común, que hay eventos externos que le general ansiedad y usted responde con eso?</i></p> <p>A- Sabe también qué me pasa? que últimamente tiemblo mucho, o sea, calmada me tiemblan las manos y antes no, y luego me dicen “estas nerviosa” y les digo “no, estoy tranquila, estoy calmada”. Apenas expuse y me pasó, y cuando expongo al principio estoy muy estresada pero conforme va avanzando la exposición como que la ansiedad va disminuyendo, pero me temblaban las manos, pero así mucho, y me dicen “tranquila estás en confianza con las compañeras y yo, “ya estoy tranquila, pero no sé porqué me tiemblan las manos” Y mi mamá hace rato se dio cuenta, porque agarré yo los discos y estaba yo así... y dice “qué te pasa, porqué estás así”, y le digo “no sé, es que últimamente me pasa eso pero no le había tomado importancia”. Pero me preocupa que me tiemblen las manos, y no solo cuando estoy estresada, por ejemplo</p>		<p>Criterio (6)</p> <p>Síntomas de ansiedad</p>	
---	--	---	--

<p>cuando estoy escuchando música me tiemblan también</p> <p>T- Podría ser efecto del medicamento, pero habría que checarlo, ¿No? Bueno... regresando a esta cuestión de los olvidos, me da la impresión que en su infancia pasaron muchas cosas y por ahí están borradas ¿No? Pero borradas y otras que están como muy deformadas, de repente yo no alcanzo a comprender que fue lo que pasó. Me llaman mucho la atención varios eventos, pero hay uno en especial que está vinculado con su papá. Es esa ocasión que me dice que él abre la puerta y usted se estaba bañando, y se siente incómoda; y desde entonces siente rechazo. Me quedo con la idea de que usted es una mujer más sensible que el común de la gente. Hipersensible podríamos decir, y que desde entonces cambió mucho la relación con su papá, hasta ahora; al grado de no poderlo perdonar. Como que ese evento prácticamente la hubiera marcado en su forma de actuar en la relación con su padre...quizá en la relación con los otros</p> <p>A- Mmm... como que digo "ya pasó" Estuve un tiempo con una psicóloga y me hizo hacer un ejercicio en el</p>	<p><u>Recapitular sesión</u></p> <p>Durante toda la sesión creo que va a decir y que da rodeos</p>		<p>(1) La familia y sus vínculos</p>
--	--	--	--

<p>que trabajé algo que me hubiera dolido mucho, que no hubiera aceptado. Me imagino que con esos ejercicios que hicimos más o menos como que sentí... que me dijo que perdonara a esa persona. Y como que ahora siento feo porque mi papa está muy solo. Entonces a veces lo veo y me da tristeza ver que sus hermanos no se preocupan por él, que hacen fiestas y no lo invitan, como que lo hacen a un lado y digo “bueno es mi papá, estaba ebrio... igual y no sabia lo que hacia, o lo hizo inconcientemente” y ya trato de no rechazarlo tanto como antes</p> <p>T- ¿Pero le costó trabajo?</p> <p>A- Ahora ya no tanto, pero antes sí me costaba mucho trabajo. Le digo que llegaba al grado de que mi mamá me pegaba porque yo era grosera con él. No lo saludaba, no le hablaba y ahora pienso que ya pasó un poco.</p> <p>T- ¿Su papá llegó a tocarla en algún momento?</p> <p>A- Mmm no... sólo me abrazaba, pero yo me sentía incómoda, como que no sentía el abrazo como me abraza mi mama. Como me abrazaba mi papá, no me gustaba, antes de que me viera</p> <p>T- ¿Cómo sentía ese abrazo?</p>	<p>Se le confronta lo que había minimizado en las entrevistas preliminares</p> <p>Dejó de hablarle a su padre durante 10 años y considera que el evento no es relevante (resistencia)</p> <p>(Minimiza)</p>		<p>(I) Familia y sus vínculos</p>
---	---	--	---------------------------------------

<p>A- 11 ó 12, estaba yo en la secundaria y no me gustaba su forma de abrazarme y ya después como a los 15 que me vio,... pues peor, dije “ay por eso me abrazaba así, raro”</p> <p>T- <i>¿Cómo que se dio la situación muy traumatizante, al grado que todavía le cuesta trabajo hablar de ello?</i></p> <p>A- Sí, un poco</p> <p>T-<i>¿Cómo fueron sus relaciones de noviazgo en la adolescencia?</i></p> <p>A- Pues le digo, mi primer novio duramos 3 años, pero no... como que no éramos novios. O sea de palabra éramos novios, pero no nos veíamos porque a mí no me dejaban salir. O sea mi papá era muy celoso conmigo y no me dejaba salir a ningún lado y mi mamá también, y menos con el muchacho con el que yo andaba. De hecho anduvimos a escondidas, El estaba en la preparatoria salía con otras muchachas, iba a fiestas, a mí no me daban permiso, Y entonces como que... fueron 3 años pero si estuvimos juntos como 1 mes fueron muchos. Con el otro duré como 1 año con él si fue diferente. El entraba a mi casa, a mi mamá le caía muy bien, él iba a fiestas con nosotros, nos llevábamos bien. Los problemas que teníamos</p>	<p><u>Interpretar</u></p>		
--	---------------------------	--	--

<p>eran porque él tomaba y a mi no me gustaba que él tomara</p> <p><i>T-¿Porqué?</i></p> <p>A- Porque mi papá cuando yo estaba chica, él tomaba y no me gustaba verlo como mi papa. Entonces por eso no me gustaba, y de hecho terminamos por eso, porque él dejaba de tomar un tiempo pero sus amigos le decían “vente vamos a tomar” y porque conocí a Orlando, entonces como que se me hizo más fácil terminar con esa relación porque a mi ya me interesaba Orlando, mi expareja. Pero la relación era buena, ahora me arrepiento de haber terminado con él. Cuando estábamos juntos, a veces cada 15 días o diario se tomaba una cerveza, porque es una prestación que tienen en la cervecería. El trabaja en la cervecería modelo, y a la hora de la comida les dan cervezas y diario se tomaba una cerveza y le regalaban otras 2 se tomaba otras 2 y a veces hasta llegar a la embriaguez cada 8 días, cada 15. Ahora ya lo desconozco, pero cuando estábamos juntos cada 8, cada 15 días. Y cuando éramos novios yo no me daba cuenta porque lo veía los días de su descanso (jueves y viernes), entonces él a veces tomaba los viernes. Yo me imagino, porque a su familia le gusta mucho tomar entonces, a</p>			
---	--	--	--

veces me hablaba ebrio, pero muy de vez en cuando, y yo decía bueno es que él casi no toma ¡y cuál, cuando me voy dando cuenta, si tomaba mucho y con mucha frecuencia!

T- ¿Y ese consumo de alcohol de él provocó problemas en su relación?

A- Sí... yo me enojaba, yo le decía "avísame, Orlando no me enoja que te vayas a tomar porque tu tienes derecho de salir, así como tu tienes derecho yo tengo derecho, pero lo único que no me gusta es que no me avises que vas a llegar tarde porque te vas a ir a tomar" Pues obviamente cuando estaba con sus amigos nunca me avisaba, y llegaba a las 12 de la noche y eso ocasionó los problemas. Al principio yo me ponía muy agresiva y le decía de cosas, terminábamos discutiendo y luego dije bueno voy a buscar otra cosa, no le hacia caso, pues eso tampoco funciono y luego pensé voy a portarme bien, llegaba y decía ya llegué y yo quieres cenar si flaquita y pues yo decía igual y así le remuerde la conciencia y ya no toma pero no funciono ninguna ni agrediéndolo, ni siendo indiferente, ni siendo amable cambio su forma de beber y ya después teníamos problemas

T- ¿Usted qué cree que hizo que ésta relación se

<p>terminara?</p> <p>A- Los intentos de suicidio que tuve porque lo asusté; mi carácter, era muy impulsiva, muy agresiva; mis celos. Yo creo que yo tuve la culpa de todo, a veces pienso que di lo mejor que pude, cuando pude, pero siento que gran parte de la culpa la tengo yo</p> <p><i>T- Como que de repente hay cosas que puede empezar a decir y se detiene. Yo sé que pasaron muchas cosas hoy, es como si me mostrara un libro, y me enseñara el índice. El índice es una página dedicada a los suicidios, otra página dedicada al carácter fuerte, otra mi poca tolerancia, pero no da detalles de situaciones. ¿Tendrá que ver con la memoria? ¿Tendrá que ver con que está suponiendo cosas? ¿Qué lo hace conscientemente o le cuesta trabajo? Como si no llegara a profundidad para poder descargar y encontrar que hay detrás de todo esto.</i></p> <p>A- No... yo trato de ser lo más sincera posible pero... no sé</p> <p><i>T- Me refiero a esta cuestión explicita. A explicar todo lo que pasaba alrededor</i></p> <p>A- ¡Ah, OK! ... es que</p>			<p>(VII) insight</p>
--	--	--	--------------------------

<p>siento como que nos tardaríamos mucho...</p> <p><i>T- ¿Y no quiere tardar?</i></p> <p>A- ¡No, sí pero... como que no quiero fastidiarlo, no quiero aburrirlo, ¡vaya! o sea así como que lo digo en conclusión pasó esto...</p> <p>T- Yo tengo la situación al revés de esa cita contada como índice, no me aburre porque no sé que pasó, me lo deja todo a mi imaginación.</p> <p>A- Y yo pienso todo lo contrario.</p> <p><i>T- Porque no sé qué pasa usted nada más me da los títulos de cada capítulo y le pregunto...y no sé lo que pasó... y habla poquito. Yo le iba a preguntar si esto tiene que ver mucho con esto de la memoria por ejemplo en un día normal yo le pregunto me contesta si sí, o si no y luego me explica que mas normalmente estar en su casa y esta pensando en algo y de repente deja de pensar eso porque llega otro pensamiento así medio raro, y se cruza y ya no puede seguir pensando lo que estaba pensando?</i></p> <p>A- Sí</p> <p><i>T- ¿Eso es frecuente? Haber, déme un ejemplo, o varios ejemplos</i></p> <p>A- Por ejemplo estoy viendo la televisión, y de repente</p>	<p><u>Confrontar</u></p> <p><u>Concretar</u> Pienso que no</p>		
---	--	--	--

<p>viene a mi cabeza no pues haber ayer que hice n el trabajo no pues hice esto si le pase los medicamentos o no le paseé los medicamentos, lo anote en la hoja... y de repente ya viene otra idea, me acuerdo de Orlando, me acuerdo cuando fuimos a Puebla y ya se me olvida lo otro. Y estoy pensando en la otra cosa o ya me interrumpe mi mamá en lo que estoy pensando, y luego me dice... estoy viendo la televisión y no la estoy viendo, o sea o sea estoy en otra cosa y luego mi mamá me dice "oye Ana" y yo ni en cuenta y me dice ¿Ya viste? y yo ¿Qué, qué paso? "No pues esto. pues ¿No estás viendo la televisión? O sea, ella sí se percata de que yo no estoy ahí, que mi pensamiento no esta ahí</p> <p><i>T- ¿Cómo que si de repente usted respondiera más a situaciones internas que de afuera?</i></p> <p>A- Si, eso me pasó por ejemplo, el otro día estaba hablando por teléfono, y me estaban diciendo algunas cosas. Estaba hablando con Omar, estábamos discutiendo por teléfono y le dije "es que habíamos quedado en que tú me ibas a acompañar y ahora me dices que no, pues ¿De qué se trata? y dice "pues es que no tengo la obligación de acompañarte" y le digo "bueno pues sí, tienes razón, estaba yo hablando y</p>	<p>tiene solución por ahora y advierto que regresa a la resistencia</p> <p><u>Interpretar</u></p>		<p>(VI) Sabotajes al Tx. Da muchos rodeos, evadey selecciona información</p>
--	---	--	--

<p>estaba muy molesta, colgamos y me quedé pensando...y en eso mi hermano me preguntó algo y le digo ¡Ay, ya te dije que no! y él se enoja mucho hasta mi hermana me dijo ¿Porqué le contestaste tan feo?, si tu estas enojada él no tiene la culpa. Pero lo que pasa es que yo no me di cuenta que le conteste mal, hasta que mi hermana me hizo la observación.</p> <p><i>T- ¿Le cuesta trabajo concentrarse?</i></p> <p>A- Si, leo un libro pero no le entiendo, me cuesta trabajo entender las cosas y concentrarme</p> <p><i>T- Mientras lee, ¿Hay pensamientos que cortan lo que está leyendo, por ejemplo esta pensando en otra cosa, luego cuando se acuerda sigue leyendo y otra vez, continuamente esta así en la lectura?</i></p> <p>A- Si, así me pasa</p> <p><i>T- Esos eventos de los que se acuerda ¿Tienen que ver con problemas personales directos o con cosas en general o se acuerda de su expareja?</i></p> <p>A- No, con cosas equis, así en general, ¿Y eso porqué es?</p> <p>T- Porque es parte de este proceso. Hay fallas en el contenido del pensamiento y de repente se atorán porque usted</p>	<p><u>Interpretar</u></p>		<p>(VI) Sabotajes al Tx</p>
--	---------------------------	--	---------------------------------

<p>responde más a situaciones internas que son del conflictos que cosas que están sucediendo afuera. Como si hubiera una preocupación continua que no le permite concentrarse, ni responder a lo externo. Puede estar algún día en el trabajo... no sé... aplicando alguna inyección, y de repente se acuerda de su expareja y le pica más fuerte al paciente o se le olvida poner el medicamento; o de repente está haciendo alguna sujeción y aprieta muy fuerte al paciente porque se acordó del otro y el paciente se le queda así viendo como diciendo ¿Qué pasa? . <i>Eso es parte de esta situación</i></p> <p><i>A- ¿Y que puedo hacer?</i></p> <p><i>T- bueno para eso es que estamos explorando ¿Se acuerda en qué quedamos la sesión anterior, de qué hablamos?</i></p> <p>A- De que yo tomaba, de eso hablamos... pero no me acuerdo en qué quedamos.</p> <p><i>T-¿Hubo algún acuerdo la sesión anterior? Le pregunto</i></p> <p>A- No, pues el acuerdo es el que habíamos tenido es del KCL, pero ya lo tiré</p> <p><i>T-¿Algún otro acuerdo antes?</i></p>	<p style="text-align: center;"><u>Confirmar</u> Olvidos, actos fallidos</p>		
---	---	--	--

<p>A- ¡Ah sí! que cuando me enojara o tuviera una situación de conflicto, yo me saliera para que no tuviera problema</p> <p><i>T-¿Qué más?</i></p> <p>A- Nada más</p> <p><i>T- Sobre sus características personales de las que estuvimos hablando hace 2 o 3 sesiones, se acuerda lo que habíamos encontrado</i></p> <p>A- No</p> <p>T- Es importante que se dé cuenta que, hemos estado trabajando aquí porque usted tiene un trastorno que se llama Límite de la Personalidad, y planteábamos que es un trastorno donde lo que más frecuentemente se presenta, es una inestabilidad emocional y mucha ansiedad, que no se puede manejar. Como si fuera una ansiedad que continuamente la trae en todas partes y hay un momento en que es imposible que usted la pueda controlar. Además de esto, está bajo el control de impulsos, y por otra parte estas conductas suicidas...</p>	<p><u>Recapitular</u> <u>interpretar</u> Rasgos de carácter a través del Dx.</p>		
---	--	--	--

CASO ANA

Sesión No. 12	Intervenciones terapéuticas	Criterios DSM-IV	Categorías
<p><i>T- Bueno... ¿Cómo sigue?</i></p> <p>A- (risas) Bien... si más tranquila</p> <p><i>T-¿Qué pasó?</i></p> <p>A.- Pues ya no he discutido con mi mamá, este... en el trabajo ya más relajada. Ayer tuve un paciente muy pesado pero... bien. Hoy vi a mi abuelita, la mamá de mi mamá y estábamos recordando de mis intentos de suicidio y mi mama se puso a llorar y me dijo que ya quería que no lo volviera a hacer, y mi hermanito también. Llegó mi abuelita y parece como que todos estábamos conectados en la misma frecuencia y llega mi abuelita y me abraza y se puso a llorar, y me dice “ya no quiero que pienses esas tonterías, ya yo quiero que vivas feliz la vida, que la disfrutes yo te quiero mucho y a mí me dolería mucho que te pasara algo” y se puso a llorar y dije ¿Y ahora qué les paso a todos porque se acordaron? y ya se quedó más tranquila y le dije que ya no se preocupara que yo ya no lo iba a hacer otra vez</p> <p><i>T-¿Cómo se siente de que se hayan preocupado de una manera más intensa</i></p>	<p><u>Interrogar</u> Estado de ánimo (alegre)</p> <p>Transferencia así se percibe Ana</p> <p>Afecto Apoyo familiar</p> <p>Se compromete con la familia a no intentar el suicidio</p>	<p>Criterio (5)</p>	<p>(I) La familia y sus vínculos</p>

<p>que en semanas anteriores?</p> <p>A- Quien sabe... triste... si hoy en la mañana me desperté muy temprano como a las 7 de la mañana, bueno para mí es muy temprano, y ya empezamos a platicar y salió el tema y ya después llega mi abuelita y me abraza y se pone a llorar y le dije ya no se preocupe que voy a estar bien; y luego fuimos al mercado y le compré sus uniformes a mi hermano porque ya entró a la secundaria y luego me fui al cine</p> <p><i>T-¿Viene del cine ahorita?</i></p> <p>A- Si</p> <p><i>T-¿Qué cree que siente su hermano por usted?</i></p> <p>A- Siento que sí me quiere, porque en algún momento llegué a pensar que no me quería, que no era importante para él</p> <p><i>T-¿Para quien era especial?</i></p> <p>A- Para todos, para mis hermanos, para mis papás</p> <p><i>T- Claro porque se preocupan por usted cada vez que sale noche, o se va a una fiesta y llega noche</i></p> <p>A- Si... siempre</p> <p><i>T- Y que tal ha dormido?</i></p> <p>A- Pues me ha costado</p>	<p>Tristeza/ separación</p> <p><u>Interrogar</u> Apoyo familiar</p> <p><u>Interrogar</u> Se exploran síntomas</p>		<p>(I) Familia y sus vínculos</p>
---	---	--	---------------------------------------

<p>muy significativa entonces a mi mama la vi hoy como si hubiera revivido ese momento, y como que no se me hace justo que yo los haga sufrir de esa manera, siendo que ellos me quieren mucho</p> <p><i>T- Los tiene al borde de la angustia cuando intenta suicidarse</i></p> <p>A- Si...y la verdad es que ya no quiero verlos de esa manera, o sea yo ... yo no los veo porque en ese estado uno no se da cuenta de lo que pasa, pero hoy que ví así a mi mamá y a mi hermanito o sea... dije cuanto daño le hice y esta muy chiquito, porque él no llora. Dice mi mamá é no llora, él se aguanta y se preocupa mucho e iba a entrar a la secundaria en la tarde y le dijo a mi mamá no te preocupes mamá porque mi mamá va a trabajar en la tarde y le dice mi hermano yo la voy a cuidar ella no va a hacer nada y ... sí le ha afectado, le ha afectado lo mío, lo de mi hermano entonces no quiero volverlos a preocupar de esa manera</p> <p>T- Bueno aquí ya comprobó finalmente, que la quieren en su casa, que es una persona importante, que de alguna manera es un centro de atención en esta familia donde parece como la toman en consideración cuando hay que tomar decisiones le preguntan</p>	<p><u>Confirmar</u> Apoyo/ contención</p>		<p>Reconoce los afectos</p>
---	---	--	-----------------------------

<p>que hacer eso es importante. Bueno aquí esta situación doble pudiera tener 2 posibilidades en la vida. Una posibilidad en la que usted piensa que la vida la vive usted y que no puede ir a modificar cosas de lo que está pasando en la vida, algo así como “este es mi destino, y ya me tocó y ni modo ¿Si? usted tiene elementos personales, recursos personales que pueden ayudar a modificar, desde una simple relación o cualquier conflicto puede usar eso que ha usado últimamente que había estado allí pero no lo usaba... es decir puede estar la tentación pero sé que puedo controlarla, esa es una parte importante en la que puede formar redes sobre su destino empezar a actuar pero de otra manera, no a la acostumbrada porque es someterse finalmente como a un designio de la vida.</p> <p>A- ¿Qué puedo hacer para evitarlo?</p> <p>T- Darse cuenta de que usted ha generado parte de esa dependencia, que necesita del otro, pero también necesita ser más independiente y la única forma de ser independiente es actuar por sí sola y hacerse responsable de sus pensamientos y de sus actos. ... con estas 12 sesiones de psicoterapia</p>	<p><u>Informar</u></p>		
--	------------------------	--	--

<p>parte de la historia de la vida, pero así como empieza una y acaba otra, van a empezar otras nuevas y así va a encontrar gente nueva en otros trabajos, en otras escuelas, en su familia, siempre va a encontrar gente nueva. Y usted va a reconocer cuando es el momento no quedarse con esa idea de que debemos estar siempre con alguien y de que una relación es para toda la vida, no siempre es así, está dependiendo de un acto, una separación, y esa separación le da sentido a toda su vida. Y si ya no me quiere mi ex, me voy a morir. Bueno, a lo mejor se encuentra otro... no lo sabemos. Hay más probabilidades... usted es una mujer muy joven, tiene 24 años, 26 años, no tiene 60 años. Bueno, eso es por una parte, también es importante que aprenda a darse cuenta del camino, y que hay cosas como que se va a enfrentar con los mismos problemas que hubo antes, pero que ahora ya puede advertir, algo que no podía hacer antes, puede reflexionar. Si de repente otra vez se empieza a sentir irritable, ansiosa, deprimida, y eso significa que otra vez empieza a sentirse mal, a recaer; ahora ya puede pensar ¿Qué me está haciendo sentir triste? ¿Qué me hace no dormir? ¿Qué eventos conectan a su sensación a su sentir a su pensar, eso le va a</p>			
---	--	--	--

<p><i>ayudar a resolverlos. Venir a la psicoterapia no garantiza que no va a tener el mismo estrés familiar ¿Si? Lo importante es que usted tenga ciertos elementos personales para poder manejarlos. Más la reflexión, menos la acción. Buscar el apoyo familiar.</i></p> <p><i>T- Finalmente, esta cuestión acerca de la relación terapéutica ¿cómo se ha sentido con la relación terapéutica</i></p> <p><i>A- Con confianza... yo creo que sí estuve pensando en que tenía miedo en que esto ya se termina el sábado... esta es la última vez, pero pues no voy a estar con usted toda la vida o sea usted no va estar conmigo toda la vida... pero... me sentí muy a gusto. Como que siento que sí puedo controlar más las cosas que antes. Mi estrés lo puedo manejar un poquito mejor que antes... este... los impulsos también, a veces el enojo no tanto pero ...</i></p> <p><i>T- Bien, me gustaría que recapituláramos un poco acerca ¿Qué situaciones fueron las más importantes para usted, de lo que habló aquí durante estas 12 sesiones? ¿Dónde ve el peso más importante de lo que habló?</i></p> <p><i>A- Yo creo que todo tiene un peso importante. A</i></p>	<p><u>Recapitular</u></p>		<p>(VII) Insight</p>
--	---------------------------	--	--------------------------

<p>veces pienso que yo no creía mucho en la psicoterapia, así como decir “yo sé que no me va a servir”, pero yo he visto, por lo menos en mi caso, he visto que si ha funcionado, lo de la codependencia que tengo hacia las personas. Creo que eso es lo que tuvo más peso en la terapia...</p> <p><i>T- Usted ha avanzado al seguir estudiando, al buscar ascensos en su trabajo y relacionarse con más gente todo eso va a implicar nuevas relaciones, si otra vez va a estudiar, va a encontrar nuevos amigos, nuevos compañeros y si asciende en el trabajo va a encontrar nuevas formas de relacionarse, porque otro nivel de trabajo implica otro nivel de responsabilidad. En caso de que usted lograra este objetivo ¿Cuáles serían las funciones laborales que tendría que llevar a cabo?</i></p> <p>A- Bueno la especialidad que yo quiero es médico-quirúrgica, es para estar en el quirófano.</p> <p><i>T- Eso le da otro nivel de responsabilidad, y yo creo que a partir de allí puede proyectar a futuro otra serie de actividades que tenga como metas, unas a corto plazo, otras a mediano plazo y otras a largo plazo y si empieza a promover ese tipo de proyectos en su vida...</i></p>	<p>Resultado del Tx Logros terapéuticos</p> <p><u>Informar</u></p> <p>Se refuerzan los avances</p> <p>Avances terapéuticos</p>		<p>(VII) Insight</p>
---	--	--	--------------------------

<p>A- bueno sí... yo ya trabajé en traumatología, y estaba pensando en hablar con la coordinadora de enseñanza para ver si me da permiso de asistir a un curso que tiene valor curricular...</p> <p><i>T- Muy bien...</i></p> <p>A- Y otras cosas así que he pensado...</p> <p>T- Bueno, la otra cuestión es que este enojo, este coraje que tiene a veces contra la vida y contra usted misma... que bueno pasamos por varios eventos importantes, difíciles para usted en varios momentos y en esta sesión tenemos que checar varias cuestiones. Primero, en un inicio tuvimos que evaluar esta ideación suicida, la idea de muerte pues eso es por una dificultad de poder elaborar los problemas personales hay un conflicto y a la gente le pasa eso. De repente les da diarrea cuénteme de eso</p> <p>A- Cuando tengo problemas y estoy muy estresada, me dan nauseas y me da diarrea, y yo sé que no es por alguna infección o algo o sea yo ya sé que es porque estoy estresada o porque tengo algún problema y ya después se me quita o sea pasa el día... se resuelva o no ya al otro día ya estoy bien</p> <p><i>T- Bueno pues eso habla de que esos problemas que</i></p>			<p>(VII) Insight</p>
--	--	--	--------------------------

hay en su mente, los dirige hacia el cuerpo, en lugar de hablarlos, como no les da solución el problema sigue allí, y entonces hay ese tipo de problemas que son muy incómodos.

A- Si, por ejemplo apenas con Tere mi amiga... le digo que había estado yo muy irritable, entonces ella no se habla con una de mis amigas, Ale regresó de vacaciones y ella está fija en la terapia, y a mi me han estado pasando a la terapia, entonces estuvimos juntas, y cuando yo estaba esperando a Tere, porque también ella cambió de turno, me la encontré y ella me abrazó y me dice Tere, pues vas muy abrazada de tu amiga ¿no? También es mi amiga y me dice sí te tienes que ir con ella pero así muy burlona. Y me dice pues ahora que yo me pase a la mañana pues te vas a ir sola. Me enoje y le dije no te creas tan indispensable. Y me dice si te vas ya no te vuelvo a hablar, y ya me fui y me dice y le digo como quieras y ya me espero alma y le digo me enojé con tu amiga es muy burlona y me dice pues tu que la aguantas y dije ya no la voy a aguantar. Y ya al otro día me habló por teléfono y ya hablamos y ya hicimos las pases.

T- Le molesta, le enoja eso...

A- Si, me alejé porque si no, yo creo que si hubiera yo

<p>discutido más con ella</p> <p><i>T-¿Qué puede aprender también de esta situación? que esa es la forma especial que ella tiene para elaborar la separación. Va a cambiar de turno... y ya no la va a ver tan frecuentemente, entonces ¿Qué hace? la ataca para hacerla sentir mal y usted cae “redondita” y se siente mal, pero ya no cae en el segundo momento que es involucrarse en el pleito. Entonces ese tipo de situaciones el no hablarlas completas, le van generando a veces síntomas molestos. Lo mismo con su mamá la vez pasada discute con mamá pero ninguna de las dos aclara la situación, lo que me dice aquí en la psicoterapia, no va y se lo dice a su mamá, porque finalmente no resuelve el problema, lo único que hace es distanciarla, pero no lo confronta.</i></p> <p><i>T-Bueno ¿Qué le diría?</i></p> <p><i>A- bueno pues que me entendiera un poquito, o sea que no dudara de mi porque yo siempre he sido honesta con ella o sea la mayoría de las veces le platico todo. O sea si yo salgo con alguien le hablo “mamá estoy con fulano en tal</i></p> <p><i>T- Bueno pues eso es lo que tiene que hablar con ella, exactamente de eso</i></p>	<p>Aprende de Tx.</p> <p><u>Aclarar</u> Conflictos</p>		
--	--	--	--

tiene que hablar. Y en ese sentido de que ambas se puedan respetar que se puedan respetar las reglas de su casa. Pero también ella tiene que respetar su intimidad como persona, porque usted le cuenta, pero no le cuenta todo. No le cuenta los detalles de su relación, le cuenta donde andaba y con quién estaba, eso es importante su mamá se genera una idea de con quien esta. Buen pues eso es lo que tiene que ir descubriendo con el tiempo Eso de la culpa lo hace porque así le enseñaron sus padres o lo hace porque la ve indefensa, vulnerable

T- Bueno pues eso es todo, la voy a ver en esta siguiente semana igual el miércoles y la otra dentro de 3 meses, yo le voy a hablar por teléfono y le voy a dar la cita.

A- Está bien.

T- ¿Alguna duda?

A- No...

T- Agradezco el tiempo dedicado a usted misma, a generarse un espacio interno en su mente para la reflexión.

ANEXOS DE LOS RESULTADOS

- **Selección de pacientes**
- **Sociodemográficos**
- **Diagnóstico del TLP**
- **La valoración del riesgo y letalidad suicida**
- **Abuso sexual**

ANEXOS DE LOS RESULTADOS DE SELECCIÓN DE PACIENTES

A continuación se presentan los resultados del rubro selección de pacientes, dividido en cuatro apartados que corresponden: a los sociodemográficos, el diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad, el intento de suicidio y el abuso sexual. Es importante señalar que para dar contexto y dimensión a los “dos casos” que se analizaron fue importante desarrollar el rubro de selección. En este sentido la exposición de esta información articula, da fundamento y responde a la pregunta ¿cuáles fueron los criterios clínicos que se consideraron para elegir a los dos casos? sin más preámbulos desarrollaré la etapa de selección.

I. SOCIODEMOGRÁFICOS

En un periodo de ocho meses se evaluaron a quince participantes con los criterios selección (descritos en el capítulo II del método). De esta población clínica se eligieron a dos participantes para el “tratamiento”. Los datos que se presentan son descriptivos y cualitativos.

Al inicio la selección de pacientes se llevó a cabo con la población cautiva hospitalizada de la Unidad Sede², después la evaluación se hizo con los pacientes que iban llegando y cumplían con los criterios de selección que presentarán el Trastorno límite de la Personalidad e ideación y/o tentativa suicida como motivo de ingreso.

Se utilizó la ficha de datos sociodemográficos empleada por Terroba et al. (1986) en su estudio los factores clínicos y sociales asociados con el parasuicidio y con el suicidio consumado. La ficha permitió codificar, organizar y sistematizar los datos. Es importante recordar que la letalidad suicida suele evaluarse a través del método empleado y de los factores de riesgo derivados de las variables sociodemográficas, el diagnóstico clínico, la comorbilidad, las relaciones familiares, los vínculos sociales, una historia de pérdidas interpersonales, la desesperanza, la depresión, las ideas suicidas, el deterioro de estado de salud físico, el consumo del alcohol y drogas entre otros factores.

² Hospital Regional de Psiquiatría unidad Morelos del IMSS

Resultados

La muestra se formó con quince participantes, de los cuales, el 94%(n=14) es del género femenino y el 6% (n=1) del masculino, con un promedio de edad de 29.5 años, en un rango de 18 a 40 años y un desviación estándar de 26.8. El 40% son solteros (n=6), el 20% (n=3) son casados, el 20% (n=3) se encuentra divorciada o separada y el 20% (n=3) vive en unión libre. Las características de escolaridad y ocupación de los participantes se pueden ver en la tabla A.1).

Tabla A 1 características sociodemográficas (n=15)

	n	%	Media	DE
EDAD				
18-25	5	33.3	21.5	18.8
26-33	5	33.3	29.4	26.7
34-41	5	33.3	37.5	34.8
total	15	99.9	29.5	26.8
ESTADO CIVIL				
Casado	3	20	26.8	26.0
Soltero	6	40	26.8	25.7
Unión libre	3	20	32.1	33.3
Divorciado/Separado	3	20	34.8	33.9
ESCOLARIDAD				
Primaria	1	6.6	37.5	36.9
Carrera técnica	2	13.3	21.5	20.4
Preparatoria	5	33.3	31.1	30.1
Carrera Universitaria (Incompleta)	5	33.3	29.5	28.5
Carrera Universitaria (Completa)	2	13.3	29.5	28.4
OCUPACIÓN				
Hogar	6	40	29.5	28.4
Estudiante	1	6.6	21.5	20.9
Subempleado	1	6.6	37.5	36.9
Eventual	1	6.6	37.5	36.9
Profesionista	3	20	26.8	25.4
Otro	3	20	29.5	28.9

II. DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP)

Los diagnósticos diferenciales fueron evaluados con la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad, conocido como SCID-II (por sus siglas en inglés) desarrollado por First et al. (1999), que tiene su referente clínico en el Eje II del DSM-IV.

El SCID-II permitió formular el diagnóstico dimensional y categoría. El primero se refiere a que todos los pacientes obtuvieron la suma de respuestas afirmativas del TLP, y en el segundo los participantes cumplieron con el mínimo de umbral requerido, en este caso de cinco síntomas, para considerarlos como característicos de un cuadro nosológico.

Cabe aclarar que en esta sección, además del Cuestionario del Síndrome Depresivo (Calderón, 1992) y las entrevistas realizadas por el terapeuta, se utilizaron también los exámenes mentales de las historias clínicas reportadas por el área de psiquiatría.

Comorbilidad del TLP con los Ejes I y II del DSM-IV

El trastorno límite de la personalidad presentó comorbilidad con trastornos del Eje I del DSM-IV de 93.3%. Desglosando esta información, se observó que el 86.8%(n=13) presentó algún trastorno del estado de ánimo, de éstos el 13.3% (n=2) con trastorno depresivo mayor, el 53.3% (n=8) con trastornos depresivo no especificado, 13.3% (n=2) con trastorno distímico y 6.6%(n=1) con trastorno del estado de ánimo mixto (ansioso y depresivo).

La comorbilidad con otros diagnósticos es del 20%, siendo el 6.6% (n=1) con Bulimia nerviosa, 6.6 % (n=1) con trastorno orgánico afectivo, y el 6.6%(n=1) con epilepsia de lóbulo temporal (Tabla A 2).

Tabla A 2. Comorbilidad (n=15) pacientes del Trastorno límite de la personalidad con los trastornos del Eje I del DSM IV

	No. de casos	%
Trastorno Depresivo mayor	2	13.3
Trastorno Depresivo no especificado	8	53.3
Trastorno Distímico	2	13.3
Trastorno del estado de ánimo mixto (ansioso y depresivo)	1	6.6
Bulimia nerviosa	1	6.6
Trastorno Orgánico afectivo	1	6.6
Epilepsia del lóbulo temporal (*)	1	6.6

(*) Pertenece al Eje III de enfermedades médicas del DSM-IV

La comorbilidad con trastornos del Eje II del DSM IV fue paranoide 13.3% (n=2), esquizotípico 20% (n=3), antisocial 13.3% (n=2), límite 100% (n=15), histriónico 13.3% (n=2), narcisista 60%(n=9), dependencia 33.3% (n=5), y obsesivo compulsivo 13.3% (n=2) véase la tabla A3

Tabla A 3. Comorbilidad de 15 pacientes con los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV evaluados con el SCID-II.

	No. De casos	%
Paranoide	2	13.3
Esquizotípico	3	20
Antisocial	2	13.3
Límite	15	100
Histriónico	2	13.3
Narcisista	9	60
Dependencia	5	33.3
Obsesivo-compulsivo	2	13.3

Con este apartado se da **respuesta a la tercera pregunta de investigación** específica acerca de la comorbilidad de los trastornos fronterizos con otros trastornos, en un Hospital Psiquiátrico del Sector Salud.

III. VALORACIÓN DE LA TENTATIVA Y LETALIDAD SUICIDA

En esta sección se incluyen los rubros de: total de intentos de suicidio, el motivo de suicidio, los métodos utilizados en la última tentativa suicida y los utilizados a lo largo de la vida; el consumo de alcohol y drogas; el riesgo y la letalidad suicida.

Total de intentos de suicidio de la muestra

Los 15 pacientes evaluados presentaron un total de 128 intentos de suicidio a lo largo de la vida, con una media de 27.1 y una desviación estándar de 24.1 (Tabla A 4). Cada tentativa presentó uno o varios motivos, por lo que los porcentajes pueden variar sin que sumen un 100% del total. Los datos representan a los sujetos que eligieron los “motivos en diferentes momentos de su vida”, por lo cual los datos no pueden cuantificarse con claridad, ya que hay variabilidad de los motivos entre los intentos de suicidio. En esta investigación el menor número de intentos suicidas documentados fueron dos y los llevó a cabo una mujer de 40 años y el máximo fue de 23 por una mujer de 19 años.

Tabla A 4. Número de Intentos de suicidio a lo largo de la vida de 15 pacientes con (TLP)

Edad	n	intentos	Media	DE
18-25	5	72	21.5	13.7
26-33	5	22	29.5	13.7
34-41	5	34	37.5	15.8
total	15	128	27.1	24.1

Con este apartado **se da respuesta al cuarto objetivo específico de la investigación que pretende conocer en la muestra estudiada el número de intentos de suicidio** (véase tabla A 4).

Motivos de suicidio

Este rubro no se refiere “al motivo” como único evento, sino a “los motivos” a lo largo de la vida.

En este apartado cada intento de suicidio tuvo uno o varios motivos en el último intento. El 66.6% (n=10) lo atribuye a los problemas familiares; el 46.6% (n=7) a causas amorosas. Los otros motivos se observan en la tabla A 5.

Tabla A 5. Motivos de suicidio

Motivo de suicidio	n	%	Media	DE
Problemas familiares	10	66.6	31.9	34.0
Causas amorosas	7	46.6	27.2	25.8
Problemas económicos	3	20	29.5	28.9
Enfermedad grave incurable	2	13.3	21.5	20.4
Alcoholismo o drogadicción	1	6.6	21.5	20.9
Otro motivo	5	33.3	26.3	25.2

Los resultados de esta investigación son similares a los reportados por Terroba y otros (1986) en cuanto a que los pacientes reconocieron: que los intentos de suicidio principalmente fueron motivados por los problemas familiares y los afectivos (amorosos).

Métodos utilizados en el último intento de suicidio

Los métodos utilizados en el último intento de suicidio fueron: 73.3% (n=11) utilizó sobredosis de fármacos (de estos 10 casos fueron del género femenino y uno del masculino), 40% (n=6) se mutiló las muñecas con heridas superficiales, el 20% (n=3) amenazó e intentó el estrangulamiento. El uso de gas doméstico fue del 6.6% (n=1) y finalmente, la utilización de veneno (raticida) el 6.6% (n=1). En la mayoría de los eventos los sucesos fueron perpetrados en presencia de otras personas (la pareja, la familia, los amigos etc.,) de manera regular sucedieron en su casa y durante el día, a excepción de un caso masculino que lo ejecutó de madrugada mientras se encontraba sólo. (Tabla A 6). Con este apartado se da **respuesta a quinto objetivo** de investigación, que pretende conocer en la muestra estudiada, **los métodos suicidas utilizados** por los pacientes fronterizos.

Tabla A 6. Métodos utilizados en el último intento suicida

Método	n	%	Media	DE
Sobredosis de fármacos	11	73.3	30.2	28.2
Mutilación de muñecas	6	40	29.5	28.4
Estrangulamiento	3	20	26.8	26
Gas doméstico	1	6.6	29.5	28.9
Veneno (raticida)	1	6.6	29.5	28.9

La alta o baja letalidad suicida esta asociada al “método” empleado, en esta población se puede decir, que los pacientes en lo general utilizaron métodos de baja

letalidad, situación que habrá de confirmarse con la escala de Riesgo-Rescate que evalúa la letalidad del último intento de suicidio, como se desarrollará más adelante.

En este rubro es importante aclarar que los métodos utilizados no siempre son únicos y en ocasiones son combinados e incrementan la letalidad, por ejemplo utilizaban sobredosis de fármacos con otros métodos. Situación que también es aplicable para el siguiente rubro.

Métodos utilizados a lo largo de la vida

Nuevamente en este apartado no se puede cuantificar con precisión el número de tentativas, ya que los pacientes consideraron, “haber olvidado” algunas circunstancias relacionadas con los eventos, incluso cuál intento siguió de otro. En ocasiones la familia les recordó un número aproximado de las tentativas, situación que permitió la reconstrucción de algunos eventos, que no siempre correspondieron a lo sucedido, habiendo importantes dudas de su recuerdo; lo que tampoco implica que siempre un intento equivale a un internamiento, hay casos en los que los pacientes lo intentaron en múltiples ocasiones y sus familiares solo los llevaron a los servicios de urgencias hasta que la situación fue tan grave que rebasó la contención y control familiar.

El 86.6% (n=13) lo hizo con sobredosis de fármacos, el 60% (n=9) mutilándose las muñecas, el 53.3% (n=8) por medio de la estrangulación, el 13.3% (n=2) se precipitó de un lugar alto, el 13.3% (n=6) buscó ser atropellado en la vía pública

cruzándose a los automóviles o acostándose en la carretera y el 6.6%(n=1) utilizó arma de fuego.

Tabla A 7. Métodos suicidas utilizados a lo largo de la vida

MÉTODOS UTILIZADOS EN DIFERENTES OCASIONES	n	%
Sobredosis de fármacos	13	86.6
Mutilación de muñecas	9	60
Estrangulamiento	8	53.3
Precipitación de un lugar alto	2	13.3
Arma de fuego	1	6.6
Atropellamiento	2	13.3

Con relación a los resultados sobre la letalidad de los métodos utilizados coinciden con los reportados por Gómez y Borges (1996), en cuanto a que las mujeres presentan mayor número de intentos de suicidio de menor letalidad y el método asociado principalmente es la intoxicación con fármacos y la mutilación (cortarse a la altura de las muñecas, en los antebrazos etc.,).

Consumo de alcohol y drogas en el último intento de suicidio

Sólo el 6.6% (n=1) consumió alcohol en una tentativa suicida mientras que el 93% (n=1) no se encontraba bajo el efecto del alcohol. Ningún caso consumió drogas.

Es importante enfatizar que solo en un caso hubo consumo de alcohol previo a la tentativa suicida, situación que no potencializó la severidad de la tentativa. Según la declaración de la paciente, el alcohol fue consumido para desinhibirse y tomar la

decisión. No lo hizo más grave, debido a que ingirió dos medidas estándar. Contrario a lo que muestra la literatura (Mondragón, Saltijeral, Binbinela y Borges ,1998).

El consumo de alcohol y drogas no fueron comportamientos recurrentes en el intento de suicidio que incrementaran los comportamientos de riesgo en esta población clínica.

EVALUACION DEL RIESGO Y LA LETALIDAD SUICIDA

La Escala de Desesperanza

La desesperanza fue valorada con la escala de Beck y colaboradores (1974) que evalúa las expectativas negativas que tiene una persona sobre su futuro y su bienestar, así como la habilidad para resolver dificultades y obtener éxito.

El 46% (n=7) presentaron desesperanza *severa*, (casi la mitad de la población estudiada) mientras el 54% no se asoció a una conducta suicida de riesgo, ya que en el 20% (n=3) la desesperanza fue *moderada* y en el 33% (n=5) fue la desesperanza *leve*. Mientras que cuatro participantes, que representan el 30% mostraron desesperanza *severa* ameritaron psicoterapia de apoyo mientras remitía los sentimientos de indefensión. (Véase tabla A8). Se sabe que la desesperanza se asocia más a la tentativa suicida en si que la depresión (Beck, 1979).

El Cuestionario de Síndrome Depresivo

En esta investigación el trastorno límite de la personalidad presentó comorbilidad con los trastornos depresivos como se comprobó con la evaluación diagnóstica del SCID-II, sin embargo, para conocer la severidad clínica la depresión se evaluó con la escala de Síndrome Depresivo de Calderón (1992).

El 13% (n=2) puntuó en la escala de depresión con severidad siendo los únicos casos cuantitativamente significativos, el restante 87% presentó menor severidad clínica, quedando así; el 66.6% (n=10) presentó depresión considerada como *media* que para cualquier padecimiento en crisis parece ser un rasgo propio de la situación clínica. Mientras que el 6.6% (n=1) considerado *normal* y 6.6% clínicamente *incipiente*, es decir, no presentaron depresión. Y finalmente el 6.6% (n=1) no respondió a la evaluación. (véase tabla A8).

Según los resultados de esta evaluación el estado afectivo deprimido no se asoció en primer lugar a las conductas suicidas presentadas por estos pacientes. Como se observó con anterioridad, la desesperanza se asocia más a la tentativa que el estado afectivo en esta población evaluada (Beck et al., 1993) Los pacientes reportaban que sus intentos de suicidio eran más por la desesperación y angustia que la tristeza que vivían.

La escala de Ideación Suicida

En lo referente a la evaluación de la Ideación Suicida, con la escala de Beck y colaboradores (1979) definen que “un puntaje mayor o igual a 10 indica que corre riesgo de suicidarse”; es decir, puede intentarlo nuevamente. El 93.3% (n=14) presentaron una puntuación mayor a diez lo que significa según la escala que los pacientes tienen la probabilidad de intentar nuevamente la conducta suicida (Mondragón et al., 1998). Sólo un caso que representó el 6.6% no tuvo ideación suicida. (véase tabla A8).

De hecho durante el transcurso del estudio de los 15 pacientes valorados siete presentaron recaídas con tentativas suicidas y fueron hospitalizados nuevamente, de estos tres casos la presentaron en un intervalo de un mes de haber sido egresados, esta información se obtuvo directamente del paciente y sólo se conocen los casos que se hospitalizaron en la unidad sede, por lo que se desconoce si otros pacientes solicitaron hospitalización en otros nosocomios del Valle de México.

Es importante aclarar que los pacientes que presentaron recaídas sólo fueron evaluados en la etapa de selección y no se incluyeron en el protocolo recibiendo el tratamiento tradicional.

La Escala de Riesgo-Rescate

La escala de Riesgo-Rescate de Weisman (1979) evalúa el método de la última tentativa suicida, es decir, la letalidad en dos rubros el riesgo y la posibilidad de que una persona fuera rescatada en el intento.

Los resultados del riesgo fueron: el 20% (n=3) considerado como riesgo alto moderado que significa una conducta autolesiva que compromete la vida de los sujetos. Mientras que el 80% (n=12) no representaron compromiso de riesgo real de morir en la tentativa suicida, resumiendo estos resultados: el 33.3% (n=5) considerado riesgo moderado, mientras el 33.3% (n=5) con riesgo bajo y el 13.6 (n=2) con riesgo bajo moderado.

A los tres casos que presentaron riesgo alto moderado se les brindó psicoterapia de apoyo y contención además del tratamiento tradicional con resultados conservadores, sin embargo, la evaluación pronosticó una evolución desfavorable para estas personas. (Véase tabla A 8).

Con relación a la evaluación de rescate de la última tentativa suicida, 100% fueron rescatados por la familia y llevados a los hospitales de urgencias para su tratamiento. Estas personas generaron alarma en el ámbito familiar, y los médicos en los servicios de urgencias proporcionaron los cuidados, los estudios clínicos y tratamientos necesarios, sin dejar mayores consecuencias médicas. El 46% (n=7) fue calificado como moderado, el 26% (n=4) tenía la posibilidad de ser mayormente rescatado y el otro 26% (n=4) presentó un rescate moderado alto.

La tabla A 8 muestra los resultados del comportamiento suicida de los pacientes evaluados en la etapa de selección. Es importante comentar que en esta escala, mientras la puntuación se encuentre entre 5 y 7 puntos, tienen menos posibilidad de ser rescatados y como se puede observar en la tabla A 8, ningún caso presentó este perfil.

Tabla A 8 Resultados de evaluación del riesgo y letalidad suicida (n=15)

ESCALAS						
P	DESESPERANZA	DEPRESIÓN	IDEACIÓN	RIESGO	RESCATE	
01	08	57	19	06	14	
02	18	65	29	06	10	
03	04	56	28	09	10	
04	17	57	28	11	12	
05	04	28	19	06	13	
06	10	43	17	11	11	
07	08	63	20	06	11	
08	16	64	17	07	14	
09	19	47	15	11	14	
10	08	57	15	06	12	
11	17	*	17	10	12	
12	09	60	0	08	12	
13	13	78	21	10	11	
14	19	64	27	09	13	
15	18	74	16	09	15	

P= paciente
(*) el sujeto no respondió

Los pacientes de mayor riesgo suicida son los que presentan un “perfil alto”, es decir, de: desesperanza severa (>15 puntos); depresión Severa, (66-80 puntos); ideación suicida (10 >puntos); riesgo alto (13-15 puntos), mientras que la menor posibilidad de ser rescatado se ubica entre 5 y 7 puntos.

Como se puede observar en la tabla A8 no existió un solo caso que obtuviera todas las puntuaciones altas que pudieran predecir un comportamiento parasuicida de alta letalidad.

Es sustantivo recordar que las escalas de desesperanza, la de depresión y la de ideación suicida, evalúan el riesgo suicida, es decir, la posibilidad que tiene un sujeto de intentar suicidarse, mientras que la escala de riesgo-rescate evalúa la “letalidad” en la última tentativa suicida.

Resumiendo este apartado, la desesperanza como síntoma se ha considerado un buen predictor (Beck et al, 1993) para la conducta suicida, 7 casos presentaron desesperanza, criterio clínico que se consideró para excluir a los pacientes en el protocolo, ya que el tratamiento se diseñó para paciente con tentativa suicida de baja a mediana letalidad.

La depresión como entidad clínica (Beck, et al. 1993) después de la desesperanza, es el estado afectivo que mayormente se presenta en las conductas parasuicidas. Hubo dos casos con depresión severa, sin embargo, la depresión no fue un criterio de exclusión, ya que en el tratamiento se trabajaron los síntomas afectivos principalmente los depresivos.

En la escala de ideación suicida después de 10 puntos significa que el sujeto tiene la posibilidad de intentar el suicidio nuevamente (Beck et al 1974; Modragón et al, 1998). Catorce participantes presentaron arriba de 10 puntos, situación que

predice recaídas continuas. Es decir, el riesgo de volver a intentar el comportamiento suicida.

La escala de Riesgo y Rescate se subdivide en dos apartados que coinciden con su nombre genérico respectivamente, si el riesgo es alto y el rescate bajo, se puede hablar de un intento suicida frustrado (en la evaluación no se encontró ningún caso con estas características). De forma genérica, hablamos de una conducta autolesiva cuando el riesgo es bajo y el rescate es alto, que en ocasiones es un intento de los pacientes por llamar la atención de algún familiar, sea de la pareja o de alguien en especial (Eguíluz y Segarra 2005) situación en la que oscila la mayoría de los participantes. Dos sujetos presentaron riesgo alto, sin embargo, el rescate fue moderado para el participante (07), mientras que para el participante (09) el riesgo fue alto, pero fue más rescatable, por lo que no tenía forma de suicidarse en ese momento (véase tabla A 8). Con este apartado se da **respuesta a sexto objetivo** de investigación, que pretende conocer en la muestra estudiada, **la letalidad suicida**.

Por otra parte siete pacientes recayeron al menos una vez después del alta médica (por lo que fueron nuevamente hospitalizados), algunos casos presentaron hasta tres recaídas en menos de seis meses (los participantes 01 y 11). La predicción de las recaídas fueron valoradas con la escala de ideación suicida, es decir los pacientes intentarían nuevamente la conducta suicida y probablemente de letalidad baja, según los resultados de la escala de Riesgo-Rescate, la cual demostró que los comportamientos representaban conductas de automutilación y no verdaderas conductas parasuicidas. Habría que aclarar que no necesariamente los siguientes

intentos deban ser de baja letalidad, es importante mencionar que no hubo reportes de fallecimientos en el hospital de los pacientes evaluados.

Con fundamento en la evaluación de selección de pacientes queda por aclarar ¿Cómo se eligieron los dos casos? Primero los participantes debían cubrir con los criterios de inclusión que presentarán el trastorno límite de la personalidad como diagnóstico clínico, que tuvieran mínimo 6 intentos de suicidio de *letalidad moderada*. Por lo que se eligió al paciente que corresponden al número 13 quien refería seis tentativas. Además que presentaba los criterios de inclusión mostraba interés, apego a la evaluación, nunca llegó tarde y tampoco faltó, además, buen nivel académico y disponibilidad.

El segundo caso se eligió en acuerdo con la tutora principal, considerando que el tratamiento también podría ser efectivo en una persona con *más* intentos de suicidio, con la condición de que el último intento de suicidio evaluado fuera de mediana letalidad, y que la paciente se comprometiera a no autoagredirse., así fue como se eligió el caso 12 que tenía estudios técnicos de enfermería compromiso y disponibilidad. La aceptación de la paciente al protocolo consistió en conocer si el mismo tratamiento podría funcionar con una paciente con mayor número de tentativas suicidas (21) y un inicio temprano del trastorno límite de la personalidad y mayor cronicidad del trastorno. (véase en los anexos tabla A8 casos 12 y 13).

IV. ABUSO SEXUAL.

De los 15 pacientes el 86.6% (n=13) respondió haber vivido algún abuso sexual³, mientras el 33.6 % (n=2) no reportan abuso (véase tabla A.5).

La edad en la que ocurrió el abuso sexual fue entre los 5 y los 11 años. El promedio de edad del evento es de 8 años. La frecuencia de los eventos varía de 1 a 15 ocasiones. 73.3% (n=11) fue perpetrada por un hombre el 6.6% (n=1) el perpetrador fue una mujer. En el 73% (n=11) de los casos el perpetrador fue un familiar directo (padre, tío, hermano, primo, prima, padrastro). Hubo penetración vaginal en el 26.6%(n=4) de los casos, mientras que en el 53.3% (n=8) no se presentó.

El 26.6%(n=4) recibió amenazas, el 53.3% (n=8) no fue amenazada, 6.6% (n=1) fue golpeada. Finalmente, ningún caso recibió otro tipo de tratamiento por algún especialista (médico, psicólogo, psiquiatra, etc.,) después del evento, el 100% refirió haber salido afectada física y emocionalmente. A pesar de que las participantes en lo general no fueron agredidas físicamente, relatan haber percibido cierto grado de “engaño y manipulación” del perpetrador durante el evento.

³ Como se mencionó en la teoría aquí se considera el abuso en su definición general, sin especificar los eventos en que las pacientes legalmente fueron víctimas de violación, o en otros casos considerados como violación equiparada, ya que esta investigación no busca esclarecer la situación legal de los pacientes, más bien presentar el hallazgo a la luz de la clínica psicológica.

En este apartado es importante recordar a los investigadores Zanarini et al. (1997) comentan que “de los distintos factores de riesgo implicados en el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad parece que pueden tener valor predictivo el ser mujer y la existencia de experiencias traumáticas tempranas como abusos físicos o sexuales, el rechazo emocional de un cuidador y las atenciones incongruentes de una cuidadora”. La tabla A9 resume las principales variables diseñadas por Zanarini (2002) para reportar el abuso sexual en pacientes con trastorno límite de la personalidad.

Tabla A 9. Abuso sexual (n=15)

	n	%
No reportan abuso	2	13.6
Abuso sexual	13	86
Perpetrador hombre	11	73.3
Perpetrador mujer	1	6.6
Perpetrador familiar	11	73.3
penetración	4	26.6
Amenazas	8	53.3
Golpes	1	6.6
Afectación emocional	13	86
No recibió tratamiento (psicológico, médico, psiquiátrico, otro)	13	86