

V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en  
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos  
Aires, Buenos Aires, 2013.

# **Cortes autolesivos en una paciente con Trastorno Límite de la Personalidad. Estudio de un caso.**

Valdez, Laura Anahi.

Cita:

Valdez, Laura Anahi (2013). *Cortes autolesivos en una paciente con Trastorno Límite de la Personalidad. Estudio de un caso. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-054/243>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edbf/Vsk>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# CORTES AUTOLESIVOS EN UNA PACIENTE CON TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD. ESTUDIO DE UN CASO

Valdez, Laura Anahi

Hospital de Salud Mental Evita. Malvinas Argentinas. Argentina

## Resumen

El propósito de este trabajo es la presentación de un caso clínico el cual se trata de una paciente de 20 años de edad, diagnosticada con Trastorno Depresivo Unipolar y Trastorno Limite de la Personalidad (TLP). La misma fue derivada por su psiquiatra para apoyo psicológico luego de tres semanas de tratamiento psiquiátrico, el cual tuvo inicio a partir de una consulta de guardia. Luego fue atendida por ambos servicios en los consultorios externos. Durante la presentación se desarrolla el proceso de terapia desde su comienzo hasta su prematuro fin, ya que la paciente decidió dejar de concurrir tanto a las sesiones de Psiquiatría como de Psicología. Se analizan el motivo de consulta, objetivos terapéuticos, plan de tratamiento, soporte familiar y se explicarán las intervenciones propuestas por la terapeuta, las cuales están basadas en la Terapia Dialectico Comportamental creada por Marsha Linehan. Por último se evalúa el grado de mejoría y posibles explicaciones para el abandono de tratamiento.

## Palabras clave

Trastorno limite de la personalidad, Cortes autolesivos, Bullying, Terapia dialectica comportamen

## Abstract

SELF-CUTTING IN A PATIENT WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER. PRESENTATION OF A CASE

The purpose of this work is to describe a clinical situation about a 20 year-old female patient, diagnosed with Major Depressive Disorder and Borderline Personality Disorder (BPD) which was referred by her Psychiatrist to psychological support after three weeks of starting psychiatric treatment, during an on call consultation. After that she attended both services appointments at the Outpatient Clinic. During the presentation we will learn about this process of psychotherapy from its beginning to its premature end because of the patient's decision of stop attending, both psychiatric and psychological sessions. Reasons for consultation, therapeutic goals, treatment plan, family support and interventions from the therapist -which are based on Dialectical Behavioral Therapy of Marsha Linehan- are explained. Finally, level of improvement and possible explanations about the drop out are analyzed.

## Key words

Borderline personality disorder, Self cutting, Bullying, Dialectical behavioral therapy

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Paciente de sexo femenino, veinte años de edad, de novia hace tres años con Martín, sin hijos, de ocupación estudiante de licenciatura en historia (estudios universitarios en curso), de nivel socio-

económico medio, procedente de Malvinas Argentinas, Provincia de Buenos Aires. Vive con sus padres y tres hermanas, y tiene algunos amigos, a los que ve regularmente. Le gustan la música y la lectura de filosofía e historia. Concorre al gimnasio tres veces por semana. No tiene tratamientos psicológicos ni psiquiátricos previos.

## Genograma

Madre: Zulma, 43 años, ama de casa.

Padre: Luis, 55 años, herrero.

Hermana: Laura, 18 años, estudiante.

Paciente: Carolina, 20 años, estudiante.

Hermana: Gabriela, 27 años, empleada.

Hermana: Alejandra, 30 años, empleada.

## Diagnóstico según DSM-IV

Eje I: Trastorno Depresivo Mayor, recurrente.

Eje II: Trastorno Limite de la Personalidad.

Eje III: Sin enfermedades médicas.

Eje IV: Amenaza de ruptura de pareja.

Eje V: EEAG: 50 al inicio del tratamiento. Febrero 2012

EEAG: 70 al fin del tratamiento. Septiembre 2012 (7 meses)

## ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

La paciente se presenta por primera vez a la guardia psiquiátrica del Hospital de Agudos "Ramon Carrillo", y es evaluada por el servicio de Psiquiatría. Tres semanas después es derivada al Servicio de Psicología del nosocomio para un tratamiento mixto.

En la primera consulta la paciente refiere algunos problemas principales:

- Que se corta los brazos cuando se siente deprimida, que le molesta que le queden las marcas, que no quiere hacerlo más pero no puede lograrlo.

- Que no puede comer enfrente de otras personas "creo que me van a decir gorda", se siente rechazada por sus compañeros, y por eso tiene episodios de irritabilidad en donde se escapa de donde está, grita, se arranca los pelos, aprieta las manos y por tener las uñas largas se lastima la palma.

- Refiere además tener "ataques de pánico" en donde siente que no puede respirar, siente que se traga la lengua, que va a volverse loca o que se va a desmayar. Refiere que en ese momento siente deseos de "querer morirse" y por eso se encierra en el baño y se corta los antebrazos con hojas de afeitar para "calmarse". Una vez que ella observa la sangre de las heridas que se autoinflige, siente alivio instantáneo y sale del baño. Cuando tiene ideas suicidas, las mismas son a través de cortes, pero manifiesta no ser capaz de hacerlo por su familia, que no los puede dejar solos, si se suicidara les haría mucho daño a ellos y a su novio. Menciona que su novio está cansado de la situación.

- También manifiesta ser muy celosa con su pareja, le revisa los mails, las fotos y conversaciones que tiene en su computadora, y

cuando encuentra algo que a ella le parece sospechoso empieza a preguntar, él se enoja y todo esto termina en una discusión en donde ella insulta, y amenaza con suicidarse si él la engañase o dejase. Ella tiene mucho miedo de que estas reacciones finalmente terminen por cansar a su pareja y que él termine por abandonarla. Ella también manifiesta creerse superior a otras personas: "Soy racista, digo cosas como negro de mierda, villero, cuando alguien que escucha música fuerte en el tren me molesta, o me creo más inteligente que los demás y trato a la gente de estúpida. A veces la gente me contesta mal, otras veces me quisieron pegar por lo que les dije". Notamos que había desarreglos en la dieta por lo cual señalamos la interconsulta con nutrición. No contamos con este servicio en el hospital, por lo que tuvieron que consultar a la obra social.

### HISTORIA DEL PROBLEMA

Podemos ver varios factores que contribuyeron a la situación actual de Carolina:

#### 1) Vulnerabilidad biológica

Carolina tenía antecedentes familiares de bipolaridad e internaciones psiquiátricas en la familia. Creemos también que Carolina magnifica los eventos estresantes dada una cierta particularidad biológica que se conjugó con un ambiente invalidante.

#### 2) Ambiente invalidante.

Por un lado, la percepción de ella de que fue rechazada por sus padres desde pequeña: "ellos sacaban a pasear a mis dos hermanas más grandes y nos dejaban a las dos más chicas solas en casa. A nosotras no nos festejaban los cumpleaños ni hacían regalos. No nos mandaban a inglés particular como sí a las dos más grandes. Tengo conciencia de esto a partir de los 11 años. Cuando me sentía mal enseguida me decían que no llore, o me ignoraban, también en parte porque yo tampoco decía nada. Nunca hablé con ellos de esto ni se dieron cuenta, ni siquiera ahora que descubrieron que me corto. Tampoco se dieron cuenta que yo no comía porque me las arreglaba para hacer que comía."

#### 3) Bullying. Invalidación en la escuela.

En la escuela primaria Carolina estaba excedida de peso y comenzó a ser víctima de la burla de sus compañeros. Ella adoptó un estilo de afrontamiento pasivo y sumiso, no pudiendo defenderse ante las críticas: "Me encerraba en el baño a llorar y me golpeaba la panza, me rayaba las piernas con las uñas. Más adelante comencé a no comer delante de mis compañeros y a evitar todo contacto social. Le decía a los maestros lo que me pasaba pero nadie me ayudaba. A los 13 años comencé a cortarme las piernas con la hoja de afeitar que llevaba a la escuela. Eso me calmaba. A los 17 empecé a cortarme los brazos."

#### 4) Inseguridad. Inestabilidad en la identidad.

Como tercer factor ubicamos como esto comenzó a perjudicar su imagen corporal. En la secundaria Carolina cambió de escuela, y empezó a dejar de comer, bajando 15 kilos, y manteniéndose en un peso bajo en proporción a su estatura. Sin embargo, continúa sin poder comer alimentos delante de otras personas.

### ESTABLECIMIENTO DE LAS METAS TERAPEUTICAS

Conversando con la paciente, entonces se establecen las siguientes metas:

- 1) Dejar de cortarse los brazos y de rasguñarse las manos con las uñas. Manejo del malestar utilizando estrategias más adaptativas.
- 2) Manejar los "ataques de pánico" con técnicas conductuales y cognitivas.
- 3) Tratar de ser menos celosa con su novio.
- 4) Ayudarla a comer enfrente de la gente, superar el miedo a esta situación, con ejercicios de reatribución y reestructuración cognitiva.
- 5) Tratar sus actitudes egoístas, testarudas y narcisistas con determinadas personas, hecho que a veces le produce peleas y discusiones.

### SELECCIÓN Y APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO MAS ADECUADO

Elegí utilizar algunas intervenciones del modelo de trabajo de Mars-ha Linehan, la terapia dialéctico comportamental, correspondientes con la etapa 1 del tratamiento:

1. Disminuir conductas que atentan contra la vida
2. Disminuir conductas que interfieren con la terapia
3. Disminuir conductas que interfieren con la calidad de vida
4. Incrementar las habilidades comportamentales

#### 1) Disminuir conductas que atentan contra la vida

Abordamos la conducta problema de los cortes autolesivos, suponiendo que por generalización, desaparecería también la conducta de rasguñarse las manos.

Primeros realizamos un análisis funcional. Ella se sorprendió al ver que se lesionaba cada vez que tenía "ataques" o se peleaba con su novio. Pensamos cuáles podrían haber sido los episodios que podrían haberle facilitado su descompensación, y establecimos las vulnerabilidades para cada caso. Analizamos las consecuencias de la conducta problema y se distinguió entre recompensas a largo y a corto plazo, cuáles eran los reforzadores positivos y los reforzadores negativos. Recuerdo que una explicación a la conducta problema era que la "calmaba", pero al mismo tiempo se sentía culpable por hacer algo así. Se explicó la versión fisiológica de por qué una persona puede sentir alivio cuando se corta, que es explicada por la función de los opiáceos endógenos. Esto tranquilizó a la paciente y la libró de mucha culpa.

Enseguida la paciente entendió este punto de vista y manifestó su alivio diciendo "al fin una persona que me explica cómo parar de hacer esto y deja de juzgarme o de decir que manipulo". Entendió que si ella continuaba con estas conductas poco eficaces e inefectivas como modo de afrontar sus problemas, iba a terminar cansando a su entorno y provocando ella misma lo que no deseaba. Este insight por el análisis de la situación provocó en pocas semanas la extinción de la conducta problema y su reemplazo por otras más adaptativas como salir a la calle a caminar y escuchar música fuerte, siendo ésta la más utilizada.

### ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA

Por razones de practicidad, haremos el análisis funcional de la conducta problema más riesgosa para su vida, las autolesiones:

Vulnerabilidad	Antecedente	Desencadenante	Conducta Problema	Consecuencia a corto plazo	Consecuencia a largo plazo
La semana anterior: comer a destiempo, falta de horas de sueño. Disforia.	La suegra le dijo el viernes que no quería que sea la novia de su hijo. Preocupación y Rumiación.	Mirando la computadora del novio encontró fotos (neutrales) de él con una chica. Conducta de chequeo. Los paréntesis son de la autora.	Cuando llegó Martín lo confrontó, él se enojó con ella. Ella fue al baño y se cortó.	Preocupación de Martín, apoyo, demostración de cariño. (R+). A él se le pasa el enojo, ella siente alivio al cortarse (R-)	Desgaste en la pareja, angustia en los familiares. Baja autoestima y autcul-pabilización por parte de Carolina.

Se habló con la familia y con ella para eliminar todos los elementos cortantes que tenía escondidos. Como tenía varias hojas de afeitar debajo de su cama, se indicó que por un tiempo duerma con una de sus hermanas.

Manejo de los “ataques de pánico”.

Se pudo ver que en realidad se trataban de episodios de desregulación emocional y no episodios de pánico propiamente dichos. La diferencia fundamental es que en el peor momento de ansiedad, Carolina buscaba hacerse daño, cuando en un paciente con pánico justamente es lo que desea evitar.

Vimos que la conducta era explicada en parte por el sostenimiento de refuerzos negativos (alivio) y positivos (demostraciones de cariño y preocupación de sus familiares) y también por déficit de habilidades, por lo que nos propusimos trabajar con manejo de contingencias, y entrenamiento en habilidades.

Lo primero fue abordar su miedo a morir, volverse loca, a tragarse su propia lengua, realizando una extensa psicoeducación sobre el pánico. Se sorprendió al saber que no iba a morir por eso ni volverse loca y que la lengua tiene un frenillo natural que impide ser “tragada”. A ella le daba mucho miedo que le volviera a pasar, y abordamos la intolerancia a la incertidumbre, y el grado de control sobre lo que le pasaba. Se comentaron las diferencias con el cuadro clásico del pánico, por lo que acordamos no etiquetar lo que le pasaba.

Ella también comentaba que sus familiares se desesperaban y no sabían qué hacer para calmarla en esos momentos. Entonces conversamos las posibles soluciones para que sus familiares la ayudaran a distraerse, una vez hecha la lista se citó a los familiares y dejamos a Carolina que dé las instrucciones para que realicen lo siguiente cada vez que ella dijera “me siento mal”:

- Sacarla a tomar aire a la vereda o al patio.
- Que tome contacto con su mascota para acariciarla.
- Que le conviden un mate o bebida.
- Que le hablen de otra cosa normalmente.
- Que la ayuden a poner música fuerte.

En pocas semanas reportó haber empezado a decastrafizar los episodios, mejorar sus habilidades para pedir ayuda, los “ataques” comenzaron a bajar su frecuencia e intensidad, junto con los posteriores cortes autolesivos.

2) No hubo comportamientos que interfirieran en la terapia

3) Disminuir conductas que interfieren con la calidad de vida

Abordamos las constantes discusiones con su novio debido a sus celos. Carolina permanentemente revisaba los mails y el contenido de su computadora buscando evidencias de una supuesta infidelidad. Carolina salía con su novio hacía tres años y desde casi el inicio de la relación tenían frecuentes discusiones, siendo siempre Carolina la que buscaba evidencias para culparlo a Martín de serle infiel. El negaba esto, se enojaba con ella, y se marchaba. Cuando ella estaba en la casa de Martín sola, le revisaba la computadora, en especial las fotos.

Vimos aquí que la conducta problema se mantenía por creencias irracionales sobre los celos y por falta de reforzamiento a otras conductas más adaptativas (por ejemplo, Carolina y Martín nunca salían a pasear o al cine entonces se dedicaban a pelear) Se trabajó entonces con manejo de contingencias y modificación cognitiva.

Se realizó psicoeducación sobre los celos, las características del celoso, como afectan los celos a la pareja, la diferencia entre los celos normales y los celos patológicos, y qué objetivos puede tener la conducta celosa, sobre todo discutimos la efectividad de la conducta: Carolina llegó a la conclusión de que ella no podría evitar

que si Martín quisiera, podría estar con otra chica, y que en todo caso sus constantes reproches jugarían en contra de la relación, eventualmente desgastando la relación de pareja. Entendió que se pasaba buscando algo solamente basada en sus creencias de que él la engañaba, pero durante años había hecho lo mismo con resultados infructuosos. Sólo había encontrado una o dos fotos de él con otras chicas pero en actitudes amigables, no sexuales.

A pesar de su intuición y su ansiedad, Carolina dejó de revisar su computadora y comenzó a realizar otras actividades con su novio. Pronto le pareció absurdo lo que ella estaba haciendo.

También chequeemos el problema de la evitación a comer alimentos enfrente de otros. Descartamos cualquier trastorno de alimentación (bulimia, anorexia, trastorno por atracón) Cuando nos estábamos dedicando al automonitoreo nos manifiesta que no está segura de que le represente un motivo de consulta.

Se decidió posponer esta etapa para más adelante, pero se puso en claro de que su dieta era desordenada. Tratamos de realizar una buena psicoeducación sobre la alimentación y su relación con el estado de ánimo, para aumentar la conciencia: utilizamos para esto artículos de revistas y científicos acerca de la temática. Logramos finalmente que la paciente acepte ir a una consulta con nutrición.

### **Cambios no previstos**

Al séptimo mes de tratamiento ya no tenía comportamientos autolesivos ni celosos hacia el novio, había retomado sus estudios y su actividad con sus amigos. Nos dedicábamos sobre todo a la prevención de recaídas e intentamos pasar a temas más comprometidos con el desarrollo personal (etapa 4 del modelo de Linehan)

Ella mencionó que algunas actitudes algo narcisistas de su parte provocaban malestar en los demás. Carolina se consideraba una persona muy inteligente y que solía menospreciar la opinión de los demás. Tratamos de formular bien el objetivo terapéutico: “no quiero ser así, creída”, según sus propias palabras. Se trabajó con modificación cognitiva para intentar buscar alternativas distintas de respuesta, demostrar más empatía, poder cuidar la calidad de las relaciones interpersonales. De todos modos la motivación oscilaba, diciendo por momentos “en realidad me gusta ser así, me considero más inteligente que otras personas y soy muy testaruda para cambiar mi punto de vista”.

### **FIN DE LA TERAPIA Y SEGUIMIENTO**

A la siguiente sesión Carolina no acudió a la entrevista, y tampoco a la siguiente, sin avisar. Tampoco volvió a las sesiones de Psiquiatría, a pesar de haber dicho sesiones atrás que se encontraba a gusto con el médico. Ante el llamado a la casa por mi parte, el padre me atendió, a lo cual me presenté y pregunté por Carolina. Inmediatamente me cortó el teléfono, tras lo cual vuelvo a llamar diciéndole que la llamada se había cortado y sin decir nada me comunica con la madre, la cual agradecía todo lo hecho hasta el momento pero que Carolina ya no deseaba venir más.

Desconocemos exactamente cuáles fueron las razones del abandono pero una de las hipótesis es que nos movimos demasiado rápido con respecto al cambio de su estilo de personalidad y no la validamos correctamente como postula uno de los principios de la DBT: validación más cambio.

Quisimos realizar el seguimiento telefónico con la paciente para saber cómo estaba pero fue infructuosa la comunicación.

Pensamos que este caso nos describe muy bien los problemas propios de una paciente desregulación emocional, la cual demostró mucho poner esfuerzo, tanto ella como su familia para mejorar, pero que luego de lograr algunos objetivos bajó la motivación por continuar el tratamiento en busca de mejoras personales.

## BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2002) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV-TR. (4º edición revisada) Barcelona: Masson.

Apfelbaum, S., Gagliesi, P., Lencioni, G., Pechon, C., Herman, L., Kriwet, M., Boggiano, J. y Vuelta, B., (2004) Manual Psicoeducacional para Pacientes, Familiares y Allegados sobre el Desorden Límite de la Personalidad. "Curso de terapia cognitiva e integrativa del trastorno límite de la personalidad", Facultad de Psicología UBA.

Apfelbaum, S., Gagliesi, P. (2004) El Trastorno Límite de la Personalidad: consultantes, familiares y allegados. *Vertex*, 15(58), 295-302

Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (2006) Inventario de depresión de Beck: BDI-II (2º edición) Bs.As.: Paidós.

Beck, A. & Freeman, A. (1995) *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. México: Paidós.

Belloch Fuster, A. & Fernández Álvarez, H. (2010) *Tratado de trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.

Fernández Álvarez, H. (1992) *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.

Fernández Álvarez, H. & Opazo, R. (2004) *La integración en psicoterapia. Manual práctico*. Barcelona: Paidós.

Gagliesi, P. (2007) Terapia dialéctica conductual en el tratamiento del desorden límite de la personalidad. *Revista Persona*, 7(1), 6-17.

Keegan, E. (2004) Abordaje cognitivo del trastorno límite de la personalidad, *Vertex*, 15 (58), 287-294

Kopec, D., Rabinovich, J. (2007) *Qué y cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica*. Bs.As.: Dunken.

Linehan, M. (1993) *Cognitive - Behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.

Linehan, M. (2003) *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona, Paidós.