



**Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología
Proyecto Final de la Carrera**

**“El uso de técnicas psicodramáticas en un contexto grupal
como complemento para el abordaje del trastorno límite de la
personalidad.”**

Alumna: Carla Verrascina

Matrícula: 21113

Tutora: Verónica León

Fecha de entrega: septiembre 2021

Índice

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
PRESENTACIÓN DEL TEMA	4
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	5
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	5
RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA	5
OBJETIVOS	6
OBJETIVOS GENERALES	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
ALCANCES Y LÍMITES	6
ANTECEDENTES	7
ESTADO DEL ARTE	9
MARCO TEÓRICO	10
METODOLOGÍA	15
PROCEDIMIENTO	15
ÍNDICE COMENTADO	15
CAPÍTULO 1: PSICODRAMA: SU APROXIMACIÓN GRUPAL Y TÉCNICAS PSICODRAMÁTICAS.	16
1.1 DESCRIBIENDO EL MÉTODO PSICODRAMÁTICO	16
1.2 TÉCNICAS PSICODRAMÁTICAS	18
1.2.1 <u>CAMBIO DE ROLES O INTERCAMBIO DE ROLES</u>	19
1.2.2 <u>SOLILOQUIO</u>	19
1.2.3 <u>CONCRETIZACIÓN</u>	19
1.2.4 <u>EL DOBLE</u>	20
1.2.5 <u>ESPEJO</u>	21
1.2.6 <u>LA SILLA VACÍA</u>	21
1.2.7 <u>EGO MÚLTIPLE</u>	22
1.3 PSICODRAMA EN GRUPO: BENEFICIOS DEL CONTEXTO GRUPAL.	22
CAPÍTULO 2: CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTO PARA EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.	24
2.1 CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	24
2.2 LA COMPLEJIDAD EN CUANTO AL DIAGNÓSTICO, ETIOLOGÍA, TRATAMIENTO Y CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	26
2.3 TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL (TDC/DBT)	28
CAPÍTULO 3: EL USO DE TÉCNICAS PSICODRAMÁTICAS EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.	31
3.1 LA INTEGRACIÓN DEL ABORDAJE GRUPAL EN PACIENTES CON TLP	31
3.2 ¿PROTAGONISTA U OBSERVADOR EN LA DRAMATIZACIÓN?	35
3.3 ANÁLISIS DEL USO DE LAS TÉCNICAS PSICODRAMÁTICAS	37
CONCLUSIÓN	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

Resumen

En la siguiente tesina realizaremos una aproximación teórica, bajo la forma de revisión bibliográfica, en donde tomaremos técnicas psicodramáticas como complemento para el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad. El objetivo es identificar qué tipo de técnicas psicodramáticas podrían utilizarse ante las dificultades que se presentan en varios, sino todos, los ámbitos de la vida cotidiana en pacientes con TLP. Nos basaremos en el uso de la dramatización y las técnicas psicodramáticas que se implementan para promover recursos de enfrentamiento frente a la sintomatología que presentan los pacientes. Se pretenden reconocer los alcances y los límites que se puedan presentar en este tipo de tratamiento frente a un paciente con las características del TLP y presentar una novedosa forma integral de complemento para el tratamiento de este trastorno.

Introducción

Presentación del tema

A la hora de pensar la personalidad nos adentramos en una temática compleja, que nos presenta una variedad de interrogantes respecto a su modo de abordaje y su etiología. Los trastornos de personalidad presentan una gran dificultad a la hora de elegir el procedimiento más eficaz para su tratado. Específicamente, las personas con trastorno límite de la personalidad (TLP), se caracterizan por una inestabilidad en diversas esferas del día a día del paciente, un pilar en las razones por la cual ha sido dificultoso seleccionar un abordaje predominantemente eficiente. Este trastorno se singulariza por mostrar labilidad afectiva, conductas descontroladas, alta extraversión y frecuentes problemas con las normas. En cuanto a su modo de abordaje, distintos autores encuentran diferencias en lo que consideran central para comenzar su tratamiento. Kernberg se enfoca en el exceso de agresión; Linehan en su deficiente capacidad para regular la emoción; Fonagy se centra en el fracaso de la mentalización y Gunderson en su hipersensibilidad interpersonal. Es evidente la imposibilidad que se presenta a la hora de establecer una única teoría para abordar esta problemática que exponga de manera completa y eficaz soluciones particulares ante las inestabilidades que se evidencian en el trastorno. Justamente, los trastornos de personalidad presentan extrema complejidad por su comorbilidad, sus innumerables variaciones y el efecto que tiene en vastas áreas de la vida cotidiana del paciente, sino en todas. Debido a esto, Fernández Álvarez (2011) propone ciertos criterios para el abordaje terapéutico, incluyendo: un enfoque integrativo, intervenciones multi-nivel, metas realistas y terapia de grupo como modos a tener en cuenta para su tratamiento.

Desde 1921 Jacob Levy Moreno, reconocido como el padre del psicodrama, se interesó por métodos del teatro espontáneo. Aproximadamente a partir del año 1936, Moreno comienza a desarrollar la mayoría de las técnicas del Psicodrama Clásico. Blatner (2009) presenta al psicodrama como un “conjunto de instrumentos”, que puede utilizarse en vastas áreas de la vida cotidiana, y “trasciende cualquier enfoque terapéutico particular” (Blatner, 2009, p. 123) que se utiliza para “reflexionar sobre sentimientos y relaciones” y aportar a la capacidad para comunicarlos (Blatner, 2009, p. xviii). Lo mismo aplica para las técnicas psicodramáticas, que poseen un amplio y variado uso y también se utilizan en diversos ámbitos. Existen muchas técnicas psicodramáticas que fueron desarrollándose a partir de las clásicas propuestas por Moreno, y a su vez, variaciones de las mismas. ¿Podría considerarse al psicodrama como un abordaje terapéutico para el trastorno límite de la personalidad? Blatner la considera una Metateoría integradora, que por su habilidad como instrumento le permite acoplarse a la mayoría de los métodos psicoterapéuticos.

En la siguiente tesina estaremos enfocándonos en el uso de las técnicas psicodramáticas dentro de la dramatización como abordaje terapéutico grupal, contemplando tanto alcances y límites en su trayectoria, considerándolas como complemento a una terapia individual.

Propondremos su uso para complementar un abordaje integral en el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad. Teóricamente, las técnicas que mencionaremos a lo largo de la tesina podrían generar beneficios sustanciales en equilibrar la desregulación emocional, impulsividad, autoimagen y relaciones interpersonales de un paciente con TLP, siguiendo un tratamiento que establece metas a corto plazo que se exponen a partir de la dramatización de una situación pasada, presente o futura que haya generado o puede generar algún tipo de problemática.

Problema de investigación

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se presenta como una psicopatología compleja. Contempla una variada amplitud sintomática que afecta a distintas y múltiples esferas de la vida del paciente. Estas cuestiones generan una dificultad a la hora de diagnosticar la patología, con distintas posibilidades de sub-diagnósticos y variaciones, lo cual a veces, puede llevar a equivocaciones en su diagnóstico.

Se presenta en esta tesina a las técnicas psicodramáticas como una posibilidad de complemento eficaz para ahondar en los síntomas nucleares de los pacientes con TLP. Se reconoce que el trabajo en grupo puede presentar dificultades a lo largo del tratamiento para personas con este diagnóstico ya que la problemática con los vínculos es uno de los focos a la hora de tratar con el TLP. Éstos pueden presentar complicaciones a la hora de operar en grupo, ya que pueden transitarlos desde un lugar de exclusión y abandono, lo cual podría impactar de manera exacerbada a su constante necesidad de afecto y su pensamiento negativo con respecto a ellos mismos.

Preguntas de investigación

- ✓ ¿Cuál es la técnica o teoría acordada para el tratamiento con pacientes con TLP?
- ✓ ¿Cuáles serían los beneficios de que un paciente con TLP realizara la práctica en psicodrama?
- ✓ ¿Qué aspectos de la personalidad del paciente se verían afectados a partir del uso de técnicas psicodramáticas?
- ✓ ¿Qué valor podrían llegar a tener los que están en su grupo de terapia para con el paciente?
- ✓ ¿Qué efecto puede tener un enfoque grupal en un paciente con TLP?

Relevancia y Justificación del tema

La meta de esta tesina es proyectar, a raíz de una revisión bibliográfica, una posibilidad de tratamiento integral para pacientes con TLP a partir de un abordaje grupal con técnicas psicodramáticas. Es relevante estudiar esta temática ya que se adhiere a un pensamiento

multiaxial con respecto al tratamiento de los trastornos, buscando innovación y facilitar el trabajo interdisciplinario.

Es importante reconocer tanto los alcances como los límites dentro de la elaboración teórica, para así encontrar justificaciones que sean factibles en la práctica. Las hipótesis planteadas a lo largo de esta tesina podrían tener un impacto favorable en la sociedad, ya que se procura abrir nuevas incógnitas acerca de una temática compleja en el ámbito de la psicología clínica, que se encuentra en constante búsqueda de nuevos procedimientos y soluciones. La exposición de esta revisión bibliográfica propone comenzar un movimiento para evocar nuevas ideas e hipótesis para futuros estudios que relacionen al psicodrama con trastornos de personalidad, a modo de seguir desarrollando una teoría integral de sus posibles abordajes y encontrar nuevas vías para su tratamiento.

Objetivos

Objetivos Generales

1. Identificar técnicas psicodramáticas para el abordaje complementario de los patrones de inestabilidad que presentan pacientes con trastorno límite de la personalidad, teniendo en cuenta sus alcances y limitaciones.

Objetivos Específicos

- a) Analizar un abordaje psicodramático grupal y el concepto de dramatización para beneficiar la sintomatología de un paciente con trastorno límite de la personalidad.
- b) Sugerir las técnicas del *doble*, *la silla vacía* e *inversión de roles* dentro del psicodrama como recursos para equilibrar la inestabilidad de las relaciones interpersonales en pacientes con TLP.
- c) Considerar las técnicas de *doble* y *espejo* dentro del psicodrama como recursos para equilibrar la inestabilidad de la autoimagen en pacientes con TLP.
- d) Proponer las técnicas de *soliloquio*, *la silla vacía*, *la concretización* dentro del psicodrama como recursos para regular la intensidad de los afectos en pacientes con TLP.
- e) Sugerir las técnicas de *inversión de roles* y *ego múltiple* dentro del psicodrama como recursos para el fortalecimiento del Yo en pacientes con TLP.

Alcances y Límites

Existen distintas teorías que proponen una metodología de tratamiento para el TLP. Las más reconocidas actualmente son la psicodinámica y la cognitivo-conductual. En esta tesina nos estaremos enfocando en cómo el uso de varias técnicas psicodramáticas podrían utilizarse como complemento para el abordaje de pacientes con trastorno límite de personalidad y mencionaremos el abordaje propuesto por Linehan: la terapia dialéctico-conductual (TDC) como el más emblemático. Nos guiaremos estrictamente desde un punto teórico, en el cual inferimos

que el uso de técnicas psicodramáticas podría aportarle al paciente el fortalecimiento de formación de habilidades que también se contempla en la terapia dialéctico-conductual. La propuesta se guía como un primer encuentro entre el psicodrama y los trastornos de personalidad, que luego se pretenderá expandir en el futuro. Por eso mismo, es que nos enfocaremos también únicamente en el trastorno límite de la personalidad, ya que cada uno de los trastornos de personalidad presenta una complejidad distinta. En el área psicodramático se tomarán las investigaciones de Moreno, de las cuales escribe Blatner en sus dos libros *El Psicodrama en la práctica* (2005) y *Bases del Psicodrama* (2009). También tomaremos algunas conceptualizaciones propuestas por Rojas-Bermúdez, Eduardo Pavlovsky, Teodoro Herranz Castillo, Eva Leveton y Dalmiro Bustos en cuanto a la teoría y técnica psicodramática. Es importante remarcar la diversidad de técnicas psicodramáticas existentes y la amplitud de variaciones que se pueden encontrar en cada una de ellas, y que de este modo nos estaremos enfocando en una selección de ellas que nos parecen pertinentes para los objetivos de esta tesina. Con respecto al trastorno límite de la personalidad, nos quedaremos con lo que enuncia el DSM 5 (2013) acerca de su diagnóstico, los aportes de Millon (2006) y Mirapeix Costas et al. (2017) en cuanto a definiciones y acercamientos teóricos al TLP y consideraremos el abordaje propuesto por Linehan, comprobado científicamente por su beneficio para pacientes con TLP.

Antecedentes

El Psicodrama tiene sus comienzos alrededor de 1934, cuando Jacob Levy Moreno (1889-1974) tuvo la idea de integrar el teatro y la terapia, motivado por sus años de estudio de los métodos del teatro espontáneo. Si bien existieron otros movimientos en los cuales se utilizó el drama como forma curativa, por ejemplo, curanderos y chamanes en rituales tradicionales, el método de Moreno impuso su originalidad (Blatner, 2009, p. 11). Se adentró en el término “terapia grupal” y “psicoterapia grupal” alrededor de 1932 en una conferencia en Filadelfia dictada en el congreso de la American Psychiatric Association (Blatner, 2009, p. 16). En 1936, Moreno se encuentra en Nueva York y construye el primer teatro para Psicodrama e instalaciones para la formación de profesionales, conoce los grupos de autoayuda y en 1942 inaugura el Sociometric Institute and Theater of Psychodrama y el American Society for Group Psychotherapy and Psychodrama, en donde realiza sesiones abiertas e impulsa la difusión del Psicodrama y la Sociometría alrededor de Estados Unidos. Como describe Moreno (citado en Blatner, 2005, p. 1) el psicodrama es “la escenificación de un problema a la manera de una obra teatral”. Utiliza términos derivados del teatro para la construcción de sus teorías y técnicas. Éstas no se adscriben solamente al espacio psicológico, su aplicación se extendió a diversos ámbitos, tales como la educación, el militar y el administrativo. Las técnicas psicodramáticas clásicas tienen convergencia con terapias creativas y expresivas con las cuales “comparten la meta de la liberación y el uso de la espontaneidad como parte del proceso terapéutico” (Blatner, 2009, p. 31).

En Argentina, los precursores del movimiento psicodramático fueron Eduardo Pavlovsky, Dalmiro Bustos y Jaime Rojas Bermúdez. Pavlovsky y Rojas Bermúdez en 1958, a partir de la influencia de Moreno y el psicodrama psicoanalítico francés, utilizaron técnicas psicodramáticas con niños para que elaboren sus conflictos (Klein, 2017, p. 47). Argentina se encontraba en un contexto de Psicoterapia Grupal, en el cual diversos autores psicoanalistas comenzaron a interesarse por este tipo de psicoterapia. Jaime Rojas Bermúdez define al psicodrama como un “método psicoterapéutico con hondas raíces en el teatro, la psicología y la sociología (...) que constituye un procedimiento de acción y de interacción (...) y su núcleo es la dramatización” (Rojas Bermúdez, 1997, p. 17). Rojas Bermúdez contempla las esferas del cuerpo y el espacio como pilares en el aporte que trae el Psicodrama al ámbito psicoterapéutico. Se toma al cuerpo en interacción con otros cuerpos, y el espacio “permite la representación del mundo interno del paciente” (Rojas Bermúdez, 1997, p. 18) incluyendo así las esferas tanto de lo individual como lo social, tomándolas como inseparables. Según Klein (2017), Rojas Bermúdez lograba integrar procesos clínicos con procesos evolutivos, convirtiéndolo así en un gran precursor e integrador del Psicodrama en la Argentina.

En la década de 1920, el trastorno límite de la personalidad (TLP) se reconocía como “enfermedad psicótica atenuada”, Bleuler lo adscribe a los cuadros de “esquizofrenia latente”, y luego Stern lo describe como “pacientes que presentaban manifestaciones clínicas intermedias entre la neurosis y la psicosis” (Curiel, 2001, p. 52) siendo esta la primera aproximación a una descripción del trastorno. A partir de los años '70, Otto Kernberg se aproxima al TLP con una descripción más específica: “organización patológica específica, estable y crónica. No es un estado transitorio que fluctúe entre la neurosis y psicosis” (Curiel, 2001, p. 52). La patología se adscribe al EJE II del DSM IV enfatizando el “descontrol de impulsos como síntoma nuclear junto con inestabilidad respecto de la propia imagen, las relaciones interpersonales y la ausencia de control de impulsos” (Curiel, 2001, p. 52). La CIE 10 en cambio, presenta al TLP en dos formas, una siendo la inestabilidad emocional que englobaría el tipo límite, y la otra siendo la ausencia de control de impulsos que demarcaría el tipo impulsivo.

En cuanto a los tratamientos para esta patología, Curiel (2001) contempla una historización de la temática. En la época de 1940 a 1960, la psicoterapia que reinaba era el psicoanálisis, pero muy pocos terapeutas creían que ese era el tratamiento a elegir. En los '50, hubo algunas modificaciones a la técnica psicoanalítica que llevaron a aplicar la nueva metodología a la esquizofrenia y a condiciones borderline. Desde los '60 a los '80 se denota la influencia del trabajo de Kernberg, quien formula una psicoterapia intensiva, orientada al insight y al cambio de la estructura de la personalidad.

Según Millon (2006), la perspectiva Cognitiva considera a los pacientes con trastorno límite de la personalidad dependientes de la estructuración del ambiente externo, es decir, su “estilo cognitivo está determinado por la estructura disociada de sus representaciones objetales” (Millon, 2006, p. 522), esto por lo general da lugar a actitudes paradójicas, y cambios extremos en sus comportamientos, considerado por su labilidad emocional.

Los pacientes con TLP presentan conflicto con: la tolerancia al sentimiento de abandono o soledad, las relaciones interpersonales, impulsividad y agresividad, experimentaciones de gran vacío emocional. Todos estos conflictos pueden llevar a conductas riesgosas para el paciente. Debido a esto, según Curiel (2001), es que se buscaron terapias que puedan disminuir el sufrimiento del paciente siendo abarcativas en la amplia variedad de problemas con los que éstos contaban.

A lo largo de la historia se han desarrollado varios tipos de tratamientos para el abordaje del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Al ser una patología tan laboriosa de diagnosticar, y con muchas dificultades a nivel sintomatológico y comorbilidad, se vuelve difícil encontrar terapias que sean totalmente eficaces para su tratamiento. Debido a esto es que también se han escrito incontables artículos y libros con respecto al trastorno límite de la personalidad, en el intento de abarcar extensivamente la patología. Como dice Millon (2006, p. 499) “se ha escrito más acerca de la personalidad límite que sobre cualquier otro tipo de trastorno de la personalidad, demasiado como para poder llevar a cabo una revisión e integración exhaustivas.” Siguiendo esta proposición de Millon es que solamente nos concentraremos en los antecedentes de la terapia dialéctico-comportamental, propuesta por Marsha M. Linehan en 1987. Curiel (2001) hace referencia a esta terapia remarcando su objetivo final como el de “crear una autonomía responsable en las actitudes y los comportamientos del paciente” (Curiel, 2001, p. 58). Linehan desarrolló la terapia primeramente para el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad que presentaban conductas autolesivas y tendencias suicidas. Como dice Curiel (2001) la terapia originalmente se basaba en enseñar habilidades para mejorar las conductas disfuncionales de las cuales disponían los pacientes. La terapia abarca tanto terapias individuales como grupales y las combina con técnicas conductuales clásicas.

Estado del Arte

Actualmente, el psicodrama comienza a observarse como una posibilidad de abordaje ante síntomas y síndromes complejos con respecto al psiquismo, tales como: alucinaciones auditivas, ideación y conducta autolítica, estrés postraumático y el trastorno límite de la personalidad. Existen cuestionamientos en la práctica con respecto a si su abordaje sería más eficaz de una manera bipersonal o grupal. Se considera al uso del espacio psicodramático como una fuente que cause mayor bienestar a los pacientes que padezcan este tipo de trastornos complejos. Herranz (2018, p. 15) anuncia: “es necesaria una relación de dos que proteja la esclavitud de la necesidad afectiva a nuestro paciente. Junto a la necesidad de estas personas nos encontramos su incapacidad para estar en grupo.” De esta manera se observa al psicodrama bipersonal como una forma en la que el paciente pueda disminuir su alternancia entre los extremos de idealización y devaluación que posee con sus relaciones interpersonales.

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) presenta complicaciones sintomatológicas, comorbilidad, dificultad en su diagnóstico y también confusión en su terminología y

conceptualización. No hay un único tratamiento consensuado en el que todas las teorías se basen para abordar esta patología. Es por esto, que se buscaría integrar distintos factores comunes a las psicoterapias para poder encontrar un tipo de abordaje eficaz desde la integración. Aun así, se han encontrado en los últimos años algunas técnicas científicamente comprobadas que demuestran una gran mejoría en algunos de los síntomas que presenta este trastorno independientemente de a qué modelo teórico se adscriba el que las aplica. Las comúnmente mencionadas son: la Terapia dialéctico-conductual (TDC) y la Psicoterapia basada en la Mentalización (TBM).

La terapia dialéctico-conductual (TDC), fue originalmente propuesta por Marsha Linehan en 1993. Es una terapia que incluye sesiones tanto individuales como grupales para que se puedan entrenar distintas habilidades. Se basa en la teoría cognitivo-conductual e incorpora la filosofía de la dialéctica y elementos del Mindfulness basada en la práctica Zen (Cuevas Yust & López Perez-Díaz, 2012; Vásquez-Dextre, 2016). Esta terapia busca que el paciente ponga en práctica conductas que sean más adaptativas, así pudiendo conseguir una validación y aceptación de las propias experiencias personales a través de solucionar las conflictivas inter e intrapersonales (Cuevas Yust & López Perez-Díaz, 2012). Es importante aceptar a los pacientes tal como son según esta terapéutica, y abordar desde la dialéctica entre el cambio y la aceptación (Vásquez-Dextre, 2016).

En 2009, Bateman y Fonagy desarrollan la Psicoterapia basada en la Mentalización (TBM), una terapia de orientación psicodinámica que conduce al paciente “para lograr un mejor conocimiento respecto a sí mismo y a los demás en un contexto seguro que permita manejar los impulsos, las desregulaciones afectivas y las relaciones con los demás” (Cuevas Yust & López Perez-Díaz, 2012, p. 100). Sánchez Quintero y De la Vega (2013) agregan el hecho de que este tipo de psicoterapia trabaja en base a un equipo interdisciplinario, las decisiones acerca de cómo proseguir con el paciente se toman en conjunto, ya sea en la terapia individual como en la grupal. Agregan: “los síntomas del TLP se entienden como resultado de una supresión parcial y específica de la mentalización. Suelen fracasar en este sentido cuando se encuentran en una situación de elevada activación emocional” (Sánchez Quintero & De la Vega, 2013, p. 26).

Marco Teórico

El psicodrama es un método psicoterapéutico que une cualidades del teatro y de la psicología para formar un conjunto de técnicas que se pueden aplicar en distintos aspectos en la clínica. Blatner (2009, p. 1) describe al psicodrama como “un método para explorar problemas psicológicos y sociales, animando a los participantes para que actúen en los eventos relevantes de sus vidas, en lugar de simplemente narrarlos”. Para comprender la literatura correspondiente al psicodrama, hay que entender también de dramaturgia. Moreno, realizó su teoría en base a conceptos derivados de sus estudios en el teatro, esto es debido a que el psicodrama no es exclusivo de la psicoterapia, sino que se utilizó en varios ámbitos a lo largo de los años. Debido

a esto, es pertinente definir algunas concepciones principales que propone el psicodrama. Blatner, en su libro “Bases del Psicodrama” hace una recopilación de definiciones para poder empezar a comprender su terminología.

Primeramente, el **método psicodramático** se establece a partir de tres grandes momentos: 1) El Caldeamiento, 2) La Dramatización y 3) El Compartiendo (Sharing). En cada una de estas etapas se contemplan una variedad de técnicas psicodramáticas para llegar al encuentro con tensiones o problemas indefinidos para el elegido protagonista que se visibilizan a través de una escena propuesta.

La **dramatización** es la vía de expresión que se realiza en el escenario durante la sesión psicodramática, en donde tanto los protagonistas como los auxiliares dramatizan una escena propuesta por el protagonista para poder elucidar cuestionamientos y problemáticas que surgieron de allí. En la dramatización se da una representación simbólica, el rol simbólico tiene características de objeto total, y rige el proceso secundario (Pavlovsky & Moccio, 1969, p. 96). El paciente pasa a llamarse **protagonista** que alude al “papel del individuo interesado en resolver un problema, adquirir cierto grado de introspección o desarrollar un nuevo patrón de respuestas” (Blatner, 2009, p. 2). El **director** es quien coordina la dramatización. Debe tener los conocimientos necesarios y correspondidos con respecto al método para poder dirigir la representación eficazmente. Los **auxiliares** son quienes interpretan los papeles secundarios dentro de la dramatización y ayudan a que “el protagonista experimente más vívidamente la situación, y (que sea) más espontáneo si interactúa con otras personas” (Blatner, 2009, p. 3). No se limitan solo a interpretar otras personas dentro de la dramatización, también pueden representar sentimientos u objetos inanimados. Según Blatner (2005, p. 15 y 16), el auxiliar puede representar seis tipos de roles:

- 1) Persona integrante de las redes sociales del protagonista.
- 2) El doble (rol de Superyó del protagonista).
- 3) Personaje genérico de apoyo (no de un conocido específico del protagonista).
- 4) Personaje imaginario.
- 5) Objeto inanimado.
- 6) Concepto abstracto o estereotipo colectivo.

La **audiencia** alude a las personas que observan la dramatización, no participan dentro del escenario, pero si aportan comentarios u opiniones a la hora del “Compartir” llegando al final de la sesión. Por último, el **escenario** es el espacio del ‘como sí’, el lugar donde se dramatiza, donde se da una nueva realidad y la posibilidad para resignificar experiencias (Blatner, 2005; Blatner, 2009).

En la siguiente tesina se pretende identificar **técnicas psicodramáticas** para el abordaje de los patrones característicos que presentan pacientes con trastorno límite de la personalidad. Siguiendo esta línea es que parece pertinente definir algunas de las técnicas psicodramáticas. Recordando que existen amplias variaciones de cada técnica psicodramática, aclaramos que en esta tesina estaremos enfocándonos en las técnicas más utilizadas y en las que creemos,

teóricamente hablando, que pueden llegar a fortalecer la construcción de recursos y herramientas para pacientes con trastorno límite de la personalidad.

Comenzamos con la **técnica del doble** que “consiste en el empleo de un auxiliar en el rol especializado del self del protagonista, (...) ayuda al protagonista a esclarecer y expresar un nivel más profundo de emociones e ideaciones preconscientes” (Blatner, 2005, p. 27). También puede conocerse como el “rol del superyó del protagonista”. Se podría comparar con la “voz en off” en el cine. Para que se pueda generar el doblamiento, el doble tiene que desarrollar una profunda empatía con el protagonista. Luego tenemos la **técnica de inversión o cambio de roles** en donde el auxiliar doble asume el rol del protagonista y viceversa. Este tipo de técnica se utiliza para que el protagonista pueda concientizar con respecto a sus actitudes y sus conductas, generando así una confrontación con él mismo. Estas técnicas se utilizan “para trascender las habituales limitaciones del egocentrismo” (Blatner, 2009, p. 234). Bustos (2007) describe a la técnica de **soliloquio** como el momento en el cual “los personajes profundizan en sus características... pueden aparecer sentimientos contenidos... se indica que diga lo que no está siendo expresado, tanto desde su propio rol como en el del complementario (Bustos, 2007, p. 44). El **espejo**, es una técnica en la cual el protagonista observa la re-dramatización de su escena, en la que un auxiliar interpreta el rol que él mismo acaba de hacer. Se emplea como un procedimiento de confrontación (Blatner, 2009). Por otro lado, la **técnica de concretización** “consiste en ayudar al protagonista a convertir sus formulaciones abstractas en algo concreto” (Blatner, 2009, p. 228), de esta manera puede especificar si es que trae problemas generalizados a la dramatización. Bustos (2007) define a la concretización como “dar presencia dramática a sentimientos o sensaciones variadas expresadas por el protagonista...(y) prestar a esa emoción una actitud corporal que nos informe sobre las características de ese sentimiento” (Bustos, 2007, p.44). La **técnica del ego múltiple** se asemeja a la **técnica de la silla vacía**. La técnica de la silla vacía se basa en el uso de una silla como representación de otra persona, el objetivo es poder resolver conflictos con aquella persona representada en la silla vacía. La técnica del ego múltiple, se da por el “uso por el protagonista de sillas vacías o posiciones en el escenario para representar diferentes partes del self” (Blatner, 2009, p. 230). La técnica puede ser utilizada con o sin la ayuda de auxiliares, cada parte presenta su conflicto y se intenta establecer un encuentro entre ellas.

El **entrenamiento de roles** tiene fundamento en el desarrollo de habilidades específicas, hay cierta conducta desadaptativa que debe transformarse, y el entrenamiento se basa en encontrar formas para que esa conducta se vuelva adaptativa, implica un trabajo intra e intersíquico. Blatner (2009, p. 204), adscribe como técnica principal dentro del entrenamiento de roles a la **re-dramatización**, “la cual permite reevaluar la respuesta entre cada ‘nueva reacción’ hasta encontrar la más satisfactoria.”

Para comprender un trastorno de la personalidad, debemos primeramente definir lo que entendemos por personalidad. Millon define a la personalidad como un “patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas, que se expresan de forma automática

en casi todas las áreas de la actividad psicológica. Es decir, la personalidad es un patrón de características que configura la constelación completa de la persona” (Millon, 2006, p. 2). Originariamente, la palabra proviene del griego antiguo “prosopón”, comúnmente traducido a “persona” refiriéndose a las máscaras que utilizaban los actores en el teatro. Millon lo describe como “la pretensión de poseer rasgos distintos de los que caracterizan realmente a la persona que hay detrás de la máscara” (Millon, 2006, p. 2). La personalidad está siempre en constante crecimiento y cambio, se compone por características y comportamientos que nos diferencian de los demás. Cuando hablamos de personalidad entonces, tenemos que también hablar de carácter, temperamento y comportamiento. Millon (2006) relaciona el carácter con la crianza, lo adquirido y que es modificable por la experiencia, “conlleva un cierto grado de conformidad con las normas sociales... el carácter refleja el resultado de la influencia de la educación” (Millon, 2006, p. 2). Por otro lado, el temperamento es lo heredado de la persona, el estado de ánimo basal. Millon destaca al temperamento por su “disposición biológica básica hacia ciertos comportamientos... representa la influencia de la naturaleza” (Millon, 2006, p. 2). Por último, el comportamiento alude a las acciones que se toman en determinadas situaciones. La personalidad se caracteriza por rasgos de personalidad que se definen como patrones persistentes de formas de percibir relaciones y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen en manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales, Millon los define como “patrón estable de comportamiento que permanece a lo largo del tiempo y en situaciones diversas” (Millon, 2006, p. 4).

¿Qué pasa con un **trastorno** de la personalidad? Un trastorno de la personalidad es 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 principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o prejuicios para el sujeto. Los trastornos de la personalidad son estáticos, resistentes al cambio, tienen un modo de ser disfuncional. La persona con trastorno de personalidad posee un rasgo o un conjunto de rasgos que lo llevan de manera extrema, de manera que su forma de comportarse en todos los ámbitos de su vida cotidiana es de la misma manera. El DSM 5 (2013) nombra los criterios diagnósticos generales diciendo: “patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo” (American Psychiatric Association, 2013, p. 359).

El trastorno límite de la personalidad está ubicado en el CLUSTER B del DSM 5: Sujetos inmaduros. Los trastornos de personalidad ubicados en este clúster se identifican por labilidad afectiva, conductas descontroladas, alta extraversión y frecuentes problemas con las normas. Los criterios diagnósticos propuestos por el DSM 5 (2013) para el Trastorno Límite de la Personalidad incluyen: “un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos” (American Psychiatric Association, 2013, p. 364). Este trastorno se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

- Esfuerzos por evitar el desamparo real o imaginado.
- Relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizadas por alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- Alteración en la identidad. Inestabilidad intensa de la autoimagen y del sentido del Yo.
- Impulsividad en áreas que son potencialmente autolesivas.
- Comportamiento recurrente de automutilación o suicidio.
- Inestabilidad afectiva.
- Sensación crónica de vacío.
- Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira.
- Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Se reconoce históricamente al abordaje propuesto por Linehan como uno de los más emblemáticos en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. La terapia dialéctico-conductual se basa en una teoría biosocial con respecto al trastorno, ésta sostiene que la desregulación de las emociones es la principal característica a tratar del TLP. La desregulación proviene de un conjunto de cuestiones acerca del individuo, tanto la disposición biológica como el contexto ambiental y la transacción entre estos dos factores a lo largo de su desarrollo (Linehan, 2003). La dificultad en la regulación de sus emociones se presenta en varios, sino todos, los ámbitos de su vida cotidiana. Linehan (2003) describe que la desregulación “sistémica está producida por la vulnerabilidad emocional y por el uso de estrategias de modulación de las emociones inadecuadas y poco adaptativas” (Linehan, 2003, p. 11). La autora asimismo define las características de la vulnerabilidad emocional como las siguientes:

- Muy alta sensibilidad a estímulos emocionales,
- Respuesta muy intensa a los estímulos emocionales,
- Un retorno lento a la calma emocional una vez que ha sido inducida la excitación emocional.

Es importante también reconocer lo que es la **modulación emocional**, que, según Linehan (2003) es la habilidad para inhibir conductas inapropiadas, tener la capacidad de regular una acción coordinada en respuesta a un objeto externo, tener la posibilidad de calmarse ante actividades fisiológicas que aparecen debido a una fuerte emoción y poder concentrarse ante la presencia de alguna emoción fuerte. Por ende, la autora concluye diciendo: “la desregulación de las emociones en individuos con trastorno de límite es la combinación de un sistema de respuesta emocional hipersensitivo (demasiado reactivo) con una incapacidad de modular las fuertes emociones resultantes y las acciones asociadas a ellas” (Linehan, 2003, p. 11).

Metodología

Procedimiento

En la siguiente tesina haremos una revisión bibliográfica en donde analizaremos un procedimiento de tratamiento integral grupal, desde un marco teórico psicodramático frente a pacientes con trastorno límite de la personalidad. Abordaremos la relación que puede formarse entre distintas técnicas psicodramáticas clásicas y cómo éstas podrían impactar, teóricamente, en la sintomatología que presentan los pacientes con TLP. Tomaremos el desarrollo clásico del psicodrama propuesto por su precursor Jacob Levy Moreno en los escritos de Adam Blatner (2005 y 2009), Rojas-Bermúdez (1997), Eduardo Pavlovsky, Teodoro Herranz Castillo, Eva Leveton (1987) y Dalmiro Bustos. Los ejes principales con respecto a este marco teórico serán las técnicas psicodramáticas, los conceptos básicos para poner en práctica una sesión psicodramática y su historia. Con respecto al TLP, nos enfocaremos en la autora Marsha Linehan y en la propuesta diagnóstica del DSM 5 y Millon (2006) en sus enunciados respecto a las características del trastorno, su sintomatología y su diagnóstico.

Índice Comentado

Capítulo uno: Psicodrama: su aproximación grupal y técnicas psicodramáticas. En el siguiente capítulo abordaremos la descripción del método psicodramático y cuáles son los pasos a seguir en una dramatización. También se nombrarán los beneficios que propone el psicodrama grupal y de qué manera impacta en el interaccionar con el otro y en la creación de vínculos. Por último, se hará una aproximación a las técnicas psicodramáticas.

Capítulo dos: Características y tratamiento para el trastorno límite de la personalidad. En el siguiente capítulo expondremos las características y complejidades que presenta el trastorno límite de la personalidad en cuanto a su diagnóstico y tratamiento con respecto al pensamiento de Marsha M. Linehan. También abarcaremos la terapia dialectico-conductual (TDC), abordaje propuesto por Linehan, reconociéndolo como el más emblemático en cuanto al tratamiento del TLP.

Capítulo tres: El uso de técnicas psicodramáticas en el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad. En el siguiente capítulo analizaremos las posibilidades del uso de técnicas psicodramáticas en un contexto grupal para el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad. Ahondaremos desde la teoría en los efectos que puede tener la dramatización y las distintas técnicas psicodramáticas sobre la sintomatología de un paciente con TLP.

CAPÍTULO 1: Psicodrama: su aproximación grupal y técnicas psicodramáticas.

1.1 Describiendo el Método Psicodramático

Una de las cualidades distintivas del abordaje psicodramático es la búsqueda de la comprensión de las acciones que cometen las personas. Se pretende la resolución de conflictos a través de la acción en todas sus esferas: verbales, afectivas y gestuales. En este método se busca que la persona pueda desarrollar su capacidad para reflexionar ante sus acciones. Bustos (2007) retoma a Moreno en su propuesta del psicodrama como método, llamándolo “un camino para llegar hacia un fin” (Bustos, 2007, p.33). En esta sección pretendemos describir brevemente el método psicodramático siguiendo la línea de Bustos (2007) quién trabajó cercanamente con el fundador del psicodrama Jacob Levy Moreno.

El método psicodramático puede dividirse, a grandes rasgos, en tres instancias: 1) Caldeamiento, 2) Dramatización y 3) Compartiendo (Sharing). Vale aclarar que no todas las sesiones psicodramáticas se dan de igual manera y que dependen tanto de la particularidad del grupo y de la escenificación que presenta el protagonista. Blatner (2009) menciona la flexibilidad de las fases del método psicodramático y hace un breve acercamiento a cada una de ellas. A continuación, describiremos las tres instancias.

1) Caldeamiento

La primera instancia del método psicodramático se reconoce como el caldeamiento. Según Bustos (2007) en esta etapa el objetivo primordial es que el terapeuta pueda comprender la dinámica del grupo y localizar los temas a trabajar en las dramatizaciones. Se remarca la importancia de que primeramente se localicen las tensiones que puedan llegar a existir entre los participantes del grupo, en principio intervenidas por el terapeuta. Esto se debe a que uno de los objetivos del caldeamiento es generar confianza y comodidad dentro del grupo para que luego emerja el protagonista que va a presentar una escena personal para la dramatización. Blatner (2009) menciona la combinación de técnicas y actividades de dinámica de grupos para estimular la cohesión grupal y la espontaneidad en los participantes (Blatner, 2009, p. 4). Otro factor a tener en cuenta que Bustos considera es que “...muchas veces la interacción grupal provee de estímulos que ayudan al desarrollo de sus miembros y al crecimiento del grupo como diferenciado espacio transformador” (Bustos, 2007, p. 36).

Una vez que se establece confianza y comodidad en el grupo llega el momento de la presentación de una escena por parte de un protagonista. Esto marcaría un nuevo momento en el caldeamiento, Bustos lo denomina: caldeamiento vincular (Bustos, 2007, p. 36). A la hora de elegir un protagonista hay varias cuestiones a tener en cuenta. Primeramente, es importante la espera. El terapeuta debe alistarse previamente observando las interacciones entre los participantes del grupo, comprendiendo de qué manera interactúan entre sí y con él o ella. También debe considerar de qué manera le nace al terapeuta interactuar con las distintas personas del grupo. Bustos (2007) propone una serie de acciones para este momento: caminar

(comenzar a desinhibir el cuerpo); focalizarse en la respiración (para ganar concentración); empezar a emitir sonidos o gestos (que cada uno canalice su verdad en el espacio dramático) y elegir una palabra que represente el estado de ánimo actual.

La elección del protagonista debe ser aceptada y acompañada por todos los miembros del grupo, es importante que el grupo sostenga al protagonista y acompañe en el proceso de resolución del o los conflictos que se planteen en la dramatización de la escena propuesta.

Bustos (2007) también remarca la importancia de hacerse amigo de la ansiedad/angustia que pueda llegar a generar lo incierto. En toda dramatización, dice: “sabemos dónde comenzamos, pero nadie puede prever donde terminaremos, ya que son infinitos los posibles desdoblamientos de una dramatización” (Bustos, 2007, p.37). Aclara que siempre va a haber un grado de angustia cuando se enfrenta a algo que no se conoce, que no sabe por dónde irá, pero esto también puede ser una herramienta que nos guíe hacia la espontaneidad, esencial en toda dramatización.

2) Dramatización

Siguiendo el lineamiento propuesto por Bustos (2007), el autor demarca los tiempos de la dramatización. Se pueden entender cuatro tiempos dentro de la dramatización: el montaje, la investigación, la elaboración y la resolución.

El primer tiempo de la dramatización es el montaje. Para que se pueda dramatizar una escena hay que situarla en tiempo y un espacio, ¿dónde y cuándo ocurre la acción? Bustos (2007) acentúa la importancia de que el protagonista no verbalice las ocurrencias de la escena que presenta, sino que lo muestre a través de acciones. De esta manera, el director se focaliza en lo que pasa en la escena y no está “manchado” por lo que previamente le han contado que sucede en la escena. El objetivo en este tiempo es poder recrear el tiempo en el cual se sitúa la escena propuesta, Bustos (2007) denomina al tiempo del psicodrama “presente indicativo” (Bustos, 2007, p.42). Para que esto suceda, el director debe generar muchas preguntas que correspondan a responder la pregunta ¿cuándo transcurre la acción? y darle fuerza a los sentimientos que surjan de las respuestas.

Una vez que la escena ya está situada, comienza el segundo tiempo de la dramatización: la investigación. Este tiempo consiste en “investigar y producir escena” (Bustos, 2007, p.42). Primeramente, se indica de qué se trata la escena y se eligen los yo auxiliares que representarán los roles de los personajes que aparecen en la escena. Luego comienza la acción. En la etapa de investigación, es decir cuando empieza la acción, se comienzan a utilizar distintas técnicas psicodramáticas para profundizar en las temáticas que se presentan en la escena. Algunas de las técnicas utilizadas son: el cambio de roles, los soliloquio y la concretización. A partir de esta investigación es que se encuentra en que problemática o tensión se va a trabajar.

De esta manera, se abre el tercer tiempo de la dramatización: la elaboración. En este tiempo se comienzan a realizar una serie de técnicas para profundizar respecto al problema específico que surgió como foco de la escena. A partir de este foco se pueden elaborar escenas pasadas o futuras correspondientes a la escena específica que se presentó en un principio.

Según Bustos (2007) las técnicas que suelen utilizarse en esta etapa son: cambio de roles; soliloquio; entrevista; concretización; doble y espejo. El objetivo de la elaboración es justamente crear alternativas a esa tensión o problemática que se haya planteado como foco.

Finalmente, el cuarto tiempo de la dramatización es la resolución. Bustos (2007) remarca la importancia de que sólo se abran conflictos durante la dramatización con posibilidad de ser elaboradas en este tipo de contexto y describe dos vías de resolución: la realidad suplementaria y la realización simbólica de deseos. La idea de la realidad suplementaria como vía de resolución es que el protagonista pueda expresar sentimientos y deseos que desarrolló como alternativas para resolver el problema planteado en la escena. El autor lo describe como: “traducir hechos, fantasías, recuerdos lo que serán recreados y nunca reproducidos” (Bustos, 2007, p. 49). Blatner (2009) destaca a la realidad suplementaria por su capacidad para prolongar la capacidad para la imaginación y el juego y que “propone lo subjetivo como una de las categorías de la realidad” (Blatner, 2009, p. 89). El autor menciona algunos ejemplos (Blatner, 2009, p. 90): un encuentro con un bebé por nacer o que todavía no ha sido concebido, imaginando un futuro juntos; un encuentro con un ser espiritual; experimentar la capacidad de volar, y así liberarse de una carga. Por otro lado, la realización simbólica de deseos consiste en justamente una realización simbólica de cuestiones que el protagonista hubiese deseado hacer, decir, pero que la vida no se lo permitió. Un ejemplo sería despedirse de un ser querido cuando en la realidad no fue posible, o crear una escena reparadora en la que uno recibe apoyo, protección o buen trato cuando en el pasado ha ocurrido lo contrario (Blatner, 2009, p. 90). El objetivo de esta resolución es una liberación de la tensión, no de compensar por lo que no pudo ser.

3) Compartiendo (Sharing)

En esta última instancia, se promueve a que cada uno de los participantes del grupo investigue qué punto de cada uno le tocó la escena presentada. Para que esto suceda, se necesita nuevamente un caldeamiento para que el foco del grupo no esté en el protagonista, sino que vuelva a sí mismos.

Por lo general, luego de que el Sharing se haya realizado, se da una etapa de procesamiento para los grupos avanzados. En esta etapa se da un “análisis de los contenidos de la dramatización” (Bustos, 2007, p. 60). Bustos (2007) aclara que los participantes del grupo comparten sus reflexiones o comentarios acerca de la escena dramatizada, sin caer en juicios de valor, sino que se incentiva a que cada uno investigue su punto de vista con respecto a lo sucedido. Esto se puede dar tanto de forma grupal como individual.

1.2 Técnicas Psicodramáticas

Como mencionamos anteriormente, existe una vasta cantidad de técnicas psicodramáticas con una abundante variación en sus usos. En esta sección estaremos describiendo las técnicas psicodramáticas que creemos más pertinentes para el propósito de esta tesina. Las técnicas psicodramáticas se utilizan para ayudar a los individuos a trabajar en el

desarrollo de herramientas y recursos para el autoconocimiento propio y de sus conflictos. Éstas también otorgan un campo seguro en el cual se puede expresar desde lo simbólico. Profundizan la metáfora y el mundo lúdico en el escenario que proporciona un lugar de prueba para los integrantes del grupo. Blatner (2009) agrega que “demandan un involucramiento en los temas que se tratan en la escenificación, otorgan experiencia de terapia artística, trabajan con imágenes metafóricas y estimulación sensorial, se complementan en el desarrollo de la espontaneidad, ayudan a reconocer deseos y sacar a relucir sentimientos y actitudes que no han sido verbalizados” (Blatner, 2009, p. 217 y 218).

1.2.1 Cambio de Roles o Intercambio de roles

La técnica de cambio de roles implica, como dice su nombre, un cambio de roles entre los participantes del grupo terapéutico. Este intercambio puede darse entre cualquier diada existente en el grupo. Se podría decir que el principal objetivo de esta técnica es “ponerse en los zapatos del otro” y encontrarse con el intento de comprensión de lo que le sucede al otro captando su realidad. Blatner (2009) destaca la necesidad de generar empatía partiendo de esta técnica. Para poder ubicarse en el punto de vista de otra persona, hay que poder “trascender las habituales limitaciones del egocentrismo” (Blatner, 2009, p. 234) punto que el autor remarca acerca del uso de la técnica.

El cambio o intercambio de roles puede utilizarse tanto en la etapa de Caldeamiento como en las dramatizaciones. Es una herramienta para establecer vínculos de confianza y empatía entre los participantes del grupo.

1.2.2 Soliloquio

Blatner (2009) otorga una definición clara de la técnica: “el protagonista dramatiza una escena en la que – mientras realiza una acción solitaria como caminar por su casa – da expresión verbal a la corriente interior de su consciencia” (Blatner, 2009, p. 240). Se trata de un encuentro entre la audiencia y los profundos pensamientos que tiene el protagonista, que pueden ser “consejos o palabras de aliento, reminiscencias, la revisión de un resentimiento o reproche autocrítico” (Blatner, 2009, p. 240). La idea es que el protagonista pueda expresar libremente sentimientos o pensamientos que mantenía ocultos en ese momento. Bustos (2007) remarca: “los personajes profundizan en sus características... se indica que diga lo que no está siendo expresado, tanto desde su propio rol como en el del complementario” (Bustos, 2007, p. 44).

1.2.3 Concretización

La técnica de concretización consiste en moldear formulaciones abstractas que trae el protagonista hacia algo concreto. Blatner (2009) propone dos medios para conseguirlo (cita Blatner, 2009, p. 228):

El primer medio para conseguirlo es pedir que temas generales como ‘conflicto con la autoridad’ sean transformados en una escena específica, una situación con el jefe, el padre o la madre, o un maestro... Otro es convertir metáforas en realidades. Así ‘quisiera quitármelos de la espalda’ podría ser representado haciendo que un auxiliar se cuelgue ligeramente de la espalda del protagonista.

Bustos (2007, p. 44) remarca la utilidad de concretizar, en una actitud corporal, una emoción o preocupación abstracta para que de esa manera obtengamos nueva y más clara información sobre aquello que nos aqueja. Esta parte concreta toma lugar en la dramatización como un nuevo personaje.

1.2.4 El Doble

El doble es una de las técnicas más utilizadas, si no la más, en el Psicodrama. La lidera un auxiliar, quien debe estar entrenado y tener experiencia para poder realizarla y haber generado un vínculo previamente de empatía con el protagonista. Blatner (2009) describe su rol como el de “funcionar como soporte en la presentación de la actitud o sentimientos de aquel (refiriéndose al protagonista)” (Blatner, 2009, p. 230). El autor (2005, p. 25) agrega que el doble contribuye a la expresión de las emociones del protagonista, que puede ser ampliando o subrayando ciertas afirmaciones que comete u omite, es decir verbalización de la comunicación o no verbal. A su vez, Blatner enumera otros tipos de doblamiento: manifestación física de palabras y gestos, cuestionamiento del self e interpretación de transferencia a otras relaciones.

Eva Leveton la considera una de las técnicas “más importante(s) del psicodrama, la que tiene usos más variados y, la más poderosa” (Leveton, 1987, p. 51). Poderosa en el sentido de que puede generar un cambio impactante en la persona, y es por eso que hay que tener mucho cuidado con su uso y con quien la realiza. Para explorar lo dicho, la autora enumera y describe algunos estilos de doblaje que muestran el peligro de su mal uso y también el impacto positivo que puede tener en la persona. Remarca: “todos pueden ser utilizados por la misma persona y durante la misma escena – en forma intercambiable, consecutiva o como se desee” (Leveton, 1987, p. 53). A continuación, una lista de los estilos de doblaje que propone la autora (Leveton, 1987, p. 57 a 70):

- *Doble incoloro* – el doble mencionado anteriormente por Blatner, que está para apoyar y validar al protagonista, comprenderlo y ayudarlo a encontrar alternativas a su situación de conflicto.
- *Doble satírico* – su recurso es la exageración. Este estilo de doble puede tener efectos negativos si no se utiliza con cuidado y seguridad. La idea de este doble es generar conciencia acerca de las emociones o defensas que presenta el protagonista. La autora acentúa la necesidad de “un ligero toque y suficiente sensibilidad para detenerse y adoptar un estilo más serio cuando lo necesite” (Leveton, 1987, p. 59). Su mal uso puede volverse persecutorio para el protagonista, e incluso sentirse ridiculizado.
- *Doble apasionado* – su recurso también es la exageración, pero en este caso es de las emociones del protagonista, ayudarlo a involucrarse en su expresión emocional. Es importante recordar que se está insertando en el doble del protagonista y no en el de uno mismo, y tolerar que las emociones vienen del otro.
- *Doble opositor* – ponerse en el lado opositor acerca de algunos comentarios fuertes que diga el protagonista y hacerlo con la misma intención.

- *Fiscalización del doble* – “el lenguaje corporal del doble puede mostrar al protagonista otra parte de sí mismo” (Leveton, 1987, p. 64). Mostrarle al protagonista a través del cuerpo del auxiliar las inconsistencias que encuentra entre lo que dice y lo que indica su lenguaje corporal.
- *Doble consejero* – su recurso es el “tiempo fuera”, hacerle comprender al protagonista que no siempre debe continuar con la misma intensidad, se encuentra en lo simbólico, no en lo real. Recordarle que puede expresar verdaderos sentimientos y no debe si o si mostrar exactamente con cada detalle cómo fue la escena real.
- *Doble colectivo* – “el público se involucra con los conflictos de los que trabajan en la escena” (Leveton, 1987, p. 66).
- *Doble terco* – es peligroso ya que puede arruinar todo el proceso. Es el mal uso del doblaje, el auxiliar que no escucha lo que le dice el protagonista y se queda en una posición de mandato. La autora remarca: “Doblar no es guiar, el doble está para ayudar al protagonista a estar más consciente de sus sentimientos, alternativas” (Leveton, 1987, p. 70).

El auxiliar debe tener una capacidad adaptativa y de flexibilidad para poder realizar un doblaje. Debe poder abstraerse de sí mismo para contemplar lo que el otro necesita en ese momento. Leveton menciona “cuando el doble tiene éxito, el protagonista siente como la voz interior, como un catalizador y no como otra persona. Por esta razón nuestro protagonista abandona las defensas que utiliza normalmente” (Leveton, 1987, p. 53).

1.2.5 Espejo

Esta técnica también tiene un uso reconocido en el Psicodrama. Implica que el protagonista pueda ver desde un lugar externo su situación vivida, su manera de expresarse, sus interpretaciones, y así encontrar alternativas para solucionar un conflicto que lo aqueja. Blatner (2009) escribe que, tanto como la técnica del doble, el espejo debe utilizarse moderadamente, y el auxiliar que la realiza tiene que tener cuidado con no ridiculizar o exagerar lo que ha hecho el protagonista. También lo describe como una “reproducción en videocinta” y un “eficaz procedimiento de confrontación” (Blatner, 2009, p. 232).

1.2.6 La silla vacía

Esta técnica fue “desarrollada por Fritz Perls, como una herramienta básica en la dramatización y solución de conflictos internos” (Leveton, 1987, p. 89). Aquí se utiliza una silla vacía como una representación de la otra persona que se encuentra en la escena propuesta. Leveton (1987) detalla que se coloca una silla frente al protagonista quien visualiza y describe a alguien con quien tiene un conflicto. El objetivo es que el protagonista pueda elucidar conflictos internos que tiene con el otro de forma espontánea y no repetir lo que ha ocurrido en la vida real. Se puede hacer inversión de roles y que el protagonista tome el lugar de la persona con quien tiene el conflicto. Blatner agrega sobre el uso de la silla vacía: “esto permite una expresión más espontánea de sentimientos agresivos o dulces, dependiendo de la composición del grupo o de la dificultad para el protagonista de trabajar con otra persona” (Blatner, 2009, p. 239).

1.2.7 Ego Múltiple

Como hemos mencionado anteriormente, esta técnica se asemeja a la técnica de la silla vacía. Se utilizan sillas vacías o espacios en el escenario para contemplar diferentes partes del self del protagonista. Blatner describe: “desempeñando los diversos roles así separados en el espacio escénico, con o sin la ayuda de auxiliares, el protagonista hace que las partes se presenten sus posiciones y se encuentren entre sí” (Blatner, 2009, p. 230). Esta técnica se utiliza para la resolución de conflictos internos, el fortalecimiento del self y la unión del mismo.

1.3 Psicodrama en Grupo: beneficios del contexto grupal.

El psicodrama es considerado uno de los pilares de la terapia grupal. Fernández Álvarez (2008) cita a Moreno como “a quien corresponde el sitio de haber sido promotor de colocar al grupo en el centro de la escena psicoterapéutica” (Fernández Álvarez, 2008, p. 593). La visión que tuvo el fundador del psicodrama con respecto al cambio que se puede generar en un grupo sigue vigente hoy en día. Bustos (2007) remarca la importancia de tener en cuenta las interacciones personales entre los participantes de un grupo psicodramático, éstas son objetivo de aprendizaje y dramatización también, incluyendo al coordinador/terapeuta del grupo.

Tal como dice Fernández Álvarez (2008, p. 596) “hacer psicoterapia de grupo significa montar un dispositivo en el que varias personas con esos u otros motivos de consulta puedan conformar una red de relaciones interpersonales...” esto mismo ocurre en un grupo psicodramático, se crea una red de relaciones interpersonales. Es sobre estos mismos participantes que se busca producir cambios y transformaciones personales, encontrar apoyo, liberar tensiones y aprender del uno al otro. Por ejemplo, Bustos (2007) menciona que en la etapa de elaboración del método psicodramático sucede que hay veces que las alternativas para solucionar un conflicto no son vistas por el protagonista quien las cree inalcanzables. En estos momentos, otros miembros del grupo cambian su rol y entran en el lugar del protagonista y buscan alternativas como resolución de ese conflicto. Existe una constante retroalimentación en el grupo, se genera confianza e investigan juntos. El trabajo en el psicodrama grupal toma como foco profundizar con respecto a las relaciones interpersonales, centrarse tanto en la relación entre los integrantes como en la relación que tienen con el director/terapeuta de la sesión.

Como hemos mencionando, existen una variedad de técnicas psicodramáticas que permiten abordar distintas temáticas sobre distintos contextos. Estas técnicas no se utilizan solamente en el ámbito psicodramático, sino que han llegado a “trascender cualquier enfoque terapéutico particular” (Blatner, 2009, p. 123). Bustos (2007) alude a cómo el método psicodramático puede implementarse en el grupo en sí. Moreno definió concretamente cómo se lleva a cabo una dramatización alrededor del protagonista, Bustos menciona maneras en las cuales se puede dramatizar una escena con el grupo como foco protagonista. En su texto “Manual de Psicodrama en la psicoterapia y en la educación” enumera dos formas que él personalmente utiliza para dramatizar en grupo.

La primera la describe como “dramatización centrada en el grupo” en donde se utilizan técnicas psicodramáticas para dramatizar en grupo, ya sea para crear personajes o interpretar algo ya conocido. Los objetivos de este proceso es introducir a las personas del grupo en la metáfora. Se centra en una tensión (Bustos propone la competencia como foco a concentrarse) y se busca que esa tensión se personifique en cada integrante del grupo, buscando que todos puedan llegar a “es como si fuera...” (Bustos, 2007, p. 64). El ejercicio comienza en la concentración de la tensión en alguna parte del cuerpo, se intenta moldearla para que se expanda al resto del cuerpo. En ese momento se busca exteriorizarla en una metáfora de “como sí”, en donde Bustos comienza “a dar consignas para ir construyendo el personaje” (Bustos, 2007, p. 64). Una vez moldeado el personaje en las mentes de los participantes del grupo es que se finaliza expresando verbalmente “es como si fuera...” a partir de metaforizar esta tensión es que comienzan a aparecer escenas que “iluminan en cuanto a las vivencias que acompañaron la creación del personaje” (Bustos, 2007, p. 65).

La segunda forma para dramatizar en grupo que Bustos (2007) propone se basa en una “escena centrada en el grupo” (Bustos, 2007, p. 66). En este caso, el grupo elabora un guion y luego lo dramatiza o bien eligen un tema general para dramatizar. Los personajes que aparecen en estas escenas son creados por el grupo en conjunto siguiendo la línea del método psicodramático, y se eligen la cantidad de actores necesarios para completar los personajes propuestos para la escena. Una vez concluida la dramatización, se busca que cada uno del grupo pueda relacionarse con el personaje que han creado en conjunto, explorando qué parte de sí mismo han puesto en el personaje. Para ello, se les pide que hablen frente a frente con estos personajes que han creado: “Terminada esta etapa pido que pongan las sillas vacías como si estuvieran ocupadas por Celia y Alfredo (los personajes creados) y que ahora compartan con ellos las experiencias verdaderas de ellos en referencia lo ocurrido” (Bustos, 2007, p. 68).

CAPÍTULO 2: Características y tratamiento para el Trastorno Límite de la Personalidad.

2.1 Características del Trastorno Límite de la Personalidad

El DSM 5 ubica al trastorno límite de la personalidad en el CLUSTER B de los trastornos de la personalidad. Éste propone ciertos criterios diagnósticos que deben cumplirse para considerarse al trastorno. Primeramente “un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos” (American Psychiatric Association, 2013, p. 364). Como hemos mencionado previamente, el trastorno debe manifestarse por cinco (o más) de los siguientes hechos, según el DSM 5:

- Esfuerzos por evitar el desamparo real o imaginado.
- Relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizadas por alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- Alteración en la identidad. Inestabilidad intensa de la autoimagen y del sentido del Yo.
- Impulsividad en áreas que son potencialmente autolesivas.
- Comportamiento recurrente de automutilación o suicidio.
- Inestabilidad afectiva.
- Sensación crónica de vacío.
- Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira.
- Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Linehan (2003) destaca la repercusión que tiene un ambiente invalidante ante una persona con trastorno límite de la personalidad. ¿Qué se entiende por ambiente invalidante? Una de sus singularidades es que haya una respuesta inapropiada o disonante y mostrarse insensible ante la experiencia privada del otro. Esto remarca la ruptura que se encuentra entre la experiencia privada del niño emocionalmente vulnerable y su propia respuesta ante su entorno social. La autora menciona: “Las discrepancias persistentes entre la experiencia privada de un niño y lo que aquellos que lo rodean describen como su experiencia (o cómo responden a ella) proporciona el ambiente de aprendizaje necesario de muchos de los problemas asociados al TLP” (Linehan, 2003, p. 12). En un ambiente invalidante también se exagera la expresión del afecto negativo, es decir, la expresión de las emociones, ya sean negativas o positivas, se asocian a rasgos negativos. La autora nombra algunos rasgos tales como: falta de motivación, falta de disciplina, falta de reflexión, falta de juicio o impulsividad. Otras características de un ambiente invalidante que indica la autora son: “restricciones en las demandas (...), discriminación del niño en base al género u otras características arbitrarias y el uso de castigo (desde la crítica al abuso físico y sexual) para controlar la conducta” (Linehan, 2003, p. 12).

Fernández-Guerrero (2017) agrega el factor social para tener en cuenta en la conceptualización del TLP. Destaca a la época actual como una “época borderline”, en donde

considera que la cultura de hoy ha tenido grandes y fuertes repercusiones en el desarrollo del trastorno. Resalta el efecto que han tenido los múltiples nombres y encuadres que se han conceptualizado para el TLP, llevando a que el trastorno se convierta en el “que más confusión terminológica y conceptual ha suscitado y aún hoy sigue produciendo” (Fernández-Guerrero, 2017, p. 400). La autora enumera los síntomas esenciales del cuadro (2017, p. 400-401):

- Inestabilidad afectiva;
- Sentimientos crónicos de vacío;
- Episodios micropsicóticos;
- Pensamiento dicotómico del tipo todo o nada;
- Distorsiones cognitivas puntuales;
- Episodios de impulsividad;
- Imposibilidad de estar solo con el consiguiente miedo al abandono.

También destaca que no todos los sujetos con TLP “son iguales, ni manifiestan la misma sintomatología, ya que hay tantas variedades como síntomas, según predominen unos u otros...” (Fernández-Guerrero, 2017, p. 401).

Como hemos mencionado anteriormente, una de las características principales del trastorno se basa en la desregulación de las emociones. Esta característica se ve agravada debido a un ambiente invalidante. La autora menciona algunas maneras en las cuales un ambiente invalidante contribuye a la desregulación de las emociones:

- Fracasa a la hora de enseñar al niño a tolerar el malestar.
- Fracasa a la hora de enseñar al niño a confiar en sus respuestas emocionales como respuestas válidas.
- Enseña a invalidar propias experiencias.
- Fracasa a la hora de enseñarle a ponerse objetivos realistas.
- La respuesta usual del ambiente invalidante impide el aprendizaje de la función comunicativa de las emociones.

En su manual, Linehan (2003) describe la patogénesis de la desregulación de las emociones. En este sector remarca que la mayoría de las características conductuales que presentan los individuos con trastorno límite de la personalidad “pueden ser conceptualizados como los efectos de la desregulación de las emociones y de estrategias no adaptativas de regulación de las emociones” (Linehan, 2003, p. 14). Acentúa las conductas desadaptativas que tienen los pacientes con TLP, y cómo la terapia dialéctico-conductual apunta a intentar reencuadrar estas conductas autolesivas, impulsivas o parasuicida, dice: “es muy común que los individuos con trastorno de personalidad límite hablen de alivio sustancial de la ansiedad y otros estados emocionales negativos tras estos actos” (Linehan, 2003, p. 14). Mirapeix Costas et al. (2017, p. 2) remarcan la inestabilidad en el curso clínico de los pacientes con TLP, contemplando comúnmente situaciones de urgencia, presentándose una serie de síntomas y conductas tales como: “autolesiones, intentos de suicidio, abuso de sustancias, síntomas psicóticos transitorios

y comportamientos impulsivos, tales como ataques de ira y agresiones, conductas sexuales de riesgo, hurtos, atracones y purgas”. Linehan (2003) explica como la labilidad emocional de pacientes con TLP conduce a una ausencia de un fuerte sentido de identidad, otra característica importante a la hora de reconocer un trastorno límite de la personalidad. De esta manera, desarrollan una superdependencia de los demás y a su vez generan relaciones caóticas con su entorno, ya que poseen una gran dificultad para regular sus emociones y no poseen un sentido estable del yo.

2.2 La complejidad en cuanto al diagnóstico, etiología, tratamiento y conceptualización del trastorno límite de la personalidad

El trastorno límite de la personalidad presenta grandes y reconocidas dificultades a la hora de su diagnóstico, etiología, elección de tratamiento y conceptualización. Mirapeix Costas et al. (2017) lo describen de la siguiente manera:

La heterogeneidad de la presentación clínica del cuadro, su dificultad de conceptualización y la falta de unificación en las teorías sobre la personalidad han derivado en una gran cantidad de términos en desacuerdo entre los distintos autores en cuanto a los atributos esenciales que caracterizan la entidad. (p. 1)

Precisamente, se reconocen varias teorías distintivas a la hora de tratar y conceptualizar el trastorno límite de la personalidad. Cada una se enfoca en un aspecto diferente del trastorno, y buscan que el paciente pueda formar tanto habilidades como herramientas para enfrentarse a este aspecto de su personalidad. Millon resalta la dificultad “a la hora de desenmarañar la intrincada interrelación de influencias que dan lugar a las patologías de la personalidad” (Millon, 2006, p. 122) y que es “imposible diseñar un experimento en que las variables relevantes puedan controlarse o manipularse de forma sistemática, resulta imposible establecer unas relaciones causa-efecto inequívocas entre estas variables y la patología de la personalidad” (Millon, 2006, p. 121). De por sí, como han mencionado los autores, el concepto de personalidad trae consigo un complejo enmarañamiento y falta de unificación. La heterogeneidad en cantidad de términos entre distintos autores con respecto a los atributos esenciales que caracterizan al TLP es una de las variables por las cuales se resalta la complejidad en la evaluación y diagnóstico del trastorno. Esto lleva a que surjan distintas teorías y terapias con respecto al tratamiento del TLP. Actualmente, las terapias comúnmente mencionadas para el tratamiento del TLP son: la terapia dialéctico-conductual (TDC/DBT) y la psicoterapia basada en la mentalización (TBM). De base, ambas teorías consideran al TLP desde diferentes puntos de vista, esto no quita que sean fuertemente eficaces a la hora de elegirlos como tratamientos.

Según Mirapeix Costas et al. (2017, p. 3) no existe ningún modelo etiopatogénico que pueda integrar toda la evidencia que se encuentra con respecto a la etiología del TLP. Aun así, se reconocen ciertos factores que pueden llegar a tener involucramiento en la etiología del trastorno: “vulnerabilidad genética; alteración de los neurotransmisores y disfunción

neurobiológica de la regulación emocional y el estrés; factores psicosociales; y desorganización de aspectos del sistema conductual afiliativo (...) de procesos de apego.”

Otro aspecto a mencionar con respecto al tratamiento del TLP es la dificultad a la hora de establecer una alianza terapéutica con este grupo de pacientes. Una de las características principales mencionadas por el DSM 5 del TLP es la inestabilidad en las relaciones interpersonales. Este factor se aplica en la relación del paciente con el terapeuta. Millon menciona: “suelen recrear sus patrones caóticos en las relaciones interpersonales con el terapeuta, y tratan constantemente de desbordar los límites personales de éste” (Millon, 2006, p. 537).

Fernández-Guerrero (2017) se acerca a una explicación en su revisión bibliográfica de porqué se reconoce tanta confusión rodeando la conceptualización y el diagnóstico de pacientes con TLP. Menciona que, siendo el cuadro heterogéneo, “sin consistencia ni estructura interna, con manifestaciones incongruentes y conductas contradictorias...” (Fernández-Guerrero, 2017, p. 402) la propia identidad del paciente con TLP sufre de una inestabilidad que agrega a la dificultad de su tratamiento y diagnóstico. La autora relata: “el paciente portador de estos síntomas puede ser asignado a muchos cuadros, convirtiéndose así en una especie de compendio del DSM-5.” (Fernández-Guerrero, 2017, p. 401). Remarca que la concepción de *borderline* no solo se considera diferente dependiendo de en qué teoría o autor te asientas, sino que también depende en qué país o continente estés. Recuerda que, hasta ese punto en la historia, se podían considerar once tipos distintivos de la conceptualización del paciente con TLP.

Siguiendo la línea de la complejidad en el diagnóstico del trastorno, Mirapeix Costas et al. (2017) remarcan la importancia del diagnóstico diferencial para poder reconocer en qué aspectos el TLP se parece y se diferencia con otros trastornos. Dicen “la similitud de la sintomatología entre diferentes trastornos, así como la existencia de comorbilidad hace que el diagnóstico diferencial del TLP sea particularmente complejo.” (Mirapeix Costas et al., 2017, p. 7). Los autores reconocen los principales diagnósticos diferenciales: trastornos afectivos, trastornos del espectro psicótico, trastornos de ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno por uso de sustancias (TUS), trastornos de la conducta alimentaria (TCA), otros trastornos de personalidad (específicamente los del CLUSTER B del DSM 5) y patologías orgánicas. Dentro de los trastornos afectivos, el TLP comparte la sintomatología de inestabilidad afectiva tanto con el trastorno bipolar, el trastorno depresivo mayor y la distimia. Los autores mencionan que la diferencia entre el paciente con TLP y el paciente bipolar se encuentra en que “los pacientes límite experimentan sus emociones de forma más egosintónica... sus estados de ánimo y sus acciones parecen formar parte de sus vidas de modo inevitable o natural” (Mirapeix Costas et al., 2017, p. 7). Por otro lado, el TLP se diferencia con el trastorno depresivo mayor en que los pacientes límite expresan de manera distintiva la rabia, la intolerancia a la frustración y poseen una elevada reactividad emocional. También los autores remarcan que “en los trastornos afectivos los cambios son relativamente persistentes durante días o semanas, mientras que en el TLP existen mayores fluctuaciones” (Mirapeix

Costas et al., 2017, p. 7). Con respecto al diagnóstico diferencial con el trastorno del espectro psicótico, es importante remarcar que para los pacientes con TLP los síntomas psicóticos son transitorios. En cuanto a los trastornos de ansiedad, los autores resaltan más que nada el trastorno por estrés postraumático (TEPT) debido a que, por lo general, los pacientes con TLP presentan una historia de trauma en su infancia. Se reconoce que lo diferencial está en que paciente con TLP no presentan síntomas de re-experimentación del acontecimiento traumático.

2.3 Terapia Dialéctico-Conductual (TDC/DBT)

En esta sección, mencionaremos brevemente las características principales a tener en cuenta de la terapia dialéctico-conductual (TDC/DBT) propuesta por Marsha Linehan para considerar como ejemplo en un tratamiento para personas con un trastorno límite de la personalidad. Para esto expondremos fundamentos del libro *Manual de Tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite* escrito por Linehan.

Primeramente, la autora (2003) remarca la necesidad de un tratamiento **psico-social**, propone una efectiva combinación entre la enseñanza de habilidades psicosociales junto a una psicoterapia individual y grupal. La terapia dialéctico-conductual se basa en una visión dialéctica del mundo (de allí el nombre de la terapia). La autora nombra tres características principales con respecto a esta visión (Linehan, 2003, p. 9):

- 1) “La interrelación fundamental que se da en la realidad” (Linehan, 2003, p. 9).

En un sistema, el análisis de sus partes por separado no tiene tanto valor como su relación con el todo, es decir, para un individuo es más difícil aprender nuevas habilidades por separado que si se aprenden a la par con otras habilidades relacionadas. El individuo con TLP debe aprender habilidades de autogestión y también capacitarse para influir en su ambiente.

- 2) “La realidad no es algo estático, sino un conjunto de fuerzas que se oponen entre sí (...) de cuya síntesis surge un nuevo grupo de fuerzas oponentes” (Linehan, 2003, p. 9).

La autora en este punto acentúa las polaridades que se encuentran en los individuos con trastorno límite de la personalidad, específicamente lo nombra como “el individuo está atrapado en polaridades, incapaz de conseguir la síntesis” (Linehan, 2003, p. 9). Menciona tres polaridades a tener en cuenta en el tratamiento de un individuo con trastorno límite de la personalidad: a) “la dialéctica entre la necesidad que tiene el paciente de aceptarse a sí mismo tal como es en ese momento y la necesidad de cambio”; b) “la tensión entre obtener lo que necesita y perder la ayuda o apoyo si se hace más competente”; y c) “el mantenimiento de la integridad personal por parte del paciente y la confirmación de sus propios puntos de vista acerca de sus dificultades frente al aprendizaje de las nuevas habilidades que le ayudarán a salir del sufrimiento” (Linehan, 2003, p. 10). Estas tres polaridades pueden presentar obstáculos a la hora de enfrentar un tratamiento y la formación de nuevas habilidades psicosociales en el paciente, es por esto importante tenerlas en cuenta previamente a la iniciación del tratamiento e ir prestándoles atención a lo largo del mismo.

- 3) “La naturaleza fundamental de la realidad es el cambio o el proceso, más que el contenido o la estructura” (Linehan, 2003, p. 10).

En este sentido, la autora presenta al cambio como la constante a la cual el paciente debe adaptarse. En vez de presentarles constancia y un ambiente estable, generarles un frecuente encuentro con el cambio y ayudarlo a estar cómodo en éste.

En cuanto al tratamiento en sí, la TDC aplica diferentes estrategias terapéuticas cognitivas y conductuales. Algunas de las características principales de esta terapia son:

- la evaluación continua del paciente,
- la situación en las conductas actuales del paciente,
- tener objetivos claros y precisos, y
- la formación de una alianza terapéutica construida con una base en confianza y colaboración entre paciente y terapeuta.

Algunas marcaciones que hace la autora (2003) en cuanto a la actitud del terapeuta frente a un paciente con TLP es que debe poder “manejar todas las conductas problemáticas del cliente de una manera sistemática (fuera y dentro de la sesión)” (Linehan, 2003, p. 15). Tiene que poder validar los pensamientos, sentimientos y acciones del paciente, cuestiones que no se encuentran validadas por él mismo, y tampoco fueron validadas por su ambiente. Para esto, el terapeuta debe prestar mucha atención a todas las respuestas por parte del paciente, y debe poder empatizar con él. Finalmente, la autora (2003) remarca que el “tratamiento promueve la construcción y mantenimiento de una relación colaborativa, interpersonal y positiva entre cliente y terapeuta” (Linehan, 2003, p. 15).

La autora (2003) divide en cinco categorías las pautas de inestabilidad y desregulación emocional, conductual y cognitiva que presentan los clientes con TLP. La TDC propone cuatro módulos de habilidades específicas en función a estas categorías:

- 1) MÓDULO: enseñar habilidades de regulación de las emociones. Desarrollar habilidades en respuesta a la desregulación y labilidad de las emociones, tales como: respuestas emocionales reactivas, problemas con la ira y expresión de ella, episodios de depresión, ansiedad e irritabilidad.
- 2) MÓDULO: enseñar habilidades interpersonales efectivas. Desarrollar habilidades para hacerle frente a la desregulación interpersonales, ya sea, sus relaciones caóticas, su dificultad para abandonar relaciones tóxicas o sus intensos esfuerzos para evitar que los abandonen.
- 3) MÓDULO: formación de habilidades dirigido a enseñar habilidades de tolerancia al malestar. Desarrollar habilidades para su desregulación conductual. Tomar consciencia de sus conductas impulsivas extremas y problemáticas, sus intentos desadaptativos de resolución de problemas y su incapacidad personal para tolerar el malestar emocional como para buscar soluciones más efectivas.
- 4) MÓDULO: formación de habilidades que enseña conjunto de habilidades de conciencia (Mindfulness) – habilidades relacionadas con la capacidad para experimentar y

observarse conscientemente a uno mismo y al entorno. Este módulo se presenta tanto para la desregulación del sentido del Yo (se siente vacío y no sabe quién es) como para la breve alteración cognitiva (despersonalización, ideas delirantes no psicóticas que aparecen en situaciones estresantes).

CAPÍTULO 3: El uso de técnicas psicodramáticas en el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad.

Ya hemos reconocido a la terapia dialéctico-conductual (TDC) como la más adecuada, comprobada científicamente, en lo que es el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. En el siguiente capítulo, proponemos teóricamente a las técnicas psicodramáticas como un potencial complementario para el beneficio de la sintomatología del paciente con TLP. Estaremos analizando tanto alcances como límites que se fueron planteando a lo largo del pensamiento de esta tesina, intentando abarcar lo más concretamente posible el uso de las técnicas psicodramáticas. Parece pertinente aclarar que el objetivo de este planteo no es buscar una solución más eficaz o “mejor” para esta problemática, sino abrir una posibilidad que pretende ser profundizada en el futuro.

3.1 La integración del abordaje grupal en pacientes con TLP

Dentro de las posibilidades en las cuales pueden utilizarse las técnicas psicodramáticas, proponemos en esta tesina el uso de técnicas psicodramáticas en un contexto grupal para el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad. Si bien la dramatización puede crearse en sesiones individuales, vemos pertinente analizar los alcances y los límites que pueden traer las sesiones grupales para los pacientes con TLP.

Siguiendo a Fernández Álvarez (2011) en los criterios que propone para el abordaje terapéutico de los trastornos de personalidad indica el énfasis en una actitud terapéutica apuntando a lo relacional y recurrir a un equipo terapéutico en cuanto sea posible. Propone intervenciones multinivel, incluyendo la terapia de grupo y terapia por el arte, dos niveles que intentamos considerar para esta tesis. Fernández Álvarez (2011) dicta la importancia de un marco interpersonal para ahondar en la producción de cambios en las interacciones, ya que de esta manera los cambios que se producen serían más consistentes en el tiempo. Esto es debido a la posibilidad de que ensayen con sus pares en el grupo los cambios que pretenden producirse en la vida cotidiana. También menciona como la egosintonía que presentan estos tipos de trastornos pueden enfrentarse en el marco del dispositivo grupal, esto se debe a que se ven expuestos a las observaciones de los otros en el grupo. La técnica del Espejo remarca lo propuesto por Fernández Álvarez. Cuando un auxiliar se ubica en el lugar de espejo, se busca que el protagonista pueda observarse a sí mismo desde un punto de vista distinto, así concientizando sus mecanismos y dificultades y, por ende, aportar en la búsqueda de otras alternativas para la resolución de sus problemáticas.

Blatner (2009) menciona en sus escritos ciertos factores terapéuticos de la psicoterapia grupal propuestos por Yalom (1995, p. 1-105) y añade propias observaciones acerca del uso de métodos psicodramáticos como complemento. La lista de factores es la siguiente:

- Infundir esperanza.

- Universalidad.
- Altruismo.
- Esclarecimiento mediante la información.
- Experiencia emocional correctiva.
- Desarrollo de técnicas de socialización.
- Moldeamiento.
- Aprendizaje interpersonal.
- Cohesión grupal.
- Catarsis.
- Problemas existenciales.

Pretendemos agregar a lo ya propuesto por Blatner, nuestras propias ideas con respecto al beneficio que los factores terapéuticos mencionados podrían llegar a otorgarle a un paciente con trastorno límite de la personalidad.

Con respecto a *infundir esperanza*, Blatner describe que se puede dar mediante “el contacto con quienes ya se han beneficiado del proceso o con un terapeuta que tenga fe en el potencial del método para generar una transformación creativa o un cambio positivo” (Blatner, 2009, p. 133). Creemos importante infundir esperanza en los pacientes con TLP, ya que reconocemos la complejidad de su evaluación y la posibilidad de que estén muchos años de su vida sin conocer su diagnóstico debido a la comorbilidad y cantidad de variables que se presentan en su trastorno. Infundir esperanza también parece ser una importante herramienta para generar confianza tanto en el terapeuta como en sí mismos, buscando la conformación de una fuerte alianza terapéutica, y que el paciente pueda comenzar a ver que puede llevar una vida más estable con trabajo y dedicación.

La *universalidad* se presenta como el “descubrimiento de que los demás comparten las preocupaciones de un individuo” (Blatner, 2009, p. 133), y el autor agrega “los métodos psicodramáticos ayudan a los miembros del grupo a darse cuenta de la vastedad de los sentimientos comunes implicados en la condición humana”. Los pacientes con TLP poseen una fuerte desregulación del sentido del yo, no logran sentirse identificados con sí mismos, es decir no encuentran identidad y sienten vacío. De allí también nace el sentimiento de soledad, de incompreensión e invalidación. Creemos que el conocer personas que compartan problemas parecidos al paciente podría aportar en el pensamiento de “no estoy solo”, generando un grupo de apoyo que no esté pegado al caos, sino a las ganas de trabajar por un cambio interno y la búsqueda del sí mismo. Así también intentando ahondar en la problemática con respecto a las relaciones caóticas que presentan los pacientes con TLP. De la mano a lo dicho, se encuentra el factor terapéutico del *altruismo*, donde Blatner (2009, p.134) lo describe como: “la terapia de grupo alienta a los miembros a abandonar sus hábitos egocéntricos y a considerar en profundidad las necesidades y sentimientos de los demás...psicodrama emplea la inversión de roles como método específico para alcanzar esa meta”. Específicamente para pacientes con TLP, se pretenden buscar cambios en la manera en que llevan sus relaciones interpersonales,

buscando formas más sanas de relacionarse con los demás. Esto requiere tanto del poder empatizar con los demás como con uno mismo. Para los pacientes con TLP es fundamental la formación de habilidades con respecto a la desregulación de las emociones, empleando recursos para poder comunicar sus emociones y validarlas, y así paso a paso poder cambiar sus maneras de relacionarse con los demás, confiando en sus respuestas emocionales y comprendiendo que los demás pueden tener distintas a ellos.

“El desconocimiento de datos sobre la psicología y de habilidades de resolución de problemas” (Blatner, 2009, p. 134) precisa un *esclarecimiento mediante información*. La Psicoeducación presenta un pilar importante en cualquier tipo de terapia. Específicamente en el caso de pacientes con TLP, por lo general, tienen un largo camino hasta llegar al diagnóstico, es decir, como mencionamos previamente, es difícil de diagnosticar debido a su comorbilidad y a las vastas áreas de la vida cotidiana que afecta. Justamente, el camino recién comienza una vez diagnosticado el trastorno. Es importante que las personas con TLP puedan psicoeducar(se) con respecto a su trastorno, comprender que no son las únicas personas en el mundo con estas problemáticas y que existen distintas maneras para llevar una vida más estable. Por falta de información y seguimiento por parte del terapeuta, el paciente con TLP corre el riesgo de quedarse en “así soy yo, no tengo posibilidad de cambio”. El acompañamiento en el camino de autodescubrimiento con respecto a sí mismos y su trastorno precisa de una evaluación continua, tener objetivos claros y precisos, y una fuerte alianza terapéutica y apoyo por parte de los participantes del grupo.

El factor terapéutico *experiencia emocional correctiva* podría considerarse el más pertinente a la hora de pensar un tratamiento para pacientes con TLP. Recordamos que para Linehan, la desregulación de las emociones es el pilar a tener en cuenta pensando en el tratamiento para el TLP, que se ve agravado mediante el ambiente invalidante. Blatner (2009, p. 134) menciona que la experiencia emocional correctiva es “producto del incumplimiento de expectativas de juicio, culpabilización u otras actividades y creencias basadas en la experiencia pasada”. Linehan enfatiza en guiar a los pacientes para formar habilidades que luchen contra su desregulación emocional. Algunas ejemplificaciones que nombra Linehan con respecto a la desregulación de las emociones que presentan pacientes con TLP son: el fracaso a la hora de tolerar su malestar, confiar en sus respuestas emocionales, validar sus propias experiencias, ponerse objetivos realistas y en la comunicación de las emociones. Blatner (2009) agrega que el psicodrama contribuye al proceso de reprogramar esta conformación psicológica “al hacer aún más explícitos los elementos no verbalizados de las interacciones y al favorecer la toma de consciencia de los miembros del grupo acerca de su lugar en este” (Blatner, 2009, p. 134).

Con respecto al *desarrollo de técnicas de socialización*, pretendemos que los pacientes con TLP puedan utilizar el escenario en las dramatizaciones como un lugar de prueba para luego llevar los cambios y adaptaciones que proponen en las sesiones hacia su realidad. Lo mismo ocurre con el factor *aprendizaje interpersonal*, el objetivo es que los pacientes puedan profundizar con respecto a sus relaciones interpersonales, y adaptarse a los cambios que

presenta cada relación nueva que crean en el espacio psicodramático para luego poder extender estos nuevos comportamientos hacia sus relaciones interpersonales externas. Estas cuestiones pueden darse a través del *moldeamiento*, es decir, la “adopción de conductas más sanas de otros miembros del grupo” (Blatner, 2009, p. 134). Este factor también presenta un límite para el tratamiento con pacientes con TLP, ya que estos pueden ser susceptibles a identificarse con el otro y comenzar a depender de las actitudes que proponen los demás. Se precisa recordar que la validación no debe buscarse en el otro, sino en el paciente mismo con respecto a sus propias experiencias, emociones y pensamientos.

La *cohesión grupal* es un factor importante a tener en cuenta en el tratamiento de pacientes con TLP. Blatner lo describe como: “sentimientos de aceptación y pertenencia... descubrimiento por los individuos de que son aceptados sin la condición de suprimir sus ideas o sentimientos para ajustarse al grupo” (Blatner, 2009, p. 135). Este factor va de la mano con la propuesta que hace Linehan con respecto a las polaridades con las que deben lidiar los pacientes con TLP. Recordamos primeramente cuales son las tres polaridades:

- 1) Aceptarse a sí mismo V.S. Necesidad de cambio.
- 2) Obtener lo que necesita V.S. Perder el apoyo y la ayuda de los demás.
- 3) Mantener su integridad personal V.S. Confirmación de sus dificultades y aprender de habilidades que lo ayuden de salir del sufrimiento.

Los pacientes con TLP circulan alrededor de estas tres polaridades constantemente. La cohesión grupal puede tener un efecto positivo con respecto al apoyo y la ayuda que pueden presentarle los otros al paciente, pero también puede tener un efecto negativo en lo que respecta a la dependencia y relaciones extremistas que suelen desarrollar los pacientes. El enfoque debería tener un balance entre la validación grupal y la búsqueda de validación propia que requiere el paciente, siendo apoyada por un ambiente que valide dentro del mismo grupo. Blatner (2009, p. 135) agrega que la “valoración de la creatividad en psicodrama permite que ideas o conductas no convencionales sean vistas como un tipo de expresión artística”.

Por último, la *catarsis* y los *problemas existenciales* son factores a los cuales el tratamiento con pacientes con TLP apuntaría llegar lentamente. Primero debe generarse un ambiente cuidado y seguro, donde se establezca una confianza tanto con el terapeuta como con los otros participantes del grupo para que luego se comience a trabajar la formación de habilidades para la desregulación de sus emociones, relaciones interpersonales y sentido del yo.

Pensando en un abordaje grupal para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, consideramos tanto los alcances y los límites que las interacciones con los participantes del grupo pueden traer para el desarrollo de los pacientes. Como hemos mencionado en el capítulo anterior, los pacientes con TLP presentan una fuerte inestabilidad de las relaciones interpersonales. Crean vínculos caóticos e inestables, y se rodean de un ambiente invalidante. Sus relaciones se caracterizan una alternancia extremista entre una idealización y una devaluación constante de los que los rodean. Considerando esto, queremos remarcar que, si bien las relaciones que se producen en el grupo pueden tener un efecto positivo en el desarrollo

de los pacientes, también pueden considerarse un límite en el tratamiento. En un principio las relaciones que se crean en este espacio pueden presentar las mismas inestabilidades y alternancias que se presentan con personas en su vida cotidiana, y llegado al caso, también podrían agravarlas. Se corre el peligro de que el paciente vivencie el espacio desde un sentimiento de abandono y una devaluación interna y por el otro. También, como marca el DSM 5 (2013), se puede manifestar en pacientes con TLP ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves. Mencionando esto es que nos parece importante remarcar la importancia que tiene que el paciente pueda sentirse confiado y seguro en el espacio dramático, ya que si no esto podría producirle estrés que desembocaría en esas ideas paranoides. También nos parece pertinente destacar la dependencia que suelen desarrollar los pacientes con TLP con los demás debido a su intensa inestabilidad de la autoimagen y sentido del Yo. Se debe tener cuidado con que los pacientes desarrollen esta dependencia tanto con el terapeuta como con algún/algunos participantes del grupo y potenciar la construcción de relaciones menos caóticas y el desarrollo de habilidades para fortalecer su sentido del Yo y autonomía.

Por otro lado, encontrando sostén entre los participantes del grupo y creando un ambiente seguro, cómodo y de confianza, el efecto puede ser el contrario: formar una red de relaciones fuera de un ambiente invalidante. Como menciona Fernández Álvarez (2011), los pacientes obtienen la oportunidad de ensayar sus cambios en un ambiente seguro y constante en la terapia grupal, para luego trasladar esos cambios a la vida cotidiana. Es importante incentivar el aprendizaje y el apoyo entre los participantes del grupo, tanto entre sí como con el terapeuta. Que se busque motivar la constante retroalimentación entre los participantes y así con el tiempo, que se promueva la investigación conjunta en grupo. Esto llevaría a encontrar distintas formas en las cuales puedan buscar soluciones para los conflictos cuando se ven trabados por sí mismos. También, una vez establecida la constante retroalimentación y las bases de una relación estable entre los participantes del grupo, se busca encontrar fuentes de validación con respecto a las acciones, pensamientos y emociones del paciente con TLP, que, en vez de vivenciar un encuentro grupal desde el aislamiento y sentimiento de abandono, puedan integrarse y encontrar apoyo en el otro.

3.2 ¿Protagonista u observador en la dramatización?

El espacio dramático valida la expresión per se. Es un lugar donde se busca la resolución de conflictos a través de la espontaneidad, en donde no solo se utiliza la palabra para la descarga de tensión, sino que también se integra al cuerpo. Profundiza la metáfora y el mundo lúdico de los pacientes, es un lugar de prueba para luego poder pasar nuestros aprendizajes al mundo real, un ambiente seguro que puede transformarse en catártico.

A la hora de pensar la dramatización, puede pensarse como una grupal o individual. La dramatización en grupo se focaliza en introducir a los participantes del grupo en la creatividad y

en la metáfora. La dramatización centrada en el grupo busca crear personajes o interpretar algo ya conocido para llegar al como sí, presentando la personificación de una tensión que los aqueja. En el caso de pacientes con TLP, la creación del personaje puede ligarse a los desamparos reales o imaginarios que intentan eludir. El punto de esta creación se basa en encontrarle una identidad a las problemáticas que se tienen y desarrollar la capacidad para enfrentarlas de una manera concreta, eficaz y con más seguridad. Por otro lado, la dramatización de una escena centrada en el grupo, pretende la creación en conjunto de escenas y personajes para luego dramatizarlas. En este caso, se explora qué parte de cada uno de los participantes han puesto en el personaje creado en conjunto. Esto puede presentar dificultades para los pacientes con TLP, ya que poseen una alteración en la identidad e inestabilidad en el sentido del Yo.

En lo que respecta a la dramatización individual, la que por lo general se utiliza en las sesiones psicodramáticas, el paciente con TLP tiene la posibilidad de tomar el lugar del protagonista o de observador. A continuación, estaremos mencionando los alcances y los límites que pueden presentarse para los pacientes ubicados en estos roles.

Primeramente, desde el rol de protagonista, el paciente con TLP sería el que propone una escena de su vida para dramatizar. Podría elaborar tanto escenas pasadas como futuras. En el caso de elaborar una escena pasada, el objetivo de la dramatización se centraría en buscar distintas soluciones para los conflictos que nacen de ella. Esta búsqueda puede darse tanto de manera individual como con la ayuda de los integrantes del grupo y del terapeuta. La elaboración de escenas pasadas puede ayudar al paciente a solucionar conflictos que nacen de ellas y a obtener validación de los hechos sucedidos en su historia. Escenificando escenas futuras, se buscaría generar un soporte del cual el individuo pueda aferrarse. Fortaleciendo el pensamiento de escenas futuras, que sean cercanas y probables para el paciente, se pretende atacar la impulsividad del paciente en áreas potencialmente autolesivas y su comportamiento recurrente de automutilación o pensamientos suicidas. Otro aspecto que puede traer ser el protagonista de la dramatización es la posibilidad de crear alternativas para las tensiones o problemáticas que se traigan al foco de la escena que plantea el paciente. Éstas pueden presentarse a través de la realidad suplementaria o la realización simbólica. En estos casos, nos enfrentaremos con sus dificultades e inestabilidades y se intenta ayudarlos a encontrar otras vías por las cuales descargar esas tensiones.

El lugar de observador también puede traer efectos beneficiosos para el paciente con TLP. Tener la posibilidad de observar cómo interactúan los demás en el grupo, qué problemas traen ellos a la dramatización e identificarse con ellos promueve la empatía y el acompañamiento. El poder compartir experiencias para ayudar al prójimo y ser reconocidos y valorados por éstas es otro aspecto del lugar de observador que puede potenciar la autoestima y la vista del sí mismo al paciente con TLP. También incentiva a comenzar a dar sus propias opiniones autónomas, fortaleciendo su sentido del Yo y a aclarar sus sentimientos y emociones, sintiéndose valorados por ellos.

3.3 Análisis del uso de las técnicas psicodramáticas

Propondremos en esta sección un análisis teórico acerca del uso de las técnicas psicodramáticas y como éstas podrían beneficiar, como complemento, el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Con esta propuesta intentamos abrir nuevas puertas para el uso de técnicas psicodramáticas y buscar maneras novedosas e integrativas para el tratamiento del TLP y se propone como complemento de un abordaje ya establecido y comprobado eficiente. A continuación, nombraremos técnicas psicodramáticas y aportaremos teóricamente el efecto que podrían llegar a tener en la sintomatología de pacientes con TLP.

Primeramente, la *técnica de intercambio de roles* es una de las más utilizadas y conocidas en el psicodrama, se indaga en el desarrollo de la empatía de las personas y en su capacidad para poder “ponerse en los zapatos del otro”. Esta técnica se implementa para intentar que la persona comprenda desde qué lugar viene el otro y así poder trascender el propio egocentrismo. Aporta al desarrollo de la autorreflexión, concientizando lo que le pasa al otro y a su vez comprendiendo qué le pasa a uno con eso que le está sucediendo al otro. El intercambio de roles puede ser eficaz para la inestabilidad en las relaciones interpersonales que tienen los pacientes con TLP, comprendiendo el efecto de sus actitudes para con sus relaciones, poniéndose en el lugar del otro y escuchando lo que el otro tiene para decir de sus acciones. Blatner propone que el intercambio de roles puede aportar al fortalecimiento de algunas dimensiones del fortalecimiento del Yo. Primeramente, en lo que respecta a la prueba de realidad menciona “el cambio físico de roles permite la distinción explícita de sueños y fantasías que contribuye en forma complementaria a su diferenciación consciente” (Blatner, 2009, p. 136). Justamente en la dramatización, los pacientes deben confrontar sus percepciones que tienen de la realidad con las que tiene “el consenso social y con las limitaciones de representaciones concretas” (Blatner, 2009, p. 136). Con respecto al sentido de realidad, Blatner (2009) plantea que el psicodrama permite la integración de la experiencia de los pacientes ya que incluye la acción física, la imaginación, sensación e intuición, la emoción y la razón y la dinámica psíquica e interpersonal. El autor agrega:

“al decidir cómo proceder a la dramatización de una escena, es crecientemente difícil responder de acuerdo con las supuestas expectativas de los demás, de manera que las tendencias al como sí son gradualmente reemplazadas por componentes de identidad más auténticos y sostenidos” (Blatner, 2009, p. 136).

Blatner (2009) enfatiza en cómo la técnica de inversión de roles puede llevar a que los protagonistas de las escenas propuestas trabajen con respecto a la diferenciación entre sus propias cualidades, pensamientos y sentimientos con la de las personas significativas en sus vidas. Por último, con respecto a las relaciones objetales, Blatner (2009, p. 137) propone que “la inversión de roles conduce al desarrollo de una confianza más realista y madura, la cual evita errores de la idealización y la devaluación”, que sería un gran beneficio de aprendizaje para pacientes con TLP.

La *técnica de soliloquio* se utiliza para que el protagonista profundice con respecto a las emociones y sentimientos que tiene mientras realiza alguna acción. El protagonista investiga en voz alta los pensamientos que tuvo en el momento pasado, presente o futuro que propone en la escena. El objetivo es ahondar en sus pensamientos y encontrar lo profundo en sus acciones, por qué actuó de tal manera y qué es lo que estaba pensando en ese momento. Es un ejercicio para que el paciente pueda expresar libremente lo que sentía, intentando dejar de ocultar sus emociones. Una de las características que presentan los pacientes con TLP es una desconfianza con respecto a sus respuestas emocionales tomándolas como inválidas y una falta en la comunicación de las mismas. La técnica de soliloquio puede ser una vía para que los pacientes comiencen a integrar sus emociones y su capacidad para comunicarlas, ejercitar su manera de expresar sus emociones con libertad y validarse emocionalmente.

La *técnica de concretización* consiste en que la persona comprenda con mayor claridad los problemas que lo aquejan, trayendo algo abstracto mencionado por el paciente hacia algo concreto y tangible para la persona. Por ejemplo, en el caso de pacientes con TLP, quienes se esfuerzan por evitar un desamparo real o imaginario y tienen dificultad para controlar su ira, esta técnica podría aportar en la concretización de estas cuestiones abstractas trayéndolas a algo concreto, valga la redundancia. Puede ayudar a direccionar lo puntual de aquello que los aqueja, buscando hilar hacia lo más fino del problema, de dónde surge lo que les está afectando.

El *doble* es una técnica que si no es utilizada con cuidado puede tener un efecto negativo sobre el paciente con TLP. El auxiliar que tome lugar de doble debe poseer conocimiento acerca de las dificultades y sintomatología que presenta este tipo de trastorno, reconociendo el daño que pueden causar sus palabras y acciones, aportando al ambiente invalidante en el cual el paciente con TLP ya vive. Un doble entrenado y con conocimiento puede presentarse como soporte que valide, incentive, comprenda y ayude en la búsqueda de alternativas para solucionar sus conflictos, aportando en la imagen de sí mismo y del sentido del Yo.

Con respecto a las técnicas de concretización y doble, Blatner (2009) propone su uso para el fortalecimiento del funcionamiento defensivo dentro del fortalecimiento del Yo. Expresa que las defensas simbólicas pueden ser dramatizadas y procesadas utilizando estas técnicas, menciona: "la formación reactiva, anulación, respuestas contra fóbicas, aislamiento, desplazamiento, proyección y otras defensas simbólicas pueden ser dramatizadas y neutralizadas con el uso del doble, la concretización" (Blatner, 2009, p. 138).

La *técnica del espejo* apuntaría primariamente a la inestabilidad de la autoimagen que poseen los pacientes con TLP. La idea de esta técnica es que el paciente pueda verse desde un lugar externo, para poder encontrar alternativas y concientizar sus inestabilidades y también notar sus virtudes. Esta también es una técnica que debe tomarse con cautela, donde el auxiliar debe estar entrenado para tratar con un paciente con TLP, ya que el efecto del espejo puede ser todo lo contrario y aportar a la invalidación que sienten por ellos mismos y sus emociones. En este sentido, esta técnica también aportaría al fortalecimiento de las funciones de autonomía del paciente que, ejercitando la concientización de sus inestabilidades y sus virtudes, puedan

incrementar seguridad en su propia autonomía y reconocimiento. Blatner (2009), agrega que el psicodrama también fortalece las funciones de autonomía mediante la espontaneidad y creatividad que se requiere en las escenificaciones dramáticas, dice: “ejercitadas mediante el incremento de la seguridad en la conducta espontánea... el grupo tiende a apoyar y aprobar los aspectos positivos de la expresión individual, de modo que los pacientes desarrollaran habilidades y seguridad en sus propios recursos” (Blatner, 2009, p. 138).

Las *técnicas de silla vacía y ego múltiple* se utilizan para que el paciente, desde lo simbólico, pueda elucidar conflictos internos que tiene con el otro y consigo mismo. La silla vacía propone la expresión espontánea de los sentimientos del paciente, tanto los agresivos como los dulces. Ésta es una técnica que puede aportar al tratamiento del paciente con TLP, ya que le permite tener un espacio en el cual expresarse libremente en cuanto a sus emociones y pensamientos sin tener una traba del otro lado. También se puede utilizar inversión de roles dentro de esta técnica para empatizar con lo que el otro piensa y siente. La técnica del ego múltiple, por otro lado, le propone al paciente resolver conflictos que éste tiene con su propio self, explorando la posibilidad de hablar con distintas partes del sí mismo. Blatner (2009, p. 139) destaca la técnica del ego múltiple para el fortalecimiento de la función sintetizadora e integradora del yo: “ayuda a los pacientes a experimentar y aclarar las diferentes partes de la personalidad... fomento del encuentro interno”.

Conclusión

El trastorno límite de la personalidad ha sido abordado dentro de la clínica psicopatológica desde 1920, investigado a partir de distintas teorías y aproximaciones técnicas inducidas por interrogantes debido a su distinción psicológica. Posee una complejidad única por su variada amplitud sintomática, que toca todas las esferas de la vida del paciente. De éste, nacieron múltiples preguntas respecto a su modo de abordaje y etiología, que aún hoy en día no hemos podido responder. Se entiende una importante dificultad a la hora de elegir un tratamiento único y eficaz. Por estas razones he considerado a las técnicas psicodramáticas como un complemento, ya que se entiende que un abordaje integrativo y multiaxial es el camino a seguir a la hora de pensar tratamientos para trastornos de la personalidad.

Considero que la posibilidad de integrar un abordaje psicodramático como complemento ante el tratamiento de pacientes con TLP puede llegar a influenciar en la expansión de la formación de habilidades, ayudándolos a elaborar herramientas tanto de autoconocimiento como de estilo vincular. Siguiendo el paso a paso, contemplando metas específicas a corto plazo, en un ambiente cuidado y que involucre la interacción del cuerpo con uno y con otros, creo es, un buen seguimiento para el tratamiento de este tipo de pacientes. El involucramiento de un abordaje grupal que deriva en una expresión artística, puede generar en los pacientes un impulso hacia conectar con otros, conocerse más a uno mismo estando e interactuando con otros, nuevamente resaltando la importancia del espacio seguro y cuidado que se brinda en la dramatización. La influencia del escenario como método catártico acompañado por pares y coordinadores que apoyen la trayectoria del paciente, también me parece un punto óptimo en esta integración. Comprendo que la propuesta se basa en aspectos teóricos y que llevado a la práctica se pueden encontrar distintas variantes que limiten el desarrollo estable de la idea. Así, repito que es una propuesta, una aproximación a algo que pretende ser desplegado en el futuro. Creo también, que los pacientes con TLP pueden ser beneficiados no solo desde el lugar activo, es decir, de protagonista, sino también como observador. En la dramatización se da la oportunidad para que las personas interactúen en el proceso de sanación de otras personas en el grupo, “ponerse en el lugar del otro”, “aprender con el otro”, desde su historia. El trabajo de construir vínculos sanos al lado de otras personas que buscan lo mismo que ellos, es decir, trabajar en sí mismos y en su capacidad para vincularse.

En lo personal, comencé con clases de teatro a los 8 años y nunca frené. Me llamó la atención encontrar un abordaje psicológico que posee influencias de mis dos pasiones: la psicología y el teatro. Siempre consideré al escenario como un espacio de libre expresión. Un espacio en donde se pueden explorar las emociones, descubriendo el cómo y el porqué de éstas que luego te llevan a actuar de distintas maneras. En el escenario el protagonista toma las riendas de la situación, se identifica y se contempla a sí mismo. Aprendí una multiplicidad de aspectos y características personales de los personajes que me ha tocado interpretar a través de mis años de actuación. Debido a esto es que me pareció interesante comenzar la búsqueda

de técnicas psicodramáticas y cómo estas podrían impactar en distintos tipos de pacientes. A su vez, el teatro me ha mostrado que no se trata solo de uno mismo, sino que también del trabajo en equipo, con otros. Existe una constante retroalimentación, en la cual se involucra el camino personal de uno con su personaje y en los vínculos que éste establece. Se da un apoyo a raíz de la confianza, del espacio compartido y la seriedad con la que se toma el trabajo que uno está cometiendo. En la dramatización grupal se da el mismo concepto, es decir, las personas que participan del grupo terapéutico comparten el espacio de autoconocimiento y las ganas de sanar a partir de la expresión artística. Se trabaja con el fortalecimiento de la dinámica grupal, no solo entre los participantes del grupo sino también con el coordinador, en este caso, el terapeuta. Debido a mi experiencia personal es que me incliné en la elección del abordaje psicodramático. A partir de estas ideas comencé a pensar en cómo el comprometerse con distintos roles, la dramatización de situaciones conflictivas, el proceso de sanación que éstas conllevan, y encontrarse con otro arriba del escenario podrían llegar a impactar a pacientes con TLP, y a su vez, cuáles serían los alcances y los límites que se podrían presentar con este tipo de abordaje.

A lo largo de esta tesina, intenté comenzar un movimiento para evocar nuevas ideas e hipótesis para futuros estudios que puedan relacionar al psicodrama con trastornos de personalidad. Me interesa seguir ahondando e investigando acerca del abordaje psicodramático y el impacto que éste trae a distintos tipos de pacientes, específicamente aquellos con trastorno límite de la personalidad. Reconozco que el planteo inicial de la tesina no evoca una respuesta de tratamiento para el TLP, sino que busca nuevas vías que puedan utilizarse como complemento en los tratamientos integrativos ya existentes para éste. Comprendo que la tesina propone un primer acercamiento en pos de relacionar una temática reconocida como compleja, que es el trastorno límite de la personalidad, con un abordaje integrativo artístico grupal, que es el psicodrama, y como distintas técnicas psicodramáticas podrían complementarse en su tratamiento. Me entusiasma seguir investigando acerca de esta temática en el futuro.

Referencias Bibliográficas

- Aguilar Calle, C., Marín Bolívar, M. A. y Arévalo Becerra, M. C. (2020). Caracterización Clínica del trastorno límite de la personalidad. *Poliantea*. Vol. 16. No. 26. [versión electrónica]
- American Psychiatric Association. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA.
- Blandón Echeverri, D. C. (2021). Estado del arte del psicodrama: otra forma de abordar pacientes desde la psicología. [versión electrónica] Repositorio Digital – Universidad CES. Universidad CES.
- Blatner, A. (2005). *El Psicodrama en la práctica*. (Primera edición). México: Editorial Pax México.
- Blatner, A. (2009). *Bases del Psicodrama*. (Primera edición). México: Editorial Pax México.
- Bustos, D. M. & Nosedá, E. (2007). *Manual del Psicodrama*. Argentina: Ricardo Vergara Ediciones. Capítulo 2.
- Coaquira, A.; Shirley, J.; Sierra, R. y Frances, M. (2018). Programa de habilidades sociales: una propuesta desde el psicodrama pedagógico. [versión electrónica]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa: Perú.
- Cuevas Yust, C. & López Pérez-Díaz, A.G. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. [versión electrónica] International Journal of Psychology and Psychological Therapy, vol. 12, núm. 1, pp. 97-114. Universidad de Almería, España.
- Curiel, J.D. (2001). Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad. [versión electrónica] Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol. XXI, nº78, pp. 51-70.
- Fernández Álvarez, H. (2008). Psicoterapia de grupo: un modelo integral. En H. Fernández Álvarez, Integración y Salud mental. El proyecto Aiglé 1997-2008, Desclee de Brouwer
- Fernández Álvarez, H. (comp.) (2011). *Paisajes de la psicoterapia. Modelos, aplicaciones y procedimientos*. Buenos Aires: Polemos. Capítulo 8.
- Fernández-Guerrero, M. J. (2017). Los confusos límites del trastorno límite. [versión electrónica] Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Facultad de Psicología, Universidad Pontificia de Salamanca (UPSA), España.

- Font Domènech, E. (2019). Trastorno Límite de la Personalidad: Revisión Sistemática de las Intervenciones: TLP: Comparación de tratamientos. *Revista De Psicoterapia*, 30(113), 197-212. [versión electrónica]
- Herranz, T. (2018). Psicodrama: Un escenario al servicio de la clínica. [versión electrónica] Revista Clínica Contemporánea
- Kernberg, O. (1995). Trastornos Graves de la Personalidad. México: El Manual Moderno. Capítulo 1.
- Klein, T. (2017). Los inicios del psicodrama en Argentina (1958-1976). Estado del arte e hipótesis para su periodización e investigación. [versión electrónica] Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Leveton, E. (1987). *Cómo dirigir Psicodrama*. México: Editorial Pax-México. Capítulo 4, 5, 7.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de Tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite*. Barcelona: Paidós. Capítulo 1.
- Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. España: Masson. Capítulos 1, 2, 3, 4 y 14.
- Mirapeix Costas, C., Vázquez Bourgon, J., Gómez del Barrio, A. y Artal Símon, J. (2017). *Abordaje integrador del trastorno límite de la personalidad*. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y CIBERSAM.
- Morán Suárez, E. (2017). Efectividad de una intervención en psicodrama en personas con trastorno mental grave. [versión electrónica] Repositorio Universidade Da Coruña. Universidade da Coruña: <http://hdl.handle.net/2183/23000>
- Ordóñez, S. J. (2014). Las técnicas básicas del psicodrama. [versión electrónica] EDRAS: Procesos Grupales Psicodrama & Dramaterapia.
- Pavlovsky, E. & Moccio, F. (1969). Dramatización y actuación: dos términos de opuesto significado. [versión electrónica] Cuadernos de Psicoterapia, Vol. IV, N°1. Ed. Genitor.
- Rojas-Bermúdez, J. (1997). *Teoría y técnica psicodramáticas*. (1ª edición). Barcelona: Editorial Paidós.

- Sánchez Quintero, S. & De la Vega, I. (2013). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad. [versión electrónica] Acción psicológica, 10(1), 21-32.
- Sarmiento, M. J. (2007). Revisión bibliográfica de las técnicas que intervienen en el Psicodrama. Universidad de Azuay. [versión electrónica] Dspace de la Universidad del Azuay: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/1137>.
- Schisano, E. y Puxeddu, V. (2018). La danza movimiento terapia como intervención en el tratamiento de un adolescente con trastorno límite de personalidad borderline. [versión electrónica] Universitat Autònoma de Barcelona.
- Vallejo Neacato, A. P. (2018). Intervención Psicodramática para desarrollar espontaneidad y creatividad en personas con dependencia a sustancias. [versión electrónica]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Vásquez-Dextre, E.R. (2016). Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. [versión electrónica] Rev. Neuropsiquiatr. 79(2).
- Yalom, I. (1995). *The Theory and Practice of Group Therapy*. Nueva York: Basic Books 4a ed.