

# **TRABAJO FINAL DE MASTER**

**Máster Universitario en Psicología General Sanitaria**

**2017-2018**

**“Lo llevo en los genes”. Abordaje psicoterapéutico del Trastorno  
Límite de la Personalidad con consumo de cannabis desde el modelo  
sistémico. Estudio de caso.**

Realizado por: Patricia Gómez Garcia

Dirigido por: Dra. Tary Gómez Hinojosa

Barcelona, 15 de Enero de 2018

**Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport**

c. Císter, 34  
08022 Barcelona

[www.blanquerna.edu](http://www.blanquerna.edu)

**“Lo llevo en los genes”: Abordaje psicoterapéutico del Trastorno Límite de la Personalidad con consumo de cannabis desde el modelo sistémico. Estudio de caso.**

**Resumen**

El presente trabajo está dedicado a describir el caso de Jero, un paciente de 21 años con Trastorno Límite de Personalidad (TLP) y adicción al cannabis, y como ha sido su proceso terapéutico abordado desde el modelo sistémico llevado a cabo en la unidad de Terapia Familiar del Hospital de la Santa Creu y Sant Pau. Se ha escogido este caso por ser representativo de una excelente alianza terapéutica y porque el TLP es uno de los trastornos más estudiados desde la corriente sistémica y para el que hay un abordaje a nivel familiar más concreto. A partir de hipótesis relacionales se construyó el diagnóstico relacional necesario para poder plantear la intervención familiar. Se han llevado a cabo intervenciones individuales con el paciente y también familiares, trabajando sobretodo con madre e hijo, pero también en ocasiones se ha convocado a la pareja conyugal, al grupo de pares y a la hermana del paciente. La intervención ha ido dirigida a la identificación de los patrones disfuncionales de comunicación y su modificación, a la construcción de un espacio de expresión emocional entre madre e hijo y a la reparación de la vivencia de abandono del paciente por parte de su madre. La construcción y el mantenimiento de la alianza terapéutica con el paciente, así como con su madre, ha sido básica para su mejora paulatina.

*Palabras clave:* estudio de caso, alianza terapéutica, terapia familiar, trastorno límite de la personalidad.

**Índice**

1. Marco teórico	4
2. Contexto y descripción del caso	11
2.1 Contexto del caso	11
2.2 Descripción del caso	12
3. Evaluación y plan de tratamiento	15
3.1 Evaluación a partir de hipótesis relacionales	15
3.2 Diagnóstico relacional	18
4. Curso de la terapia	20
4.1 Construcción de la alianza terapéutica	22
4.2 Intervención terapéutica	25
4.3 Monitorización del proceso terapéutico	28
5. Resultados finales y conclusiones	29
6. Referencias bibliográficas	33

## 1. Marco teórico

La etiología específica del Trastorno Límite de la personalidad (TLP) parece ser muy compleja y poco lineal: experiencias de abuso o trauma, predisposiciones biológicas e interacciones con el medio familiar o con los cuidadores principales parecen ser factores predisponentes en el desarrollo de este trastorno (Fruzzetti, Shenk y Hoffman, 2005).

La característica más significativa del TLP es la gran dificultad en las relaciones interpersonales, sin embargo, la mayoría de los modelos terapéuticos ofrecen un abordaje individual. En cambio, desde una perspectiva relacional, se pueden tratar los comportamientos y los rasgos de personalidad no sólo a través de la relación con el terapeuta sino también de las relaciones significativas que tenga la persona (Campo y D'Ascenzo, 2010).

La mayoría de pacientes con TLP han experimentado negligencia emocional por parte de los padres y una anulación emocional antes de los 18 años por parte de éstos, siendo la invalidación emocional un predictor del TLP (Fruzzetti et al., 2005). Además de la invalidación emocional, la falta de implicación emocional y de soporte incondicional por parte de los padres hacia los hijos puede potenciar los efectos de la negligencia. Estas disfunciones provocan dificultades en el desarrollo de habilidades sociales, esenciales para el mantenimiento de relaciones sanas con el grupo de adultos y de iguales. Sin estas habilidades se produce un fallo en el proceso de socialización, ya que los jóvenes tienden a aislarse o a relacionarse con los demás de forma agresiva, intimidante o impulsiva. (Johnson et al., 2002).

Uno de los modelos más desarrollados sobre el desarrollo y mantenimiento del TLP es el modelo biopsicosocial de Linehan, en el que se describe este contexto

de negación e invalidación emocional como ambiente invalidante. Según este modelo, el ambiente invalidante en la familia tiene una doble vertiente: por una parte refuerza intermitentemente las expresiones extremas emocionales pero, a la vez, comunican al niño que tales manifestaciones son injustificadas y que las emociones deben abordarse internamente y sin el apoyo de los padres. Como consecuencia, en vez de aprender a entender, etiquetar, regular o tolerar respuestas emocionales, aprenden a moverse en los extremos: entre la inhibición emocional y la labilidad emocional extrema (Romero, Navarro, Osma y García, 2017). De hecho, el individuo suele ser patologizado por tener rasgos de personalidad socialmente exagerados como ser demasiado sensible, paranoico o vago (Cheavens et al., 2004). El ambiente invalidante, además, se ha relacionado con riesgo de tener conductas suicidas (Crowell, Beauchaine y Linehan, 2009).

Varios estudios han encontrado que las interacciones familiares disfuncionales parecen ser un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos, sobretodo del TLP. Por ejemplo, en el estudio de Allen et al., (2005) se concluyó que los pacientes con este trastorno suelen tener una imagen contradictoria de sus madres o cuidadores principales: se produce una alternancia entre la sobreimplicación y la indiferencia o el abandono. Este patrón refuerza de manera intermitente algunos síntomas del trastorno y esto constituye un factor de riesgo para su desarrollo, ya que se produce una intermitencia del amor percibido: el niño no sabe cuando va a percibir amor, no lo entiende como algo incondicional puesto que se ha sentido abandonado en otras ocasiones (Allen et al., 2005). Los esfuerzos de autonomía del paciente suelen ser interpretados por la familia como deslealtad, y el amor parental suele ser obtenido sólo a partir de la disfunción.

Según Linares (2007), el elemento más importante a la hora de construir la personalidad en base a la experiencia relacional es la percepción interna de sentirse amado. El niño necesita sentirse reconocido como individuo independiente, con necesidades propias diferentes de las de los padres (Linares, 2007).

Desde el punto de vista relacional, al que apuntan algunos autores ya citados como Linares (2007), Campo y D'Ascenzo (2010) añaden que existen algunas explicaciones o hipótesis relacionales que explicarían el desarrollo y el mantenimiento del TLP. Se podría decir que en la mayoría de casos de TLP se producen mecanismos disfuncionales en los dos pilares básicos de la crianza del niño: la vinculación afectiva y la socialización. Según Campo y D'Ascenzo (2010) el paciente suele tener una cercanía casi fusional con uno de los progenitores, generalmente la madre, y se mantiene distante (incluso físicamente) del otro progenitor. Esta situación dificulta el proceso sano de individualización y autonomía del paciente, pudiendo gestarse una condición para el desarrollo del trastorno.

Según estas autoras, el método utilizado para cumplir las normas suele ser el castigo y la retirada del afecto, incluso la expulsión del hogar cuando el paciente empieza a tener actitudes para alcanzar la autonomía. En el caso de padres separados puede darse la situación en que el paciente vaya a vivir con el progenitor del cual está distanciado. Esta es una situación más en la que el paciente podría experimentar rechazo por parte del progenitor cercano, por haberse ido, pero también por parte del progenitor distante.

Según Cancrini (2007) citado por Campo y D'Ascenzo (2010), en muchos de estos casos se produce una “cristalización” del trastorno ya que cuando el

adolescente es expulsado del hogar por culpa del “pulso” que se ha establecido, se abre la puerta de entrada al consumo de drogas, delincuencia y otras conductas de riesgo.

La hipótesis que postulan estas autoras es la de que el paciente se encuentra atrapado en un dilema: conseguir más autonomía para sentirse bien consigo mismo, arriesgándose a ser rechazado, o sentirse querido y aceptado por los padres, adecuándose a sus exigencias. Es, en definitiva, probar el amor de los padres, ver hasta dónde son capaces de llegar. Las conductas problemáticas se ven como síntomas en los que el hijo o hija está probando hasta qué punto sus padres le van a querer y les van a aceptar. Este pulso dejará de tener sentido cuando el hijo sienta que es querido incondicionalmente y para ello deberá sentirse reconocido por sí mismo, por lo que es y no por la idea que tienen los padres de él o ella. Para ello es necesario priorizar los afectos por encima de las normas, enfadarse ante la mala conducta del hijo, pero no romper el vínculo. No menos importante es bajar el nivel de crítica hacia el paciente, puesto que se ha demostrado que una característica del ambiente invalidante es el alto nivel de criticismo (el cual crea unas expectativas negativas hacia el paciente que lo incapacitan para ser responsable y autónomo, ya que se le trata como tal.

En este sentido, la psicoterapia dirigida a trabajar con el paciente y su madre puede ser beneficioso para reducir los síntomas del trastorno, puesto que las intervenciones se focalizan en las interacciones problemáticas, sobretodo de autonomía del paciente y de patrones de comunicación (Allen et al., 2005).

Un punto importante en la teoría de Allen et al., (2005) es el conflicto que se produce en el rol de padre: los padres creen que deben atender todas las necesidades de sus hijos pero se sienten sobrepasados por la responsabilidad, se

ven inadecuados para criarlos y también se resienten por los sacrificios que deben hacer. Este sentimiento de resentimiento es el que puede llevar a las alternancias en la atención de las necesidades de los hijos según estos autores.

El patrón de comportamiento que los niños suelen adoptar cuando se encuentran inmersos en el ambiente invalidante es el denominado “spoiling”. “Spoiling” sería el comportamiento hostil, desafiante y autodestructivo que suele estar descrito en los historiales de pacientes con TLP. El hijo cree que, para que los padres permanezcan estables, éste debe permanecer dependiente de ellos y a la vez ser el objeto de “odio”. El comportamiento contradictorio de los padres y el de “spoiling” del hijo se retroalimenta en un círculo de disfuncionalidad relacional, ya que los hijos invalidan los esfuerzos de los padres por ayudarles, hecho que provoca más hostilidad y más esfuerzos para ser más de ayuda, lo que lleva a más spoiling por parte del hijo y así es como se retroalimenta (Allen et al., 2005).

Según Cheavens et al. (2004), los pacientes con TLP suelen usar como estrategia de regulación emocional para su malestar la supresión del pensamiento, consistente en inhibir pensamientos y emociones de experiencias internas con el objetivo de reducir la ansiedad y el estrés que les provocan dichas experiencias. Este mecanismo es reforzado intermitentemente por periodos de bienestar sin ansiedad ni estrés pero, paradójicamente, puede incrementar la intensidad emocional y hacer que la persona busque otros métodos desadaptativos de regulación emocional, como el consumo de drogas (Cheavens et al., 2004).

La alta comorbilidad entre TLP y consumo de sustancias requiere un abordaje de red, siendo la terapia familiar una buena opción que complementa el tratamiento de desintoxicación o deshabituación. El fracaso de las terapias individuales y el entorno inestable y problemático que se observaba en la mayoría

de los pacientes hizo que la terapia familiar comenzara a tener sentido para abordar dicha comorbilidad. Se empezaban a percibir unos patrones familiares y comunicacionales continuos y repetidos, interacciones que se iban repitiendo y que mantenían o reforzaban la conducta adictiva (Sierra y Fernández, 2009).

Cancrini (1982), citado por Sierra y Fernández (2009), se centró en la problemática familiar y relacional y dando especial importancia a los modelos de organización y comunicación familiar. Desde los modelos desarrollados por Cancrini se concibe el uso de drogas como una señal de malestar del funcionamiento familiar y la terapia se centra en la función que cumple éste síntoma en el sistema (Sierra y Fernández, 2009). Cancrini también sustenta la idea de que no es la droga la que produce el sufrimiento, sino que éste ya existe previamente. El uso de drogas por parte del individuo es un intento evasivo y un modo de “autoterapia”.

Los abordajes familiares consiguen aumentar el compromiso de los pacientes y sus familias con los programas de tratamiento, aumentar la adherencia al tratamiento y mejorar el funcionamiento familiar (Sierra y Fernandez, 2009).

Según Rees y Vaenzuela (2003) el adolescente que inicia un consumo de drogas que deriva en abuso a ellas habría tenido un proceso incompleto de individualización relacional. El adolescente habría logrado una escasa autonomía respecto al sistema familiar, y el consumo mantiene esta dependencia, ya que se culpa al abuso de drogas del fracaso con el hijo o hija.

En las familias con un miembro dependiente de sustancias se han podido identificar patrones conductuales disfuncionales tanto de padres (sobrepotección de un progenitor vs progenitor distante) como del adolescente (dependiente, inadaptado, antisocial). También, a nivel de dinámica familiar, se encuentran

triangulaciones en las que los hijos se ven inmersos en los conflictos de los padres. Suele encontrarse, además, un antecedente de abuso de drogas en alguno de los padres (Rees y Valenzuela, 2003).

Además, ciertos factores de la personalidad se han visto relacionados con el consumo de drogas, siendo el más importante la impulsividad. En adictos se ha observado menos capacidad de inhibición de respuesta, dificultades para la reflexión y planificación, poca regulación emocional y presentación de conductas violentas (Carou, Romero y Luengo, 2017). Según estos autores, la relación entre impulsividad y abuso de sustancias muestra una relación muy evidente, identificándose la impulsividad como un rasgo de personalidad clave para el contacto temprano con ciertas sustancias.

Martínez et al. (2003), por su parte, señalaban la supervisión parental como un factor protector en la conducta del consumo. En el estudio que llevaron a cabo descubrieron que los adolescentes que percibieron mayor afecto/apoyo y supervisión parental se implicaron menos en conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas. La explicación que le dan a estos resultados es que los procesos de individuación adolescente parecen tener más éxito cuando se dan en un contexto de afecto, apoyo y regulación parental.

Otro factor importante como factor de protección es la resiliencia. Becoña (2007) incidía en que las personas con una baja resiliencia, ante situaciones de estrés, desarrollan conductas de externalización e internalización que pueden ser problemáticas, como el consumo de drogas como forma de aliviar el estrés sufrido.

Autores como Szerman, Peris y Balaguer (2010), sugieren que la alta comorbilidad entre TLP y consumo de sustancias puede deberse a que la

impulsividad está ligada al desarrollo y mantenimiento de ambos. Siguiendo esta idea, Koob (2009), añade que la adicción puede concebirse como un trastorno que progresa desde la impulsividad (refuerzo positivo) a la compulsividad (refuerzo negativo). En estos pacientes la impulsividad suele hacer que el consumo sea compulsivo como una forma de automedicarse para aliviar el malestar.

## **2. Descripción del caso**

### 2.1 Contexto del caso y método

Esta terapia ha sido monitorizada desde sus inicios siguiendo el modelo de terapia familiar para contar con la máxima precisión posible a la hora de evaluar, diagnosticar e intervenir.

Por un lado se ha contado con un equipo terapéutico formado por aproximadamente 5 personas, de diferentes profesiones, que han seguido las terapias por detrás del espejo y han proporcionado feedback durante la pre-sesión y la post-sesión. También se han analizado las grabaciones de las sesiones, haciendo su posterior transcripción y lectura durante la pre-sesión para preparar las siguientes sesiones.

Se ha seleccionado este caso por ser representativo de una alianza terapéutica positiva que ha sido un factor de mantenimiento de la continuidad en terapia.

La información de la que disponemos se extrae de informes previos a la derivación del caso realizados en otros contextos terapéuticos (informes previos sobre Justicia). También a través de las transcripciones hechas a partir de la visualización de las sesiones seguidas durante casi un año.

Para garantizar el anonimato del caso se han cambiado los nombres de todos los participantes.

2.2 Descripción del caso

El caso ha sido derivado en el año 2015 desde el Centre d’Acolliment Gaudí, dónde recomiendan a la madre del paciente derivar a Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau por problemas de relación entre padre e hijo. En este caso están implicados otros servicios asistenciales tales como Justicia Juvenil (Delegado del Menor). La terapia tiene lugar en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, en la unidad de Terapia Familiar, siendo éste un servicio público. Concretamente esta terapia está ubicada en el espacio de interculturalidad, dado a que la familia es de origen peruano.

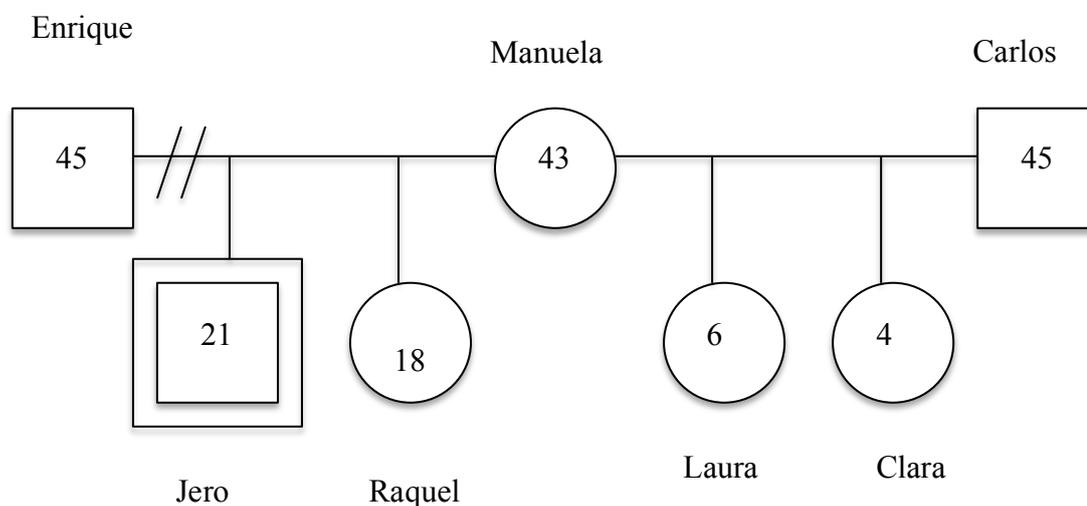


Figura 1: Genograma

El Paciente Identificado (PI) es Jerónimo (Jero) y tiene 21 años. Vive en Barcelona con su madre Manuela (Manu), su hermana Raquel (18 años), la pareja de la madre (Carlos) y las dos hijas que tienen en común de 6 y 4 años. Toda la familia es originaria de Perú y residen en Barcelona desde que Jero tiene aproximadamente unos 3 años.

De la familia de origen materna sabemos que Manuela proviene de una familia con un padre ausente y una madre sobrecargada a nivel familiar y laboral. Esta

situación hizo que Manuela tuviera que encargarse de todos los hermanos y de la casa, sin poder contar con ayuda de ninguno de sus padres. Con 18 años años conoce a Enrique en Perú. Enrique era fiel seguidor de la Iglesia Evangélica y junto con Manuela ven la oportunidad de empezar una nueva vida en Granada (España), ya que él parece tener alguna oportunidad a nivel laboral allí. Conviven juntos un tiempo y tienen a Jerónimo y a Raquel muy rápido. Manuela refiere que tenían una relación muy pasional y que *“todo era muy impulsivo”*. Eran una pareja con una alta conflictividad conyugal. Por los datos recogidos sabemos que Enrique tiene problemas de adicción al juego desde hace muchos años y también a las drogas. Ha estado en periodos de desintoxicación aunque sin éxito. También sabemos que durante esta época de noviazgo y antes de tener a los hijos, Manuela también tuvo un periodo de adicción al alcohol del cual no ha hablado mucho en terapia. Cuando la relación conyugal ya no se puede sostener más, Manuela y Enrique se divorcian y ella se va a vivir con sus hijos a Barcelona ya que su madre está viviendo ahí.

Una vez en Barcelona Manuela conoce a Carlos cuando Jero tiene ya 12 años. El inicio de consumo de marihuana de Jero coincide con el inicio de relación entre su madre y Carlos. La madre le dijo que no iba a tolerar el consumo y que si consumía tenía que irse de casa a vivir con su padre, al que ella criticaba muchísimo. Se fue con su padre a Granada y allí estuvo muy poco tiempo. Volvió a Barcelona pero no dejó de consumir, y en casa no le aceptaban. Cuando Jero tenía 13 años, Carlos y Manuela dejaron la relación y Jero, que continuaba consumiendo, empezó a robar. Manuela se implicó mucho en este período con Jero y con Raquel, hasta que volvió con Carlos y decidieron casarse. Cuando Jero tenía 15 años y ya había acabado la ESO empezaron las conductas de escapismo. Desapareció por primera vez en el embarazo de Clara, la segunda hija del matrimonio. Con Laura (la primera) había intentos de escaparse pero

siempre volvía a casa. Fue cuando su madre se quedó embarazada de la segunda hija cuando desapareció durante los 9 meses de embarazo y 4 de lactancia. Su madre le envió a vivir con su padre pero él no quiso y se fue solo a Alicante, cuando tenía 17 años. Manuela lo buscó pero explica que él se escapaba. Puso denuncias para que lo buscaran pero no le podían obligar a volver a menos que lo pusieran en busca y captura. Manuela explica que pensó en ceder la patria potestad porque era la única manera que la custodia pasara a manos de la Generalitat y entonces pudieran cogerlo y contenerlo. En ese momento avisó a Enrique para que se encargara de buscarlo, ya que ella estaba en los últimos meses de embarazo. Fue entonces cuando Enrique se quedó en Barcelona un tiempo para encargarse de buscar a Jero. Al final lo pusieron en busca y captura y lo arrestaron. Pasó un tiempo en un centro de menores hasta que fue mayor de edad y fue en ese momento en que se interpuso la demanda, que venía derivada del Centre d'Acolliment Gaudí, centro en el que vivió unos meses.

Jero estuvo dentro de una banda latina, los Maras, dónde lo usaban para la mayoría de peleas. Ha estado involucrado en muchos delitos, muchos relacionados con drogas, ha sido detenido por robar en supermercados y luego revenderlo en otras tiendas. Llegó a obtener bastante dinero de estos hurtos que luego gastaba en droga. Siendo menor acumuló muchos antecedentes. Actualmente está pendiente de juicio en que le piden 8 años de cárcel por intento de asesinato por una pelea que ocurrió en el metro de Barcelona.

El año pasado hubo un episodio en que dejó de consumir, se centró, empezó a estudiar un grado medio en el cual obtuvo muy buenos resultados. Al cabo de un tiempo empezó a empeorar, aparecieron delirios paranoides: “*me miran, saben mi historia, me reconocen*”. Arrastra mucha culpa y mucha vergüenza de todos los delitos que ha cometido. Cuando empezaron estos síntomas, apareció también mucha

angustia y mucha ansiedad e incapacidad para manejar la angustia, hecho que hizo que volviera a consumir y dejara la medicación. Cuando hubo esta recaída, dejó de venir a terapia. Seguía en contacto con la terapeuta, haciendo visitas de emergencia. Después de este verano se intentó que fuera al centro de desintoxicación ubicado en el Hospital de Sant Pau ya que podía servir como medida atenuante para la pena que se le impone en el juicio que tiene pendiente. Jero intentó alargarlo mucho, no iba a las reuniones de admisión y se desvinculó del proceso. Al final acabó entrando en el centro. Empezó a hacer faltas pequeñas (no despertarse cuando toca, darse el teléfono con otros pacientes etcétera), faltas que sabía que podrían tener consecuencias. Alguna vez le daban “ataques” de ira dónde se autoagredía (por ejemplo pegándose contra un muro o un árbol). Comenta en sesión que cuando le pasaba eso era porque tenía una voz dentro, el diablo, que le decía que consumiera. Lo echan al cabo de un mes por estas pequeñas faltas que comete y también porque la psicóloga con la que se visitaba en el centro se fue, y esto le llevó a no querer acudir más a terapia. Actualmente se arrepiente de haber dejado el centro porque dice tener muchas ganas de consumir.

Cuando estuvo en el Centre d’Acolliment Gaudí fue diagnosticado por el psiquiatra de Trastorno límite de la personalidad 301.83 (F60.3) y Trastorno por consumo de cannabis grave 304.30 (F12.20) según el DSM 5.

### **3. Evaluación y diagnóstico relacional**

#### **3.1 Evaluación a partir de hipótesis relacionales**

El caso de Jero ha sido abordado teniendo en cuenta dos problemas principales: en primer lugar, un posible Trastorno Límite de la personalidad, con mucha impulsividad, inestabilidad emocional y problemas en las relaciones con

los demás. Probablemente este estilo de personalidad ha supuesto una vulnerabilidad a la hora de abusar de ciertas sustancias y de sufrir adicción a una de ellas, el cannabis. Pero desde la perspectiva sistémica entendemos que las interacciones familiares, las familias de origen y los eventos pasados en la infancia tienen mucho que ver con la eclosión de trastornos y de adicciones. Por ese motivo se ha hecho un abordaje familiar, trabajando sobretudo con la madre, pero también en ocasiones con el padrastro, la hermana o el grupo de amigos.

El caso de Jero cuadra de una forma bastante precisa con las hipótesis relaciones que Campo y D'Ascenzo (2010) resumen en su artículo sobre el diagnóstico e intervención del Trastorno Límite de la Personalidad desde la perspectiva sistémica. Las autoras postulan, a partir de casos en los que han intervenido, que en las familias de los pacientes con TLP se han producido mecanismos disfuncionales en la vinculación afectiva y en la socialización. En el caso de Jero, la vinculación afectiva ha sido básicamente con la madre, Manuela, con quien había mantenido (y mantiene) una relación de gran cercanía emocional, bastante fusionada. El padre de Jero es la figura con la que se había establecido una vinculación afectiva caracterizada por el distanciamiento emocional y físico, ya que vivían en ciudades distintas y no se veían.

El caso de Jero evidencia un claro fallo en el proceso de socialización del paciente: el proceso de individuación del paciente se ha visto dificultado por la excesiva cercanía con uno de sus progenitores, la madre, y la relación escasa, conflictiva y distante con el padre. Esta diferenciación de relaciones ha hecho que no existiera un contrapunto para favorecer una mejor regulación en el proceso de autonomía. Los períodos de fusión de Jero con su madre se vieron interrumpidos por la entrada de Carlos, la nueva pareja.

El paciente no sólo vivió un abandono sino que también empezó a percibir rechazo por parte de su madre cuando empezó a tener conductas problemáticas como el consumo de cannabis. En el momento en que empezó el consumo, Manuela decidió echar a Jero de casa y lo mandó a vivir con su padre, a quién ella odiaba y a quién criticaba mucho delante de los hijos. El método que Manuela utilizó cuando tuvo que poner límites a Jero fue la expulsión con una persona a quien, además de lejos físicamente, también era rechazada por parte de toda la familia (Manuela e hijos). En este caso también se pone de manifiesto una situación relacional del ámbito familiar del paciente con TLP, como es la triangulación, en este caso equívoca (Linares, 2007). Los padres, muy separados entre sí, descuidan la crianza del hijo en el momento en el que se ven sobrepasados por las necesidades y demandas del hijo. En este caso había una clara triangulación de los hijos, ya que los dos tienen mala relación con el padre y a día de hoy están “enfadados por haberlos abandonado y por haber abandonado a la madre con dos hijos”.

Uno de los problemas más profundos y complicados a tratar a nivel de relación entre madre e hijo ha sido la sensación de Jero de que el cariño de su madre era algo que se tenía que ganar. La expectativa por parte de Jero de ser querido de manera incondicional es algo que dura hasta hoy día, probando el amor de su madre con todo tipo de conductas problemáticas, desde el consumo de drogas hasta amenazas de suicidio. Tal y como dicen Campo y d’Ascenzo (2010), existe un pulso simétrico entre padres e hijos en que los hijos quieren ver hasta dónde los padres son capaces de aguantar y no se llegan a creer que ser queridos incondicionalmente por lo que son y no por cómo se portan sea algo legítimo.

En este sentido, el cariño por parte de la madre parece que no siempre está disponible, y depende más de las necesidades de ésta que de las del hijo. Es un amor intermitente, que se ve reforzado sólo en ocasiones, y el niño es incapaz de predecir cuando va a llegar, no lo concibe como algo incondicional. Son padres que están físicamente, pero que se desbordan ante ciertas circunstancias y demandas y desaparecen a nivel emocional.

Con el caso de Jero se ha trabajado con la hipótesis de que la adicción es una manera de seguir dependiente de la madre. Ha habido múltiples ocasiones en que ha intentado y se han puesto medios para dejar el consumo, pero siempre vuelve a recaer. Se ha hablado de conductas de “autoboicot” por parte de Jero que se dan en los momentos en los que parece que puede empezar a tener más autonomía. En estos momentos es cuando vuelve a recaer, dependiendo completamente de su madre, quién actualmente está apoyando a Jero en todo momento. Es aquí dónde se visualiza la conducta de “spoiling” (Allen et al., 2005), intentos hostiles y autodestructivos que se llevan a cabo con la intención de mantener la estabilidad familiar, siendo dependiente de la madre.

### 3.2 Diagnóstico relacional

Para plantear la intervención fue importante, en primer lugar, situar la etapa del ciclo vital en la que se encontraba el paciente. Jero tenía unos 18 años aproximadamente cuando se empezó la terapia, por tanto se encontraba en la etapa de joven adulto. En su caso, la demanda era clara y había sido interpuesta por la Generalitat para tratar los problemas de relación que habían surgido en la relación con su padre. Se empezó a combinar sesiones individuales con el paciente y sesiones con los padres, por separado.

Según Campo y D’Ascenzo, (2010), para elaborar el diagnóstico relacional es necesario evaluar dos dimensiones: la parentalidad y la conyugalidad. En este caso, la parentalidad se evaluará teniendo en cuenta otras dos dimensiones más respecto al paciente: los afectos y la socialización. Los afectos, por su parte, serán valorados a partir de la necesidad de pertenencia y de apego del paciente y de la necesidad de diferenciación y autonomía. La socialización, en cambio, se evaluará a partir de la valoración de la exigencia y la permisividad.

En la esfera de la conyugalidad será importante ver, sobretodo, si los progenitores se encuentran separados y si esta separación ha sido conflictiva y como es la relación actual entre ellos.

Abordando la conyugalidad en el caso de Jero, sus padres estaban separados desde hacía tiempo, tenían muy mala relación, pero las circunstancias habían hecho que el padre fuera a Barcelona para poder ir a buscar a Jero, que estaba fugado. La alta conflictividad entre los padres hizo que las sesiones fueran por separado, salvo en contadas ocasiones que pudieron estar los dos juntos en sesión, pero los resultados no fueron los deseados así que se decidió separar las sesiones para cada padre. Al cabo de un par de meses, el padre abandonó porque tuvo que volver a Granada, superado por la situación.

Por lo que respecta a la valoración de la parentalidad, a partir de la reconstrucción de las familias de origen (FO) de cada progenitor y de la vivencia de la FO de Jero, se han podido identificar fallos en el proceso de vinculación afectiva sobretodo con la madre, una clara dependencia de Jero hacia ésta, con ciclos de sobreprotección y sobreimplicación mezclados con abandono. Esta ambivalencia ha provocado que no se haya desarrollado de manera armoniosa el proceso de

autonomía del paciente, que necesita probar el amor de su madre constantemente, escalando en sus conductas problemáticas para así poder sentir que depende de ella.

#### **4. Curso de la terapia**

El modelo de intervención que se ha seguido a partir de la evaluación del caso combina intervenciones individuales con el paciente y sesiones de tipo familiar contando con la colaboración de la madre actualmente y de las personas o subsistemas que sean necesarios en función de las necesidades. Las intervenciones individuales son importantes ya que es el espacio en el que se construirá la alianza terapéutica, el vínculo estable y seguro que permitirá el buen funcionamiento de la terapia. Además, trabajar con la familia y no solo con el paciente permite que las estrategias aprendidas por el paciente puedan ser reforzadas ya que también se promueven cambios en la familia en la línea de las indicaciones dadas al paciente. De esta manera se crea una armonía en el sistema que permite que se vayan reforzando las conductas aprendidas por todas las partes, a partir de una visión positiva, y a la vez se vayan consolidando a medida que avanza la terapia (Campo y D’Ascenzo, 2010).

La intervención desde la perspectiva sistémica se fundamenta en dotar de significado relacional los hechos, conductas y sentimientos sobre las relaciones interpersonales que mantiene el paciente. Para ello es necesario reconstruir la historia familiar y que el paciente sea capaz de integrar la visión que tienen los demás sobre él e integrar la que tiene de sí mismo.

El objetivo de las primeras sesiones, aparte de recoger la información para hacer el diagnóstico relacional, es el de establecer una alianza sólida con el paciente y los familiares. Es importante en la primera sesión preguntar cómo surgió la demanda, ya que eso nos da información de si ha sido por medio de otro profesional de la sanidad u organismo (por ejemplo, derivado de Justicia).

A partir de este momento, las siguientes sesiones se centran escuchar la historia familiar de cada uno de los progenitores, tanto la familia de origen de los padres como de la historia de pareja. Es importante que el paciente esté delante en este momento porque escuchando las historias puede conectar con su origen y su historia personal al visualizar a los padres también como hijos. (Campo y D’Ascenzo, 2010). Esto le permite al paciente ver con perspectiva la historia de los padres y comprender mejor las dificultades que han podido tener al ejercer la parentalidad. También permite a los padres verse a ellos mismos con perspectiva, dejando la culpa a un lado, entendiendo que las decisiones que se tomaron en algún momento y que no fueron las más adecuadas tenían que ver con el momento concreto y las circunstancias desfavorables.

Al final de estas primeras sesiones es el momento de formular de manera explícita los objetivos que se llevarán a cabo en la intervención y las condiciones para que se lleven a cabo.

La segunda fase del proceso terapéutico es donde se va a construir el contexto relacional favorable en las que se puedan atender las necesidades afectivas del paciente. Ya hemos comentado que en pacientes con TLP es básico que puedan sentirse queridos incondicionalmente, independientemente de lo que hagan, sin condiciones. Se tratará de promover interacciones positivas que modifiquen el alto nivel de criticismo y de comentarios negativos que lo único que provocan son expectativas negativas respecto al paciente.

Una de las estrategias más importantes en este sentido es que la mirada cambie de lo negativo a lo positivo. Para hacerlo es necesario que el terapeuta escuche atentamente con el objetivo de conocer todas las actuaciones negativas del paciente. Posteriormente se les preguntará por las cosas positivas que tiene el paciente. Este

cambio de perspectiva puede ser determinante para que el paciente tome una nueva actitud proactiva orientada a cambiar ciertas conductas.

Es importante contemplar las recaídas como una fase del proceso, tras un periodo aparente de desaparición o remisión de los síntomas y de las conductas de riesgo. Es necesario saber en qué medida está habiendo cambios y de qué tipo son para ver si se adecúan a las expectativas del paciente. En este sentido es importante el tiempo de duración de la terapia. El no tener un número de sesiones estipulado permite consolidar los cambios y aprendizajes que se empiezan a hacer.

A partir de la evaluación de las problemáticas y de la revisión de la literatura, se consideró que se pautarían sesiones individuales con el paciente alternadas con sesiones familiares, en un primer momento con padre y madre por separado. Enrique, el padre, dejó de acudir a terapia al cabo de unos meses porque regresó a Granada. A partir de este momento la mayoría de sesiones familiares han sido con Manuela y Jero para tratar de reforzar y tratar el vínculo entre ellos dos. También, cuando ha sido necesario, se ha trabajado con Carlos, con Raquel o con el grupo de amigos. El curso de la terapia ha estado dirigido directamente por dos aspectos fundamentales: la alianza terapéutica y las intervenciones.

#### 4.1 Construcción de alianza terapéutica

El objetivo de la intervención individual ha consistido en que el paciente aprenda nuevas modalidades de afrontamiento y resolución de las dificultades basándose en una relación significativa con la terapeuta. La fuerte alianza terapéutica establecida es lo que ha permitido que se construya unas nuevas interacciones más funcionales y estables con los demás. La mirada positiva de la terapeuta ha facilitado que emerjan más conductas positivas del paciente, como el aumento de la seguridad y de la esperanza en que el cambio es posible. En el caso de Jero la alianza terapéutica

ha sido crucial puesto que, cuando todo fallaba, Jero podía comunicarse con la terapeuta en el momento en que necesitara contención de urgencia.

Ha sido de máxima importancia que el espacio terapéutico haya sido percibido por el paciente como un espacio seguro para poder expresar y sentir que la terapeuta cree en sus posibilidades de crear relaciones interpersonales de un modo más funcional. Jero es un paciente con un gran insight, sabe ponerle palabras a lo que le ocurre aunque está muy sumergido en el discurso de culpabilidad y autocastigo. Es un paciente que en raras ocasiones ha mentido, y esto es fruto de la confianza en la terapia y en la terapeuta, a quién tiene como referente. Por ejemplo, abordando el tema del consumo, se muestra sincero cuando dice que no sabe cómo vivir sin drogarse: “Me encantan las drogas. Llevo 8 años consumiendo y 5 meses sin consumir y no sé qué hacer con mi vida, *lo llevo en los genes*”. Este tema ha sido abordado desde muchos ángulos en cuando al posible origen. Jero cree que es algo que lleva en los genes y que no lo va a poder cambiar, lo ve como si formara parte de su identidad. La terapeuta ha reconducido esta hipótesis intentando darle un sentido relacional: “*Yo creo que tiene más que ver con una lealtad hacia tu padre... es como una manera inconsciente de honrarlo. Le quieres más de lo que crees*”. Inmediatamente esta suposición hizo que Jero se inquietara y dijera “*no quiero ser cómo él, es un mal hombre sino no nos habría dejado tirados...*”. En ese momento reflexiona y dice en voz alta que, en verdad, está repitiendo su mismo patrón: “*es verdad, estoy haciendo lo mismo que hacía él a mi edad. No quiero ser así, no quiero llegar a esto, quiero cambiar porque no me siento bien y no me quiero parecer a él*”.

En los momentos en que dejó de consumir y se sentía tan angustiado, la conducta de sustitución para momentos extremos en que sentía que tenía que ir a urgencias psiquiátricas, era hablarle a la terapeuta y de este modo se calmaba. Se dejó

claro que era una solución de emergencia y que sólo podía usarse cuando se sintiera muy mal. Durante los meses de primavera de 2017 Jero tuvo una recaída en el consumo y dejó de acudir a terapia. Aún así, tenía momentos en los que necesitaba la contención de la terapeuta, pero en las propias palabras de Jero: *“estoy demasiado avergonzado como para ir a terapia. Pero necesito decirte que estoy mal”*. La terapeuta le ofreció sesiones de urgencia para tratar lo que le pasaba en ese momento, sentía una gran angustia por haber recaído y este hecho le hacía estar más ansioso. Se consiguió darle pautas para que pudiera aguantar hasta que se sintiera preparado para volver a terapia, como por ejemplo ofrecerle vía telefónica en caso de sentirse muy angustiado o ir a urgencias psiquiátricas cuando sintiera muchas ganas de consumir.

El paciente ha de sentir que el terapeuta cree en él y en sus posibilidades de ser responsable y autónomo. Para esto es necesario el control de las emociones del terapeuta, ya que deben ser utilizadas como forma de expresar interés y preocupación, pero desde la esperanza y no desde la pena o la compasión, emociones las cuales están muy acostumbrados a provocar. Para ejemplificar esta idea podemos poner la manera en que se ha tratado el tema del suicidio. Jero ha manifestado en alguna ocasión la idea del suicidio, no como algo inminente pero sí como una idea que le invadía en algunos momentos de mucha ansiedad. Siempre que lo ha tenido en la cabeza ha necesitado explicarlo, y la respuesta por parte de la terapeuta siempre ha sido de comprensión y de contención. Se le ha guiado haciéndole preguntas para descubrir qué significado podría tener para él la idea del suicidio, ya que las veces que lo ha mencionado ha sido en momentos de mucha angustia, cuando había consumido o cuando se había sentido muy solo. La terapeuta en ningún momento ha mostrado pena o asombro, ha aceptado el sentimiento, yendo al origen y dando estrategias para

calmar la angustia previa a esta sensación de vacío que es la que le provocaba tanta desesperanza.

Una muestra más de la buena alianza terapéutica en este caso es la implicación de la terapeuta, coordinada con todos los servicios que actualmente están implicados. Es consciente de la situación de incertidumbre que está viviendo actualmente, pendiente de entrar en prisión, y se ha ofrecido a ser la “muleta” en este tiempo de proceso judicial, acompañándolo en los momentos en los que sea necesario.

#### 4.2 Intervención terapéutica

Las estrategias generales de la terapia han consistido en identificar las interacciones relacionales disfuncionales para poder modificarlas y contribuir a cambiar la visión sesgada hacia lo negativo. Las intervenciones familiares han servido para consolidar los cambios que se iban indicando a Jero y que se hacen patentes en las sesiones conjuntas.

A nivel de intervenciones específicas, una primera idea considerando todas las hipótesis del diagnóstico relacional y revisando la literatura ha sido priorizar los afectos por encima de las normas: se ha insistido en que Manuela esté presente en todo el proceso terapéutico de Jero. El objetivo ha sido hacer que Jero se sienta querido de nuevo de manera incondicional, de esta manera el pulso entre ellos y la conducta de “spoiling” que retroalimenta el círculo vicioso dejará de tener sentido. Implicar a Manuela en el proceso también tiene otro objetivo que tiene que ver con identificar las interacciones entre madre e hijo que son negativas y con un alto nivel de criticismo.

La crítica constante y los comentarios negativos ante la conducta de Jero hacen que éste sólo sea reconocido cuando hace estas conductas problemáticas, siendo éste un factor de mantenimiento de dichas conductas. La crítica y los

comentarios negativos también hacen que Jero acabe creyendo que no hay nada más en él por lo que ser valorado o que destacar en conductas problemáticas es todo lo que se puede esperar de él. El malestar interno causado por estas creencias acaba por eclosionar en sintomatología ansiosa y las estrategias de Jero para intentar regularlo son evitativas y de automedicación: el uso de sustancias en su caso es una forma de aliviar el malestar y el sentimiento de soledad intenso que refiere. Para tratar la adicción Jero está acudiendo a un CAS semanalmente, haciendo análisis, siendo visitado por el médico y con la psicóloga. Durante finales de verano y principios de septiembre estuvo ingresado en un centro de desintoxicación, pero lo acabaron echando por acumulación de faltas menores. Aún así, el problema de la adicción es un asunto importante que no sólo debe tratarse desde terapia familiar. La propia terapeuta les ha comunicado en una sesión: *“Necesito que tu caso sea llevado en red, utilizando todos los recursos disponibles, porque si sólo vienes a terapia familiar me veo sin recursos en algunos ámbitos. Es importante que vayas al CAS para que te ayuden con el consumo y yo me coordinaré con ellos si hace falta”*.

En este caso, al tener rasgos de personalidad límite, ha sido importante promover el manejo de la ira, intentar reducir la excesiva reactividad emocional y la tendencia a la impulsividad, ya que este último rasgo está muy presente como desencadenante de las conductas como las peleas, el robo y el consumo. Para ayudar a manejarlos se ha prestado especial atención a la validación de sentimientos. En el caso de Jero la descalificación ha estado muy presente y no se ha dado cabida a la expresión de sentimientos o cuando se ha hecho no han sido tomados en serio o han sido invalidados. A modo de ejemplo, en una sesión se trató el tema del amor intermitente de Manuela y de cómo este había repercutido en la sensación de

múltiples abandonos de Jero. Ha sido importante para él poder expresar por qué motivo se sintió abandonado:

*T: “¿Qué crees que te pasó emocionalmente (cuando te fuiste de casa)?”*

*J: “Me sentía solo y buscaba una familia. Mi familia desapareció durante un tiempo por culpa de la quimio de mi madre y de los embarazos de Laura y de Clara.”*

*T: “Y tu echabas de menos a tu madre”*

*J: “Sí. Mi madre no estaba pero Carlos tampoco. Me quería ir porque me sentía solo, habían sido ya muchas épocas en las que me encontraba solo, con la quimio y luego con los embarazos. Y luego cuando consumí me mandó a vivir con mi padre. Este fue el tercer abandono que yo recuerdo”.*

*T: “Manuela, ¿cómo crees que Jero debe haberlo sentido?”*

*M: “Debe de haber sido horrible, yo lo sé. Me da pena. En los embarazos soy horrible, todo me da asco, incluido estar con mis hijos, me provoca rechazo todo”.*

*T: “¿Tú como crees que podrías haber consolado a ese Jero pequeño, que se sentía solo, sabiendo lo que sabes ahora? Desde el presente, cuando ya has entendido lo que le pasaba”.*

*M: “Hubiera hecho lo mismo que hago ahora.”*

En esta sesión se permitió que Jero pudiera describir los tres momentos que identificaba como abandono, hablando sobre el sentimiento de soledad y la conexión que hacía con la indisposición con su madre. Lo que se puede observar son las resistencias de Manuela, a quién todavía le cuesta empatizar con su hijo. Más adelante en la sesión, cuando se le pregunta que por qué echó a Jero de casa, ella dice:

*M: “Es obvio que si fumas te voy a echar. Desde mi punto de vista él tenía dos modelos a escoger: el mío y el de Carlos que era sano y el de su padre, que era una persona tóxica y un adicto. Y él podía escoger y escogió consumir”*

En esta definición se ve como Manuela tiene una concepción de la adicción como algo intrínseco en Jero, algo que tiene que ver con su personalidad e incluso lo equipara con el padre, como si consumir formara parte de su identidad porque lo lleva en los genes. A partir de ir trabajando con las vivencias de cada uno, sobretodo de Jero, en todos los momentos en que se sintió solo y el hecho de poderlo compartir ha servido para que Manuela logre conectar con el sufrimiento de su hijo en alguna ocasión, aunque esta conexión ha sido cuando ha podido conectar previamente con el sufrimiento de su propia historia personal, en la que también hubo consumo:

*M: “Yo me he visto muchas veces sin esperanza. Y sé que él debe estar pasándolo muy mal (llora)”.*

*T: “Es importante que veas que cuando tu madre dice que le duelen tanto cosas tuyas, es porque se le suman sus propias historias personales”.*

El espacio de la terapia ha proporcionado a madre e hijo la oportunidad de expresar sentimientos que nunca antes se habían expresado. A medida que iba avanzando la terapia Jero iba siendo capaz de ir expresando lo que necesitaba en cada momento. Había momentos en que necesitaba a su madre y no se veía capaz de decírselo. Se consiguió que fuera capaz de hacerlo y también de decirle cuando sentía ganas de consumir, para evitar el impulso a hacerlo.

#### 4.3 Monitorización del proceso terapéutico

Un aspecto interesante en este caso, además, ha sido contar con la supervisión directa en una sesión de Luigi Cancrini. En esta supervisión Cancrini hizo una serie de hipótesis relacionales que coincidían con la línea de trabajo de la terapeuta que

lleva el caso. Cancrini apuntó que parecía que la rabia que había acumulado Jero hacia su madre durante toda su infancia, en esos momentos de abandono en los que se sintió tan solo, no podía dirigirla hacia ella así que había optado por dirigirla hacia sí mismo. Además, también sugirió que el problema del consumo y ese patrón tan repetitivo y de autoboicot tenía que ver con una lealtad hacia su padre, de quién buscaba valoración y aprobación y la manera de hacerlo era repitiendo su historia. Estas directrices ayudaron a la terapeuta a reafirmarse en sus ideas y la terapia siguió el rumbo que se había marcado en el principio.

También ha existido una coordinación con los servicios de psiquiatría del mismo hospital en el que se visita Jero para tener actualizada la medicación según se van actualizando también los síntomas, así como coordinación con otros servicios en los que también está implicado, como el trabajador social que ha sido una figura que se ha implicado especialmente.

## **5. Resultados finales y conclusiones**

La terapia, que todavía sigue en curso, ha mejorado sustancialmente ciertos puntos disfuncionales de la vida de Jero, aunque siguen habiendo algunos que todavía requieren atención y trabajo.

A nivel sintomatológico, la impulsividad, la ansiedad y la inestabilidad emocional han mejorado respecto al inicio. Ha habido coordinación con psiquiatría para ajustar la medicación en algunos momentos, ya que había efectos secundarios que le afectaban a su vida diaria, por ejemplo un cansancio y somnolencia excesiva. La medicación logró eliminar algunos pensamientos paranoides que de vez en cuando refería, así como las ganas de consumir, la ansiedad y sobretodo la impulsividad. Ha habido algún abandono puntual en la toma de la medicación pero a partir de la insistencia de la terapeuta la ha vuelto a tomar. Actualmente los síntomas han

disminuido mucho y lo que se mantiene es el consumo y las ganas de consumir. Se han contemplado las recaídas como una parte más del proceso incidiendo en que parte importante del trabajo está en no verlo como un fracaso sino como una oportunidad para intentarlo de nuevo.

Uno de los problemas más importantes que ha tratado la terapia con resultados satisfactorios era la escalada en conductas problemáticas como las peleas y la delincuencia. Se ha conseguido que Jero abandone ciertas compañías por las que se dejaba influenciar y actualmente conserva a pocos amigos, pero con quien mantiene una relación más sana y funcional. También ha conseguido tener una pareja con la que mantiene una relación más estable. Para que abandonara ciertos ambientes problemáticos se ha trabajado con la madre, Manuela, a la que se le insistió que intentara supervisarle más, que pasara más tiempo con ella ayudándola con sus hermanas pequeñas y con su hermana Raquel, pasando más tiempo en familia. La supervisión es importante porque implica la percepción de apoyo y afecto de los padres por parte del paciente (Martínez et al, 2003). Esto era importante puesto que Jero se sentía apartado del nuevo núcleo familiar que su madre había creado con Carlos. Incidiendo en este aspecto, Jero volvió a sentirse parte de esa familia, queriendo pasar más tiempo sobretodo con sus hermanas.

Trabajar con su madre ha permitido reparar muchas heridas que estaban latentes en la relación y que no se habían expresado. Se identificaron las interacciones que hacían que Jero aumentara la escalada en el las conductas problemáticas. La ausencia de su madre en momentos claves en los que él se sentía abandonado y la retirada y expulsión del cariño por incapacidad de manejar el dolor de su madre hacían que aumentara el autoboicot o “spoiling” (Allen et al, 2005) por parte de Jero. Se trabajó la conciencia de estar presente con Manuela, quién en estos momentos de dolor

desconectaba y actualmente manifiesta que *“soy más consciente y estoy más presente. Es como querer estar, la conciencia de querer estar presente y la conciencia de no haber estado en el pasado”*. En este sentido Jero también siente a su madre mucho más cerca: *“Me sorprende que haya tenido recaídas y que mi madre haya seguido ahí. Apoyándome no es la palabra, porque es más... Es estar ahí a todas. Y esto ahora lo siento. Ahora que tengo a mi madre no la quiero perder”*. Manuela, además de terapia familiar, está haciendo terapia individual, la cual parece haber ayudado en este proceso de introspección. Todos estos cambios han hecho que el pulso que mantenían madre e hijo haya dejado de tener sentido y Jero está dejando de probar el cariño de su madre, paulatinamente. Un aspecto que ha ayudado a esto ha sido la expresión de sentimientos por parte de los dos pero sobretodo por parte de su madre. Comentan en sesión que han tenido charlas los dos en las que Manuela le ha pedido perdón por todos esos momentos en los que no supo hacerlo mejor: *“le pediré perdón mil veces más y las veces que haga falta, porque el cariño incondicional en casa lo tiene y tiene que saberlo”*.

Uno de los problemas que actualmente persisten en Jero es la adicción al cannabis. Durante la terapia ha habido muchos intentos para desintoxicarse, sin éxito permanente. Ha habido episodios en que lo había dejado pero siempre había detonantes que le hacían volver al consumo. El último intento de abstinencia se vio detonado por que salió el juicio que tenía pendiente por tentativa de asesinato. Desde terapia se le ha insistido mucho en que haga un seguimiento en el CAS hasta que salga la sentencia, para así poder recuperarse antes de entrar en prisión. Esta insistencia está siendo reforzada también por el entorno familiar, aunque por el momento no está surgiendo efecto.

Actualmente el tema que más preocupa y en el que se está trabajando más intensamente es en la espera al proceso judicial que tiene pendiente. Está condenado a 8 años de prisión por intento de asesinato y en Jero coexisten sentimientos de desesperanza, angustia, miedo y soledad por este hecho. Se siente muy avergonzado pero a la vez sabe que es responsable, así que entiende que tiene que ir a la cárcel. Pero esto le impide crear un proyecto personal ya que van a ser 8 años en que si vida va a estar “*en pausa*”, en palabras de Jero. Esto le crea mucha desesperanza y desde terapia se ha ido insistiendo en crear un camino que dé sentido a su estancia en prisión. Si tiene una guía para poder seguir cuando esté dentro, preparándose para cuando salga, le será más fácil enfrentarse a este periodo de su vida.

Personalmente opino que uno de los puntos negativos de este proceso terapéutico ha sido la sensación de estar actuando siempre “de urgencia”. Había una implicación muy importante por parte de Jero con el servicio de terapia familiar, pero esta misma implicación no estaba cuando se trataba de acudir a otros servicios. Esto ha supuesto que las aspiraciones iniciales de trabajo que implicaban una terapia de red, se fueran quedando en el camino. Ha habido abandono de profesionales por parte de otros servicios, por ejemplo de la psicóloga del CAS que lo llevaba o de un trabajador social que estaba muy implicado en el caso. Para Jero esto ha supuesto un golpe importante, puesto que las personas con las que más vínculo había establecido se han acabado yendo, y esto ha hecho que pierda esperanzas en el proceso terapéutico.

Me ha parecido que quizá se podría haber trabajado el vínculo entre madre e hijo de una forma más práctica, utilizando alguna técnica que permitiera abordarlo de forma más directa. Como técnica principal se han usado las preguntas circulares y el parafraseo, y en algunas ocasiones se han mandado tareas, pero no han sido revisadas

adecuadamente. Desde mi punto de vista hubiera sido interesante hacer trabajar de una forma más proactiva al paciente, mandando tareas para luego trabajar a partir de ellas.

En general, se puede concluir que la terapia familiar ha ayudado y está ayudando a dotar de significado relacional una serie de conductas e interacciones, sobretodo entre madre e hijo, que habían hecho que la situación fuera insostenible. Tratar el vínculo entre madre e hijo, conectando el sufrimiento de Jero con la propia historia de Manuela, reparar las heridas de abandono a partir de la expresión emocional y del perdón, ayudar a modificar los patrones de comunicación disfuncionales y el establecimiento de la alianza terapéutica han sido los factores clave de este proceso terapéutico que todavía hoy sigue en curso.

Es importante a partir de ahora crear un camino en el que Jero pueda verse a si mismo con esperanza, con la ilusión de saber que creará un proyecto personal cuando cumpla con sus responsabilidades, y que sepa que puede confiar en la incondicionalidad de las personas más cercanas a él. Se seguirá trabajando en esta línea para asegurar un futuro lo más esperanzador posible.

## **6. Referencias bibliográficas**

Allen, D. M., Abramson, H., Whitson, S., Al-Taher, M., Morgan, S., Veneracion-Yumul, A., Kondam, S., Goswami, Y., & Mason, M. (2005). Perceptions of contradictory communication from parental figures by adults with borderline personality disorder: a preliminary study. *Comprehensive psychiatry*, 46(5), 340-352.

Becoña, E. (2007). Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Adicciones*, 19(1).

Campo, C., & DAscenzo, I. (2010). El trastorno límite de la personalidad: diagnóstico e intervención desde la perspectiva sistémica. *Revista Redes*, 2(24), 23-53.

Carou, M., Romero, E., & Luengo, M. Á. (2017). Perfiles de drogodependientes en relación con variables y trastornos de personalidad. *Adicciones*, 29(2).

Cheavens, J. S., Rosenthal, M. Z., Daughters, S. B., Nowak, J., Kosson, D., Lynch, T. R., & Lejuez, C. W. (2005). An analogue investigation of the relationships among perceived parental criticism, negative affect, and borderline personality disorder features: The role of thought suppression. *Behaviour research and therapy*, 43(2), 257-268.

Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological bulletin*, 135(3), 495.

Fruzzetti, A. E., Shenk, C., & Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1007-1030.

Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M. S., Kasen, S., Brown, J., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of general psychiatry*, 59(8), 741-749.

Koob, G. F. (2009). Neurobiological substrates for the dark side of compulsivity in addiction. *Neuropharmacology*, 56, 18-31.

Linares, J. L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y salud*, 18(3), 381-399.

Martínez Álvarez, J. L., Fuentes Martín, F., Ramos Vergeles, M., & Hernández Martín, A. (2003). Consumo de drogas en la adolescencia: importancia del afecto y la supervisión parental. *Psicothema, 15*(2).

Rees, R., & Valenzuela, A. (2003). Características individuales y de la estructura familiar de un grupo de adolescentes abusadores de alcohol y/o marihuana. *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 41*(3), 173-186.

Romero Clausell, M., Navarro Haro, M. V., Osma López, J. J., & García Palacios, A. (2017). La percepción de control de la ansiedad en el trastorno límite de la personalidad.

Sierra, J. A. M., & Fernández, M. G. (2009). La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de psicología, 27*(2-3), 339-362.

Szerman, N., Peris, L., & Balaguer, A. (2010). Patología dual: Protocolos de intervención. *Trastornos de Personalidad*.