

Universidad de Palermo

Trabajo integrador final.

Abordaje terapéutico de un caso de trastorno Límite de la Personalidad con tratamiento basado en la Terapia Dialéctica Comportamental.

Autor: Evelyn Izarra.

Tutor: Dra. Nora Gelassen.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	3
1.1 Objetivos .....	4
2. MARCO TEÓRICO.	
2.1 Personalidad .....	4
2.2 Trastornos de personalidad. ....	5
2.3 Trastorno Límite de Personalidad .....	6
2.3.1 Etiología .....	9
2.3.2 Comorbilidad. ....	10
2.4 Tratamientos 2.4.1 Psicoanalíticos .....	11
2.4.2 Cognitivo – Conductuales .....	13
2.4.3 Tratamientos farmacológicos. ....	13
2.5 Terapia Dialéctica Comportamental	
2.5.1 Base conceptual .....	15
2.5.2 Supuestos .....	17
2.5.3 Organización de la terapia dialéctica comportamental .....	19
2.5.4 Validación empírica. ....	20
3. METODOLOGIA.	
3.1. Tipo de estudio. ....	23
3.2. Participante. ....	23
3.3. Instrumentos. ....	23
3.4. Procedimientos de recolección de datos. ....	24
4. DESARROLLO	
4.1 Presentación del caso. ....	25
4.2 Características del trastorno límite de personalidad específicas en la paciente. ....	26
4.3 Estrategias terapéuticas, según el modelo de la Terapia Dialéctica Comportamental, llevadas a cabo en el tratamiento, evolución del caso y cambios producidos en la paciente al finalizar el tratamiento. ....	29

5. CONCLUSIONES. -----	51
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS. -----	55
7. ANEXOS -----	60

## 1. INTRODUCCIÓN.

La práctica de habilitación profesional V se realizó en un Centro que se dedica al tratamiento de múltiples problemáticas en el área de la salud mental. Propone una visión integral del individuo y se presta particular atención al ámbito familiar y social a partir de la terapia focalizada en el modelo de resolución de problemas. Así mismo, cuenta con equipos terapéuticos especializados en áreas como terapia de pareja, terapia para trastorno límite de la personalidad según el modelo dialéctico comportamental, adicciones y terapia infantil. El cuerpo profesional está integrado por psicólogos y psiquiatras que trabajan interdisciplinariamente según lo requieran los diferentes casos.

La práctica tuvo una duración total de 280 horas con un promedio de 20 horas semanales. Las cuales se distribuyeron asistiendo a diferentes reuniones de supervisión de casos, charlas especializadas, cursos de formación, cámara Gesell, y diversas tareas como digitalización, edición, y subtitulado de videos.

En la institución se realizaron, durante las tres primeras semanas, diversas actividades que permitieron un mayor conocimiento del manejo de la institución y de su funcionamiento en diferentes niveles. Se pudo apreciar el modo en que los terapeutas deben organizar su trabajo, el formato de una primera entrevista, la carga de información en la base de datos interna, y se acudió a charlas y cursos de diferentes temáticas. Se asistió a reuniones de supervisión relacionadas específicamente al tratamiento de trastorno límite de la personalidad, donde se utiliza la terapia dialéctica comportamental, a fin de adquirir mayor conocimiento en dicha área.

Se eligió el tema a partir del interés en particular sobre el abordaje terapéutico del caso de una paciente de 33 años con trastorno límite de personalidad, cuya mejoría ha sido evidente, y cuyo tratamiento se ha basado en la terapia dialéctica comportamental.

### 1.1. Objetivos:

El objetivo general de este trabajo es:

-Analizar la sintomatología y el abordaje terapéutico basado en la Terapia Dialéctica Comportamental, en el caso de una mujer de 33 años con diagnóstico de Trastorno Límite de personalidad.

Los objetivos específicos son:

-Describir las características del trastorno límite de personalidad específicas en la paciente.

-Analizar las estrategias terapéuticas, según el modelo de la Terapia Dialéctica Comportamental, llevadas a cabo en el tratamiento del caso.

-Describir la evolución del caso y los cambios producidos en la paciente al finalizar el tratamiento.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Personalidad.

Según Millon y Davis (1998), la personalidad se define como un patrón estable de complejas características psicológicas que se encuentran profundamente fijadas en el individuo. Estas características suelen ser expresadas automáticamente y por lo general son inconscientes y difíciles de modificar.

Koldobsky (1995), asegura que la personalidad se trata de una estructura interna, persistente a través del tiempo que se mantiene más o menos estable a pesar de las variaciones del contexto en el que este inmerso el individuo.

Esta estructura se origina gracias a ciertos determinantes biológicos y ambientales que se combinan entre si dando lugar a una determinada manera de sentir, pensar, comportarse y afrontar las diversas situaciones en la vida de un individuo (Millon & Davis, 1998).

2.2 Trastornos de personalidad. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSMIV-TR (APA, 2003), los trastornos de personalidad se caracterizan por un patrón rígido y persistente del comportamiento, pensamientos y emociones de un individuo, que se tornan desadaptativos y generan perturbaciones en diferentes áreas de su vida. Su génesis puede situarse al inicio de la adolescencia o principio de la edad adulta.

El manual, agrupa los trastornos de personalidad en tres grandes categorías según sus características básicas. De esta forma en el grupo A, se encuentran aquellos trastornos que se distinguen por ser raros o excéntricos tales como el trastorno paranoide, esquizoide y esquizotípico de personalidad. En el grupo B, se ubican aquellos sujetos cuyos comportamientos se caracterizan por ser dramáticos, muy emocionales y frecuentemente inestables; los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de personalidad se encuentran en esta categoría. Por ultimo, el grupo C, reúne a aquellos sujetos quienes se caracterizan por parecer ansiosos o asustadizos, se encuentran en este grupo los trastornos por dependencia, evitación y obsesivo-compulsivo de personalidad (APA, 2003).

Millon (1986a) en su modelo de polaridades conocido como "5x2" propone que la personalidad se desarrolla gracias a la interacción de diversos factores biológicos y ambientales que dan lugar a diferentes estilos de adaptación que se van internalizando y arraigando en los sujetos de acuerdo a sus experiencias y al modo en que aprenden a enfrentarlas. Para el autor, la personalidad se desarrolla en un continuo que va de lo normal a lo patológico, siendo esto ultimo producto de diferencias en el carácter, la influencia o intensidad de algunos factores externos, que facilitan el desarrollo de un patrón desadaptativo de modos de afrontamiento que no le permiten al individuo adecuarse a su entorno satisfactoriamente (Millon, 1986a; Millon, 1986b).

### 2.3 Trastorno Límite de Personalidad.

El término límite se origina a partir de la noción psicoanalítica de un nivel de organización de la personalidad que está en el medio o en el límite, de los trastornos psicóticos y neuróticos. Al principio se pensó que se trataba de pacientes cuyo trastorno lindaba con un diagnóstico de esquizofrenia, y posteriormente se lo pensó como un trastorno diferenciado (Gunderson & Hoffman, 2005).

El término también ha tenido algunas acepciones peyorativas al describir a pacientes que son difíciles de tratar gracias a sus conductas extremas y al hecho de que los terapeutas suelen quedar enlazados e involucrados en los problemas interpersonales de estos (Gunderson & Hoffman, 2005).

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (OMS, 1999), el trastorno límite de personalidad se encuentra definido como un trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, cuya característica principal es la incapacidad para la regulación emocional que lleva al individuo a actuar de manera impulsiva sin medir las consecuencias de sus acciones. Se observan también poca capacidad de planificación, arrebatos de ira, actitudes violentas o muestra de actitudes explosivas.

Se distinguen dos subtipos, por un lado el trastorno de inestabilidad emocional de personalidad de tipo impulsivo, cuya características principales son la inestabilidad emocional y la inexistencia de control de los impulsos. Los individuos bajo este diagnóstico suelen tener explosiones de violencia frecuentemente, así como comportamiento amenazante, sobre todo cuando se sienten juzgados o criticados por otros (OMS, 1999).

El otro subtipo se conoce como Trastorno de inestabilidad emocional de personalidad de tipo límite, si bien ambos subtipos comparten características que suelen ser asociadas a un diagnóstico de personalidad límite (APA, 2003), la OMS, agrega el rotulo de Límite a aquellos individuos que, además de presentar ciertas características de inestabilidad emocional, presentan una distorsión del sí mismo, de los objetivos y de las preferencias internas (entre ellas las sexuales). Pueden sufrir crisis emocionales frecuentes y se incluyen las conductas parasuicidas y/o autolesivas (OMS, 1999).

Por otro lado, para el diagnóstico de un trastorno límite de personalidad según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSMIV-TR (APA, 2003), se considera que se debe cumplir con la presencia de 5 o más de los siguientes criterios: A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes: 1. Cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos). 2. afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional) 3. actividad interpersonal. 4. Control de los impulsos B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales. C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta. E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de

otro trastorno mental. F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

Millon y Davis (1998), critican la postura del DSM-IV argumentando que esta clasificación corre el riesgo de quedar sólo en lo superficial y no incluye todos los aspectos involucrados en la constitución de la personalidad de un individuo. Los autores agregan que, dada las características del manual, basado principalmente en la tradición nomotética que sostiene que una vez identificadas las unidades básicas de la personalidad, estas pueden ser definidas en cualquier persona sin recurrir a los aspectos totales de su individualidad, no se puede abarcar el todo del individuo y por ende solo se trata de etiquetas, que muchas veces son adjudicadas en base sólo a lo aparente. Para ellos, un sistema de clasificación como el DSM es necesario más no suficiente.

El trastorno límite de personalidad, para Millon y Davis (1998) se trataría de un desvío grave de los patrones básicos dependiente y ambivalente. Por ello los individuos que poseen estas variantes sufren cambios de humor marcados, periodos repetitivos de sentimientos de inadecuación o tristeza, y en otras ocasiones se presentan con ánimo alterado que puede incluir estallidos de agresividad, ansiedad y euforia. Frecuentemente presentan miedo a la separación, y conductas autolesivas, así como intentos o ideación suicida. Lo más característico es la presencia de ambivalencia emocional y cognitiva y miedo obsesivo a la pérdida o separación.

Linehan (1993) por su parte, explica que el trastorno límite de personalidad, refiere, a un desorden de personalidad complejo que se caracteriza por inestabilidad emocional, poco control de los impulsos, cogniciones erróneas o fallidas y conductas autolesivas que pueden representar un peligro para la integridad física de aquellos que lo padecen.

Según la autora (Linehan, 2003), la vulnerabilidad emocional de estos individuos facilita las reacciones desproporcionadas ante estímulos emocionales, y la incapacidad de modular dichas emociones les impide regularizarse y recuperar la calma.

Se trata de una problemática que no sólo afecta al individuo aquejado, sino que incluye a todo el sistema de soporte con el que éste pueda contar, acarreado así diversos conflictos que pueden empeorar la situación y aumentar la sensación de aislamiento e incompreensión que suelen experimentar las personas con este trastorno (Gunderson & Hoffman, 2005). 2.3.1 Etiología. En general existen múltiples factores relacionados al trastorno límite de personalidad, cuestiones como un ambiente invalidante, abuso infantil, problemas de apego, incapacidad para el control de los impulsos, entre otros, son los más comunes y más relacionados a éste tema (Bateman & Fonagy, 2004). Como la mayoría de los trastornos de personalidad, la génesis del trastorno límite suele encontrarse en la infancia (Paris, 2003), sin embargo, las causas que facilitan su desarrollo no son del todo claras. Hoffman y McGlashan (2003) sostienen que la interacción de factores biológicos, genéticos y ambientales son los determinantes de la aparición de un trastorno de personalidad límite. Los autores proponen que un individuo que nazca con ciertas vulnerabilidades neuro-conductuales que sean amplificadas por ciertas circunstancias ambientales, puede verse más predispuesto que otros, que no compartan esas características, a desarrollar un trastorno límite de personalidad.

Linehan (1993) por su parte, hace énfasis en la interacción recíproca entre factores biológicos y sociales que facilitan el desarrollo de un TLP, la autora propone una teoría biosocial donde la desregulación de las emociones cumple un papel primordial. Un ambiente invalidante, definido por Linehan (2003) como aquel en el que las respuestas son ofrecidas de manera errática e incongruente, pueden facilitar una reacción de similares características. Mientras en las familias validantes las emociones y experiencias privadas del individuo son respetadas, comprendidas y aprobadas, en las familias invalidantes las respuestas a dichas emociones suelen ser exageradas, nulas o insensibles, lo que, junto a cierta predisposición biológica, puede generar en el individuo cierto sentido de vulnerabilidad y descontrol que facilita la aparición de un trastorno límite de personalidad (Linehan, 2003). Siguiendo esta línea, Apfelbaum y Gagliesi (2004), mencionan a las familias borderline, como aquellas cuyo patrón de interacción favorece la aparición de un TLP. Se describen así 3 tipos prototípicos de familia: las familias caóticas, donde pueden encontrarse múltiples problemas, desde consumo de sustancias, problemas socioeconómicos, abuso sexual y negligencia o falta de atención adecuada. Las familias perfectas, aquellas en las que se mantiene una distancia emocional que impide la expresión de emociones negativas e invalidan la aparición de las mismas. Y por último las familias típicas, quienes suelen darle mayor valor al control cognitivo y a la intelectualización de las emociones, propio de la cultura occidental, donde la razón se valoriza en detrimento de las emociones. Cuando un miembro de una familia típica falla en el autocontrol de sus emociones es frecuentemente señalado e incomprendido.

2.3.2 Comorbilidad. El diagnóstico del trastorno límite de personalidad suele acarrear ciertos problemas, ya que se evidencia alta comorbilidad con otros trastornos, como por ejemplo, trastorno afectivo, trastorno por abuso de sustancias, trastorno de la conducta alimenticia y trastornos de ansiedad (Krawitz & Watson, 2003).

El trastorno límite, casi nunca posee un diagnóstico puro, algunos de sus síntomas característicos, suelen ser criterios para otro tipo de trastornos y es allí donde las aguas se mezclan. Por ejemplo, la incapacidad para hacer planes o mantenerse organizado en áreas como el trabajo o la vida académica, pueden estar presentes en pacientes con trastorno por déficit de atención; la impulsividad y las expresiones exageradas de ira y agresividad también se encuentran presente en el trastorno antisocial; la depresión es uno de los síntomas más comunes en este tipo de pacientes, y la labilidad emocional también se observan en pacientes con trastorno bipolar (Kresiman & Straus, 2004). Muchos de los individuos que sufren este trastorno, incurrir en conductas nocivas que pueden constituir un nuevo grupo de desordenes, tales como abuso de alcohol o sustancias y trastornos alimenticios, sobre todo bulimia. La búsqueda de alivio a sus sufrimientos, la incapacidad de autorregulación y la falta de sostén social con la que suelen enfrentarse estos individuos parecen jugar un papel importante en el desarrollo de otras afecciones (Pfohl, 2005).

## 2.4 Tratamientos

### 2.4.1 Psicoanalíticos

Las terapias de corte psicodinámico se basan en el supuesto de que el trastorno límite es un trastorno de la evolución del yo que afecta las integración entre las relaciones objetales y el yo. Existen tres terapias fundamentales derivadas de la teoría psicoanalítica; la psicoterapia

focalizada en la transferencia, la psicoterapia de la psicología del self y la psicoterapia basada en la mentalización (Gunderson, 2005). La psicoterapia focalizada en la transferencia, tiene como objetivo principal la contención y el análisis de los intentos de separación que tienen origen en los intentos de separación de la madre en la temprana infancia. El terapeuta presta especial atención a la interpretación de estos intentos de separación y a las conductas agresivas y exageradas que suelen acompañarlos. Se mantiene una postura neutral, evitando dar respuestas tranquilizadoras o de auto-revelación, la frustración que esto supone para los pacientes se ve equilibrada por la paulatina capacidad de tolerancia y aprendizaje para manejar los conflictos, las emociones y las conductas (Gunderson, 2005).

La psicoterapia de la psicología del self, ha evolucionado a través de los años enfocándose cada vez menos en la interpretación y más en la empatía. Se busca generar un ambiente donde el cliente pueda sentir que el terapeuta es empático con la experiencia problemática. La psicopatología es entendida como la disrupción o insatisfacción de las necesidades a lo largo del desarrollo de la vida de un individuo. El terapeuta, busca entender los signos que develen este estado de insatisfacción e intenta dar una respuesta empática que provee un espacio donde el mundo interno y el yo del cliente puedan emerger para desarrollar de este modo, una terapia (Krawitz & Watson, 2003). La psicoterapia basada en la mentalización, se focaliza en lograr que el paciente se conozca mejor a sí mismo y a los demás enmarcado en un contexto que le brinde seguridad y le permita expresar y aprender a manejar sus impulsos, sus cambios emocionales y sus problemas interpersonales (Bateman & Fonagy, 2009). Su autor Peter Fonagy, considera que el principal problema de los individuos con trastorno límite de personalidad recae en su incapacidad para reflexionar sobre lo que está ocurriendo, es decir, incapacidad para mentalizar sus intenciones y las de los demás. El foco está puesto entonces en enseñar al paciente formas de pensar y entender lo que está sucediendo y generar recursos que le permitan manejar adecuadamente las situaciones. Esta terapia supone un puente entre el abordaje psicodinámico y cognitivo, ya que se presta más atención a lo que está sucediendo y la forma de concebir las interacciones, los pensamientos y las conductas, y se le otorga menos importancia a los factores relacionados con la infancia (Gunderson, 2005).

#### 2.4.2 Cognitivo – Conductuales.

La terapia cognitivo – conductual desarrollada por Aaron Beck, asevera que las dificultades en los individuos con trastorno límite de personalidad, están dadas por una incapacidad de identificar creencias y esquemas disfuncionales tanto en sí mismos como en los demás. El objetivo de la terapia es pues, identificar esos esquemas disfuncionales y guiar al paciente hacia una adecuada reestructuración cognitiva, que se refleje en sus emociones y comportamientos. Las intervenciones suelen ser de corte más directivo y la duración del tratamiento mucho más breve en comparación con las terapias de corte psicodinámico (Gunderson, 2005). Beck y Freeman (1995), resaltan la importancia de la alianza terapéutica en el proceso terapéutico. Los individuos con trastorno límite de personalidad suelen tener problemas al relacionarse con los demás, frecuentemente se sienten desvalorizados, juzgados o incomprendidos, lo que dispara algunas de las conductas inapropiadas de ira o agresividad. Es por ello, que el terapeuta está obligado a construir poco a poco una relación de confianza e

intimidad que permita la apertura necesaria para poder aplicar las intervenciones pertinentes que le faciliten al individuo mayor control de las emociones, los impulsos, la reformulación de las creencias y el asentamiento de la identidad.

### 2.4.3 Tratamientos farmacológicos.

Dadas las características de este tipo de trastorno, y su alta comorbilidad con otras patologías, el tratamiento farmacológico es comúnmente incluido en la terapia (Krawitz & Watson, 2003). Siendo la alteración cognitiva, la labilidad emocional y la conducta impulsiva los tres ejes principales que se ven alterados en este trastorno, es útil la prescripción de medicamentos que permitan controlar los síntomas para que la psicoterapia sea también más efectiva (Gunderson & Hoffman, 2005). En este sentido, es lógico que los medicamentos más utilizados estén relacionados con los antipsicóticos y los estabilizadores del ánimo (Krawitz & Watson, 2003). De acuerdo a Krawitz y Watson (2003) los síntomas cognitivo-preceptuales son los más frecuentes en momentos de gran estrés emocional, tales síntomas incluyen ideas paranoides, distorsión de la realidad e inclusive alucinaciones auditivas o visuales. Los pacientes con trastorno límite de personalidad pueden sentir que su entorno se vuelve irreal y pueden aparecer ideas más excéntricas o raras como la creencia de una capacidad paranormal o habilidades mágicas. Los autores explican que la Dopamina es uno de los neurotransmisores implicados en la manifestación de algunos de los síntomas psicóticos que pueden presentarse en un trastorno límite. La Dopamina también está relacionada en la mediación de la activación, la irritabilidad y el enojo. Por ende, los medicamentos que inhiben la recaptación de este neurotransmisor, son el tratamiento de primera elección para tratar estos síntomas. Soloff (2005), manifiesta que los Neurolépticos han demostrado un amplio espectro de efectos positivos sobre la reducción de gran variedad de síntomas que incluyen las tres grandes áreas problemáticas para los pacientes con trastorno límite de personalidad. Entre los medicamentos más comúnmente utilizados se encuentran el haloperidol, olanzapina, risperidona, y en última instancia la clozapina, que si bien es un fármaco potente los efectos secundarios que incluyen disminución en el conteo de las células blancas, lo hacen un medicamento de uso delicado que debe ser administrado cuando los demás no hayan tenido efecto. En relación a la labilidad emocional, el uso de algunos medicamentos para la ansiedad tales como el alprazolam, el lorazepam y el clonazepam son comúnmente utilizados ante los síntomas de agitación emocional. Sin embargo siendo medicamentos pertenecientes a las benzodiazepinas, se recomienda un uso controlado para evitar la adicción a la que podrían conllevar (Soloff, 2005)

Por último dado que el neurotransmisor de la Serotonina está implicado en el control de los impulsos y los afectos, los síntomas de comportamiento impulsivo, que incluyen actos autolesivos, son efectivamente controlados por estabilizadores del ánimo tales como los IRSS (inhibidores de la recaptación de Serotonina) en este sentido, los medicamentos más comúnmente utilizados son la carbamazepina, la sertralina, la fluoxetina y la paroxetina (Paris, 2003).

### 2.5 Terapia Dialéctica Comportamental

Este modelo de tratamiento, diseñado por Marsha Linehan (1993), será el elegido para el análisis del caso de trastorno límite de la personalidad seleccionado para el desarrollo de la tesis, a continuación se explicarán los elementos relacionados al mismo.

### 2.5.1 Base conceptual

En sus inicios Linehan (1993), intentó tratar el trastorno límite de personalidad con técnicas cognitivo-conductuales que arrojaban resultados modestos. Luego de años de investigación y práctica, desarrolló un modelo de tratamiento conocido como terapia dialéctico comportamental, que se basa principalmente en una amplia selección de técnicas cognitivo conductuales, que buscan esencialmente validar y reconocer la vulnerabilidad emocional de los pacientes, además de brindar entrenamiento de habilidades para que el individuo pueda manejarse en su vida diaria de manera más adaptativa. De acuerdo a Chapman y Linehan (2005), la terapia dialéctico comportamental, incluye la teoría dialéctica, la ciencia de la conducta y la práctica Zen en un solo modelo que permite abarcar diferentes aspectos del individuo y de esta forma le permite encontrar un equilibrio en sus emociones, comportamientos y cogniciones que le posibilitan mejorar diferentes áreas de su vida. La meta final es ayudar al individuo a definir una vida que, según palabras de Linehan (1993) “valga la pena ser vivida”.

La filosofía dialéctica es, posiblemente, la característica distintiva de este tipo de terapia. Esta corriente asegura que la realidad se compone de fuerzas opuestas que se encuentran en tensión (Chapman & Linehan, 2005). La dialéctica, entonces, supone la reconciliación de los opuestos en un continuo proceso de síntesis. En el ámbito terapéutico esto se puede visualizar al intentar validar la situación del paciente promoviendo al mismo tiempo el cambio necesario para lograr la regulación emocional y conductual (Linehan, 1993). La autora, asegura que la dialéctica permite el equilibrio necesario para lograr el proceso de cambio que requieren estos individuos y que otro tipo de terapia no logra satisfacer. Enfocarse en el cambio solamente, genera frustraciones en los pacientes que no se sienten validados o comprendidos, por otro lado, centrarse únicamente en la aceptación no permitirá la evolución y superación de obstáculos que son necesarios para la mejoría (Linehan, 1993). Por otra parte se incluye la practica Zen, que refiere a una búsqueda de foco en el aquí y ahora que permita al individuo aprender técnicas que le ayuden a tolerar el malestar y a sustituir las ideas, sentimientos y conductas por otras menos disfuncionales y más adaptativas (Linehan, 1993). Las habilidades de centramiento en el aquí y ahora (mindfulness) son el núcleo del tratamiento, se presentan y se practican durante todo el tiempo de la terapia, y busca, básicamente, la integración de los tres tipos de mentes que Linehan (1993) explica haber extraído de las practicas orientales. La mente racional, es aquella que se basa en el pensamiento lógico, sostenida por hechos empíricos, y adquiere el conocimiento de forma principalmente intelectual. En la mente emocional, los hechos se ven atravesados por alteraciones en el estado afectivo, se amplifican o distorsionan las situaciones y los pensamientos y la conducta se ven influidos por este estado de alteración emocional. La mente sabia, es el resultado de la fusión entre mente racional y mente emocional, y es la meta final de la terapia, se ayuda al paciente a alcanzar un conocimiento equilibrado entre mente racional y emocional. En relación a lo conductual, la terapia dialéctica comportamental, recurre a técnicas básicas de modificación de la conducta, tales como el modelado, el refuerzo, la exposición gradual, establecimiento de metas y tareas fuera de sesión (Linehan, 2003).

### 2.5.2 Supuestos

Existen, según Linehan (1993) 8 supuestos básicos en relación a los pacientes con trastorno límite de personalidad:

a. Los pacientes hacen lo mejor que pueden: Los pacientes con TLP sufren de su condición, por lo tanto es correcto pensar que se encuentran intentando hacer lo mejor que pueden para modificar su condición, simplemente no saben cómo hacerlo efectivamente.

b. Los pacientes quieren mejorar: Este supuesto es complemento del anterior, los pacientes están motivados a mejorar su condición de vida, de otra manera no buscarían ayuda ni mostrarían intentos (aunque fallidos) de buscar atención y contención.

c. Los pacientes necesitan hacerlo mejor, esforzarse y estar más motivados al cambio: El hecho de que los pacientes hagan lo mejor que pueden y quieran mejorar no significa que sus motivaciones y esfuerzos sean suficientes para llevar a cabo las tareas necesarias para un cambio. Es por ello que el terapeuta debe impulsar al paciente, identificando los posibles obstáculos.

d. Puede que los pacientes no hayan causado la mayoría de sus problemas, pero deben solucionarlos igualmente: Si bien es cierto que los pacientes con TLP no pueden generar los cambios necesarios por sí mismos, es importante recalcar que debe comprometerse por tomar las riendas de su propia vida, el insight o la comprensión que pueda lograr en terapia, no son suficientes para resolver los problemas.

e. La vida de los pacientes con intentos suicidas es intolerable y genera sufrimiento: Es necesario modificar las situaciones de vida que generan este disconfort.

f. Los pacientes deben aprender nuevas conductas en todos los contextos relevantes: Las habilidades que se aprenden durante la terapia deben ser extensibles a todas las situaciones que deba atravesar, no solo en momentos de equilibrio, sino en momentos de crisis o estrés.

g. Los pacientes no fallan en la terapia: Este supuesto refiere a que cuando un paciente abandona la terapia, o mantiene conductas desadaptativas, tanto él como el terapeuta han fallado. El terapeuta está obligado a mantener la motivación y a guiar al paciente hacia el progreso.

h. Los terapeutas que trabajan con trastorno límite de personalidad necesitan respaldo: Siendo este trastorno uno de los más difíciles de manejar, los terapeutas que trabajan en esta área necesitan ayuda para sobrellevar las frustraciones que frecuentemente pueden experimentarse en el transcurso de los tratamientos.

En este último punto se debe hacer especial énfasis, ya que el trabajo con pacientes que presentan trastorno límite de personalidad suele ser arduo y en ocasiones muy frustrante, es necesario que los terapeutas que trabajan en ésta área mantengan un espacio donde se les posibilite analizar sus propias conductas, pensamientos y emociones que pueden de manera no intencional interferir negativamente en el progreso del tratamiento. Algunas de estas conductas pueden ser el resultado de problemas personales, déficits clínicos, emociones

fuertes o distorsiones cognitivas durante la sesión, como por ejemplo, invalidar al paciente en vez de validarlo, fallar en la focalización del problema, pensar en el paciente como muy frágil e incluso reforzar el comportamiento suicida. Un autoanálisis de forma regular, puede ayudar a prevenir estas conductas inadecuadas y mejorar la eficacia en la aplicación del tratamiento (Swales & Heard, 2009).

2.5.3 Organización de la terapia dialéctica comportamental Según Linehan (1993), la terapia dialéctica comportamental se organiza en relación a 4 instancias, a saber: Terapia individual: El tratamiento se lleva a cabo bajo la supervisión de un terapeuta que busca integrar los avances hechos por el paciente en las diferentes áreas en las que es entrenado. De esta forma, el terapeuta planifica, guía, monitorea y facilita la resolución de problemas al paciente cuando éste entre en alguna crisis, o considere algún obstáculo en específico. Grupo de Habilidades: Dadas las características del trastorno, se busca reforzar ciertas áreas específicas, es por ello que en el grupo de habilidades se intenta orientar al paciente en relación a habilidades de regulación emocional, que le permiten al paciente reducir aquellas conductas que pueden resultar aversivas y sustituirlas por otras más adaptativas. También se encuentran las habilidades de tolerancia al malestar, que incluyen técnicas de autocontrol que buscan reducir los comportamientos autodestructivos, permitiendo el control de los impulsos que generalmente llevan a situaciones de riesgo. En el grupo de habilidades interpersonales, el foco está puesto en aprender a relacionarse con los demás manteniendo el respeto por otros y por uno mismo, incluye el entrenamiento en asertividad y otras técnicas de relación interpersonal. Por último se encuentra el mindfulness que busca centrar la atención en lo que se está viviendo para luego proceder de la manera más efectiva, este módulo de habilidades es el primero en ser entrenado y se mantiene a lo largo de todo el tratamiento. Los módulos tienen una duración de aproximadamente 6 meses, y es aconsejable que el paciente pueda transitarlos al menos 2 veces lo que resultaría en una duración de 1 año como mínimo para el tratamiento. Linehan (2003), desarrolló un manual donde expone los pasos a seguir durante el tratamiento, principalmente se focaliza en cómo llevar a cabo el entrenamiento en habilidades, para ello, explica en qué consiste cada una de ellas y ofrece al terapeuta una serie de fichas de trabajo que deben ser presentadas al paciente a modo de reforzar las enseñanzas que han sido impartidas. Cada módulo posee cierta cantidad de fichas que son entregadas al paciente y que son completadas por éste semana a semana, la idea es que el paciente cuente con una herramienta donde pueda repasar la información y consolidar lo aprendido. Consultoría telefónica: Siendo el trastorno límite de la personalidad, un desorden que puede incluir situaciones de riesgo para la vida del paciente, la posibilidad de que este pueda contactar telefónicamente al terapeuta a cargo es de gran utilidad. Las llamadas, se permiten siguiendo ciertas reglas que incluye contactar al terapeuta antes de llevar a cabo la conducta problema (cortarse, incurrir en actividades peligrosas o que pongan en riesgo la salud del individuo), se deben espaciar una de otra con un mínimo de 24 horas entre sí, y deben ser de corta duración (aproximadamente 10 minutos). El objetivo principal es permitir al terapeuta evaluar la situación de riesgo del paciente y guiarlo o persuadirlo de lastimarse, poniendo en práctica las habilidades que han sido entrenadas previamente. Reuniones de supervisión del equipo terapéutico: Debido a que muchos de los casos de trastorno límite suelen atravesar etapas de mayor resistencia, es recomendable la reunión semanal del terapeuta con un grupo

de pares que le brinde ayuda, y colabore en la resolución del caso. Estas reuniones también permiten mantener la motivación y revisar el cumplimiento del modelo de tratamiento.

#### 2.5.4 Validación empírica.

García Palacios (s/f) resalta las ventajas de este modelo de tratamiento, enfatizando la flexibilidad del mismo, y su idoneidad para adaptarlo a las necesidades de cada paciente. La terapia dialéctico comportamental está basada en principios terapéuticos que permiten la jerarquización de metas en el tratamiento que se trabajan de acuerdo a la importancia que tienen para cada individuo. Múltiples estudios validan la eficacia de la terapia dialéctico comportamental sobre otros modelos de tratamientos (Linehan, 1993). Entre ellos se pueden mencionar el estudio llevado a cabo por Harned, Chapman, Dexter-Mazza, Murray, Comtois y Linehan (2008), en el que se buscó comparar la efectividad de la terapia dialéctico comportamental versus tratamiento comunitario por expertos. Participaron 101 sujetos de sexo femenino asignados al azar a ambos grupos, con duración de un año de intervención. Los resultados arrojaron reducción en el consumo y dependencia de drogas en el grupo de DBT. No se observaron diferencias en trastornos de ansiedad, depresión mayor, o conductas alimenticias. En otro estudio realizado por Katz, Cox, Gunasekara y Miller (2004) se asignaron según el tiempo de ingreso a 62 adolescentes con conductas suicidas a dos grupos: uno cuyo tratamiento estaba basado en la terapia dialéctico comportamental y el otro a tratamiento habitual (TAU). La duración de ambos grupos fue de 18 días. Los resultados reflejan que la DBT redujo los problemas de conducta en el centro durante el tratamiento. Así mismo, los resultados obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck y en la escala de Desesperanza de Kazdin para niños, propone que la DBT posee mayor eficacia a la hora de reducir los factores de vulnerabilidad al suicidio luego de un año. En un estudio propuesto por Bohus, Schmahl y Lieb (2004), se diseñó un tratamiento que consistía en tres meses de DBT, tanto a nivel hospitalario como en régimen ambulatorio. Participaron 24 mujeres diagnosticadas con trastorno límite de personalidad. Se evaluó la evolución de la sintomatología presente y se contrastarán los datos obtenidos al inicio y luego de 4 meses de tratamiento. Los resultados evidenciaron una notable reducción en las conductas parasuicidas y en la disociación.

Un estudio que incluyó a 109 pacientes que presentaban trastorno límite de personalidad, comparó la terapia centrada en la transferencia con la terapia dinámica de apoyo y con la terapia dialéctica conductual (Clarkin, Levy, Lenzenwegwe & Kernberg, 2007), demostró que los tres tipos de tratamiento mostraban cambios significativos en depresión, ansiedad, sociabilidad y funcionamiento global luego de 1 año de tratamiento. La terapia dialéctica comportamental y la terapia basada en la transferencia fueron asociadas significativamente con mejoras en las conductas suicidas. Respecto a la impulsividad, los tratamientos más eficaces resultaron ser la terapia basada en la transferencia y la terapia dinámica de apoyo. Soler J y col. (2009) estudiaron la eficacia diferencial de la fase de entrenamiento en habilidades frente a un grupo de psicoterapia estándar para pacientes con trastorno límite de personalidad. Los autores, se enfocaron principalmente en poner a prueba la eficacia del entrenamiento de habilidades de tolerancia al malestar, mindfulness, habilidades sociales e interpersonales. Los resultados demostraron que el aprendizaje de habilidades especialmente entrenadas en la terapia dialéctica comportamental estuvo relacionado con menor número de abandono a terapia, y que fue superior a la terapia de grupo estándar en la disminución de síntomas ansiosos, depresivos y de impulsividad. Por último un estudio realizado por Cunningham, Wolbert y Lillie (2004), llevado a cabo en el interior de una comunidad

terapéutica en la ciudad de Michigan, tuvo como objetivo determinar cuales era los componentes más efectivos de la DBT. Los participantes fueron 14 mujeres con conductas parasuicidas de las cuales el 16% presentaba trastorno límite de personalidad. Todas recibieron tratamiento basado en DBT con una duración entre 6 meses y 3 años. Se analizaron todos los componentes de la DBT, tales como terapia individual y entrenamiento en habilidades. Todos los participantes expresaron mejoría en la interacción con los demás, disminución de las conductas autolesivas, y mayor habilidad para controlar sus emociones.

De acuerdo a la información previamente expuesta se pretende llevar a cabo el análisis de un caso de trastorno límite de personalidad cuyo tratamiento se basó en el modelo propuesto por Linehan (terapia dialéctica comportamental).

### 3. METODOLOGIA.

#### 3.1. Tipo de estudio.

Estudio descriptivo. Caso único.

#### 3.2. Participante.

Mujer de 33 años con diagnóstico de trastorno límite de personalidad, quien convive con su esposo desde hace 5 años. Se desempeña como empleada (no hay datos del cargo o posición que ejerce).

Presenta historia de intentos suicidas, problemas de alcohol, bulimia, enfermedad pulmonar y algunas internaciones debido a crisis de angustias.

Recibe tratamiento psicológico y psiquiátrico en la institución. La primera etapa recibió tratamiento individual y medicación. No se observó mejoría significativa por lo que el equipo de terapeutas decidió referirla a terapia dialéctica comportamental, la cual mantiene y gracias a la cual ha presentado notables avances.

Actualmente concurre esporádicamente para sesiones de mantenimiento y refuerzo de las habilidades aprendidas durante el tratamiento. Se mantiene la medicación psiquiátrica que incluye Quetiapina, Pregabalina, y Clonazepam.

#### 3.3. Instrumentos.

☒ Se analizará la Historia Clínica de la paciente correspondiente al inicio del tratamiento con terapia dialéctica comportamental, hasta su finalización.

☒ Se analizarán los informes escritos realizados por los terapeutas a cargo del caso.

☒ Entrevista a terapeuta a cargo del caso, donde se indagará acerca de: síntomas, actitud ante el tratamiento, estrategias terapéuticas implementadas a lo largo del tiempo, principales dificultades, principales fortalezas, pronóstico.

☒ Observación no participante, apoyada en un video de sesión y registro de dicha observación.

### 3.4. Procedimientos de recolección de datos.

Se accederá a la base de datos de la institución para obtener los datos correspondientes a la Historia Clínica de la paciente.

Principalmente se realizará una entrevista a los terapeutas a cargo del caso y se podrán agregar otras de acuerdo a las dudas y a las necesidades que surjan en el proceso de análisis. Para ello se cuenta con buena predisposición por parte de los profesionales.

Se analizarán los informes escritos realizados por el terapeuta a cargo del caso que datan del inicio del tratamiento con DBT hasta el cierre o término del proceso. Si bien la paciente continúa asistiendo a la institución para sesiones de mantenimiento, éstas no serán incluidas en el análisis del caso ya que el tratamiento se encuentra completo y estas sesiones no aportan datos relevantes para los efectos del presente trabajo.

Las sesiones y los detalles de las mismas podrán ser consultados en los archivos de la institución, se planea el análisis de al menos 12 sesiones, espaciadas entre sí a lo largo del inicio y final del programa de DBT, abarcando todas las etapas propias de éste tratamiento.

El video que será observado, forma parte de la videoteca de la institución y se podrá acceder al mismo gracias a la aprobación de la directiva. Se trata de una sesión de aproximadamente 1 hora de duración, donde se aprecian diferentes intervenciones del terapeuta siguiendo el modelo DBT.

## 4. DESARROLLO

### 4.1 Presentación del caso.

La paciente identificada (en adelante PI), concurre al Centro por crisis de nervios y ansiedad, es atendida por un periodo corto de tiempo, se le diagnóstica trastorno límite de personalidad, trastorno de alimentación por bulimia, y adicción al alcohol. Luego de un breve tratamiento basado principalmente en el modelo estratégico del Mental Research Institute de California (conocido como modelo M.R.I) abandona la terapia.

PI se presenta nuevamente a consulta, seis años después, esta vez luego de la admisión, es referida al grupo de terapeutas que trabajan con terapia dialéctico comportamental y es allí donde se desarrolla el tratamiento que posteriormente será analizado.

En su historia clínica figura que es la segunda hija de tres hermanos. Manifiesta una relación difícil con su madre y reporta conductas lascivas por parte de su padre en su infancia, que incluyen repetidas propuestas de índole sexual hacia la PI. Describe la relación con sus progenitores como “muy difícil y distante”. Respecto a sus hermanos, ambos viven fuera del país y no mantiene mucha comunicación con ninguno de ellos.

Durante su adolescencia se observan patrones de impulsividad y conductas autodestructivas como promiscuidad sexual, abuso de alcohol, falta de metas, autoagresiones e intentos suicidas.

Su historia en relación a la atención psicológica incluye múltiples internaciones por crisis de angustia e intentos suicidas. Asistió a terapias de corte psicoanalítico y sistémico las cuales terminaban en abandono y en las que nunca duro más de un año seguido de tratamiento.

Como parte de su insatisfacción consigo misma la PI comenzó a sufrir alteraciones en la percepción de su autoimagen a la edad de 22 años e inició su tránsito por un trastorno de bulimia que parece estar controlado actualmente. Entre otros problemas de salud, se encuentra una complicación en los pulmones producto de su consumo exacerbado de cigarrillos. La adicción al alcohol se mantiene bajo control y no parece presentar problemas en ese aspecto últimamente.

Actualmente se encuentra en pareja estable con un sujeto de 36 años, con quien manifiesta mantener una relación muy positiva, logra sentirse contenida y protegida. Sin embargo, teme al abandono de esta persona y refiere iniciar discusiones sin sentido aparente solo para confirmar que éste realmente la apoya.

Manifestó sentirse angustiada, poco valorada e incapaz de manejarse en el mundo exterior, lo que la ha alentado a mantener conductas altivas, desafiantes y problemáticas con los demás. En sus relaciones de trabajo piensa constantemente que la quieren despedir. Atraviesa periodos alternos de irritabilidad y depresión que la han llevado a pensar en hacerse daño a si misma.

#### 4.2 Características del trastorno límite de personalidad específicas en la paciente.

De acuerdo a lo observado en el video de camara Gesell facilitado por la institución y a los datos obtenidos de los informes realizados por los profesionales a cargo del caso, la paciente presenta alteraciones significativas en las áreas de las relaciones interpersonales, cognición, emoción y conducta que son persistentes y se expanden a diversas áreas de su vida. Siguiendo al DSM IV - TR (APA, 2003) los pacientes con trastorno límite de la personalidad presentan un patrón estable de alteraciones en dichas áreas, consistente con lo observado en la PI.

En el área de las cogniciones la PI manifiesta visibles alteraciones del pensamiento, principalmente relacionadas a ideas catastróficas y del tipo todo o nada, piensa constantemente que no es lo suficientemente buena, que no vale la pena. Por otra parte, se puede apreciar que la paciente manifiesta frecuentemente ideas de que los demás no la valoran como lo harían con el resto de las personas, y que es menospreciada sin razón aparente. Los comentarios como “soy una tonta”, “la kinesióloga tiene un problema conmigo” o “si no logro resolver este asunto, se me viene abajo todo” son comunes en las sesiones registradas de la PI.

Según Zanarini (2005), los pacientes con trastorno límite de personalidad suelen experimentar ideas de inutilidad y culpa, así como ideas persecutorias o paranoides, el sentimiento de inadecuación les lleva a verse a sí mismos como ineficientes, incapaces de llevar a cabo las tareas más simples. Muchas veces también ocurre que perciben las actitudes de los demás como menosprecio o desdén.

Sus relaciones interpersonales están marcadas por la ambivalencia, tiende a idealizar así como a defenestrar a las personas que la rodean o con quien interactúa, manifiesta una fuerte

necesidad de ser aceptada, pero intenta esconder su vulnerabilidad con actitudes poco efectivas como explosiones de ira o conflictos interpersonales. Las peleas y roces con su actual pareja surgen debido al miedo al abandono, al respecto expresa “no se hasta cuando va a querer estar conmigo, eso me da miedo”. Respecto a sus amistades sucede lo mismo, un día parece considerar a su amiga más antigua la mejor persona del mundo y al otro dice haberse peleado “por lo desconsiderada que fue” ante alguna situación. Manifiesta abiertamente en la terapia que no le gustan los conflictos con los demás, no entiende porqué siempre hay problemas en sus relaciones, y expresa sentirse menospreciada, contribuyendo esto a la pobre percepción que tiene de sí misma “solo quiero que me quieran” es una afirmación que refleja claramente el conflicto y la angustia que experimenta debido a sus pobres relaciones con los demás.

Respecto a sus relaciones interpersonales deficientes, Zaranini (2005), explica que los pacientes con trastorno límite de personalidad suelen variar la percepción que tienen de los demás con mucha frecuencia, lo que los convierte en personas impredecibles que actúan por impulso, dejando a las personas de su entorno confundidas y perplejas ante la variabilidad de su comportamiento. Los pacientes con este trastorno también suelen sufrir altos niveles de miedo al abandono lo que los lleva a parecer sumamente necesitados de refuerzo constante, aumenta la hipervigilancia para con los demás y en general tienden a exagerar cualquier signo de desaprobación o desapego por parte de los otros.

En relación a sus emociones y a las conductas impulsivas, la PI muestra un alto grado de labilidad emocional, y poca tolerancia al malestar. Son frecuentes los estallidos de llanto o ira, acompañadas de conductas impulsivas como tomar alguna medicación en exceso, lastimarse realizando pequeños cortes en sus piernas y, al principio del tratamiento, ingesta de alcohol en abundancia y/o intentos suicidas. También suele experimentar sentimientos de vacío e inadecuación, “siento que nada tiene sentido” o “no pude soportar la discusión con mi madre, así que apenas llegue a casa tome algunas píldoras de más” son frases que ejemplifican su ineficacia a la hora de tolerar sus emociones negativas y al poco control de los impulsos que la lleva a conductas perjudiciales para si misma. En la historia clínica de la PI se encuentran registradas internaciones de emergencia por crisis nerviosas, intoxicación alcohólica y sobredosis de medicamentos que dan cuenta de intentos suicidas. Por otro lado y en un rango menos grave, la paciente ha presentado en su historia clínica algunos episodios de atracones de comida que reflejan algunos vestigios de la problemática de bulimia que padeció a finales de su adolescencia.

Zaranini (2005), comenta que las conductas autolesivas en los pacientes con trastorno límite de personalidad son una forma de expresar ira y a la vez un modo de calmarse que suelen llevar a cabo este tipo de pacientes. La ira y el dolor que experimentan los llevan a conductas que alivian momentáneamente la carga, de otra manera insoportable. Los sentimientos de estos pacientes suelen variar con facilidad, la ansiedad, la tristeza, la ira, y el miedo son emociones comúnmente experimentadas. Por otra parte las conductas suicidas son también frecuentes en este tipo de pacientes. En este sentido Linehan (1993) explica que más allá de tratarse de conductas manipulativas, se trata de un modo que usa el sujeto para intentar

regular la fuerte carga emocional que está enfrentando en un momento determinado, el cual considera como sin solución. Muchas veces es un modo de pedir ayuda o recibir atención.

4.3 Estrategias terapéuticas, según el modelo de la Terapia Dialéctica Comportamental, llevadas a cabo en el tratamiento, evolución del caso y cambios producidos en la paciente al finalizar el tratamiento.

A continuación se responderán los objetivos 2 y 3 de manera conjunta, se ha decidido presentarlos de esta forma ya que se encuentran inevitablemente relacionados. Por un lado se pretende dar cuenta de las estrategias terapéuticas que se llevaron a cabo durante el tratamiento y al mismo tiempo se busca describir el progreso conseguido por la paciente durante el proceso.

Para ello se analizarán las estrategias terapéuticas puestas en marcha en el tratamiento de la PI, se hará uso de 12 sesiones extraídas de la historia clínica. Las sesiones que se analizaran, están distribuidas a lo largo del año y medio de tratamiento, para ello el criterio de selección se basó en la relevancia del tema tratado y de la importancia de la información para el análisis de las estrategias y del curso del caso.

Primera sesión individual (inducción a DBT).

La PI llega al equipo de DBT derivada de su anterior psicóloga que no podrá seguir atendiéndola. En la historia clínica figura su diagnóstico como paciente con trastorno límite de personalidad y la sugerencia de incluirla en el tratamiento según la terapia dialéctica comportamental.

Al repasar un poco su historia, la terapeuta indaga acerca de su sintomatología, el eje temático de la sesión gira en torno a recabar datos y a brindar información acerca de cómo se plantea el tratamiento bajo este modelo.

La paciente comenta que tiene problemas para controlar sus emociones y para llevar relaciones interpersonales de manera eficiente, declara no saber cómo tener amigos. Agrega que suele sentirse angustiada, que se siente desesperanzada y que frecuentemente reacciona a situaciones estresantes con conductas impulsivas como la sobre ingesta de medicamentos.

Relata brevemente su historia familiar donde se observa abuso sexual por parte del padre, una madre que juzga su comportamiento de forma muy crítica y que por lo general intenta dirigir la vida de la PI, y hermanos distantes con poca comunicación. Por otro lado su relación de pareja parece ser su sostén principal, al respecto comenta “mi marido es mi apoyo” y manifiesta en varias oportunidades sentirse acompañada por él.

Agrega estar atravesando un momento muy delicado en cuanto a su salud ya que padece un problema pulmonar que requiere que sea transplantada, la idea de la operación le asusta mucho y expresa sentirse angustiada y superada por esta situación.

La terapeuta busca en este encuentro conocer a la PI, identificar el eje de la problemática, la queja inicial o el punto más sobresaliente de la PI según ella misma. Además, se le ofrece una

breve explicación acerca de cómo se trabaja según el modelo DBT y la importancia de los grupos de entrenamiento en habilidades.

Esta parte introductoria es fundamental ya que, como afirma Linehan (1993) es importante brindar toda la información necesaria sobre qué se debe esperar del tratamiento. La idea principal es lograr un contrato donde el paciente se comprometa a seguir las instrucciones que le sean dadas, y además de esto, la introducción y explicación del modelo desde un inicio ayuda a disminuir la ansiedad y a entender poco a poco qué se espera de ella y qué puede esperar de la terapeuta, organizando las ideas y dando un marco a la situación problemática, que se presenta, de esta forma, como algo posible de solucionar.

Una vez obtenida la información necesaria, y habiendo explicado el modelo de tratamiento con el que se pretende trabajar, se pauta un próximo encuentro.

### Sesión 1

La PI se presenta con buen semblante, manifiesta que tiene ganas de acudir al grupo de entrenamiento de habilidades cuanto antes, dice que estuvo pensando en lo que la terapeuta le explicó acerca del tratamiento y piensa que puede ser una buena opción para ella. Los tratamientos anteriores la ayudaban un poco pero luego terminaba abandonando porque sentía que no podía avanzar, al respecto comenta “Siempre traté de hacer terapia y de mejorar como me siento, pero siempre era lo mismo, al principio bárbaro pero luego sentía que se cansaban de mí, que no me podían ayudar”.

Comenta que lo que más le angustia actualmente es su inminente trasplante, que tiene miedo, que todo el mundo le dice que debería estar más relajada ya que muchas personas pasan por lo mismo. Siente que es débil y que no debería sentir tanto miedo.

La terapeuta, principalmente acuerda los días en los que la PI deberá asistir al grupo de entrenamiento en DBT, repasan las reglas del contrato terapéutico que figuran en el manual diseñado por Linehan (2003) tales como la asistencia, es importante que se presente regularmente al grupo; el mantenimiento de la terapia individual, todo participante debe mantener un espacio individual donde pueda tratar situaciones personales que demandan más tiempo y atención personalizada; no asistir bajo influencia de alcohol o drogas; evitar conversaciones que traten de conductas parasuicidas con los otros clientes fuera de la sesión, una de las conductas que más preocupa a los terapeutas son las que representan un riesgo para la vida del paciente, por ende a la hora de hablar de ello debe hacerse bajo la supervisión y guía de los profesionales a cargo del grupo a fin de evitar reacciones indeseadas; se debe estar dispuesto a aceptar la ayuda de aquellas personas a las que se recurra ante una situación de tendencia suicida, la idea de buscar ayuda es aceptarla, llamar para preocupar o rechazar la ayuda no es útil para nadie; confidencialidad; ningún dato de ningún participante del grupo debe ser expuesto fuera del ámbito terapéutico; si se presenta algún problema y el paciente prevé que puede llegar tarde, debe telefonar y avisar de esta situación; las relaciones privadas entre pacientes que concurren a un mismo grupo están prohibidas.

Luego de que la PI manifiesta haber entendido y estar de acuerdo con las normas se ajustan los horarios y se informa al equipo terapéutico de la inserción de un nuevo integrante al grupo.

Después de esto, se pasa a validar las emociones de la paciente respecto a la operación que deberá enfrentar en cualquier momento por su problema de pulmón: “Entiendo que estés asustada, es normal que tengamos miedo cuando se nos presentan problemas de salud tan delicados”. Siendo el trastorno límite de personalidad un problema en cuya etiología se encuentra la invalidación del entorno a las emociones y a la expresión de las mismas, es importante mostrar empatía por lo que experimente el paciente en la sesión, creando un clima de aceptación y validación que le permitirá confiar lo suficiente para que el tratamiento pueda avanzar (Linehan, 1993).

La alianza terapéutica es fundamental para el trabajo con pacientes con trastorno límite ya que dadas las características del mismo, son personas que pueden reaccionar con hostilidad e incluso agresividad frecuentemente. Una alianza fuerte y positiva ayudara a disminuir este tipo de conductas contra terapéuticas y ayudará también al terapeuta con su capacidad de maniobra (Linehan, 1993).

## Sesión 2

La PI comenta que estuvo asistiendo al grupo de entrenamiento en habilidades y que le gustó, dice que encontrar a otras chicas con la misma problemática que ella la hace sentirse menos “bicho raro”. Están practicando el modulo de efectividad interpersonal, expresa que le gustó lo que le han explicado y que entiende que debe poner en práctica lo que le enseñan, dice que ha pensado mucho sobre las situaciones que enfrenta en su trabajo con su jefe que es bastante maltratador y siente que podrá ponerle límites en algún momento.

El eje temático de esta sesión gira en torno a su poca capacidad para hacer valer sus derechos, a expresar lo que siente, y poner límites a los demás. Relata una salida que tuvo con su madre, la PI iba a encontrarse con una amiga y su madre decidió acompañarla, explica que estaban retrasadas y que ella no quería hacer esperar a su amiga, sin embargo su madre insistió en que tomaran algo y terminó por imponerle a la PI que comiera, “cuando mi mamá me pide algo me siento limitada”. Al final, llamo a su amiga y mintió sobre la razón por la que llegaría con retraso. Se siente mal por tener que mentirle a su amiga, se siente impotente por no saber cómo manejarse con su mamá. Teme que su amiga se entere de que le mintió y entonces pierda la amistad, se muestra angustiada y confundida.

La terapeuta trata de reconocer la angustia que siente la PI ante esta situación “entiendo que te haga sentir mal no poder poner límites a tu mamá” y luego pasa a revisar la ficha de efectividad interpersonal numero 1 (ver anexo 1), donde se enseña a decir ‘no’ frente a situaciones que no son deseadas por la persona. Hacen un repaso y un rol play de una situación similar, la terapeuta interviene diciéndole “esto es un proceso, poco a poco podrás adquirir las herramientas para hacerle frente a esas situaciones, por lo pronto una próxima vez que te encuentres en esa situación, estaría bueno que intentes explicarle a tu amiga que estás con tu mamá, ella la conoce y seguro entenderá la situación” la PI responde de forma positiva “si, tenés razón, no sé por qué mentí, me sentía responsable de la situación, y en parte lo soy, porque debí apurar más a mi vieja. Lo tendré en cuenta”. La terapeuta entonces interviene diciendo “pareciera que te invalidás y considerás que lo que te pasa no es valedero para que sirva como excusa, tenés que inventar otra cosa, cuando perfectamente podrías haber dicho que tardaste porque venías con tu mamá y no podías apurarla”

El área interpersonal se encuentra frecuentemente muy alterada en los pacientes con TLP, por ello se hace necesario proveerles las herramientas adecuadas para que aprendan a manejarse de forma eficaz con los otros (Swales & Heard, 2009). El módulo de efectividad interpersonal busca ayudar al paciente a lograr ser asertivos en sus relaciones manteniendo su respeto personal y obteniendo los cambios que desean (Linehan, 2003).

La terapeuta busca revisar y practicar las primeras habilidades que la PI ha conocido mediante su asistencia al grupo y al mismo tiempo las refuerza, según Linehan (2003) la función de la terapia individual respecto a la adquisición de habilidades, se centra en sacar a la luz todo lo que el paciente va aprendiendo en el grupo.

En esta oportunidad puede observarse cómo el grupo ha tenido un impacto positivo y de inclusión en la PI, al afirmar que ya no se siente como “bicho raro” se da cuenta de lo que Linehan (2003) menciona como uno de los beneficios del entrenamiento grupal, esto es, la función terapéutica de estar en un grupo donde se comparten características y problemáticas similares.

### Sesión 3

La paciente se presenta angustiada, comenta que tiene problemas con la kinesióloga que la atiende para prepararla al trasplante. Dice que siempre está a las apuradas con ella, y que ella hace todo lo posible para ser agradable, siente que la menosprecian y ha tenido ganas de abandonar ese grupo (rehabilitación). Dice que siempre la apremia a que haga su rutina más rápido, explica “yo veo que hay otra chica que la tratan bien, a mí me apura siempre, no entiendo por qué, siempre la ayudo con las compras, soy buena onda”

La intervención de la terapeuta en esta ocasión gira en torno a un diálogo socrático, donde se guía a la paciente a analizar la situación de forma más objetiva, primero le recuerda que está juzgando, luego le pregunta por qué cree ella que la kinesióloga la apura y no lo hace con las demás. Luego de un rato de conversación la PI llega a la conclusión de que se ha precipitado en evaluar la conducta de la profesional y que esto se debe más bien a las ganas que tiene de ayudarla a completar su rutina. La PI comenta que suele llegar un poco tarde a la cita de rehabilitación, que debe concluir a las 5 de la tarde, hora en la que todos se han ido y la kinesióloga intenta hacer que la PI cumpla con ese objetivo, lo que se traduce en ser un poco más apremiante a la hora de realizar las rutinas.

La PI relata que ha tenido momentos difíciles con la kinesióloga, dice que le pone mala cara y ella reacciona igual, explica que ha intentado que la quiera, pero que siente que no ha podido y eso la enoja mucho, algunas veces se ha ido de la sesión molesta y sin terminar “no me gusta que me maltraten, no tengo que quedarme en un lugar donde se me trata mal”.

La terapeuta decide trabajar con la ficha número 9 del módulo de efectividad personal (ver anexo 2) que se basa en cómo ser agradable, interesarse por la gente, validar al otro y ser simpático y amable. Se trabaja sobre cómo aplicar esto a la relación con la kinesióloga, se realiza un rol play utilizando esa situación como modelo, donde se trata de escuchar al otro, interesarse y no juzgar.

Por otra parte se valida el malestar frente a lo interpersonal de la PI, pero se remarca la importancia de afrontar versus evitar (agravamiento de la situación). Se le explica cómo al ser una persona con un trastorno límite suele mantener el enojo por más tiempo que una persona que no lo es.

Es importante, como explica Linehan (2003) reforzar en terapia individual lo aprendido en el grupo de entrenamiento de habilidades, y para ello lo más efectivo es utilizar las situaciones personales para ilustrar las fichas y las tareas que se proponen a los pacientes. Por otro lado Swales y Heard (2009) manifiestan que el uso de situaciones que involucran la problemática actual del paciente les permite conectarse más con la tarea y también les permite aplicar dicha habilidad en otras circunstancias de manera más espontánea.

Las habilidades entrenadas en el módulo de efectividad interpersonal ayudan al paciente a aprender cómo disminuir el caos interpersonal manteniendo las metas personales, y a comportarse de una manera consistente con la búsqueda de esos logros. La tarea del terapeuta consiste en encontrar un equilibrio entre la validación y el cambio (Chapman & Linehan 2005).

#### Sesión 4

La sesión se centra en el problema del pulmón de la paciente y en su reciente desmejoría, su capacidad respiratoria disminuyó notablemente y tuvo que hacerse muchos estudios que dieron resultados poco alentadores sobre el avance en el deterioro del órgano. Existe incertidumbre entre si debe ser operada o se debe adelantar el trasplante.

A raíz de esta situación la PI está sufriendo mucha angustia, relata que ha pensado en tomarse muchas pastillas, dice no poder sobrellevar la situación “no sé qué hacer, me siento cansada de todo esto, estoy asustada”

La terapeuta opta por comenzar la intervención validando las emociones de la PI, “debe ser muy difícil estar en esa situación, me imagino lo difícil que es para vos, es normal que estés angustiada”. Posteriormente pasa a aplicar las habilidades del módulo de mindfulness que la PI ya ha estado viendo en el grupo de entrenamiento de habilidades, le recuerda lo importante que es tratar de pensar la situación haciendo uso de la ‘mente sabia’, esto es, tratando de aplicar la lógica y lo emocional de forma equilibrada (Linehan, 1993), para ello recurre a la ficha número 3 (ver anexo 3) donde se busca trabajar sobre cómo controlar la mente haciendo uso de las habilidades ‘cómo’.

La terapeuta comienza por decirle a la PI que ella no cuenta con las facultades para orientarla a nivel médico, pero que hará lo posible para ayudarla a sobrellevar el momento difícil que atraviesa. Le hace un pequeño relato sobre el uso de mindfulness en los inicios “acordáte que mindfulness comenzó para tolerar el dolor físico, se usaba con pacientes con dolor crónico” y le cuenta casos en los que la práctica le ha ayudado a sobrellevar momentos de angustia tales como la ida al odontólogo o el nacimiento de su hijo.

Al principio la PI parece estar muy angustiada para involucrarse en la tarea que le es propuesta por la terapeuta, sin embargo luego de la breve exposición de cuestiones personales donde estuvo expuesta a situaciones difíciles e hizo uso de este tipo de habilidades, parece que la PI

se relaja y se inicia así el ejercicio, centrado principalmente en la aceptación de la situación que esta atravesando, ya que no puede ser modificada a voluntad, también se revisa lo relacionado a actuar con habilidad, no buscar una situación más agradable, y mucho menos pensar en llevar a cabo conductas que pongan en riesgo su integridad.

La terapeuta realiza intervenciones como “esta situación está dada de forma que ninguna de las dos puede modificarla, debemos esperar que rumbo va a seguir, por lo pronto lo mejor es que sigas acudiendo al médico y estés atenta a lo que puede pasar sin enojarte. Entiendo que es difícil, pero lo mejor es aceptar que la situación se nos presenta de esta manera”. La paciente asiente, y expresa que va a tratar de pensarlo de esa manera.

Al hablar de no buscar soluciones más cómodas, y a la necesidad de adaptarse a la situación, la terapeuta explora el nivel de ideación suicida que puede presentar la PI, ésta refiere que luego de hablar con la terapeuta se siente más tranquila y que no tiene deseos de tomar medicamentos o hacer nada que ponga en riesgo su vida “fue un momento de desesperación, pero en realidad no es eso lo que quiero hacer, fue lo primero que se me paso por la cabeza, ahora me siento más tranquila”.

Las habilidades de conciencia plena o mindfulness son consideradas por la terapia dialéctica comportamental como nucleares, son estrategias que se deben realizar a lo largo de todo el tratamiento y que constituyen la base del entrenamiento en habilidades (Swales & Heard, 2009).

La idea principal del uso de este tipo de estrategias se basa en ayudar al paciente a equilibrar sus emociones, generalmente exacerbadas y desproporcionadas, ante una situación que genera angustia con los pensamientos y razonamientos, que suelen ser catastróficos. La idea entonces, es lograr una visión ‘sabia’ de lo que ocurre, disminuyendo la ansiedad y permitiendo al paciente re enfocar la situación de una manera más proactiva y beneficiosa (Linehan, 2003).

## Sesión 5

La PI llega a la sesión angustiada, comenta que tuvo un problema con una persona que hizo unos arreglos en su casa al cual le deben algo de dinero. Explica que no ha tenido tiempo para ponerse al día y que su marido ha estado muy ocupado, dice que esta persona le mando un mail diciendo que si no le pagaban lo que le deben se presentaría en el grupo de rehabilitación al que acude la PI y armaría un escándalo en frente de todo el mundo.

Expresa que a lo que más le teme es a quedar mal frente a la gente de kinesiología y que la echen si reacciona mal ante la agresión. Dice que se siente atacada de manera exagerada, y que siente que si ve a esta persona no cree poder controlar su enojo, “si lo veo lo mato!”

Al estar atravesando el modulo de regulación emocional, la terapeuta considera este problema una buena oportunidad para poner en practica lo aprendido. Lo primero que se hace es validar las emociones de la PI, “entiendo que te de bronca, la verdad parece ser una forma de actuar muy extrema por parte de él”. Se trata de explicar a la paciente que a pesar de que es valido sentir ira cuando se cree o se está ante una situación vulnerable, reaccionar de forma impulsiva solo acarrea más problemas “hacer lo que uno siente muchas veces empeora las

cosas". La terapeuta propone un rol play de la supuesta situación donde la PI es confrontada delante de todo el mundo, se trabaja sobre la ficha numero 9 del modulo de regulación de las emociones (ver anexo 4) donde se le pide a la PI que intente observar lo que esta sintiendo para poder controlarlo mezclando las habilidades de mindfulness previamente estudiadas. Finalmente la PI dice que si eso llegase a suceder tratará de recordar lo practicado en sesión y que le dirá que "en esos términos no va a hablar" y se retirará del lugar. La terapeuta la felicita por el trabajo realizado y como tarea extra le pide a la PI que realice un listado sobre las ventajas y desventajas de dejarse llevar por las emociones.

Las emociones en los sujetos que padecen un trastorno límite de personalidad suelen ser muy intensas e inestables, la terapia dialéctico comportamental busca principalmente reducir la vulnerabilidad a dichas emociones ayudando al paciente a controlar su conducta y sus reacciones desproporcionadas y en algunos casos peligrosas (Chapman & Linehan, 2005).

Enseñar a un sujeto con este tipo de trastorno de personalidad a controlar sus emociones puede ser todo un desafío ya que, a través de su historia personal ha recibido frecuentemente respuestas que lo señalan como simplemente una persona difícil o con mala actitud, es por eso que se hace necesario guiar al paciente en relación a sus emociones en un contexto que le brinde contención y validación de lo que sienten (Linehan, 2003).

Las habilidades de mindfulness suelen ser utilizadas a la hora de practicar habilidades de regulación emocional ya que ayudan al paciente a centrarse en la observación de sus emociones evitando juzgarlas, esto permite tomar conciencia acerca de lo que ocurre, lo que posibilita una respuesta más controlada y acorde a la situación (Linehan, 2003).

## Sesión 6

La paciente vuelve a sufrir una recaída de su estado de salud, el nivel de O2 encontrado en sangre no es de buen pronóstico, dice que tuvo problemas con la neumóloga "no me quería atender", comenta que se siente muy mal, no entiende por qué aparte de sus problemas psíquicos debe cargar con una enfermedad física tan desgastante, siente que nada vale la pena. Relata su encuentro con la neumóloga, explica que fue a verse sin tener cita y fue rechazada, se alteró mucho e increpó a la profesional diciéndole que su deber era atenderla porque era médica, dice que salió llorando sintiendo que a nadie le importaba si se moría o no.

La terapeuta, una vez más, comienza por validar las emociones de la paciente "es muy difícil lo que estas viviendo, entiendo que tengas miedo" y también hace un comentario acerca de la reacción de la PI para con la neumóloga "entiendo que estando en un estado tan susceptible hayas actuado sin pensar mucho, el hecho de que te retara debió ser duro para ti" más adelante realiza un comentario respecto a entender las emociones del otro " el hecho de que sea médica no significa que no sea humana y cometa errores o tenga formas de manejarse que pueden no ser compatibles con tu modo de ver las cosas, el hecho de presentarte sin turno puede ser algo que a ella particularmente le molesta, de todo el mundo, no de vos exclusivamente".

Se trabaja en relación a las emociones por el malestar físico de la PI y también sobre lo interpersonal, el curso de la sesión se centra en esto y en intentar bajar el nivel de angustia por

todo lo vivido. La terapeuta guía a la PI y llegan a la conclusión de que muchas veces ésta juzga las acciones de los otros según la emoción que estas causan en ella “si te sentís rechazada entonces pensás que esa persona tiene algo personal en tu contra, o que vos tenés algo que hace que te traten mal, reaccionas muy fuertemente para tratar de protegerte y se genera un circulo vicioso que te lastima aún más” la PI responde que luego de ver lo ocurrido aplicando la mente ‘sabia’ cree que no se permitió pensar las cosas y evaluar la situación de forma más objetiva “si, además después de eso me atendió muy bien, puede ser que el hecho de que vayan pacientes sin cita le modifique mucho su agenda, también puede estar de mal humor en un momento determinado”. Se repasan habilidades previamente entrenadas, se le pide a la PI que llene en casa la ficha de deberes de efectividad interpersonal numero 1 usando la situación presentada y repasar la ficha de regulación de las emociones numero 4 en relación a la emoción de la ira (ver anexos 1, 5.a, 5.b, 5.c y 5.d).

Tomando en cuenta que el trastorno límite de personalidad es primordialmente una disfunción en la regulación emocional (Linehan, 1993), el entrenamiento en habilidades que ayuden al paciente a estar en contacto con sus emociones, reconocerlas y aprender a controlarlas es una de las metas más preciadas del tratamiento. Aumentando el control de las propias emociones se puede ayudar al paciente a enfrentar efectivamente los cambios biológicos y así minimizar las posibilidad de procesar la información de forma inadecuada (Swales & Heard, 2009).

Es importante guiar al paciente en la conexión entre sus emociones, las reacciones que éstas generan y su posible influencia en las relaciones interpersonales (Linehan, 1993). En este caso, al entender que la otra persona puede tener un mal día o que se violaron normas que el otro considera necesarias de mantener, ayudó a la PI a entender su reacción exacerbada y a comprender la importancia de reconocer sus propias emociones, las de los demás y evaluar la situación con su ‘mente sabia’.

## Sesión 7

La condición de salud de la paciente se encuentra estabilizada, sin embargo el trasplante es necesario y puede producirse en cualquier momento. El eje temático de esta sesión gira en torno a una llamada telefónica de la noche anterior en la que la PI llama muy angustiada porque descubrió que las personas que estaban haciendo algunos arreglos en su casa entraron en su cocina cuando ella expresamente había dicho que no quería que esto sucediera. Durante la llamada, lloraba y decía que quería tomar pastillas. En la conversación dice que no quiere ver más a su papá por el abuso sexual que sufrió de adolescente.

La terapeuta durante la llamada telefónica lo primero que busca es validar la emoción de la PI y al mismo tiempo calmarla para descartar el riesgo de alguna conducta suicida. La ayuda a practicar las habilidades de tolerancia al malestar que ha ido aprendiendo en el grupo de entrenamiento de habilidades, le recuerda lo importante de no dejarse llevar por la emoción y le sugiere conversar sobre esto con su marido.

La PI cuenta que en realidad solo había entrado el ingeniero que dirige la obra más un empleado para revisar algo que debía ser arreglado. La terapeuta aprovecha esta oportunidad para remarcarle que la situación sirve como aprendizaje de que si bien las emociones son válidas, no se debe permitir que estas guíen la conducta “si pensás en base a tu emoción,

imaginas algo terrible, se te hace intolerable, tomas pastillas y al final era algo completamente diferente”, refuerza su pedido de ayuda y el hecho de que haya acudido a la llamada telefónica antes de llevar a cabo cualquier comportamiento impulsivo perjudicial “que bueno que me pediste ayuda y que no tomaste pastillas, sino ahora te sentirías peor”. La PI comprende lo precipitado de su reacción “si, me siento una tarada por haber pensado así”.

Durante la sesión se retoma esta situación, la terapeuta vuelve a felicitar a la PI por su decisión de haberla llamado y valida una vez más sus emociones, resalta el hecho de haber sido capaz de poner en práctica las habilidades de tolerancia al malestar y ambas concluyen que efectivamente el nivel de malestar disminuyó luego de la llamada y luego de rever la situación con ‘mente sabia’.

Retoman el conflicto con el padre de la PI, durante la situación que se presentó por los empleados, surgió de forma un poco desarticulada (por la poca conexión que tenía con el tema que era tratado en ese momento específico) que la PI no quiere tener más contacto con su padre abusador. En este sentido la terapeuta valida su necesidad de cortar ese vínculo y normaliza su sentimiento de rechazo hacia él. Al respecto le cuenta que existen otras personas que han atravesado situaciones similares que también sintieron la necesidad de alejarse o interrumpir la relación “he tratado a otras pacientes que han sido abusadas y que han roto vínculo con el abusado o con alguien que no las defendió en su momento”. Esta intervención genera alivio en la PI quien responde “no esta mal entonces lo que siento”.

La terapeuta practica algunas de las fichas del modulo de tolerancia al malestar (ficha numero 1, acerca de las estrategias de supervivencia a la crisis y ficha numero 5, principios para aceptar la realidad – ver anexos 6, 7.a y 7.b), y conversan sobre la necesidad de la paciente de hacerse valer rechazando la imposición de tener que mantener contacto con su padre.

La tolerancia al malestar es importante para los pacientes con trastorno límite de personalidad, ya que, en la mayoría de los casos , las situaciones que son percibidas como altamente perturbadoras son las que generalmente llevan a situaciones donde el paciente busca aliviar el dolor causado con conductas que pueden poner en riesgo su vida (Linehan, 1993). Las situaciones dolorosas y que generan malestar son muy comunes en la vida de cualquier ser humano, no pueden ser evitados, tratar de negar esta realidad conduce a un estado mayor de mortificación que en casos de pacientes con este trastorno lleva a considerar que la única solución para aliviar el dolor es atentar contra la propia vida o la salud (Linehan, 2003).

En el caso estudiado puede observarse cómo una situación valorada ineficazmente y de forma precipitada activa en la PI emociones muy fuertes y que le generan un malestar de tal magnitud que la solución que considera como más efectiva e inmediata es tomar una sobredosis de pastillas, es también evidente como la situación está teñida por problemáticas más profundas que se mantienen sin resolución, tal es el caso del padre abusador. Según Linehan (1993) cuando un paciente entra en crisis, muchas veces los eventos en los que se focaliza pueden estar relacionados o no con la situación actual, esto tiene que ver con la teoría de que la mayoría de los problemas de los pacientes límite tienen origen en situaciones pasadas que no fueron resueltas adecuadamente y que invalidan la auto percepción del sujeto.

Las llamadas telefónicas son una herramienta esencial en el tratamiento del trastorno límite de personalidad ya que tratándose de un modelo comportamental es necesario proveer un espacio donde se puedan generalizar las situaciones aprendidas en el consultorio (Swales & Heard, 2009). La mayoría de las llamadas se dan en momentos de crisis cuando el paciente siente la necesidad de acometer contra su vida, es importante entonces, que el terapeuta aplique las habilidades necesarias para reducir este riesgo inmediato hasta que considere que el peligro desapareció (Linehan, 2003).

## Sesión 8

La PI se presenta muy angustiada, comenta que ha tenido muchos problemas, olvido la planilla de seguimiento de sus emociones y del nivel de malestar que está experimentando. Cuenta que a pesar de querer cortar comunicación con su padre no ha podido porque su madre insiste en que éste participe en la vida de la PI y ésta no sabe cómo hacer para impedirlo. Comenta que tuvo una cita ginecológica donde debieron practicarle una operación menor referente a la extirpación de unos pólipos que le encontraron y fue acompañada de su madre quien a su vez invito al padre a la cita. Relata que la madre entró con ella al consultorio y el médico le explicó de qué se trataba el procedimiento, y luego ésta insistió en que el padre entrara también y recibiera la misma explicación a pesar de que la PI no estaba de acuerdo “me sentí invadida, es un tema muy personal, mi papá no tenía que estar allí, no supe como ser más fuerte y evitar que eso pasara, pensé que si me ponía a decirles que no, iba a estallar y todo terminaría en caos, preferí callarme, pero la verdad todo esto me hace mal”. Agrega que se siente cansada de que su mamá no la deje tomar sus propias decisiones, recuerda ocasiones donde la ha tratado de manipular o ha criticado su forma de comportarse “el otro día tuve que salir de casa a hacer una diligencia, tenía que dejar a los empleados trabajando sin mi supervisión. Mi mamá me lleno la cabeza con ideas de que me iban a robar, que no debía ir, que era imprudente de mi parte. Al final me fui igual y cuando regrese no había pasado nada de lo que ella decía pero me costo mucho y todo el tiempo que estuve afuera me sentí angustiada”.

Describe otra situación donde fue a que la atendieran por un tema legal, necesitaba un informe de un médico laboral para manejar las cuestiones con su trabajo, el médico no quiso atenderla, ella trato de hacer valer sus derechos pero su madre le insistía en que no siguiera pidiendo que la atendieran, en ésta ocasión la PI estalló y le gritó a su madre, salió del lugar para tomar aire, dice que puso en practica la técnica de la “media sonrisa” y logró sentirse mejor. Le pregunta a la terapeuta cómo puede hacer para manejar estas situaciones.

Explica que ha tratado de tomar distancia con sus padres pero que no ha podido hacerlo exitosamente, a veces piensa que pueden cambiar para con ella y se decepciona cuando el comportamiento de ellos es el mismo “me di cuenta que espero que ellos cambien, que me den lo que necesito y no lo que me dan realmente”.

La terapeuta, comienza por valorar sus emociones, “el enojo es una emoción normal, todas las emociones son normales, el problema radica en cómo se reacciona. Quizás el problema en vos está en cómo reaccionar, esta bien si te enojas, lo bueno es que pudiste aplicar lo aprendido en el grupo, ‘la media sonrisa’ te ayudó para hablar mejor”. Respecto a la situación con sus padres agrega “tenés razón en sentirte invadida, y entiendo que en esas circunstancias te sientas mal”.

Se retoman algunas cosas del módulo de manejo interpersonal, como la necesidad de la PI de ir acompañada al médico versus la incapacidad de poner límites y expresar lo que necesita de forma efectiva, se hace rol play sobre como aprender a contenerse ella misma (regulación emocional), y auto validarse. La PI se retira de la sesión más calmada y comenta que le pedirá ayuda a su marido para que la asista en situaciones de salud y de esta forma empezar a depender menos de su mamá.

Una de las cuestiones que influyen en el desarrollo de un trastorno límite de personalidad, como ya se ha dicho en otras ocasiones, tiene que ver con un ambiente invalidante, ambiente que tiene como primordial foco a la familia (Linehan, 1993), las personas se desarrollan en el seno de un grupo familiar donde aprenden patrones de comportamiento y donde su estructura emocional se configura. En pacientes límite ese ambiente suele ser indiferente a las necesidades de la persona y a sus emociones, y en general también suelen juzgar las reacciones y comportamientos como inadecuadas, infantiles o 'locas' (Linehan, 2003).

Es importante que ante situaciones que representen este patrón de invalidación familiar el terapeuta provea un marco donde las emociones del paciente sean validadas. Presentar ese tipo de validación puede ser útil a la hora de asegurar la continuidad del paciente en el tratamiento y ayuda a que el nivel de malestar disminuya, así mismo brinda un modelo para que el paciente aprenda a autovalidarse en situaciones similares (Swales & Heard 2009).

## Sesión 8

Se sigue trabajando en lo interpersonal, comenta que ha podido avanzar con algunos temas en relación a sus padres "ya no veo tanto a mi papá ni dejo que se meta en mis cosas". El eje temático de la sesión gira en torno a su progreso para manejarse con los demás. Comenta que su relación ha mejorado con la kinesióloga, explica que se dio cuenta de que el humor de esa persona también puede variar y que no se toma las cosas tan a pecho "decidí que voy a poner buena cara con ella, no voy a enojarme más". Respecto a su madre, relata una situación donde habían quedado en encontrarse a determinada hora, su madre le pidió que la esperara un poco más, la PI asegura que su madre suele hacerla esperar horas cada vez que deciden encontrarse, sin embargo decidió esperar a la madre un poco, al cabo de un tiempo llamó a la madre quien aún no llegaba y le dijo que no podría esperarla más porque llegaría tarde a otro compromiso que tenía, la madre actuó como si no entendiera sus razones y le volvió a repetir que llegaría en cualquier momento, luego de unos pocos minutos la PI decidió retirarse. Después de un tiempo recibió un llamado de la madre llorando porque no la había esperado "no me gustó escucharla llorar, pero me sentí muy bien conmigo misma, fui capaz de ponerle un límite".

La terapeuta felicita a la PI por los logros alcanzados y por su capacidad de actuar y aplicar los conocimientos obtenidos en el grupo de entrenamiento en habilidades. Se realiza un poco de trabajo de refuerzo, especialmente sobre como ponerse en el lugar del otro (referente a lo que hizo la PI con la kinesióloga) y le lee un cuento zen relacionado a esta temática.

Respecto a la relación con la madre se practica la situación usando la ficha número 8 del módulo de efectividad personal (ver anexos 8.a y 8.b) a modo de repaso.

A estas alturas del tratamiento ya puede observarse el avance de la PI en cuanto a la incorporación y el uso de las habilidades aprendidas en el grupo. Esto es lo que se espera de los pacientes con trastorno límite que ingresan a un programa de tratamiento basado en la terapia dialéctica comportamental, que a partir de la enseñanza de determinadas habilidades, están sean internalizadas y le permitan al paciente a controlar y manejar su vida y su trastorno de la mejor manera posible (Linehan, 2003).

En el caso de la kinesióloga la paciente hizo uso de lo que se conoce como emoción opuesta, que consiste en una estrategia para modificar la emoción que se está experimentando llevando a cabo una acción que sea totalmente opuesta (Linehan, 2003) en este caso sonreír y relajarse o “poner buena cara” es lo opuesto a lo que la PI experimenta en relación a la kinesióloga. Por otro lado, en relación a los límites para con su madre, la paciente pudo ser asertiva, esto es, logro expresar y llevar a cabo un comportamiento acorde a sus necesidades y prioridades sin tener que recurrir a la agresividad o a un estallido emocional, de esta forma logró comunicarle al otro su auto respeto de una forma madura y adecuada.

## Sesión 9

La paciente acude con buen semblante, comenta que ha podido controlar sus emociones en relación a su enfermedad pulmonar, “muchas veces siento miedo, pero luego me digo a mi misma que es normal, después de todo un transplante es cosa seria, trato de no reaccionar explosivamente, he logrado que mi marido me ayude a practicar algunas de las habilidades aprendidas”. Respecto a la relación con sus padres, dice que es un tema que aún tiene que manejar, ha logrado avanzar pero le cuesta “es muy agotador tener que estar pensando todo el tiempo como protegerme de sus ataques, a veces simplemente no puedo manejar la situación, igual siento que ya no es como antes”. Sus relaciones interpersonales han sido más satisfactorias, ha logrado controlar la situación con su kinesióloga, logro reencauzar una amistad con una chica a la que mantenía alejada porque solía enojarse frecuentemente “mi amiga me dice que ahora es más agradable estar conmigo, la dejo hablar y no tomo todo lo que dice como un ataque hacia mi, hemos tenido un par de discusiones, pero nada grave”. Explica que ha podido manejarse de mejor forma cada vez que necesita pedirle algo a los demás y que ahora ante una negativa busca la forma de actuar asertivamente, sin embargo comenta “muchas veces me frustró y terminé llorando, he tenido algunas crisis de angustia pero he podido sobrellevarlo”.

Luego de este breve recorrido por los puntos más problemáticos de la paciente la terapeuta la felicita por los logros alcanzados y le recuerda que todo se trata de un proceso “has avanzado muchísimo, el equipo y yo estamos muy contentos por eso, la verdad has sido muy valiente, tenés mucha fortaleza”. Le recuerda que es normal que existan recaídas, “es la primera vez que te encuentras en el marco de este tipo de tratamiento, se requiere de mucho esfuerzo y mucha practica, lo que debemos rescatar es que has avanzado en muchas áreas, ahora entendés un poco más de lo que te pasa y aunque a veces no puedas poner todo en practica has hecho cambios impresionantes”.

La PI dice sentirse bien por las palabras de la terapeuta “me ayuda mucho lo que me decís, me anima a continuar” y agrega que aunque reconoce que le falta mucho trabajo por hacer, ha

aprendido mucho en el grupo de habilidades y que cada vez le es más fácil ponerlas en práctica “siento que las voy incorporando”.

El tratamiento de la PI no se da por terminado aún, si bien se han notado cambios y avances importantes en su sintomatología y en sus capacidades, es necesario un trabajo más profundo. El trastorno límite de personalidad requiere de tiempo para ajustar todas las áreas involucradas en la problemática, es por ello que se le recomienda a la PI la continuación de la terapia así como un segundo paso por los módulos de entrenamiento en habilidades.

Sesiones psiquiátricas – tratamiento farmacológico. Por último se dará cuenta del tratamiento farmacológico que ha sido utilizado paralelamente para el alivio de la sintomatología de la PI.

La paciente ha sido medicada con Quetiapina 200mg, para contrarrestar los síntomas impulsivos como la necesidad de tomar pastillas o estallidos de irritabilidad. Pregabalina 75mg para síntomas ansiosos. Trazodone (traxagon) 100mg, coadyuvante en la disminución de la ansiedad y mejoras del ritmo del sueño. Uso de IRSS (Inhibidores de recaptación de serotonina) específicamente Fluoxetina 50mg que también ayuda en la regulación emocional y el control de los impulsos.

#### Comentarios finales

En relación al objetivo número 2 (estrategias terapéuticas llevadas a cabo durante el tratamiento), pueden observarse una amplia gama de intervenciones que corresponden a los aspectos más importantes de la teoría que sustenta a la terapia dialéctica comportamental, tales como validación y adquisición de habilidades en diferentes áreas (efectividad interpersonal, conciencia plena, regulación emocional y tolerancia al malestar). El formato de la terapia cumplió con lo propuesto por Linehan, es decir, se mantuvo una terapia individual y la asistencia al grupo de entrenamiento de habilidades. Se trabajó la motivación y la generalización de dichas habilidades a la vida de la PI.

Respecto al objetivo número 3 (evolución del caso y cambios producidos en la paciente) se pudo observar la integración de los conocimientos adquiridos durante el proceso terapéutico, la PI parece estar más capacitada para reconocer sus carencias en diferentes ámbitos y a responder de forma más adaptativa y controlada, si bien aún se pueden apreciar deficiencias, es notable el progreso, esto se evidencia cuando se realiza la comparación entre el comienzo y el final de la terapia, en las últimas sesiones se puede discernir que la PI ha incorporado eficientemente los conocimientos adquiridos durante el proceso terapéutico. Las crisis han disminuido y cuando han ocurrido han sido manejadas satisfactoriamente.

## 5. CONCLUSIONES

El caso analizado en este trabajo ilustra un proceso de tratamiento para el trastorno límite de personalidad según el modelo desarrollado por Marsha Linehan (1993). El interés surge de la necesidad de conocer el abordaje terapéutico para este sector de la población. Si bien en la formación académica se estudiaron los conceptos básicos, no se hizo hincapié en la forma de trabajar con este tipo de pacientes y siendo una problemática que aqueja cada vez a más individuos es importante entender y conocer algunos aspectos sobre la forma de ayudar a estos sujetos.

La terapia dialéctica comportamental ha revolucionado la forma de entender y de tratar a aquellas personas aquejadas con este trastorno (Linehan, 1993) siendo un enfoque que engloba una nueva teoría sobre el origen del problema y ofreciendo herramientas producto de años de investigación, parece lógico a la vez que necesario ahondar en su estudio.

En el caso aquí presentado, se puede observar un proceso con aproximadamente un año y medio de duración, en el que se aprecian las maniobras terapéuticas llevadas a cabo según los lineamientos dictados por Linehan. La historia clínica tuvo que ser seleccionada forzosamente por cuestiones de espacio y practicidad pero se intentó dar una completa descripción de cómo se interviene y qué cambios pueden producirse en los pacientes con trastorno límite de personalidad que se adhieren a esta modalidad de tratamiento.

Según la información teórica estudiada se considera que la terapeuta realizó un buen trabajo en el tratamiento de este caso y se destaca su calidad humana más allá de sus habilidades profesionales, esto como se sabe, es un factor que si bien no es considerado como excluyente para aquellos que quieran aplicar este modelo, resulta de gran ayuda, ya que como múltiples textos lo sugieren, la alianza terapéutica, producto de la autenticidad y de la empatía que pueda ofrecer un terapeuta es un factor determinante a la hora de trabajar con pacientes con trastorno límite de personalidad, ya que, si se considera que gran parte de los problemas que aquejan a estos sujetos surgen de la invalidación y la no aceptación, un espacio que ofrezca calidez y contención será propicio para el desarrollo de las habilidades tan necesarias para un funcionamiento más adaptativo.

El contraste entre el inicio del tratamiento y el final de lo que se pudo analizar (cabe recordar que la paciente realizó el recorrido por todos los módulos una sola vez, periodo que sirvió para la realización de éste trabajo) es significativo. Al principio la PI se presenta con múltiples problemáticas, con una visión muy pesimista de su situación, el paso por tratamientos anteriores que no le significaron mejoría hacían todo más difícil, fue necesario instarle a tener esperanza, para ello se dedicó una parte a brindarle psico-educación que incluyera la explicación del modelo, las características del trastorno que le aqueja y lo que podría esperar si decidía adherirse al plan de tratamiento.

Poco a poco se fue observando mejoría, aprendió a manejarse de forma diferente, la validación por parte de la terapeuta fue constante, la práctica, la repetición y el refuerzo fueron herramientas presentes todo el tiempo. Sin embargo también pudieron observarse periodos de crisis donde parecía que la terapia fallaba en su propósito, esto puede analizarse bajo lo que Linehan (1993) considera como momentos en los que los problemas parecen ser

infatigables y se pierde el foco en la línea de trabajo. Los problemas críticos varían más rápido de lo que el paciente o el terapeuta pueden manejar. En el caso visto, la situación de deficiencia pulmonar presentada por la PI hacia esos momentos de crisis agudas más impredecibles, un desafío para el seguimiento del tratamiento. De todas formas, el trabajo con pacientes con trastorno límite de personalidad incluye invariablemente situaciones en las que se puede sentir que se retrocede, la vulnerabilidad emocional, la deficiencia en lo interpersonal, la poca tolerancia al malestar y la incapacidad de razonar objetivamente, hacen del espacio terapéutico una montaña rusa donde se debe maniobrar con rapidez y atino para controlar la situación, para ello Linehan (2003) recomienda como estrategia efectiva de control de contingencias el uso del refuerzo y el modelado para guiar la conducta del paciente de forma que sea beneficioso para el proceso terapéutico.

A pesar de los retrocesos esperables, la terapia logro conseguir cambios positivos en el caso analizado, al avanzar y atravesar todos los módulos de entrenamiento en habilidades la PI dio cuenta de la incorporación y aplicación de las técnicas aprendidas de forma espontánea, generando, consecuentemente alivio en su sintomatología y permitiendo construir para si misma “una vida que vale la pena vivir”.

La terapia dialéctica comportamental parece ser altamente efectiva en el tratamiento del trastorno límite de personalidad, múltiples estudios así lo sugieren (explicados anteriormente) sin embargo, algunas cuestiones llaman fuertemente la atención. La modalidad que propone este modelo parece aplicar a pacientes altamente motivados. Dada la frecuencia y compromiso que se requiere (sesiones individuales más sesiones grupales, que representan al menos dos asistencias por semana) es razonable pensar que quienes adhieren al tratamiento tienen una fuerte motivación a trabajar en pos de su mejoría. Sería interesante analizar aquellos casos donde la motivación es menor y comparar a ese grupo de pacientes con diferentes modalidades terapéuticas que incluyan por supuesto a la propuesta por Linehan.

Respecto al caso aquí analizado, si bien se observaron mejorías, pareciera que el terapeuta no estableció un orden jerárquico de objetivos de manera muy clara, quizás esto hubiese influido de manera más positiva en relación a recaídas que se presentaron. Las sesiones, a pesar de mostrar cierto orden (orden que como se explicó anteriormente deviene de una selección forzosa del material) denotan una reaparición de temáticas que no son abordadas (esto es una opinión puramente personal) a fondo. Es comprensible que el foco este puesto sobre la adquisición de ciertas habilidades y sobre la resolución de problemas, también es comprensible que el tratamiento del trastorno límite de personalidad debe ser flexible y entender el sentido de urgencia e inmediatez de los asuntos que pueden presentarse en la vida del individuo, pero es igualmente importante proveer una estructura que intente organizar las dificultades del paciente. En este caso, da la sensación de que dicho encuadre no pudo establecerse, dejando a un lado asuntos que constituyen un núcleo importante en los conflictos de la PI, tal como el trauma debido al abuso sexual por parte del padre, tema que aparece en varias ocasiones y que es tratado de forma somera, lo que resulta en un conflicto no resuelto y que, inexorablemente, tendera a reaparecer mientras no sea tomado en cuenta. Es cierto que puede resultar difícil mantener un esquema mientras el paciente se presenta con asuntos más relacionados a su vida diaria que a la raíz de su problema, pero en éste caso, se pudo notar como la PI daba pie para trabajar sobre el asunto y la terapeuta prefirió enfocarse

en diferentes cuestiones. Se considera que una re-evaluación de los objetivos y de los temas que podrían obstaculizar el avance de la terapia y una futura independencia de la misma por parte de la PI, hubiese sido beneficioso.

En relación a las limitaciones que se encontraron en la elaboración de este trabajo cabe destacar que el acceso a la historia clínica solo pudo ser en relación a las sesiones de terapia individual, no pudiendo acceder a aquellas relacionadas al grupo de entrenamiento de habilidades, si bien nunca se consideró el acceso a las mismas, luego del desarrollo se estima que hubiesen sido de ayuda para un análisis más completo de la modalidad de tratamiento.

Otro aspecto que se considera como limitación fue el no poder llevar a cabo las entrevistas planeadas a los terapeutas vinculados al caso aquí presentado. No pudo coordinarse el espacio para que dicho encuentro se realizara, principalmente por cuestiones de una agenda muy apretada y vacaciones de los profesionales que dificultaron un posible encuentro. Si bien las entrevistas no eran condición necesaria para dar respuesta a los objetivos planteados, hubiesen aportado datos interesantes para el análisis.

Respecto a la experiencia en el lugar de la pasantía, cabe destacar la importancia que representa el poder observar el funcionamiento de una institución desde su interior. Saber cómo se maneja la información, cómo se organizan las historias clínicas, el cuidado que se le da al material terapéutico, los equipos de supervisión, el análisis de casos en cámara Gesell, el interés por la formación constante de los terapeutas, entre otras cosas fueron de mucha ayuda para comprender la estructura del trabajo del psicólogo.

Se considera como muy positivo el aprendizaje adquirido en la institución, tanto a nivel organizacional como en el caso específico del trabajo con pacientes con trastorno límite de personalidad según el modelo de la terapia dialéctica comportamental, se pudo entender correctamente la estructura del tratamiento y se apreció (lo cual constituye una experiencia invaluable) cómo adaptar en la práctica todo aquello que se encuentra en los libros, la posibilidad de ver la aplicación de técnicas e intervenciones y la posibilidad de discutir las estrategias de la terapia, así como observar cómo se organizan las sesiones, cómo se jerarquizan las situaciones que trae el paciente a la consulta y cómo se elabora un plan de acción a partir de esto fue quizás, lo más satisfactorio.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Apfelbaum S & Gagliesi P (2004). El Trastorno Límite de la Personalidad: Consultantes, familiares y allegados. *Revista Argentina de Psiquiatría*, XV, 295-302.

American Psychiatric Association. (2003). *DSM IV TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV*. Barcelona: Masson.

Bateman A & Fonagy P (2009). Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization Based Treatment versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355-1364.

Bateman A. & Fonagy P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. New York: Oxford University Press Inc.

Beck A. & Freeman A. (1995). *Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad*. Buenos Aires: Paidós

Bohus M, Schmahl C & Lieb K (2004). New developments in the neurobiology of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 6, 43 – 50. Chapman A. & Linehan M. (2005). *Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder*. En: Zanarini M. (ed), *Borderline Personality Disorder*. (pp. 211–242) .New York: Taylor & Francis Group.

Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF y Kernberg OF (2007). Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922 - 928.

Cunningham, K, Wolbert, R & Lillie B (2004). It's about me solving my problems: client's assessments of dialectical behaviour therapy. *Cognitive and Behavioural Practice*, 11, 248 – 256.

Garcia Palacios A. (s/f). *Un Programa De Tratamiento Para El Trastorno Límite De La Personalidad: La Terapia Dialéctico Comportamental*. Recuperado de

[http://www.revistadeapra.org.ar/pdf/Terapia\\_dialectico\\_comportamental.pdf](http://www.revistadeapra.org.ar/pdf/Terapia_dialectico_comportamental.pdf)

Gunderson J & Hoffman P. (2005). *Understanding and Treating Borderline Personality Disorder: A Guide for Professionals and Families*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc. Gunderson J (2005). *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Personality Disorder*. En: Zanarini M. (ed), *Borderline Personality Disorder*. (pp. 211–242) .New York: Taylor & Francis Group.

Harned M, Chapman A, Dexter-Mazza E, Murray A, Comtois K & Linehan M (2008). Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: a 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1068-1075.

Hoffman J & McGlashan T (2003). *A Developmental Model of Borderline Personality Disorder: Understanding Variations in Course and Outcome*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc

Katz, L, Cox B, Gunasekara S & Miller A (2004). Feasibility of dialectical behaviour therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 276-282. Krawitz R & Watson C. (2003). *Borderline Personality Disorder: A practical guide to treatment*. New York: Oxford University Press Inc.

Koldobsky N (1995). *La personalidad y sus desordenes*. Buenos Aires: Salerno.

Linehan M (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M (2003). *Manual de Tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite*. Buenos Aires: Paidós.

Millon T. (1986a). A theoretical derivation of pathological personalities. En: T. Millon & G. Klerman (eds). *Contemporary Directions in Psychopathology*. New York: Guildford Press.

Millon T. (1986b). Personality prototypes and their diagnostic criteria. En: Millon T & Klerman G. (eds). *Contemporary Directions in Psychopathology*. New York: Guildford Press.

Millon, T. & Davis, R. (1998). *Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM IV, Parte II*. Madrid: Editorial Masson.

Organización Mundial de la Salud, OMS (1999). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*. Ginebra.

Paris J (2003). *Personality Disorders Over Time: Precursors, Course, and Outcome*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc Pfohl B (2005). Comorbidity and Borderline Personality Disorder. En: M. Zanarini (ed), *Borderline Personality Disorder*. (pp. 211–242) .New York: Taylor & Francis Group.

Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebria A, Barrachina J, Campins MF, Gich I, Álvarez E & Pérez V (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 353-358.

Soloff P. (2005). Pharmacotherapy in Borderline Personality Disorder. En: Gunderson J & Hoffman P. (Eds.) *Understanding and Treating Borderline Personality Disorder: A Guide for Professionals and Families*. (pp. 65-82). Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.

Swales M. & Heard H. (2009). *Dialectical Behaviour Therapy*. New York: Routledge.

Zaranini M. (2005). The Subsyndromal Phenomenology of Borderline Personality Disorder. En: Zaranini M. (ed), *Borderline Personality Disorder*. (pp. 19–37) .New York: Taylor & Francis Group.