



UNIVERSIDAD DE PALERMO

**Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología**

“Descripción de un caso de Trastorno Límite de la
Personalidad abordado desde la Terapia Dialéctico
Comportamental”

Autor: Guajardo Agustina Paula

Tutor: Zaidenberg Ricardo

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVO.....	1
3. MARCO TEÓRICO.....	2
3.1. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.....	2
3.1.1. Breve recorrido histórico.....	2
3.1.2. Definición y características principales.....	3
3.1.2.1. Conductas Autolesivas.....	6
3.1.2.2. Intentos de suicidio.....	7
3.1.3. Etiología: Teoría Biosocial.....	10
3.1.4. Prevalencia.....	12
3.1.5. Comorbilidad.....	13
3.2. TERAPIA DIALÉCTICO COMPORTAMENTAL.....	14
3.2.1. Principios básicos.....	14
3.2.2. Etapas del tratamiento.....	17
3.2.3. Tratamiento individual.....	19
3.2.4. Tratamiento grupal: Entrenamiento en Habilidades.....	21
3.2.5. Taller de psicoeducación y entrenamiento en habilidades para familiares y allegados de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.....	23
3.2.6. Asistencia telefónica.....	23
4.MÉTODO.....	25
4.1 Participantes.....	25
4.2. Instrumentos.....	25
4.3. Procedimiento.....	26
5. DESARROLLO.....	26
5.1. Historia y características del Trastorno Límite de la Personalidad que presenta la paciente.....	26
5.2. Estrategias e intervenciones para reducir las conductas problema.....	29
5.3. Estrategias utilizadas por la paciente para reducir las conductas problema.....	35
5.4. Evolución de la paciente en relación con las conductas problema.....	43
6. CONCLUSIONES.....	46
7. BIBLIOGRAFÍA.....	50
ANEXO.....	54

1. INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo desarrolla uno de los once Trastornos de la Personalidad, el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y uno de los métodos de tratamiento más reconocidos para este desorden, denominado Terapia Dialéctico Comportamental (TDC).

Asimismo, se analizó el caso de una paciente que padece del trastorno mencionado y que concurre a una institución para su tratamiento. Allí es donde se desarrolló la pasantía propuesta por la Universidad de Palermo.

La mencionada institución se dedica a la formación de profesionales de la salud, y a la asistencia, prevención e investigación en el campo de la salud mental. Su orientación teórica es cognitivo-conductual y sistémica, y brinda tratamiento a personas con una gran variedad de patologías, aunque se especializa en el Trastorno Límite de la Personalidad.

La Terapia Dialéctico Comportamental incluye un programa de psicoterapia individual, entrenamiento en habilidades a nivel grupal y se complementa con un taller de psicoeducación y entrenamiento en habilidades para familiares y allegados.

A los fines de esta pasantía, se concurrió a la institución durante un periodo de tres meses, se asistió a las reuniones de equipo de los profesionales y al taller para familiares y allegados, se participó en un grupo de habilidades y en las formaciones sobre Psicoterapias Cognitivas Contemporáneas y Terapia Dialéctico Comportamental.

A partir de la asistencia al grupo de habilidades es que ha resultado de un especial interés desarrollar el TLP y su forma de tratamiento a través del caso de una paciente que realiza este proceso en la institución.

2. OBJETIVOS

El objetivo general del trabajo es describir y analizar el caso clínico de una paciente con Trastorno Límite de la Personalidad y los tipos de intervenciones realizados en terapia individual y grupal abordados desde el modelo de Terapia Dialéctico Comportamental.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Describir brevemente la historia y las características del Trastorno Límite de la Personalidad que presenta la paciente quien realiza Terapia Dialéctico Comportamental.
- Describir las estrategias e intervenciones utilizadas por el terapeuta en el tratamiento individual para reducir las conductas problema.

- Describir las estrategias utilizadas por la paciente, aprendidas en el grupo de habilidades para reducir las conductas problema.
- Describir la evolución de la paciente en relación con las conductas problema.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

3.1.1. Breve recorrido histórico

Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre uno mismo y sobre el entorno, que se ponen de manifiesto en la mayoría de los contextos; se constituyen en trastorno solo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo (Asociación Psiquiátrica Americana [APA], 2005).

El TLP ha ido transitando por una serie de reformulaciones. En un primer periodo, prevaleció una tendencia unitaria que señalaba que los pacientes que lo padecían tenían semejanzas con la esquizofrenia, por síntomas tales como la despersonalización, los disturbios cognitivos y los episodios psicóticos (Koldobsky, 2009).

Stern en 1938 fue el primero que utilizó el término al describir los estados límite o *border* entre las neurosis y las psicosis (Koldobsky, 2009). Asimismo, se los relacionó con los trastornos afectivos y se intentó explicarlos como una forma atípica del Trastorno de Estrés Postraumático, ya que la mayoría de los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad tenían antecedentes de experiencias traumáticas graves durante la infancia (González Vives, Díaz-Marsa, Fuentenebro, Lopez-Ibor Aliño & Carrasco, 2006).

Posteriormente, primó una tendencia separatista, la cual dividía el cuadro en distintas entidades como los estados esquizoafectivos, las depresiones ciclotímicas y la esquizofrenia pseudoneurótica, entre otras. A partir de 1960 y hasta la actualidad, se comenzó a considerar una tendencia más objetiva para agrupar los desórdenes, enfocada a la búsqueda de los rasgos más comunes que están en la base de estos procesos (Koldobsky, 2009).

El TLP apareció por primera vez en la clasificación del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) en 1980, específicamente en el DSM III, en donde se desarrollaron los criterios diagnósticos para los distintos Trastornos de la

Personalidad y en la *Clasificación Internacional de enfermedades* (CIE-10) en 1994 como Trastorno de Personalidad Inestable (González Vives et al., 2006).

El TLP ha sufrido significativas modificaciones desde su inclusión en el DSM. Inclusive en la actualidad, la comprensión de este trastorno por parte de la psiquiatría demuestra una gran heterogeneidad (Apfelbaum & Gagliesi, 2004).

Según Gagliesi et al. (2007), la palabra límite, limítrofe o *borderline* es una vieja denominación que actualmente se continúa usando. Dicha designación ha generado mucha confusión en la comunidad y entre los profesionales. Es por ello que se encuentra en revisión y se proponen términos como Trastorno o Desorden de Inestabilidad o de la Regulación Emocional.

Asimismo, Rubio Larrosa (2009) señala que la calificación “límite” es el concepto más desafortunado para denominar a este trastorno; su origen deviene como secuela histórica a partir de la consideración como fronterizo entre las psicosis y las neurosis; por ello el autor menciona términos como Trastorno de Inestabilidad Emocional, Trastorno Generalizado o Trastorno Global de la Personalidad.

3.1.2. Definición y características principales

El TLP es uno de los once trastornos de personalidad descritos en los manuales diagnósticos y está entre los mejores estudiados en la literatura científica psicológica y médico-psiquiátrica en la actualidad (Gagliesi et al., 2007).

Representa el 60% de todos los desórdenes de personalidad diagnosticados y el 10% de todas las consultas en salud mental (Gagliesi et al., 2007).

En términos caracterológicos y conductuales al TLP se lo define por la presencia de conductas y emociones como la impulsividad, la sexualidad polimorfa, la labilidad afectiva, la rabia, el pánico, la soledad, la anhedonia, los intentos de autodaño, las conductas de búsqueda de droga y de alcohol, y los episodios micropsicóticos (Koldobsky, 2009).

Para Linehan (2003) el TLP consiste principalmente en una disfunción del sistema de regulación de la emoción, a partir de la cual se dan luego los síntomas conductuales típicos. Dicha disfunción tiene, por un lado, causas biológicas, relacionadas con la vulnerabilidad del sujeto y, por otro lado, ambientales, relacionadas con la exposición a un ambiente invalidante que responde de forma inapropiada a las experiencias de la persona, lo que produce la inhabilidad para modular sus propias emociones.

Rubio Larrosa (2009) sostiene que las personas con TLP manifiestan un patrón de inestabilidad respecto de las relaciones interpersonales, del estado de ánimo y de la propia imagen. Aparece una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo, sin tener en cuenta las consecuencias; pueden presentar manifestaciones explosivas e incluso violentas al recibir críticas o al sentir frustración, lo que también puede derivar en autolesiones, intentos y amenazas suicidas.

Linehan (1993) sugiere que los pacientes con TLP presentan respuestas emocionales en forma más rápida e intensa que el resto de los individuos y con un ritmo de retorno a la calma más lento, lo que hace que se dificulte la regulación de la experiencia emotiva.

Los pacientes con TLP pueden aparecer como personas desvalidas, agradables y deprimidas, que buscan la compasión de los demás, pero cuando se sienten amenazados pueden vivir situaciones de riesgo vital y se muestran desesperados por evitar el abandono. Presentan sentimientos de odio contra sí mismos que pueden conducirlos a conductas autolesivas, ya sea para castigarse o como una petición de auxilio (González Vives et al., 2006).

Las personas con TLP presentan un déficit tanto en la identificación como en la vivencia de su emocionalidad, por lo que desconfían de sus propias emociones y toman en cuenta sus reacciones como inválidas ante una determinada situación o ante una determinada persona (Aramburú Fernández, 1996).

Una respuesta probable de una persona con TLP será aumentar las manifestaciones emocionales para obtener validación externa, pero el medio, al percibir su expresión emocional como exagerada, invalida su respuesta. De esta manera, se forma un círculo vicioso que se retroalimenta a sí mismo, lo que lleva al sujeto a un estado constante de crisis (Aramburú Fernández, 1996). Este tipo de respuestas invalidantes favorece la sensación de abandono o de rechazo en las personas con TLP (Apfelbaum & Gagliosi, 2004).

Lo que caracteriza habitualmente a la persona con el mencionado desorden es el sentimiento de temor, desesperación, inadecuación y defecto personal; muchas veces sus manifestaciones se definen por conductas impulsivas y reacciones desproporcionadas e inapropiadas, que quedan a la vista como agresivas y manipuladoras (Apfelbaum & Gagliosi, 2004).

Según el DSM-IV-TR (2005), los Trastornos de la Personalidad se codifican en el eje II del respectivo manual. El Trastorno Límite de la Personalidad se caracteriza por

ser un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y en la efectividad, y por una notable impulsividad. Comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- (1) esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado;
- (2) un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación;
- (3) alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable;
- (4) impulsividad, en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida);
- (5) comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación;
- (6) inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días);
- (7) sentimientos crónicos de vacío;
- (8) ira inapropiada e intensa, o dificultades para controlar la ira (p. ej. muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes);
- (9) ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 (OMS, 1995) recogen este trastorno con el nombre de Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad. Se caracteriza por una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin considerar las consecuencias, junto a un ánimo inestable, impredecible y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima, y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas, en especial al recibir críticas o al ser censurados en sus actos impulsivos.

Se diferencian dos variantes de este trastorno que comparten los aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo.

- Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad de tipo impulsivo. Las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de

control de impulsos. Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros.

- Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad de tipo límite o limítrofe. Además de varias de las características de inestabilidad emocional, la imagen de sí mismo, las aspiraciones y las preferencias íntimas a menudo están alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede derivar en repetidas crisis emocionales, acompañadas por un sentimiento de vacío y una sucesión de amenazas suicidas o de comportamientos autodestructivos.

3.1.2.1. Conductas Autolesivas

El TLP es el Trastorno de la Personalidad que más se asocia con la conducta suicida y es el único que incluye la conducta autodestructiva como uno de los criterios diagnósticos. Un 70% cometen algún intento de suicidio a lo largo de su vida y un 90% han cometido conductas de riesgo y autoagresiones (Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, 2006); es decir que los comportamientos autolesivos se observan entre el 60 y el 80% de los pacientes con TLP (Mendieta, 1997 citado en Espinosa, Blum Grynberg & Romero Mendoza, 2009).

Como establecen Winchel y Stanley (1991) citado en Mendoza y Pellicer (2002), el comportamiento autolesivo es definido como una conducta autodestructiva, que provoca un daño directo en la persona, pero sin intención de causar la muerte, ya que las lesiones no son lo suficientemente severas como para producir un daño letal.

Walsh (2006) por su parte, define la autolesión como una conducta intencional, de bajo riesgo letal y de carácter socialmente inaceptable, realizada para reducir y comunicar la angustia psicológica. Así es que la mayoría de los individuos afirman hacerse daño con el fin de aliviar sentimientos dolorosos, como ira, vergüenza o culpa, ansiedad, tensión o pánico, tristeza, frustración y desprecio, más que como un deseo de morir.

Muchas veces los comportamientos autodestructivos son formas aprendidas para manejar este tipo de emociones negativas intensas e intolerables que sienten las personas con TLP. Por lo tanto, las conductas impulsivas suicidas o de autolesión funcionan como soluciones, aunque desadaptativas, que encuentra la persona cuando se siente abrumada o fuera de control, pero que le producen una sensación de descarga o liberación de la tensión que hace que se vuelvan a repetir (Linehan, 1993a).

Otros comportamientos como ingerir psicofármacos, cortarse o quemarse también pueden funcionar como reguladores emocionales. Todas estas conductas mencionadas, además, resultan ser efectivas, puesto que la persona recibe apoyo y atención por parte del entorno (Linehan, 1993a).

De la misma manera, Serrani (2011) plantea que los comportamientos auto-destructivos son intentos errados de solución a los problemas. En un primer momento, proveen un alivio temporal del sentimiento, pero a la vez aumentan otras emociones como la culpa y la vergüenza, y de este modo la solución elegida se transforma en el problema.

Varios estudios, Favazza (1987), Alderman (1997), Simeon y Hollander (2001) y Nock (2010) coinciden en que los métodos más utilizados por la persona con este trastorno son cortarse, rasguñarse, excoriarse las heridas, golpearse, quemarse, morderse, ingerir cuerpos extraños o tirarse del cabello.

Es interesante mencionar que una gran mayoría de los pacientes con TLP no reportan dolor durante los episodios autolesivos y describen una disminución de los síntomas disfóricos inmediatamente después del hecho (Leibenfulte, Gardner & Cowdry, 1987 en Mendoza & Pellicer, 2002).

Gagliesi (2010) remarca la importancia de los comportamientos que preceden a las conductas autolesivas y plantea que es necesario tenerlos en cuenta para establecer si las autolesiones ocurren como respuesta a una situación, o si se producen para obtener beneficio de las consecuencias de ese hecho. Esta divergencia da cuenta al terapeuta de la línea por la que debe continuar el tratamiento: puede promover el afrontamiento a una determinada situación, o buscar una modificación de las consecuencias y el contexto.

3.1.2.2. Intentos de suicidio

Los intentos de suicidio son comportamientos autodestructivos que fracasan en el logro de quitarse la vida. La ideación suicida, en cambio, es la idea consciente sobre pensar o desear morir, a veces imaginando un plan o un método concreto para realizarlo. Es un paso previo a la conducta suicida, aunque no siempre es seguida por esta (Basile, 2005).

La conducta suicida no letal es la conducta cuya intención no es acabar con la propia vida, es el caso de las autolesiones, que aparecen con frecuencia en los Trastornos de la Personalidad (Vega Piñero, Blasco Fontecilla, Baca García & Díaz Sastre, 2002).

El término parasuicidio es la expresión de la intención, pero sin pasar al acto; se refiere a conductas cuya intención es modificar el ambiente con el propósito de obtener un beneficio, como protesta, venganza u oposición, esperando provocar una respuesta en los demás (Basile, 2005).

El suicidio se define como aquella conducta cuyo fin es la autodestrucción, por acción u omisión, a pesar de que sea muy difícil de comprobar su intencionalidad (Vega Piñero, Blasco Fontecilla, Baca García & Díaz Sastre, 2002).

Shneidman (1985) citado en Walsh (2006), plantea que los intentos de suicidio ocurren más para terminar con la conciencia que para destruir el propio cuerpo. Sugiere que la persona desea frenar el dolor psicológico y, para escapar de su psiquis, hará lo que sea necesario para que este desaparezca de forma permanente.

Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson y Prinstein (2006) citados en Walsh (2006) han realizado un estudio con 89 adolescentes hospitalizados y han encontrado que el 70% de los sujetos que sufrían de autolesiones también habían cometido un intento de suicidio durante su vida. Por ello es importante tener en cuenta que las autolesiones representan un factor de riesgo en los intentos de suicidio.

El Centro de Control y Prevención de Enfermedades (2010) citado en Walsh (2006) ha identificado a través de varios estudios, que los métodos más utilizados para el acto suicida son el arma de fuego, el ahorcamiento, la ingestión de pastillas o veneno, saltar de las alturas, usar instrumentos filosos o verse involucrado en choques.

Walsh (2006) destaca que el método mayormente empleado para autodañarse es cortarse con utensilios filosos, pero el porcentaje en que es utilizado para los intentos de suicidio es solo del 1.7%, en comparación con el arma de fuego que llega al 50%. Esta diferencia fortalece la idea de que las autolesiones tienen un fin que no es el suicidio. Incluso Stanley y Brodsky (2005) citado en Oldham (2006) sugieren que la mayoría de los episodios autolesivos funcionan como formas de comportamiento de autorregulación y no tanto como un intento de suicidio.

Es frecuente en pacientes que han intentado suicidarse la existencia de más de un trastorno del Eje I del DSM-IV o de la coexistencia de trastornos del Eje I y del Eje II, y esta comorbilidad hace que el riesgo de la conducta suicida aumente. Incluso varios autores han mencionado que los Trastornos de la Personalidad y su comorbilidad con trastornos del Eje I podrían ser un factor de riesgo, en especial para el TLP (Lecrubier, 2002).

Asimismo, Vega Piñero, Blasco Fontecilla, Baca García y Díaz Sastre (2002), mencionan que el factor de riesgo más importante en los intentos de suicidio es el padecimiento de un trastorno mental. Establecen que el suicidio es la primera causa de mortalidad en las enfermedades psiquiátricas y que el 90% de los pacientes que se suicidan son portadores de un trastorno mental. Uno de los desórdenes mentales que se asocia con mayor frecuencia a los intentos de suicidio es el TLP, con un riesgo de seis veces más que la población sin este trastorno, lo que alcanza a un 33% de las víctimas suicidas.

Espinosa, Grynberg y Romero Mendoza (2009) realizaron un estudio en el cual los resultados revelaron que los 15 pacientes diagnosticados con TLP correspondientes a la muestra tuvieron 128 intentos de suicidio a lo largo de la vida. Dentro de este estudio, los pertenecientes al rango entre los 18 a 25 años fueron los que registraron la tasa más alta de intentos de suicidio.

Estos datos coinciden con otras investigaciones que indican que los reiterados intentos acontecidos durante el pasado del paciente incrementan el riesgo suicida, además de ser uno de los principales predictores de las conductas suicidas futuras (Espinosa, Grynberg & Romero Mendoza, 2009).

Se debe prestar especial interés en estos datos como factores de riesgo y tenerlos en cuenta para los tratamientos psicoterapéuticos. Dentro de la Terapia Dialéctico Comportamental, se cuenta con una guía para el terapeuta, denominado *Protocolo General Para Asistir a Personas con Ideas Suicidas*. Su orientación es cognitivo-conductual y sistémica, ha sido redactado en un lenguaje informal y directivo, y es utilizado cada vez que aparecen conductas o ideación suicida, en cualquier momento del tratamiento. El protocolo consta de una primera parte referida a Procedimientos Generales para evaluar el riesgo de suicidio o ideación suicida y una segunda parte de Gestión de la Conducta Suicida Aguda utilizada para intervenir en sesión (Gagliesi, 2010).

Gunderson y Ridolfi (2001) citado en Oldham (2006) establecen que los intentos de suicidio fallidos aparecen con mayor frecuencia que los suicidios consumados en pacientes con TLP.

Se estima que el 30% de las personas que mueren por suicidio fueron diagnosticadas por alguno de los Trastornos de la Personalidad y alrededor de un 40% han sufrido intentos de suicidio (APA, 2003 citado en Oldham, 2006).

En poblaciones clínicas, la tasa de suicidio de los pacientes con TLP se estima entre el 8 y el 10% (APA, 2001, citado en Oldham, 2006).

3.1.3. Etiología: Teoría Biosocial

El enfoque teórico de Marsha Linehan, principal responsable del desarrollo de la Terapia Dialéctico Comportamental, supone una aproximación biosocial para explicar el TLP. Desde esta conceptualización, la alteración principal en este desorden se encuentra en el sistema de regulación de las emociones, producto de alteraciones eminentemente biológicas y ambientales, y de su interacción a través del tiempo (Gagliesi et al. 2008).

Cicchetti y Tucker (1994), citado en Hoffman Judd y McGlashan (2003), plantean que una parte importante de la estructuración del cerebro postnatal se produce a través de la interacción del niño con el medio ambiente. Por ello los autores afirman que las personas que desarrollan TLP tienen una predisposición o vulnerabilidad neurobiológica que se puede agravar o amplificar dependiendo del tipo de ambiente en el que el individuo se desarrolle.

El trastorno mencionado cuenta con una posible predisposición genética que se refleja a través de manifestaciones como la impulsividad, las autolesiones, la inestabilidad afectiva y la alteración de la identidad que sufren las personas que padecen este desorden (Hoffman Judd & McGlashan, 2003).

También puede ocurrir que se presenten problemas prenatales y postnatales, que pueden derivar en anomalías estructurales en el cerebro y en trastornos en el sistema neurológico (Hoffman Judd & McGlashan, 2003).

Linehan (1993b) plantea que la disposición biológica puede ser distinta en cada persona, razón por la cual no es probable encontrar una anomalía biológica en la base de todos los casos de TLP. Sin embargo, según Hoffman Judd y McGlashan (2003), muchos estudios han encontrado ciertas alteraciones a nivel cerebral con respecto al volumen del lóbulo frontal, del hipocampo y de la amígdala. Se cree que las personas con TLP tienen una reducción de las indicadas estructuras cerebrales.

La inestabilidad afectiva, la regulación de los impulsos y el comportamiento autoagresivo se relacionan con una alteración en el funcionamiento del sistema serotoninérgico. Varios estudios sugieren que estas condiciones se deben a niveles bajos de serotonina (Hoffman Judd & McGlashan, 2003).

Otros estudios como los de López-Ibor et al. (1990), Stanley et al. (2000), citados en Hoffman Judd y McGlashan (2003), indican que las conductas autolesivas y

suicidas también están relacionadas con ciertas anormalidades del sistema dopaminérgico.

En lo que respecta a la desregulación emocional, García Palacios (2006) sostiene que esta se traduce en una alta vulnerabilidad emocional junto a la inhabilidad para regular las emociones.

La vulnerabilidad emocional se define por tres características:

- ✓ una alta sensibilidad a estímulos emocionales,
- ✓ una respuesta emocional de gran intensidad y
- ✓ un retorno lento a la calma emocional.

Esto significa que en la persona se activan fácilmente emociones en situaciones en las que no se espera que aparezcan, a la vez que se produce una respuesta más intensa de lo predecible. A lo anterior, se le suma el hecho de que el retorno a la calma les toma más tiempo que a otros individuos, y esto hace que el dolor que sienten sea vivido como insoportable y recurran a formas inadecuadas de serenarse (Gagliesi, 2007).

La habilidad para regular las emociones es una capacidad que se va aprendiendo desde la infancia y que a veces las personas con TLP no han podido desarrollar por el contexto de crianza y educación en el que crecieron. Esta habilidad supone dos procesos, por un lado reconocer la emoción que se está experimentando, y por otro reducir estímulos relevantes que puedan aumentar la emoción en curso o producir la aparición de otras respuestas emocionales secundarias (Gagliesi et al., 2008).

Algunas habilidades importantes para la modulación de las emociones son: inhibir comportamientos inapropiados relativos a emociones intensas, ya sean positivas o negativas, reenfocar la atención, regular la activación fisiológica y efectuar acciones dirigidas a alcanzar una meta en presencia de una emoción (Gagliesi et al., 2008).

El contexto familiar y social es un factor fundamental y determinante en la vida de una persona, si este le transmite al individuo que está equivocado en el sentimiento y descripción de su propia experiencia emocional, se produce lo que la TDC denomina como un ambiente invalidante, el cual es predominante en la desregulación emocional (Gagliesi et al., 2008).

Dicho ambiente refiere a un contexto en el que recurrentemente responde de manera inadecuada a las experiencias privadas, ya sean creencias, pensamientos o sentimientos, en especial durante la infancia (Linehan, 1993b).

En general el entorno lo hace de una manera extrema pues, reacciona exageradamente o demasiado poco ante las demandas de la persona (Linehan, 1993b). Sus respuestas son vistas como inadecuadas, erráticas y extremas en lugar de ser atendidas, respetadas y tenidas en cuenta (Gagliesi et al., 2008).

Según García Palacios (2006), cuando se produce una expresión emocional intensa, el ambiente hace ver que el individuo está equivocado en la descripción de su experiencia, se le dice que se controle, que no está bien la manera en que demuestra sus afectos y se le pide que cambie, pero no se le enseña cómo; por ello el niño con alta vulnerabilidad emocional llega a un estado de frustración y culpabilidad por no poder cumplir con las expectativas del ambiente. Asimismo, puede ocurrir que se atribuyan las experiencias a patrones o rasgos de personalidad socialmente inaceptables en el individuo.

De este modo, la invalidación del entorno trae como consecuencia que el niño no pueda aprender a etiquetar sus propias emociones y a modularlas, a tolerar el malestar y a poder establecer objetivos realistas en su vida (Gagliesi et al., 2008).

Por las mencionadas razones, es que uno de los objetivos de la Terapia Dialéctica Comportamental sea justamente reconocer y validar la vulnerabilidad emocional del paciente, así como también proporcionarle las habilidades necesarias para su regulación (Linehan, 1993a).

3.1.4. Prevalencia

Según el Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de España (2006), la prevalencia del Trastorno Límite de la Personalidad se sitúa entre el 1,1% y el 4,6%, y la media se establece en un 2%.

El TLP se diagnostica en el 11% de los pacientes ambulatorios de un servicio de psiquiatría y en un 19% de los pacientes hospitalizados en una unidad de salud mental. Alrededor del 50% de los pacientes con Trastornos de la Personalidad hospitalizados corresponden a un TLP (Selva, Bellver & Caraval, 2005).

Asimismo, García López, Martín Pérez y Otín Llop (2010) sostienen que entre el 11 y el 20% se encuentran los pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental y entre el 18 y el 32% los pacientes hospitalizados.

La edad de aparición más frecuente comprende la transición de la adolescencia a la edad adulta y es raro su diagnóstico luego de los 40 años. Diferentes estudios en adolescentes plantean una tasa de frecuencia de dicho desorden del 14% en edades

comprendidas entre 14 y 20 años, aunque la tasa más alta se encuentra entre los 19 y los 34 años (Selva, Bellver & Caraval, 2005).

Hay un predominio en el sexo femenino que se refleja en la mayoría de los estudios, tanto comunitarios, ambulatorios y hospitalarios. Los datos se estiman en un 75% de prevalencia en mujeres (Selva, Bellver & Caraval, 2005).

La tasa de suicidio consumado en el TLP alcanza el 9%, mientras que la tasa de intentos de suicidio se elevaría al 70%, con una media de 3 intentos por paciente. Estos datos proporcionan información relevante sobre el alto índice de intentos de suicidio, y es por ello que se hace necesario tenerlos en cuenta para el tratamiento con dichos pacientes (Selva, Bellver & Caraval, 2005).

Del mismo modo, es importante conocer que la tasa de suicidio se duplica cuando hay historia de comportamientos autodestructivos como es el caso de las personas que padecen TLP, en donde un 70% manifiestan este tipo de conductas, ya sea automutilación, abuso de sustancias o intentos de suicidio (Serrani, 2011).

3.1.5. Comorbilidad

Según lo establecido por el Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de España (2006), hay una alta probabilidad de que el Trastorno Límite de la Personalidad se manifieste junto con otros trastornos del Eje I y II del DSM-IV.

La comorbilidad con trastornos del eje I es la siguiente:

- 93% presenta un Trastorno Afectivo: 83% Depresión Mayor, 38% Distimia y un 9% Trastorno Bipolar tipo II.
- 88% presenta un Trastorno de Ansiedad: 56% Trastorno por Estrés Postraumático, 48% Trastorno de Pánico, 46% Fobia Social, 32% Fobia Simple, 16% Trastorno Obsesivo Compulsivo, 13% Trastorno de Ansiedad Generalizada y 12% Agorafobia.
- 64% presenta un Trastorno por Abuso de sustancias: 52% abuso/dependencia de alcohol y un 46% abuso/dependencia de otras sustancias.
- 53% presenta un Trastorno del Comportamiento Alimentario: 26% Bulimia y 21% de Anorexia.

La comorbilidad con trastornos del Eje II:

Suele ser comórbido con otros Trastornos de la Personalidad como el antisocial, el evitativo, el histriónico, el narcisista y el esquizotípico.

Medina y Moreno (1998) plantean que la comorbilidad entre los Trastornos de la Personalidad y los trastornos mentales puede deberse a que los primeros actúan como factor predisponente de los segundos, sin embargo, Echeburúa y De Corral (1999), sugieren que los Trastornos de la Personalidad son una secuela de los trastornos mentales.

La asociación de un Trastorno Afectivo o de Ansiedad con un Trastorno de la Impulsividad es un indicador que permitiría predecir la presencia de un TLP (Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, 2006).

A menudo a causa de esta alta comorbilidad, antes de ser diagnosticados como TLP han recibido otros diagnósticos. Según un estudio de Ruggero, Zimmerman, Chelminski y Young (2009), un 40% de los pacientes diagnosticados con TLP reportaron haber sido diagnosticados previamente con Trastorno Bipolar (TB) de manera errónea. Una de las conclusiones a las que se arribó fue la idea de que los pacientes que habían recibido diagnóstico incorrecto previo de TB tenían más probabilidades de ser diagnosticados con TLP que los pacientes que no habían sido mal diagnosticados.

3.2. TERAPIA DIALÉCTICO COMPORTAMENTAL

3.2.1. Principios básicos

Según Linehan (2006), el carácter diferente y la relevancia clínica del TLP han hecho que existan tratamientos cada vez más específicos para este trastorno.

Los objetivos generales de las psicoterapias están orientados a disminuir la intensidad y la prevalencia de las conductas autodestructivas, y también a que el paciente pueda mejorar sus relaciones interpersonales, así como a una mayor integración y comprensión de sus conflictos internos y relacionales (Díaz Curiel, 2001).

De este modo, el tratamiento con más evidencia y trayectoria para el TLP (Gagliesi et al., 2012) y con más datos de eficacia clínica positiva (Quiroga Romero & Errasti Pérez, 2001) es la Terapia Dialéctico Comportamental.

La TDC está creada especialmente para pacientes con TLP graves, con altos índices de conductas suicidas y parasuicidas. Es uno de los trastornos más difíciles de tratar y que, por consiguiente, resulta ser muy estresante para los terapeutas (Díaz-Benjumea, Linehan, Cochran & Kehner, 2003).

La terapia mencionada es una modificación del tratamiento cognitivo-conductual y surge como una alternativa para el manejo de pacientes crónicos y con múltiples diagnósticos en el eje I y II del DSM IV (Gempeler, 2008).

Sus principales objetivos son reducir y luego eliminar los comportamientos que atentan contra la vida del paciente, los que interfieren con el tratamiento y los que afectan la calidad de vida, además de buscar el aumento de las habilidades conductuales (Linehan, 1993).

Las investigaciones sobre la eficacia de la TDC resaltan la reducción de la conducta parasuicida y la permanencia de los pacientes en el tratamiento (Díaz-Benjumea et al., 2003). Por ello, Quiroga Romero y Errasti Pérez (2001) lo describen como el tratamiento mejor estudiado y el que presenta más datos de eficacia clínica positiva, específicamente tratado para pacientes con TLP con comportamientos suicidas e inestabilidad afectiva.

La TDC es un tratamiento que ha sido diseñado para personas que presentan conductas autolesivas, pensamientos, deseos e intentos suicidas, problemas alimentarios, y uso y abuso de psicofármacos y drogas. Al comienzo se utilizaba la Terapia Cognitiva Conductual para el tratamiento de este tipo de problemáticas, pero luego al no dar los resultados esperados, se incorporaron nuevas técnicas y se desarrolló la TDC (Linehan, 1997).

La orientación de este tratamiento agrupa tres perspectivas distintas, la orientación conductual, la filosofía dialéctica y la tradición budista zen, que permite a las personas comportarse de una forma más eficiente y poder vivir una vida más equilibrada (Díaz-Benjumea et al., 2003).

Una de las habilidades centrales de esta terapia, derivada de las prácticas espirituales orientales, es la conciencia plena o *mindfulness*, que se refiere a la habilidad de adquirir una mayor conciencia de sí mismo y del contexto donde uno se encuentra, es decir, aprender a controlar la atención, y centrar la mente y la conciencia en la actividad que se está realizando, ubicando el foco en una sola cosa a la vez. Implica también adoptar una postura no sentenciosa, sin juzgar las cosas como buenas o malas (Linehan, 1993b).

La filosofía dialéctica es el principio fundamental de la TDC; permite destrabar formas rígidas de pensamiento, abandonando el pensamiento dicotómico e intentando aproximaciones entre los opuestos, por ejemplo propone balancear “cambio y aceptación”, dos estrategias que parecen contradictorias pero que resultan imprescindibles para esta terapia (Linehan, 1997). La noción de dialéctica significa “evaluar e integrar ideas y hechos contradictorios en una visión que resuelve las contradicciones aparentes” (Linehan, 1997, p. 4).

Otro de sus fundamentos es la Terapia Cognitiva Conductual, que pone el énfasis en la adquisición de nuevos comportamientos y en la modificación de modos autodestructivos de pensar (Linehan, 1997).

Los conceptos de aceptación y validación son imprescindibles dentro de la TDC, pues se busca que el individuo aprenda a aceptar la experiencia de dolor en lugar de recurrir a las conductas autodestructivas. La validación es necesaria para comunicarle a otro que sus sentimientos, sus pensamientos o sus acciones tienen sentido y son entendibles dentro de su contexto o de su vida actual. Esta es una manera también de comunicar aceptación. El terapeuta utiliza estos conocimientos para reconocer la validez de la conducta de la persona, aunque no acepte la totalidad de las conductas como saludables o adaptativas (Linehan, 1997).

El programa tiene cinco funciones principales:

- Aumentar las capacidades tales como regular las emociones, mantener la atención a la experiencia del momento presente, ser efectivo en la resolución de situaciones interpersonales y tolerar las crisis sin empeorarlas. Dichas habilidades se trabajan en las clases grupales, las cuales son apoyadas por los módulos correspondientes a cada habilidad.
- Asegurar la generalización de las habilidades a la vida cotidiana. Esta tarea corresponde a la psicoterapia individual, pues se requiere el trabajo de practicar los recursos aprendidos, ensayarlos y adaptarlos a cada persona.
- Mejorar la motivación y reducir problemas conductuales. Se busca motivar a las personas a cambiar y a abandonar conductas desadaptativas.
- Mantener y aumentar la motivación del terapeuta. La complejidad del TLP hace que muchas veces se pongan a prueba las capacidades o competencias de los trabajadores de la salud mental, por ello una herramienta útil para este tipo de casos es llevar a cabo reuniones de equipo, en donde el terapeuta pueda plantear sus inquietudes y seguir adelante.
- Estructurar el ambiente de manera que se refuercen las conductas más efectivas y no las problemáticas o maladaptativas (Gagliesi, 2007).

En la TDC las estrategias de tratamiento se aplican teniendo en cuenta las características del paciente y el momento terapéutico en el que se encuentre. Estas se relacionan con técnicas específicas para lograr un objetivo determinado y con la función que cumple el terapeuta en cada una de ellas (Aramburú Fernández, 1996).

Los 4 tipos de estrategias que se utilizan son las siguientes:

- **Estrategias Dialécticas:** funcionan como un elemento organizador de la terapia. El terapeuta continuamente busca el equilibrio entre las tensiones que se producen en la terapia, principalmente entre la aceptación y el cambio. Se utilizan las conductas de oposición para encontrar una síntesis y se intenta que el paciente abandone su pensamiento dicotómico.
- **Estrategias Centrales:** se consideran la base del tratamiento, incluyen la “validación”, orientada a la aceptación, y la “resolución de problemas” orientada al cambio. Se enfatiza en la necesidad de equilibrar ambos tipos de estrategias a lo largo de la terapia.
- **Estrategias de Estilo:** se refieren a estilos de comunicación contrapuestos, la comunicación recíproca por un lado y la irreverente por el otro. Es importante que ambas se equilibren mutuamente.
- **Estrategias de Dirección del Caso:** representan la forma en que el terapeuta se relaciona con el mundo externo del paciente. Él mismo funciona como asesor, no interviene en el entorno, sino que busca que el paciente trate con este (Aramburú Fernández, 1996).

3.2.2. Etapas del tratamiento

Según Díaz-Benjumea et al. (2003), la TDC fue creada para tratar con pacientes con distintos niveles de gravedad y fue concebida para aplicarse en estadios, que preparan a la persona para el posterior; es preciso destacar que solo se puede avanzar en las etapas si se han completado los objetivos acordados. Este programa de tratamiento se basa en una jerarquía de metas terapéuticas que se abordan en función de su importancia y se establecen en la terapia individual.

A continuación se describe el programa de tratamiento. La intervención se estructura en una fase de pretratamiento y tres de tratamiento.

Pretratamiento: orientación y compromiso.

Se exponen las bases del tratamiento, explicando la terapia cognitivo-conductual y el aprendizaje de habilidades. Se determinan los límites de la terapia y se busca que terapeuta y paciente lleguen a un acuerdo y compromiso de trabajar juntos durante un determinado periodo (Díaz-Benjumea et al., 2003). La orientación no se basa solo en la descripción del tratamiento, sino que también está apuntada a desarrollar la motivación del paciente (Miller, Rathus & Linehan, 2007).

Etapa 1: lograr capacidades básicas.

Se centra en conseguir un modo de vida razonablemente funcional y estable, para ello se busca disminuir las conductas que atentan contra la vida, como son las suicidas, las parasuicidas y las conductas autolesivas (Díaz-Benjumea, et al., 2003).

En pacientes graves esta etapa tiene aproximadamente un año de duración, y se utiliza terapia individual, terapia de grupo y consultas telefónicas (Díaz-Benjumea et al., 2003).

Hay un alto índice de abandono de la terapia y un alto grado de tensión en los terapeutas, por ello el segundo objetivo es centrarse en las conductas que interfieren con la terapia tanto por parte del paciente como del terapeuta y así poder trabajarlas dentro de la sesión (Díaz-Benjumea et al., 2003).

Con el tratamiento usual, conformado por psicoterapia, medicación y hospitalizaciones breves, la tasa de deserción es del 60%; mientras que con terapias específicas, como la TDC, la tasa alcanzada es del 16,7% (López, Cuevas, Gómez, Mendoza, 2004).

Gracias a este tratamiento se obtienen mejorías significativas entre los 12 a 18 meses. La impulsividad y la inestabilidad afectiva empiezan a remitir entre los primeros cuatro a seis meses de terapia (López, et al., 2004).

En tercer lugar se trabajan las conductas que interfieren con la calidad de vida, como el abuso de sustancias, los trastornos de alimentación, las conductas criminales, y las conductas disfuncionales relacionadas con el hogar, con la salud, entre otras. Se busca que el paciente alcance una vida mínimamente segura y adecuada (Díaz-Benjumea et al., 2003).

Por último y de acuerdo con Linehan (1993a) la meta es el incremento de habilidades, como son controlar la atención en el presente y dejar de preocuparse en el futuro o de obsesionarse con el pasado; comenzar nuevas relaciones, mejorar las actuales y terminar con las que sean problemáticas; entender qué son las emociones y experimentarlas de un modo que no resulten avasallantes y, finalmente, tolerar el dolor emocional sin recurrir a conductas autolesivas.

Etapa 2: reducción de la angustia postraumática.

El foco de esta etapa está dirigido a procesar hechos traumáticos anteriores. El procedimiento consiste en exponer al paciente a claves asociadas con el trauma. Se trata de recordar y aceptar los hechos traumáticos tempranos, y reducir la estigmatización y autoinculpación que suele asociarse con estos. Para ello, se incorporaron a la TDC las

técnicas cognitivas comportamentales diseñadas por Edna Foa y Barbara Rothbaum para el tratamiento de experiencias traumáticas (Díaz-Benjumea et al., 2003).

En esta fase el terapeuta trabaja con el paciente para que experimente todas sus emociones sin negarlas, permitiendo que lo orienten y conduzcan (Linehan, 1993)

Etapa 3: incrementar el autorespeto y alcanzar logros personales.

Se pretende aumentar la autoestima del paciente y la confianza en sí mismo, así como lograr que su autorespeto sea razonablemente independiente de la valoración externa, es decir que aprenda a validar sus propias experiencias. También se fomenta que el paciente se plantee metas vitales realistas en distintas áreas como el trabajo, los estudios, la familia o la pareja. Por último, se busca promover la independencia para con el propio terapeuta que irá estimulando los pasos hacia su autonomía (Díaz-Benjumea et al., 2003).

Etapa 4: resolver sentido de incompletud y encontrar libertad y disfrute.

Según Linehan (1993a), para tener una vida plena las personas deben aprender nuevas habilidades, aprender además a experimentar sus emociones y alcanzar metas en la vida. La autora plantea que la terapia no termina hasta que todas estas metas sean alcanzadas y, al mismo tiempo, se construya una vida que valga la pena de ser vivida (Miller, Rathus & Linehan, 2007).

3.2.3. Tratamiento individual

En la TDC el terapeuta individual es el terapeuta principal dentro del equipo, es el responsable de organizar el tratamiento completo, por lo tanto las otras modalidades de tratamiento giran en torno a la terapia individual (Díaz-Benjumea et al., 2003).

Dicho terapeuta tiene la tarea de ayudar al paciente en la desregulación emocional y con las conductas problema, intentando reemplazarlas por otras más adaptativas mediante la enseñanza de habilidades. Es necesario que se tengan en cuenta los factores ambientales y personales que pueden estar inhibiendo las conductas efectivas del paciente y reforzando las conductas inadaptadas (Linehan, 1993a).

El terapeuta debe trabajar para establecer una relación interpersonal fuerte y positiva con el paciente desde un principio. Esto es esencial puesto que la relación con el terapeuta es con frecuencia el único refuerzo que funciona en la gestión y en el cambio en el comportamiento. Incluso a veces la relación terapéutica es la que mantiene la vida del paciente cuando todo lo demás falla (Linehan, 1993a). En consecuencia, uno de los objetivos de la fase inicial es desarrollar prontamente un apego entre el terapeuta

y el paciente, y para ello se requiere el énfasis en la validación de las experiencias cognitivas, afectivas y comportamentales, en la claridad del contrato, en enfocarse en terminar con las conductas suicidas y construir una vida que valga la pena, en proveer disponibilidad y fácil contacto a través de las llamadas telefónicas, y en remarcar un estilo de comunicación recíproca, entre otras (Linehan, 1993b).

Es importante mencionar que el 77% de los adolescentes que cometen suicidio abandonan el tratamiento terapéutico o directamente no comienzan uno, por ello es primordial que el terapeuta esté capacitado en una variedad de estrategias y técnicas para obtener la atención y el compromiso del paciente (Trautman et al., 1993 citado en Miller, Rathus & Linehan, 2007). Algunas de ellas tienen que ver con tomar una posición activa para con el adolescente, en especial al comienzo del tratamiento; otras, con expresarse de una manera amigable e igualitaria, siempre que sea acompañado de conocimiento, confianza en sí mismo y credibilidad por parte del terapeuta (Miller, Rathus & Linehan, 2007).

La terapia individual puede establecerse en una o dos sesiones semanales de acuerdo al caso. En general, al inicio de la terapia o en situaciones de crisis se pactan sesiones de dos veces por semana. Su duración es de 50-60 hasta 90-110 minutos (Linehan, 1993b). En esta se trabaja siguiendo los objetivos programados y a la vez se tiene en cuenta lo que en cada momento presente está siendo activado en el paciente (Díaz-Benjumea et al., 2003).

La conducta suicida constituye la principal prioridad desde la primera sesión cuando se plantea el contrato de tratamiento. Una vez que está bajo control, el terapeuta abordará la siguiente conducta dentro de la jerarquía de objetivos del proceso terapéutico (Aramburú Fernández, 1996).

El paciente y el terapeuta crean un acuerdo oral en donde el paciente se compromete a mantenerse dentro del tratamiento por un período de tiempo, en general de seis meses a un año, conjuntamente se compromete a asistir a la terapia individual y al grupo de habilidades, a trabajar para reducir las conductas que figuran en la etapa 1 del tratamiento y en llamar al terapeuta cuando sea necesario (Miller, Rathus & Linehan, 2007).

Al final de este año, se evalúa el progreso y se discute si se debe continuar trabajando juntos (Linehan, 1993a). Para obtener el compromiso de reducir las conductas incluidas en la primera etapa del tratamiento, es fundamental que el terapeuta

las relaciones con los objetivos a largo plazo discutidos previamente con el paciente (Miller, Rathus & Linehan, 2007).

Habitualmente se utilizan tarjetas de registro diario que son presentadas durante las primeras sesiones; su finalidad es obtener información acerca de las conductas que la persona realizó en la semana. Esto le permite al terapeuta observar los logros o las dificultades que surgieron. Estas tarjetas se revisan al principio de cada sesión y si aparecieran conductas desadaptativas, –también llamadas conductas problema–, se deberán tratar en esa misma sesión (Gagliesi, 2007).

Las tarjetas que se utilizan se dividen en varias columnas con una puntuación de 0 a 5. La primera columna refiere al impulso de consumir, suicidarse o autodañarse; la segunda describe las emociones –dolor, tristeza, vergüenza, ira, miedo–; la siguiente incluye el consumo de drogas –ilegales, de venta libre o prescrita, alcohol–; la próxima especifica las acciones de autodañarse o mentir, y la última columna pregunta acerca de las habilidades que la persona pudo o no utilizar en ese momento de crisis.

Esta tarjeta diaria, además permite focalizar las conductas en aquellas que atentan contra la vida, las que atentan contra la terapia (faltar a las sesiones, llegar tarde, entre otras) y las conductas que interfieren con la calidad de vida (Gagliesi, 2007).

Completar el registro diariamente ya es una intervención que puede ayudar a la persona a reducir las conductas problema; además funciona para mantener un registro más fehaciente de las emociones y conductas, así como también permite percibir relaciones potenciales entre estas.

3.2.4. Tratamiento grupal: Entrenamiento en Habilidades

El grupo de habilidades se lleva a cabo una vez por semana en sesiones de dos horas y media, a las cuales los pacientes asisten al menos el primer año de tratamiento. Se compone de dos terapeutas y de 6 a 8 pacientes (García Palacios, 2006).

La secuencia completa de entrenamiento se llega a cumplir en seis meses, pero se requiere entrenar las habilidades de cada módulo por lo menos dos veces, para que los pacientes logren hacer un uso apropiado de las habilidades adquiridas (Serrani, 2011).

La meta principal es el entrenamiento en habilidades comportamentales con el fin de aplicarlas a la vida diaria, y de mejorar patrones interpersonales, emocionales y cognitivos (García Palacios, 2006).

Como plantea Linehan (1993b) la mayoría de las personas con TLP no quieren integrarse a un grupo, sin embargo este tiene muchas ventajas: los terapeutas tienen la

oportunidad de observar y trabajar las conductas interpersonales, y los pacientes pueden interactuar con otras personas como ellos, a la vez que aprenden unos de los otros.

Para facilitar la enseñanza de habilidades, se cuenta con un manual dividido en cuatro módulos correspondientes a cada habilidad, con el cual se trabaja durante todas las sesiones (Serrani, 2011). La primera parte de las sesiones consiste en que cada participante cuente cómo le ha ido con las habilidades durante la semana y en qué situaciones las ha utilizado (Linehan, 1993b).

Las habilidades son las siguientes:

- **Habilidades de conciencia plena o *mindfulness*:** en esta sección se trata de entrenar la atención y focalizarla en el momento presente con el fin de descubrir y validar lo adaptativo, y a la vez reemplazar las conductas problema por nuevas formas de sentir, pensar o comportarse que sean más adaptativas (García Palacios, 2006). Las habilidades de conciencia se aplican también para el resto de las habilidades (Linehan, 1993b).
- **Habilidades de efectividad interpersonal:** se pone el foco en la enseñanza de estrategias efectivas para poder obtener los cambios que la persona desea, para mantener las relaciones a lo largo del tiempo y para conservar el respeto personal. El objetivo de este módulo es llegar a aplicar habilidades específicas de resolución de problemas interpersonales, sociales y de asertividad con el propósito de modificar ambientes aversivos (Linehan, 1993b).
- **Habilidades de regulación de las emociones:** se utilizan para prevenir y modular estados emocionales extremos. Se busca que la persona aprenda la función de las emociones y su identificación. Otros objetivos son reducir la vulnerabilidad emocional e incrementar la ocurrencia de acontecimientos emocionales positivos (Linehan, 1993b).
- **Habilidades de tolerancia al malestar:** son estrategias que sirven para sobrevivir a momentos difíciles como las crisis emocionales extremas. Se relacionan con la capacidad para aceptarse a uno mismo, aceptar los pensamientos, las emociones y las conductas sin intentar cambiarlos o controlarlos. La meta es ser capaz de tolerar la situación actual de una manera no evaluativa ni enjuiciadora (Linehan, 1993b).

3.2.5. Taller de psicoeducación y entrenamiento en habilidades para familiares y allegados de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad

A partir de un curso de postgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, se dio comienzo al diseño de un taller psicoeducacional para los familiares y allegados de personas con TLP. Como consecuencia, un grupo de profesionales de la institución, se ocupó de desarrollar un manual psicoeducativo sobre el TLP, que ha sido creado específicamente para familiares y allegados a personas con dicho trastorno (Apfelbaum & Gagliesi, 2004).

El taller tiene una duración de tres horas semanales, en las cuales se les otorga a los participantes el material psicoeducativo para trabajar durante el curso. El propósito principal es que los familiares y allegados puedan conocer las características de este trastorno, aprendan herramientas para mejorar el vínculo y, de esta manera, puedan tener una mayor comprensión de lo que le sucede a la persona que padece este desorden (Gagliesi et al., 2008). Autores como Apfelbaum y Gagliesi (2004) mencionan que solo la mitad de las personas que asistían al taller tenían conocimientos previos sobre el TLP.

Los familiares y allegados se sienten responsables, incomprensidos, manipulados y muchas veces sienten furia, negación, confusión y aislamiento. Por ello la psicoeducación es una herramienta fundamental para proveerles información científico-técnica sobre el desorden mencionado. Además, ayuda a la comunicación y al establecimiento de objetivos y metas en común (Apfelbaum & Gagliesi, 2004)

Por último, participar del taller con otras personas que transitan por situaciones similares brinda alivio, comprensión, esperanza y apoyo mutuo (Gagliesi et al., 2008).

3.2.6. Asistencia telefónica

Según Linehan (1993a), las estrategias por teléfono para TDC están diseñadas para enseñarle al paciente cómo aplicar las habilidades que está aprendiendo en la terapia y poder generalizarlas a las situaciones de la vida cotidiana.

Uno de los principales objetivos es que provee la oportunidad de reducir las conductas suicidas, parasuicidas y desadaptativas que le sirven al paciente para regular su estado de ánimo. Del mismo modo, brindan un tiempo de terapia adicional entre sesiones, ya que los pacientes frecuentemente necesitan mayor contacto terapéutico de lo que se puede ofrecer en una sola sesión (Linehan, 1993a).

Muchas personas con TLP tienen una enorme dificultad para pedir ayuda de manera efectiva. Algunos se abstienen de pedirla directamente, por miedo, por

vergüenza, o porque creen que sus necesidades no son válidas. Otros pacientes en cambio lo hacen de una manera exigente o abusiva (Linehan, 1993a). Por esta razón es que las estrategias telefónicas han sido diseñadas para brindar entrenamiento a los pacientes sobre cómo pedir ayuda en forma más adaptativa (Linehan, 1993a).

Como sostienen Gagliesi y Lencioni (2008), el llamado telefónico está mediado por horarios, circunstancias prescriptas, motivos o pedidos particulares de los pacientes a los profesionales de la salud. La aplicación de las distintas estrategias será modificada dependiendo el caso de cada paciente, y de acuerdo a aquellos que no llaman nunca o aquellos que lo hacen en exceso (Linehan, 1993a).

Una regla fundamental en la TDC es que los pacientes deben llamar a su terapeuta al principio de una crisis o antes de involucrarse en comportamientos parasuicidas, pues luego de la conducta autolesiva hay poca necesidad de la asistencia del terapeuta y de alguna manera el paciente ya ha resuelto su problema, aunque de modo desadaptativo. Por ello, una vez que la conducta parasuicida ha ocurrido, no se le permite llamar a su terapeuta por 24 horas después de realizada la conducta problema, a menos que su vida este en riesgo.

Los contactos telefónicos se dividen en tres tipos:

Llamadas telefónicas del paciente al terapeuta. Pueden ocurrir cuando el paciente busca reparar la relación terapéutica luego de una ruptura. Aquí el rol del terapeuta será el de calmar y reasegurar. También pueden deberse a una crisis o a la inhabilidad para resolver un problema actual, en donde el foco se centrará en la aplicación de las habilidades y no en el análisis profundo del problema.

Llamadas telefónicas regulares del paciente al terapeuta preplanificadas. Se utilizan cuando el paciente necesita más tiempo y atención de lo que se brinda en una sesión individual.

Llamadas telefónicas del terapeuta al paciente. Se planean cuando el paciente está atravesando un momento difícil, afrontando un evento muy estresante, tratando de evitar la terapia o trabajando en un problema puntual (Linehan, 1993).

Se recomienda que el contacto telefónico sea breve, no más de 20 minutos, directivo y enfocado en el uso de habilidades, puesto que si la asistencia telefónica se convirtiera en una charla cálida y contenedora, se reforzaría la aparición de las crisis a cambio de atención y contención, y justamente no se requiere que el llamado refuerce la aparición de conductas desadaptativas (Gagliesi & Lencioni, 2008).

4. MÉTODO

El estudio es descriptivo.

4.1 Participantes

Participó de esta investigación una paciente (de aquí en adelante M.) de 15 años de edad a la cual se le diagnosticó TLP y TB hace dos años. En la actualidad el diagnóstico es el de TLP.

M. es estudiante de 4° año del secundario y vive con sus padres.

M. está hace un año bajo tratamiento individual y grupal con TDC . Además realiza tratamiento psiquiátrico

También participó de esta investigación el terapeuta de M., a quien se le realizó una entrevista.

4.2. Instrumentos

Historiales Clínicos

A través de este instrumento se describen datos relevantes concernientes a la historia del paciente.

Registro diario

Es un registro que debe completar el paciente para cada sesión individual; aporta datos acerca de los impulsos que ha tenido para realizar las conductas problema, de sus emociones en dicho momento y de la utilización de las habilidades aprendidas en el grupo.

Observación participante del grupo de habilidades

Se recolectaron datos mediante un registro de observaciones del grupo de habilidades. Se describieron las estrategias que la paciente utilizó para disminuir las conductas problema a partir de lo que relataba dentro del grupo.

Entrevista

Se realizó una entrevista al terapeuta individual con el fin de obtener datos relevantes acerca del tratamiento de la paciente; se focalizó en las etapas del tratamiento, en la adherencia a este, en la evolución, en las conductas problema, entre otras; y se realizó una entrevista semiestructurada a la paciente, en la que se desarrollaron las áreas volitiva, académica, social, familiar junto con sus intereses.

4.3. Procedimiento

El estudio se llevó a cabo recopilando datos a través de la historia clínica de la paciente y de la entrevista realizada al terapeuta individual con el fin de obtener información acerca del tratamiento de la paciente y de su evolución.

También se concurrió al grupo de habilidades durante un período de tres meses, una vez por semana durante dos horas y media, con el fin de observar las estrategias utilizadas por la paciente para disminuir o evitar las conductas problema.

Por último se entrevistó a la paciente para obtener datos referentes a su estado actual, luego de un año de tratamiento con TDC.

5. DESARROLLO

5.1. Historia y características del Trastorno Límite de la Personalidad que presenta la paciente.

M. es una adolescente de 15 años de edad que vive con sus padres y con su hermana . Es estudiante de 4º año del secundario, refiere que le gustaría estudiar psicología cuando termine el colegio y también ser cantante profesional. Concorre a clases de canto hace poco menos de un año.

Su grupo de amigos está compuesto por los del colegio y por los del club. Está de novia con un compañero hace seis meses y menciona también tener un mejor amigo, al que llama cuando lo necesita, lo extraña o se siente sola.

A la edad de 13 años falleció su hermana menor, luego de padecer una enfermedad degenerativa que la tuvo postrada en una cama durante 10 años, sin contacto con su entorno y con asistencia respiratoria. A esa misma edad, M. comenzó con síntomas de la serie depresiva, que se alternaban con episodios de irritabilidad y angustia. Además empezó con ideación suicida y con conductas autolesivas, específicamente cortes en los antebrazos, no siempre con fines suicidas, pero si con la intención de regular sus emociones –en concordancia con Walsh (2006), quien afirma que la mayoría de las personas se autodañan con el propósito de aliviar sentimientos dolorosos más que como un deseo de morir–.

Tuvo dos episodios de sobreingesta medicamentosa con necesidad de asistencia médica, uno de ellos desatado por conflictos con su pareja. También se efectuó un corte profundo en las venas provocado por una botella en un terreno baldío.

Sus intentos de suicidio, conforme su terapeuta, se sostenían bajo la idea de “*sacarles un peso de encima a sus padres*”, dado que se sentía una molestia para ellos y no quería verlos sufrir por ella como lo habían hecho por su hermana.

Por pedido de sus padres inició tratamiento psicológico y al poco tiempo también concurrió a tratamiento psiquiátrico. Le suministraban antidepresivos y gotas para dormir.

La paciente relató que en su primer tratamiento no hablaba de sus emociones ni mencionaba sus ideas de muerte, sino que solo permanecía en silencio y llamaba a su madre quien expresaba por ella lo que sentía.

Dice: *“No quería que nadie me ayudara; en ese momento mi objetivo era matarme, no me importaba curarme. Yo me quería matar”*.

Al tiempo dejó el tratamiento terapéutico y a la vez fue derivada a otro psiquiatra. En este segundo tratamiento, decidió describir todo lo que sentía, se dio cuenta de que no podía seguir así, ni por ella ni por los que la rodeaban.

A raíz de esto, estuvo internada en una clínica psiquiátrica durante seis días, principalmente por sus ideas de muerte con planes de suicidio. Este suceso la separó de su actividad académica, lo que aumentó así un aislamiento ya existente. Relata haber tenido una mala experiencia allí, pues le proporcionaban una alta dosis de medicación. Además menciona: *“No podía ir al colegio en esas condiciones, tenía clases en un tercer piso y estaba aterrada porque decía 'me voy a matar en el colegio', así que le dije a la psicopedagoga: 'me quiero suicidar' y ahí decidieron que no vaya al colegio por un tiempo”*.

Posteriormente la paciente fue derivada para tratamiento psiquiátrico y para tratamiento psicológico. El programa inicial fue de dos sesiones semanales individuales, concurrencia al grupo de habilidades, una sesión semanal con la psiquiatra y taller para padres, al que asistió su madre.

Las conductas problema que presentaba M. al comienzo eran la ideación suicida, los cortes en los antebrazos para regular su ansiedad y malestar y las conductas restrictivas alimentarias, y las emociones que presentaba con mayor nivel de desregulación eran el miedo –a estar sola, a sentirse rechazada–, y la vergüenza.

Como ya se mencionó, M. comenzó con los episodios de desregulación emocional tras la muerte de su hermana, sin embargo señala que ya lo ha superado y aclara: *“No pasa nada, está todo bien con ese tema”*. El terapeuta individual infiere en que la paciente se disocia de muchos acontecimientos y que cuando habla de sucesos similares al estímulo desencadenante aparece la emoción. Por ejemplo las situaciones emocionalmente equivalentes a aquel suceso, ya sea abandono, muerte o circunstancias

en las que puede llevarles problemas a sus padres, provocan que M. se active emocionalmente, se desregule y comience con ideas suicidas o autolesiones.

Como se expuso anteriormente, la vulnerabilidad emocional está presente en las personas con TLP, lo que significa que presentan una alta sensibilidad a los estímulos emocionales, junto con una elevada intensidad de las emociones y un lento regreso al estado de calma (Gagliesi, et al. 2008). Esta vulnerabilidad es la que produce que la paciente sienta una emoción con una intensidad mayor que otra persona, incluso produce que sus reacciones sean extremas y que se dificulte el regreso al estado previo.

En la historia de M., una de las emociones con mayor nivel de desregulación era la vergüenza. Por ello a continuación se desarrollan dos episodios en donde esta emoción ha sido vivida con una intensidad tan elevada que llegó a producir que los sucesos ocurridos se conviertan en hechos traumáticos.

La primera situación ocurrió a los nueve años, M. se encontraba en el baño, estaba masturbándose mientras se bañaba, su madre abrió la puerta y al verla dijo: *“Deja de hacerle el amor a los dedos”*. Luego la paciente refirió que su madre al salir del baño había comentado el incidente con su padre a modo de risa. Este hecho, sumado a la sensibilidad de M. con respecto a la vergüenza, hizo que ella comenzara a bañarse con traje de baño a partir de ese momento.

El otro episodio surgió a raíz de comentarios con respecto a la forma en la que M. cantaba, como por ejemplo: *“Callate que estas desafinando un montón”*. Dicha interpretación hace referencia a un contexto invalidante, en el cual se responde de manera inadecuada a la experiencia personal (Gagliesi et al., 2008). Esa situación que había pasado a ser traumática por el miedo a cantar, a exponerse y a sentirse avergonzada y rechazada, pudo repararse e incluso, actualmente M. retomó las clases de canto que había abandonado.

Cuando M. llegó a la institución, su diagnóstico era el de Trastorno Bipolar además del de TLP, sin embargo el terapeuta individual de la Fundación no coincidió con dicha comorbilidad. Explicó que nunca tuvo episodios maníacos o depresivos, ni tampoco mantuvo un estado de ánimo depresivo o pérdida de interés en las actividades de su vida; por lo tanto el tratamiento se dirigió únicamente a tratar el TLP. Estos datos coinciden con el estudio de Ruggero, Zimmerman, Chelminski y Young (2009) mencionado en el apartado anterior, en el cual un 40% de los pacientes diagnosticados con TLP habían sido diagnosticados anteriormente con un Trastorno Bipolar de modo erróneo.

A continuación se describen las características del Trastorno Límite de la Personalidad que muestra la paciente. M. cumple con los criterios diagnósticos a los que se hace referencia en el apartado anterior, sin embargo no se le dio el diagnóstico correspondiente al ser menor de 18 años. Se le explicó el concepto de desregulación emocional y las características que posee dicho desorden.

Los criterios, tal como figuran en el DSM-IV (2005) que presentaba M. cuando comenzó a hacer tratamiento eran principalmente la ideación suicida con planes de suicidio y las autolesiones con planes para cortarse. Además presentaba una inestabilidad respecto de las relaciones interpersonales, del estado de ánimo y de la propia imagen, acompañado de algunos episodios disociativos.

A su vez mantenía una inestabilidad con respecto al área afectiva, manifestada por episodios de irritabilidad, ansiedad y angustia, sumados a un sentimiento crónico de vacío. Este último era experimentado por la paciente como una sensación de desesperanza en cuanto al futuro y de una ausencia del sentido de la vida. Anímicamente se encontraba apática y abúlica y tenía conductas restrictivas alimentarias.

Relata: *“No tengo la energía suficiente, el cuerpo necesita más, la comida que le doy no alcanza. Pero yo tampoco me puedo comer el mundo porque engordo. Ahora estoy tratando de mantener la rutina del sueño, pero no puedo cambiar un hábito (la comida) mientras tengo que luchar con otro, cuando termine con uno sigo con el otro”*.

5.2. Estrategias e intervenciones para reducir las conductas problema

Un tratamiento fundamentado en la Terapia Dialéctico Comportamental posee una gran cantidad de estrategias orientadas a la disminución de las conductas suicidas, parasuicidas y autolesivas, así como también orientadas a tolerar el dolor emocional, a procesar hechos traumáticos, a incrementar el autorespeto y los logros personales, entre otras. A continuación se explican algunas de las que fueron empleadas por el terapeuta individual para el caso de la paciente.

Dentro de la TDC, las estrategias que se utilizan para las conductas parasuicidas o para las amenazas de suicidio inminente fueron tenidas en cuenta para el tratamiento de M. Se trata principalmente de lograr que se remuevan los elementos letales que la persona tiene cerca, en este caso se pidió que se tiren las hojas de afeitar que hubiera en la casa y que su madre administre su medicación. Asimismo, se instruye al paciente para no cometer el hecho, sosteniendo que suicidarse no es una buena solución. Se generan argumentos y alternativas esperanzadoras, y se mantiene el contacto y la adherencia al

plan de tratamiento. Se considera si la conducta es respondiente u operante y se actúa en función de esto (Linehan, 1993a). El terapeuta individual de M. explica sus comportamientos autolesivos por ambos tipos de análisis, por un lado la desesperanza, la desesperación o el deseo de morir responden a determinadas situaciones ocurridas; y por el otro, el hecho de obtener ayuda, atención o cuidado luego de una conducta problema hace que esta sea reforzada. Por ello Gagliosi (2010) acentúa la relevancia de conocer la función de las conductas para poder guiar el tratamiento y además ser activo, pero sin mantener la funcionalidad de ellas.

Las estrategias que se aplican durante las crisis también fueron necesarias para el caso de M. En primer lugar se explora el problema: aquí el terapeuta ayuda al paciente a identificar los principales eventos precipitantes de la crisis actual. De esta manera se le pide que describa lo que le sucede de manera concreta y específica. El terapeuta debe escuchar y responder solo al material con el que va a trabajar, descartando aspectos irrelevantes (Linehan, 1993a).

M. planteaba que su problema era que se quería matar. Frente a esto, se enfatizó en que la conducta suicida era más bien la solución a un problema; por ello el terapeuta se enfocó en encontrar el hecho precipitante para luego descubrir la situación problemática. La autora de la TDC plantea que los pensamientos de suicidio son una respuesta aprendida para cualquier hecho problemático, para una emoción dolorosa o para las interpretaciones de un hecho (Linehan, 1993a).

En segundo lugar, se hizo hincapié en la resolución del problema. El terapeuta puede aconsejar y sugerir directamente acerca de los posibles planes de acción o también ofrecer soluciones basadas en las habilidades comportamentales. Asimismo, puede confrontar las ideas del paciente o de su comportamiento, y reforzar respuestas cognitivas o comportamentales que han sido adaptativas (Linehan, 1993b).

Por otra parte, el mismo terapeuta debe procurar que el paciente se enfoque en las consecuencias a largo plazo de sus acciones, ya sea en términos de su efectividad para el logro de objetivos, para mantener relaciones interpersonales o para sentirse mejor, y no en las ganancias a corto plazo (Linehan, 1993b).

En el caso de M., se trabajó mucho sobre las relaciones interpersonales, con sus pares, con su exnovio, –relación que derivó en un intento de suicidio–, con sus padres, con su hermana y con el fallecimiento de su otra hermana.

Por último se aclara que, para lograr la efectividad de cualquier estrategia, se requiere el compromiso del paciente sobre el plan de acción estipulado (Linehan,

1993b). M. desde el comienzo tuvo una relación terapéutica positiva, la cual fue de gran ayuda para su bienestar futuro. Realmente se había comprometido con su terapeuta individual y con el grupo.

Todas las estrategias anteriormente mencionadas deben estar acompañadas por las de validación, cuya definición ha sido expuesta precedentemente. Su terapeuta, empleaba estrategias de validación conductual y de esa manera generaba que M. hiciera una descripción de alguna conducta. Se buscaba encontrar la “pepita de verdad”¹ en dicha descripción y se le comunicaba que era esencialmente comprensible. Se centró por ejemplo en las conductas del registro diario, en las que ocurrían en sesión o en la semana, buscando la validez en la respuesta de M.; se usaba principalmente para que ella reconociera que sus descripciones muchas veces eran autoinvalidantes y juiciosas. Uno de los objetivos era ayudarla a aprender a confiar en sus propias respuestas. También se aplicaba para aceptar sus reacciones emocionales, decisiones, creencias y pensamientos. Ya decía Aramburú Fernández (1996), que los pacientes con TLP valoran sus reacciones como inválidas y desconfían de sus propias emociones ante una determinada situación o persona.

Otra estrategia importante dentro de la TDC y utilizada por la paciente fue la asistencia telefónica, sobre todo al inicio del tratamiento, pues le brindaba un tiempo de terapia adicional especialmente en momentos de crisis, en donde M. no podía transitar esas situaciones sola. Su terapeuta dejó estipulado que las llamadas se iban a realizar con el fin de implementar las habilidades que estuvo aprendiendo en el grupo y en terapia individual. M. llamaba cuando sentía ganas de cortarse o de morirse, siempre antes de realizar la conducta problema, como especifica la TDC. De esta manera su terapeuta tenía la oportunidad de guiarla para la realización de algún ejercicio para calmar su malestar. Uno de ellos consistía en sostener un cubito de hielo en cada mano hasta que estos se derritieran. Esta técnica fue explicada y experimentada con anterioridad en el consultorio; es muy utilizada en los pacientes con TLP ya que reemplaza una conducta desadaptativa por otra funcional (Linehan, 1993a). Era una manera en la que M. lograba distraerse, a la vez que la sensación le producía alivio.

Muchas veces también llamaba para no sentirse sola, pero el terapeuta, como sugieren Gagliesi y Lencioni (2008), debe ser directivo y no convertir el llamado en un diálogo demasiado afectuoso para no reforzar las conductas disfuncionales, por lo que él

¹ Es una tarea enfocada en encontrar y resaltar los pensamientos y supuestos del paciente que son válidos y que tienen sentido dentro del contexto en el que se está operando (Linehan, 1993a).

se disponía a escucharla a cambio de que M. aplicara una habilidad. A lo largo de un tiempo, ya era capaz de aplicar las habilidades antes de realizar el llamado.

Como se ha mencionado anteriormente, la mayor desregulación emocional que sufría la paciente era con respecto a la vergüenza, y al miedo a quedarse sola y a sentirse rechazada. La idea de trabajo fue la exposición al estilo ACT (Teoría de Aceptación y Compromiso). Se trata de una exposición gradual a la vergüenza, marcándosela, etiquetándola, imaginando situaciones o pensamientos que a ella le puedan dar vergüenza o asco, como por ejemplo mirarse al espejo desnuda, o bañarse sin traje de baño. Según relata el terapeuta, al principio le costaba mucho hacer esto; por ello se fue practicando la situación en forma imaginaria hasta que un día M. se encerró en el baño, se desnudó y se logró bañar desnuda. Dijo que sintió mucha vergüenza, pero que sabía que estaba bien sentir esa emoción, que no había nadie allí para rechazarla, ni que ella misma lo iba a hacer. De a poco fue logrando bajar el nivel de la emoción hasta que pudo bañarse desnuda todos los días otra vez. Cabe destacar que esta intervención se realiza luego de un tiempo considerable de tratamiento, en donde la relación terapéutica es lo suficientemente fuerte como para permitir este tipo de estrategias.

La vergüenza, dice Brown y Linehan (1996) citado en Linehan (1993a), juega un rol central en los comportamientos suicidas de las mujeres con TLP. La acción que se asocia a ella es la de esconderse; por ello los procedimientos de exposición llevan al paciente a hablar abiertamente de las experiencias vergonzosas evitando que se oculte en sus palabras o posturas.

Con respecto a las conductas restrictivas alimentarias de la paciente, también se trataron con exposición. Durante un período M. sentía asco por ingerir alimentos, salteándose así varias comidas. Se comenzó por comer en sesión para romper con las emociones de asco y miedo a engordar.

Otra de las estrategias presentes en el tratamiento fue la utilización de las habilidades de conciencia plena, ya que suelen ser muy efectivas a la hora de regular el malestar sentido por la persona. Según Linehan (1993b) son versiones psicológicas y conductuales de prácticas espirituales orientales, cuyo objetivo es desarrollar un estilo de vida de participación con conciencia, ya que sin ella se puede caer en conductas impulsivas y dependientes del estado de ánimo. Su definición es la de vivir intencionalmente y con conciencia cada instante del presente, sin juzgar y sin apearse al momento, para no aferrarse al pasado o al futuro. M. la describe como una salida a la disociación y como una conexión con el alrededor. Dice: *“Cuando alguien esta*

disociado no quiere salir, por eso yo trato siempre de buscar esa conexión para poder entender qué pasa y qué puedo hacer para cambiar eso”.

Una de las habilidades es la de “observar”, es decir, atender a los hechos y a las emociones sin intentar terminar con estos por más dolorosos que sean, lo que permite experimentar concientemente qué está sucediendo, en lugar de abandonar una situación o hacer desaparecer una emoción (Linehan, 1993b). Esto es muy importante para reducir las autolesiones, en las que se busca el alivio inmediato de sentimientos dolorosos mediante los autocortes, como es el caso de M., pero que en realidad provocan el aumento de otras emociones y no conducen a la solución del problema (Serrani, 2011).

Para la práctica con conciencia plena se sugiere observar el sabor y el acto de comer, observar los sonidos, los olores, las sensaciones del cuerpo o las ganas de hacer algo. Esto se utiliza cuando el paciente siente la urgencia de hacer algo impulsivo. Uno de los ejercicios propone recorrer el cuerpo y notar las sensaciones, preguntarse en qué lugar están las ganas y focalizar la atención en las pausas de la respiración (Linehan, 1993b). Muchos de ellos se realizan tanto en terapia individual como grupal y se han practicado con la paciente con el fin de aumentar su participación conciente en sus actos y comportamientos.

Una segunda habilidad es la de “describir” hechos y respuestas emocionales con palabras. Esto permite que la persona aprenda a no tomar las emociones y pensamientos de manera literal. Es esencial para la comunicación y el autocontrol. Por ejemplo no es lo mismo cuando M. dice: *“Soy una carga para mis padres”*, que si dijera: *“Siento que soy una carga para mis padres”*. Esto sirve para poder ver la diferencia entre un hecho, como es la primera frase y un pensamiento, y así tratar de no confundirlos. Se utiliza mucho dentro del grupo para que los participantes aprendan a distinguir entre una cosa y otra. Para su práctica se sugiere: describir la respiración; describir lo que se ve afuera de uno mismo o describir pensamientos y emociones. Para este último ejercicio, se propone relatar de manera descriptiva las emociones a medida que suceden. M. lee su tarea dentro del grupo y como emoción escribe: *“Un sentimiento de vergüenza está surgiendo dentro de mí”*; como pensamiento cuando siente una emoción fuerte escribe: *“Siento miedo y mis pensamientos son no puedo”*, y como descripción a una emoción después de que alguien diga o haga algo, escribe: *“Cuando no me dejas salir con mi novio, yo siento mucho enojo”*. Todas estas frases representan las emociones o pensamientos que siente la paciente en distintas situaciones, pero al ser narradas de

manera descriptiva provocan que M. no se involucre en demasía con los hechos y se pueda trabajar con las emociones sin llegar a actuarlas impulsivamente.

Otra de las habilidades de conciencia plena que se enseña es la denominada “mente sabia”, en donde se busca integrar la mente emocional con la mente racional. Es sentir la solución a un dilema, cuando el sentimiento procede del interior más que de un estado emocional (Linehan, 1993b).

La mente emocional es la que se focaliza en las emociones y en los impulsos de hacer o decir cosas. Depende del humor, del ánimo y de los sentimientos (Gagliesi, Pechon, Boggiano, Stoewsand & Mombelli, s/f.). Se acentúa con la enfermedad, con la falta de sueño, con el hambre, con el estrés y el alcohol, entre otras. La mente racional, en cambio, se focaliza en los objetivos y en las tareas; es la que dirige la razón, la lógica y los hechos (Linehan, 1993b).

Conocer cada una de ellas y poder diferenciarlas es esencial para las personas con TLP, puesto que al poseer grandes cantidades de mente emocional, pueden llegar a incurrir en conductas autolesivas o conductas que les causen problemas (Linehan, 1993a). M llegó al tratamiento con una gran cuota de impulsividad; sus actos estaban ligados principalmente a sus emociones, ella sentía el impulso o la necesidad de hacer o decir algo, y lo llevaba a cabo. Hoy en día está más focalizada en sus objetivos y muy comprometida con el desarrollo de las habilidades para cambiar sus conductas disfuncionales. Dice: *“Yo siempre veía todo del lado negativo, era muy mente emocional, pero a medida que iba al grupo en donde aprendía cosas y me desahogaba y también con el terapeuta que me ayudaba mucho, empecé a encontrar mi mente sabia”*.

Uno de los ejercicios que se practicó es el de hacerle una pregunta a la mente sabia inhalando y escuchar la respuesta exhalando. Esta actividad fue realizada en el grupo y luego debatida entre los integrantes. Algunos comentaron no haber podido concentrarse en la respiración y M. por su parte expuso haber podido hacer el ejercicio correctamente, pero sin llegar a obtener una respuesta.

Al inicio de cada sesión individual o reunión grupal, se realiza un ejercicio de conciencia plena de cinco minutos, aproximadamente, para comenzar con la atención focalizada en ese momento presente.

5.3. Estrategias utilizadas por la paciente para reducir las conductas problema

A raíz de la entrevista realizada a la paciente, se obtuvo información acerca de las estrategias y habilidades que utiliza M. ante la activación emocional o ante el impulso de realizar una conducta desadaptativa.

También se observaron, a través del grupo de habilidades, muchos de los ejercicios que se emplean para reducir los comportamientos disfuncionales. En el grupo se comienza con un ejercicio de conciencia plena, se corrige la tarea perteneciente a la semana anterior y luego se plantea el tema por desarrollar, al inicio de manera teórica y posteriormente de forma práctica.

La paciente relata que ante una reacción emocional, comienza por hacer uno de los ejercicios propuestos de “tolerancia al malestar”, luego continúa con otro de “regulación emocional” y, si es necesario, finaliza con “eficacia interpersonal”. A continuación se describirán brevemente algunos ejercicios correspondientes a cada habilidad.

Habilidades de tolerancia al malestar:

Para Linehan (1993b), la capacidad de aceptar y tolerar el malestar es fundamental para la salud mental. La TDC plantea que es primordial aprender a manejar el dolor con habilidad. Según lo expuesto por la paciente, esta habilidad le es de gran ayuda para “*no empeorar el estado emocional presente*”.

Las conductas de tolerancia al malestar tienen como fin soportar las crisis y sobrevivirlas, y además aceptar la vida tal como es en un momento determinado. Para ello se cuenta con tres habilidades de aceptación –aceptación radical, dirigir la mente una y otra vez hacia la aceptación, y buena disposición frente a terquedad– y cuatro grupos de estrategias de supervivencia a las crisis –distrarse, proporcionarse estímulos positivos, mejorar el momento y pensar en los pros y contras– (Linehan, 1993b).

Se describirán algunas de estas habilidades de aceptación.

El concepto de *aceptación radical* significa que la persona deje de luchar contra la realidad, que se libere del sufrimiento que no puede soportar y lo transforme en un dolor que sí pueda tolerar. Este puede ser tanto físico como emocional. Según la TDC, el sufrimiento aparece cuando el paciente no es capaz de aceptar el dolor o se niega a hacerlo (Linehan, 1993b).

Guía para practicar aceptación de la realidad:

1. Decir en voz alta lo que se tiene que aceptar, decirlo una y otra y otra vez, en un tono de voz que comunique aceptación y creencia.

2. Permitir que los pensamientos que se están tratando de aceptar entren en la mente mientras se presta atención a las sensaciones físicas.
3. Escribir detalladamente lo que se necesita aceptar, sin exagerar ni minimizar, ajustándose a los hechos y sin juzgar.
4. Imaginarse todas las cosas que se podrían hacer si los hechos que se están tratando de aceptar fueran ciertos.
5. Actuar como si ya se hubiera aceptado lo que se está tratando de aceptar.
6. Permitir que la mente esté abierta a todas las consecuencias del hecho.
7. Permitir experimentar desilusión, tristeza o duelo.

M. elige alguna de las opciones para trabajar dependiendo de lo que necesite en cada momento de activación emocional. Por ejemplo, dentro del grupo se planteó el ejercicio anterior y la paciente optó por la primera opción. Comenzó a decir en voz alta: *“Tengo que aceptar mi cuerpo”*, de forma repetida y con distintos tonos de voz; por momentos parecían cánticos. Así fue que tanto ella como el resto de las chicas empezaron a reírse de la situación. Luego el terapeuta le preguntó cómo se sentía y ella respondió: *“Mucho más aliviada que antes; además me aislé de lo que significaba la frase que estaba diciendo y hasta me causó gracia cómo sonaba, así que siento que me hizo bien”*.

Otro de los ejercicios que se trabajó en el grupo fue el de “media sonrisa” que consiste en tratar de aceptar la realidad con el cuerpo. Adoptando una media sonrisa, se cree que se podrá incrementar el control de las emociones, ya que estas están en cierto modo registradas por las expresiones faciales (Linehan, 1993b).

Se comienza por pedirles a los participantes que intenten poner una cara impasible, para que experimenten qué se siente. Luego se les indica que relajen el rostro desde la punta de la cabeza hasta el mentón y la mandíbula, se recorre cada músculo facial y se elevan ambas comisuras de los labios, lo suficiente para sentirlo pero sin necesidad de que otros puedan verlo. Por último se intenta adoptar una expresión facial serena. Al finalizar se habla de las diferentes experiencias (Linehan, 1993b). Esto se puede llevar a cabo en distintos momentos: al despertar, durante los ratos libres, mientras se escucha música o cuando se está enojado, entre otros (Linehan, 1993b).

M. relata en el grupo que le encanta escuchar música y que por eso eligió realizar el ejercicio escuchando música clásica en un momento en el que sentía mucha ansiedad. Menciona que si esta triste escucha electro o rock y, si siente miedo o ansiedad, pone clásico para relajarse. Refiere también haberse imaginado cantando en

un escenario, lo cual la llenó de alegría y de pensamientos positivos. De esta manera, pudo seguir el resto del día de forma tranquila y sin conductas desadaptativas para regular su ansiedad.

Dentro de las estrategias de supervivencia a las crisis, M. utiliza mucho las habilidades de “distracción” y las que se relacionan con “mejorar el momento”.

Con los métodos de distracción, se busca reducir el contacto con los estímulos emocionales. Algunos ejemplos son: llevar a cabo distintas actividades, ayudar a los demás, generar emociones opuestas, dejar de lado la situación negativa, tener pensamientos distractores o experimentar sensaciones intensas (Linehan, 1993b).

La paciente utiliza mayormente las primeras dos habilidades. Luego de una pelea con su novio, siente mucha ansiedad y dolor y, en lugar de recurrir a una conducta autolesiva, se dispone a realizar alguna actividad que la distraiga. De esta forma, puede contrarrestar pensamientos, imágenes y sensaciones que activan la emoción negativa por otros que entretengan su atención. Algunas formas de distracción que utiliza M. son salir a caminar, llamar o visitar a un amigo/a, llamar a su terapeuta, si es que está por cometer una autolesión, o escuchar música.

Según Linehan, (1993b), la habilidad de “ayudar a los demás” permite que las personas puedan concentrar su atención en otros y que dejen de pensar en sí mismos. Incluso para algunos proporciona un sentido a la vida. M. menciona que concurrir al grupo le da la posibilidad de reunirse con otras chicas que están atravesando por situaciones similares, y esto le permite ayudarse y apoyarse mutuamente. Expresa en la entrevista: *“Hay algo que puedo hacer ahora que no lo podría hacer si estoy muerta, que es ayudar a los otros. Lo que más me importa en este momento es ayudar a los demás o hacer sonreír a los demás cuando están mal. Eso me alienta día a día”*.

“Mejorar el momento” supone reemplazar los sucesos negativos por otros positivos. Existen distintas estrategias; algunas se refieren a técnicas cognitivas vinculadas con cambiar la valoración de uno mismo o de la situación, mientras que otras incorporan el cambio en las respuestas corporales. Ejemplo de ellas son: usar la fantasía, hallar significado, practicar la relajación, vivir el presente en cada momento, tomarse vacaciones o darse ánimo (Linehan, 1993b).

La fantasía, tal como menciona Linehan (1993b), puede utilizarse para distraer, aliviar, encontrar confianza o coraje. Aplicando la fantasía se puede recrear una situación diferente a la actual o incluso abandonar la situación que se está viviendo.

Según menciona el terapeuta, M. tenía dos amigas imaginarias con las cuales hablaba y compartía sus pensamientos. Ella reconocía que eran imaginarias, es decir, era conciente de esto y sabía que eran producto de su mente. Por ello su terapeuta no tomó este hecho como un episodio micropsicótico, como así lo hizo la terapeuta anterior, sino más bien como uno de los episodios en los que ella a través de su imaginación era capaz de establecer un escenario distinto para su vida. Linehan (1993b) plantea que la práctica de la imaginación puede aumentar las probabilidades de manejar algo con efectividad en la vida real.

Para finalizar, se describe una de las estrategias que la paciente utiliza en la actualidad que es la de “darse ánimo”, lo que significa proporcionarse confianza. Se trata de hablarse a sí misma como si se le hablara a una persona que se encuentra en medio de una crisis, de una manera en la que a ella misma le gustaría que le hablaran. Es una técnica que requiere de modelado al comienzo, pero que resulta ser de gran ayuda para poder cambiar la apreciación de uno mismo o de la situación (Linehan, 1993b). M. utiliza esta estrategia con frases tales como “*Puedo superarlo*”, “*Estoy haciendo lo mejor que puedo*”, “*Voy a llegar*”, todas ellas referidas a situaciones que le provocan malestar emocional. Una de ellas relacionada con sus actuales dificultades para estudiar. Durante un periodo los profesores le extendían los plazos de entrega de trabajos y de exámenes, pero hoy en día debe ajustarse a los tiempos académicos y no hacer todo a último momento como menciona ella.

Habilidades de regulación emocional:

Las personas con TLP tienen emociones muy intensas y variables, generalmente se hallan frustradas, deprimidas, enfadadas o ansiosas. Muchos de los problemas conductuales son producto de la imposibilidad en la regulación de las emociones, y las conductas suicidas u otras conductas disfuncionales son intentos de soluciones ante el sentimiento de emociones dolorosas e intolerables (Linehan, 1993b).

Las habilidades se detallan a continuación.

Identificar y etiquetar emociones. Para ello es necesario observar y describir el evento que ha provocado la emoción, las interpretaciones de este, la experiencia física de la emoción, las conductas que expresan la emoción y sus efectos secundarios.

Identificar obstáculos para el cambio de las emociones. Resulta enormemente difícil producir un cambio si las conductas emocionales están siendo reforzadas por sus consecuencias. Para ello es imprescindible identificar qué está reforzando esa actitud emocional. Se ejemplifica con una situación puntual de la paciente.

M. tiene un examen y se desregula por la ansiedad que esto le genera. No puede concentrarse y cierra los apuntes. Se tira en su cama y se pone a llorar. Su pensamiento es “no puedo hacerlo” y su emoción es el miedo a no poder estudiar. Su madre se enoja y le dice: “*Vos sos una vaga, ¿cómo puede ser?, hace un año que vas a Foro y todavía no estás manejando esto. Vos siendo tan inteligente, me parece raro que lo sigas haciendo*”.

A pesar de estos dichos, su madre hace los resúmenes por ella. En esta circunstancia se observa nuevamente cómo el ambiente, sin quererlo, puede llegar a ser invalidante y, a su vez, el hecho de hacer los resúmenes por ella, termina por reforzar la conducta de M., lo que provoca que se repita la misma situación cada vez que ella tiene un examen.

Reducir la vulnerabilidad de la “mente emocional”. En situaciones de estrés físico o ambiental hay mayores probabilidades de reaccionar de una manera demasiado emocional, por ello se pretende que el paciente mantenga una correcta nutrición, que duerma de manera considerable, que realice ejercicio, que trate sus enfermedades físicas, que evite la ingesta de drogas y que acreciente la sensación de competencia realizando actividades que aumenten la sensación de autoeficacia. En el caso de M. se fue tratando cada una de estas condiciones, de manera que al mantener equilibrada su nutrición y sus horas de sueño –dificultad que mantenía la paciente cuando comenzó tratamiento–, se reduce la vulnerabilidad previa frente a las emociones negativas.

Incrementar la frecuencia de los acontecimientos emocionales positivos. Según la TDC una manera de controlar las emociones es controlar los acontecimientos que las producen; por consiguiente, se recomienda incrementar la cantidad de eventos agradables, para provocar un aumento de las experiencias positivas. Al sugerirle esta estrategia a la paciente, decidió aumentar su actividad concurriendo a dos talleres más relacionados con el canto, de manera de aumentar sus experiencias positivas.

Incrementar la conciencia ante las emociones del momento. Ser consciente de las emociones presentes permite experimentarlas sin juzgarlas y sin intentar bloquearlas o inhibirlas. De esta manera, el paciente puede tolerar una situación dolorosa libre de culpabilidad o ansiedad, ya que es la adición de estas sensaciones la que provoca que el malestar sea aun más intenso. Un ejercicio propuesto en el tratamiento de M. fue el mirarse al espejo desnuda, lo cual era difícil para ella, ya que le generaba vergüenza estar desnuda y además se juzgaba a sí misma por su cuerpo. De a poco y con el trabajo

terapéutico fue pudiendo tolerar la sensación de vergüenza, de manera gradual y sin intentar bloquearla o juzgarla como al inicio.

Llevar a cabo la acción opuesta. Es una estrategia para cambiar o regular una emoción actuando de una forma que se oponga o sea incoherente con dicha emoción. De esta manera, se logra cambiar la respuesta conductual-expresiva, lo que incluye tanto acciones como expresiones faciales o posturales (Linehan, 1993b). La consigna de este ejercicio es la de seleccionar una reacción emocional reciente dolorosa o que se quiera cambiar y describirla siguiendo los pasos para realizar la acción opuesta:

1. Identificar los hechos para estar seguro que la reacción emocional no esté justificada.
2. Identificar los impulsos de acción.
3. Actuar de forma opuesta a los impulsos. Identificar las acciones opuestas, llevarlas a cabo, en la postura, en la expresión facial, en el pensamiento, en el discurso, etc.
4. Continuar hasta que la emoción disminuya y se pueda percibir.
5. Repetir una y otra vez hasta que tu sensibilidad emocional a ese evento desencadenante disminuya.

Para ejemplificar se transcribe lo escrito por la paciente en su tarea.²

“Hace dos días tuve una pelea con mi novio cuando estábamos en el colegio. Me agarro mucha bronca, sentía que tenía toda la cara caliente, como colorada y me dieron ganas de escaparme, quería salir corriendo o iba a matar a mi novio; también pensé en ir al baño y tener una conducta problema (cortarse), pero recordé todo lo que estaba aprendiendo en el grupo y lo bien que venía con el terapeuta, así que me opuse a mis impulsos y fui a mojarme la cara con agua fría durante un rato. Ahí decidí buscar a mi mejor amigo para hablar de cualquier tema como para distraerme y olvidarme de lo sucedido. Al hacer esto note que me había bajado el calor facial y que al rato ya me estaba riendo de lo que me decía mi amigo. Me di cuenta que mi emoción bajó de intensidad y mis pensamientos ya no se centraban en la pelea con mi novio”.

M. logró cumplir con el ejercicio de manera efectiva. La emoción que estaba experimentando era el enojo, la acción de esa emoción era la de salir corriendo del colegio o enfrentar a su novio, la acción opuesta fue la de quedarse dentro del colegio y a la vez evitar el contacto con su novio durante el resto del día, lo cual mantuvo hasta que la emoción disminuyó. Cabe destacar que en la situación mencionada además del enojo aparece una conducta problema, la cual M. logró superar de manera acertada

² Ver Anexo 1a

mediante la distracción, por un lado, y el uso del agua fría, por el otro, estrategias aprendidas gracias a la concurrencia al grupo de habilidades.

Habilidades de efectividad interpersonal:

Los pacientes con TLP poseen en general buenas habilidades interpersonales, las dificultades surgen a la hora de intentar aplicar tales habilidades a situaciones específicas (Linehan, 1993b).

M. padecía un déficit en sus habilidades sociales, aunque actualmente no presenta dificultades para relacionarse con su grupo de pares, ya que ha adquirido las habilidades interpersonales de manera efectiva.

Hay dos tipos de habilidades interpersonales dentro del *Manual de tratamiento* de Linehan:

- Hacer un pedido, preguntar e iniciar debates.
- Decir que no, resistir la presión, mantener una posición o punto de vista.

Dentro del grupo de habilidades se discuten distintos ejemplos con los participantes y se hace hincapié en las habilidades que cada uno posee y las que se necesitan mejorar.

En uno de los ejercicios de este módulo M. elige hacer un pedido de manera efectiva a su padre. A continuación se relata lo que ha escrito la paciente.³

1. Focalizar el hecho: *“Estaba con mi novio y mi papá me pidió que vuelva a mi casa porque tenía obligaciones que cumplir”.*

Objetivos puestos en juego: *“Pedirle a mi papá que me deje estar más tiempo con mi novio”.*

Área relacional: *“Quiero que me entiendan y me respeten”.*

Área de auto-respeto: *“Quiero sentirme efectiva y tranquila conmigo misma”.*

2. Factores que reducen la efectividad:

Pensamientos preocupantes: *“No me va a dejar; va a pensar que me va a ir mal en el colegio”.*

Emociones que interfieren: *“Miedo y ansiedad”.*

3. Hacer el pedido: *“Puedo hacer el pedido porque mi papá puede darme lo que deseo; es oportuno porque me está yendo bien en el colegio, me siento preparada para hacer el pedido, tengo derecho a hacerlo y es apropiado hacerlo porque no les estoy trayendo problemas a mis padres”.*

³ Ver Anexo 1b

4. Hacer un DEAR MAN⁴: *“Te acordás el otro día que yo estaba con J y vos me llamaste para que vuelva a casa, yo necesito que confíes en mí, en que cumplo con mis obligaciones y en que hago la tarea para el colegio, y me gustaría que me dejes pasar más tiempo con él porque me hace bien estar con él, me apoya y me entiende. Si me sigue yendo bien en el colegio y no bajo mis notas, tal vez puedas darme eso que te estoy pidiendo”.*

5. Qué se dijo o hizo en la situación:

Manteniendo el deseo: *“Describí la situación, exprese sentimientos, permanecí en mi posición, parecí segura, negocie”.*

Manteniendo la relación: *“Fui gentil, no amenace, no ataque, mostré interés”.*

Manteniendo el autorespeto: *“No me disculpe, me apegué a mis valores, fui auténtica”.*

Los objetivos de la efectividad interpersonal son por un lado, la efectividad en las metas, en donde se busca la consecución de uno o varios objetivos en una situación determinada, priorizando además el deseo de la persona. Por otro, la efectividad en las relaciones, se refiere a mantener o mejorar una relación mientras se intenta conseguir el objetivo planteado y por último la efectividad en cuanto al respeto personal, el cual consiste en mantener o mejorar el autorespeto y el agrado por uno mismo, a la vez que se intentan obtener ciertos objetivos (Linehan, 1993b).

Deben tenerse en cuenta los tres tipos de efectividad en cada conflicto o situación interpersonal problemática, pero es posible que un tipo de efectividad sea más relevante que otro dependiendo de las prioridades de la persona en ese momento determinado (Linehan, 1993b).

Siguiendo con el ejemplo anterior, M. priorizó hacer su pedido enfocándose en conseguir su objetivo, que era el de pasar más tiempo con su novio, pero sin dejar de lado la relación con su padre y consigo misma. Pudo encontrar el equilibrio entre sus metas inmediatas y el bien de la relación a largo plazo, actuando de una manera que la hizo sentir capaz y efectiva.

5.4. Evolución de la paciente en relación con las conductas problema

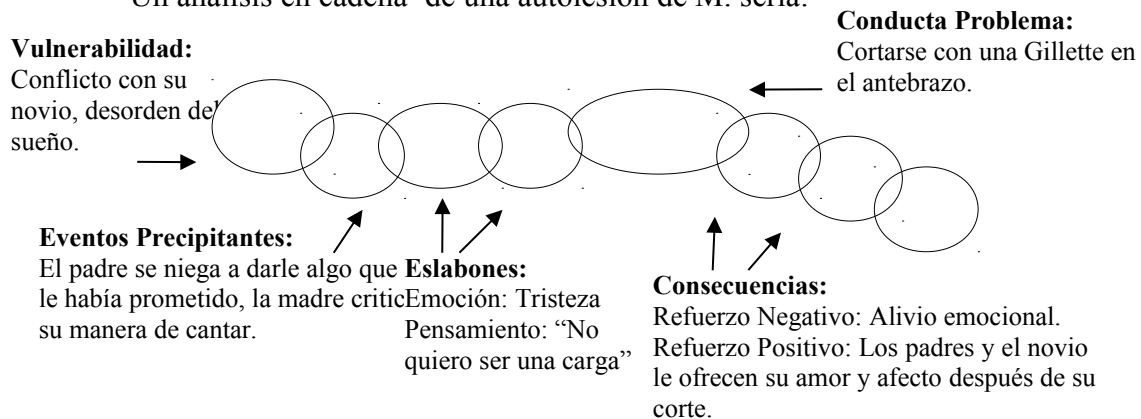
A partir de la historia clínica de la médica psiquiatra y de la entrevista realizada al terapeuta individual de M., es que se ha podido obtener información acerca de las características que presentaba la paciente cuando comenzó el tratamiento y de las que presenta luego de un año de concurrir a este.

⁴ DEAR MAN: Sus siglas significan: Describir la situación actual. Expresar los sentimientos y opiniones en relación a la situación. Ser asertivo cuando se pide lo que se desea. Reforzar al otro explicándole las consecuencias. Mantener la posición. Aparentar estar seguro. Negociar el dar para recibir (Linehan, 1993b).

M. ingresó directamente a tratamiento, comenzando por la etapa 1 y sin transitar por la fase de pretratamiento. Se comenzó por el desarrollo de los conceptos principales de la terapia, se acordó un compromiso y se empezó a trabajar enseguida con las conductas problema.

Como se expuso anteriormente, al inicio se hizo hincapié en las conductas que atentan contra la vida –ideación suicida, autolesiones–; para ello se empleó el *Protocolo General Para Asistir a Personas con Ideas Suicidas*⁵, explicado precedentemente en el apartado teórico, y también se utilizó el “análisis en cadena”⁶ para que ella se concientizara de la función que tenía la idea de suicidio y las autolesiones, que era la de calmar su malestar, además de actuar como intento para relacionarse con sus padres. Según el terapeuta individual: “Cada vez que la paciente decía que se quería suicidar, sus padres se acercaban y le prestaban mayor atención que cuando no lo hacía”.

Un análisis en cadena⁷ de una autolesión de M. sería:



El primer desafío para el terapeuta es ayudar al paciente a definir el problema que ocasionó la solución fallida de autocortarse. Para ello se utiliza un “análisis de solución”. Se generan soluciones alternativas para las dificultades señaladas en el análisis en cadena, centrándose en las de largo plazo por sobre las de corto plazo. Los procedimientos de cambio habituales se agrupan en cuatro categorías: entrenamiento en habilidades, exposición, modificación cognitiva y manejo de contingencias (Linehan, 1993a).

⁵ Ver Anexo 1c

⁶ Es una técnica diseñada para ayudar a la persona a entender la función de un comportamiento. Se lleva a cabo una descripción detallada de lo ocurrido, tomando como punto de partida el comienzo de una crisis, el primer pensamiento o impulso de cometer un acto y siguiendo por lo que ocurrió antes, después y considerando también los eventos internos como los ambientales (Linehan, 1993a).

⁷ Ver Anexo 1d

Su terapeuta menciona que cuando M. entendió que la función de las conductas problema era lidiar con sus emociones y que cuántas más conductas desadaptativas, más fuertes eran estas, dijo “*basta*” y comenzó a realizar las habilidades para transformar sus comportamientos disfuncionales en otros más adaptativos.

Dentro de la primera etapa se cumplieron con los objetivos propuestos por la TDC como menciona Díaz-Benjumea et al. (2003), ya que fueron disminuyendo las conductas que atentan contra la vida, como son las suicidas, las parasuicidas y las autolesivas y, a su vez, nunca hubo que tratar con conductas que atentaran contra el tratamiento. M. siempre fue colaborativa y se adhirió muy bien a este gracias a que se pudo establecer una relación terapéutica positiva. Con respecto a las conductas que atentan contra la calidad de vida, se encontraban los autocortes para regular sus emociones, las conductas restrictivas alimentarias y las dificultades académicas, las cuales fueron disminuyendo con el avance de las sesiones, pero que aún hoy se siguen trabajando.

Según relató su terapeuta, en el tercer mes de tratamiento, la paciente dejó de cortarse, aunque las ganas de hacerlo frente a una situación abrumadora o al sentimiento de una emoción negativa siguieron hasta los seis meses aproximadamente.

M. comenta en la entrevista: *“Las últimas conductas problemas que tuve fueron hace 9 o 10 meses más o menos; después tuve algunas, no muy fuertes, algo chiquito, dos o tres moretones, alguna que otra marquita por morderme, y después hasta ahora no intenté ninguna conducta problema ni intento de suicidio”*.

En la actualidad aparece, esporádicamente, la idea de quitarse la vida o de morir, pero ella se da cuenta inmediatamente de que es una idea para escapar de un problema y logra desarmarla sola. El terapeuta dice: *“La idea aparece, pero no la conducta que le seguía antes, que era la de rumiar acerca de cómo quitarse la vida”*.

Luego de un año de tratamiento, M. se encuentra en la etapa 2, en donde se trabaja –como se explicó anteriormente– con los hechos o situaciones traumáticas que vivió la paciente, principalmente con exposición prolongada, no al estilo tradicional sino de manera gradual ya que M. es una persona muy sensible.

Cuando aparecen ideas suicidas, ideación de autolesiones o de conductas restrictivas alimentarias en la paciente, se vuelve a la etapa 1, puesto que en la jerarquía de conductas de la TDC son más relevantes las que atentan contra la vida de la persona que las que atentan contra la calidad de vida. A veces también se ingresa en la etapa 3, ya que solo se requiere la aplicación de habilidades para la resolución de problemas de

la vida cotidiana. Algunos por solucionar son la regulación de sus emociones frente a comentarios invalidantes o discusiones con su novio o amigas.

Hoy en día se está trabajando la dificultad para concentrarse en el estudio. Por un lado, menciona su terapeuta, no le genera interés lo que estudia, y por el otro, tiene mucha atención de su madre cuando le va mal en el colegio. Este circuito requiere ser desarmado para evitar que se siga retroalimentando. Los refuerzos no aparecen cuando hace las cosas bien, pero sí se le brinda cuidado y apoyo cuando comete una conducta problema. Por esta razón se les recomendó a los padres que concurrieran al taller de psicoeducación y entrenamiento en habilidades, en el cual se brinda información para entender este desorden y actuar en consecuencia, ya que muchas veces se tienen reacciones inapropiadas y dañinas sin su intención; se enseñan también habilidades para mejorar la relación familiar, incrementando la comunicación y la confianza entre los miembros, y se busca sobre todo disminuir el estrés de la familia y mejorar su calidad de vida (Gagliesi et al., 2007).

La madre de la paciente fue la que asistió al grupo, y según el terapeuta de M., ayudó notablemente para su mejoría. Se realizó psicoeducación para que evite reforzar algunas conductas; por ejemplo se recomendó que la ayude a estudiar, pero sin hacer los resúmenes por ella, ya que M. tiene un alto rendimiento escolar y es muy resolutiva. También se sugirió que se acerquen a ella, que le brinden afecto para que se sienta menos sola, o que la feliciten, cada vez que le va bien en el colegio o cuando resuelve situaciones de manera adaptativa o funcional; en lugar de decir: *“Es lo que deberías hacer”*.

M. aún posee bajos niveles de tolerancia a la frustración y niveles medios en su regulación emocional, sin embargo ha adquirido las habilidades propuestas por la TDC y en la actualidad se está trabajando en que pueda generalizarlas a su ambiente y a su vida cotidiana. Asimismo, logra entender rápidamente los análisis en cadena, las conductas a ser modificadas y pone en práctica las soluciones planteadas en terapia.

No presenta dificultades para relacionarse con sus pares como al comienzo de sus primeros tratamientos.

6. CONCLUSIONES

Para el desarrollo del presente estudio, se llevo a cabo una recolección de artículos y libros con el fin de exponer las características principales del Trastorno Límite de la Personalidad que presenta la paciente elegida, así como también los principios fundamentales de la Terapia Dialéctico Comportamental.

El TLP es, sin lugar a dudas, uno de los desordenes más complejos, tanto por su elevada comorbilidad, por la superposición de síntomas que presenta junto con el trastorno bipolar –lo que dificulta el diagnóstico diferencial– o por ser dañino para la persona que lo padece –ya sea por sus comportamientos autolesivos, intentos de suicidio o incluso por su inestabilidad afectiva, entre otras características–. Desde el punto de vista terapéutico también es considerado uno de los trastornos más difíciles de tratar, principalmente por el estrés que le ocasiona al terapeuta (Díaz-Benjumea, Linehan, Cochran & Kehner, 2003).

La terapia descrita está íntimamente ligada al trastorno mencionado, habiendo sido desarrollada especialmente para personas con conductas autolesivas, pensamientos o intentos suicidas (Linehan, 1997) y es inmensamente rica en conocimientos teóricos y prácticos. Por esta razón es que existen, además de las nombradas, una gran cantidad de estrategias que se utilizan para el tratamiento con pacientes con TLP que, lamentablemente, no pudieron incluirse en este trabajo debido a su extensión.

En función del desarrollo teórico seleccionado, aparecen aún hoy, diferencias entre los distintos autores en cuanto a la denominación que se le da al desorden mencionado y a su comprensión. Incluso en el DSM-IV-TR es designado como Trastorno Límite de la Personalidad (APA, 2005) y en la CIE-10 se lo nombra como Trastorno de Inestabilidad Emocional (OMS, 1995). A causa de la polémica con respecto al término, es que se propusieron otros como Desorden de Inestabilidad o de la Regulación Emocional (Gagliesi et al., 2007) y Trastorno generalizado o Global de la Personalidad (Rubio Larrosa, 2009).

Asimismo, no hay acuerdo en que las personas que padecen dicho trastorno posean una anormalidad biológica. Varios estudios confirman la hipótesis de una alteración a nivel cerebral, mientras que otros autores no lo consideran probable.

Se concibe que el alto índice de deserción en el tratamiento usual en comparación con la TDC puede deberse a la falta de implementación de un programa que abarque todas las necesidades del paciente, o a que las psicoterapias habituales estén apuntadas únicamente al “cambio”, en lugar de combinarlas con estrategias de “aceptación y validación”.

En la segunda parte del estudio, se ha puesto el acento en la integración de la teoría con la práctica profesional, y se han encontrado enormes similitudes entre los conceptos teóricos desarrollados y los relatos de la paciente, en cuanto a la

vulnerabilidad emocional, al ambiente invalidante, a las manifestaciones emocionales o a la inhabilidad para regular las emociones.

El caso de M. fue muy rico para ser estudiado, y fue notable la evolución que tuvo en tan solo un año. Cabe señalar que ella se caracteriza por ser una alumna ejemplar, ya que se adhirió muy bien al tratamiento desde el inicio y es sumamente responsable en cuanto a las tareas que se le piden. La relación terapéutica también fue de gran ayuda para producir los cambios en la paciente.

Fue sorprendente conocer la efectividad que tienen las habilidades que se le ofrecen a los pacientes, ya sea para reducir las conductas desadaptativas, como para tolerar las crisis, reducir el malestar, regular las emociones, reducir problemas conductuales, entre otros. Quiroga Romero y Errasti Perez (2001), justamente han descrito esta terapia como la más eficaz para personas con TLP.

El desarrollo de los objetivos planteados se realizó a través de los instrumentos seleccionados previamente. La historia clínica y la entrevista realizada al terapeuta individual brindaron datos para describir la historia de la paciente y las estrategias utilizadas en el tratamiento, y la entrevista realizada a M. ofreció información valiosa para detallar las estrategias a las que ella misma recurría para reducir su malestar, sus conductas problema o su desregulación emocional.

La observación participante dentro del grupo de habilidades proporcionó conocimientos sobre la forma en la que trabajan los terapeutas, la interacción con cada uno de los integrantes, las actividades que se realizan, el modo en el que se expone cada módulo y, principalmente, permitió el acercamiento a la paciente.

Una de las limitaciones que se encontró a la hora de desarrollar en profundidad el último objetivo propuesto fue la falta de acceso a uno de los instrumentos citados, los registros diarios de la paciente. Estos poseen información de gran utilidad para evaluar detalladamente cómo las conductas problema que presentaba M. fueron disminuyendo a lo largo de los días. Su terapeuta argumentó en que estos eran muy personales y pertenecían a su historia clínica. A causa de esto, no se obtuvo el análisis preciso en su evolución, ya sea en cuanto a los impulsos, a las emociones, a las acciones o a las habilidades utilizadas, las cuales eran registradas en estas tarjetas. De todos modos, se logró desarrollar el objetivo postulado con la información brindada por el terapeuta durante la entrevista.

Debido al alto costo económico que conlleva la realización de un tratamiento específico para pacientes con TLP, es que se propone la implementación del programa

en Terapia Dialéctico Comportamental en todos los hospitales públicos. De esta manera, se ofrecería un abordaje psicoterapéutico de gran efectividad a todas aquellas personas que no puedan acceder a las instituciones especializadas en este desorden.

Por otro lado, se cree necesaria la realización de mayores estudios de seguimiento, para poder conocer en profundidad la evolución de los pacientes luego de finalizado el tratamiento. Asimismo, la ejecución de estudios en cuanto a las distintas modalidades de la TDC y a su efectividad.

Por último, se recomienda seguir ampliando el modelo , ofreciendo, por ejemplo, información sobre los componentes más eficaces de la terapia.

Una propuesta interesante para realizar dentro de la institución podría ser la creación de un taller dirigido a ampliar la creatividad de cada uno de los pacientes, que sirva de motivación para conectarse con sus ganas de hacer algo, ya sea de escribir, de bailar, de cantar, o de hacer artes plásticas.

Resulta importante destacar que, tanto los profesionales de la institución como la paciente, han sido ampliamente colaboradores con el desarrollo del estudio y cooperativos a la hora de realizar las entrevistas. M. menciona que el hecho de elegir a ella en lugar de cualquier otra chica del grupo para que se relate su historia la hizo sentir orgullosa de todo lo que había logrado, y refiere que fue un regalo por todos los esfuerzos que tuvo hasta este momento.

Gracias a la pasantía realizada en la institución y a la investigación posterior sobre el tema elegido, es que se decidió llevar a cabo la formación completa en Terapia Dialéctico Comportamental de un año de duración, particularmente por haber resultado una teoría novedosa, interesante y efectiva para el tratamiento de personas con desregulación emocional.

Si bien el tema elegido puede ser abordado desde distintas perspectivas, ya sea desde el punto de vista de familiares y allegados a una persona con TLP, desde el trabajo individual o grupal, o desde la labor de los terapeutas, en esta oportunidad, se decidió realizar el análisis de manera descriptiva y meramente cualitativa. Se buscó contar la historia de una chica de 15 años que padece este trastorno, el que durante mucho tiempo la hizo sentir que su vida no valía la pena, pero que hoy en día –gracias a un trabajo arduo de toda la familia y de ella fundamentalmente–, puede seguir con su vida de una manera más funcional para sí misma y para su entorno.

Para finalizar, se expone un extracto de la entrevista a M. al momento de preguntarle cómo se sentía desde que había empezado , y dice:

“Si tengo que elegir entre vivir como estoy ahora y vivir como vivía antes, estando obligada a vivir, sabiendo que en la muerte no va a haber nada mejor, preferiría vivir como vivo ahora”.

7. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (2005). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ªed.). Barcelona: Masson.
- Apfelbaum, S. & Gagliosi, P. (2004). El Trastorno Límite de la Personalidad: consultantes, familiares y allegados. *VERTEX: Revista Argentina de Psiquiatría*, 15 295-302.
- Aramburú Fernández, B. (1996). La Terapia Dialéctica Conductual para el Trastorno Límite de la Personalidad. *Psicología Conductual* 4 (1), 123-140.
- Basile, H. S. (2005). El suicidio de los adolescentes en Argentina. *Alcmeon: Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 12 (3) 211-231.
- Consejo Asesor sobre asistencia psiquiátrica y salud mental (2006). *Trastorno Límite de la personalidad*. (1ª ed.). Barcelona: CatSalut.
- Díaz Benjumea, M.J., Linehan M.M, Cochran, B.N & Kehner, C.A. (2003). El enfoque terapéutico de Marsha Linehan en los trastornos borderline. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de psicoanálisis* 13.
- Díaz Curiel, J. (2001). Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 21(78), 51-70.
- Espinosa, J.J, Blum Grynberg, B. & Romero Mendoza, M.P. (2009). Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad, en un hospital de psiquiatría. *Salud Mental*, 32(4).

Fundación Foro (s/f). *Tarjetas de Registro Diario*. Manuscrito Inédito. Recuperado de <http://www.trastornoborderline.com/pdfs/registroindividual.pdf>

Gagliesi, P. (2007). *Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento del Desorden Límite de la Personalidad*. Manuscrito Inédito.

Gagliesi, P., Lencioni, G., Pechon, C., Apfelbaum, S., Boggiano, J. P., Herman, L. et al. (2007). *Manual psicoeducacional para pacientes, familiares y allegados sobre el desorden límite de la personalidad*. Manuscrito Inédito.

Gagliesi, P., Pechon, C., Boggiano, J.P., Stoewsand, C. & Mombelli, M. (s/f). *Manual de Entrenamiento en Habilidades*. Manuscrito Inédito.

Gagliesi, P., Pechon, C., Boggiano, J.P., Stoewsand, C., Teitelbaum, J., Fabris, V. et al. (2008). *Programa Psicoeducativo dirigido a personas con Desorden Límite de la Personalidad, sus familiares y allegados*. Manuscrito Inédito.

García Palacios, A. (2006). La Terapia Dialéctica Comportamental. *EduPsykhé*, 5(2), 255-271.

Gempeler, J. (2008). Terapia Conductual Dialéctica. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 37 (1), 136-148.

González Vives, S., Díaz-Marsa, M., Fuentenebro, F. Lopez-Ibor Aliño, J.J. & Carrasco, J.L (2006). Revisión histórica del concepto de trastorno limítrofe de la personalidad (borderline). *Actas Españolas de Psiquiatría*.34 (5), 336-343.

Hoffman, P. & McGlashan, T. H. (2003). *A developmental Model of Borderline Personality Disorder. Understanding Variations in Course and Outcome*. Washington American Psychiatric.

Koldobsky, N. M.S. (2009). *Trastornos de personalidad*. Argentina: Polemos.

Lecrubier, Y. (2002). La influencia de la comorbilidad en la prevalencia de la conducta suicida. *European Psychiatry*, 9 (2), 90-94.

- Linehan, M.M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1997). *Dialectical Behavior Therapy Frequently Asked Questions*. Recuperado de http://behavioraltech.org/downloads/dbt_Faq_Cons.pdf
- López, D., Cuevas, P., Gómez, A., Mendoza, J. (2004). Psicoterapia focalizada en la transferencia para el trastorno límite de la personalidad. Un estudio con pacientes femeninas. *Salud Mental*, 27 (4), 44-54.
- Mendoza, Y. & Pellicer, F. (2002). Percepción del dolor en el síndrome de comportamiento autolesivo. *Salud Mental*, 25 (4).
- Miller, A., Rathus, J., & Linehan, M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents* (First ed.). New York/London: The Guilford Press.
- Oldham, J.M. (2006). Borderline Personality Disorder and Suicidality. *American Journal of Psychiatry*, 163 (1), 20-26.
- Organización Mundial de la Salud (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Quiroga Romero, E. & Errasti Pérez, J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 13 (3), 393-406.
- Rubio Larrosa, V. (2009). *El Trastorno Límite, por el Dr. Vicente Rubio Larrosa*. Recuperado de <http://www.trastornolimito.com/Trastorno-Limite-de-la-Personalidad-TLP/el-trastorno-limite-por-el-dr-vicente-rubio-larrosa>

- Ruggero, C.J., Mark Zimmerman, M.D., Chelminski, I. & Young, D. (2009). Borderline Personality Disorder and the Misdiagnosis of Bipolar Disorder. *Psychiatric Research*, 44 (6), 405-408.
- Selva, G., Bellver, F. & Caraval, E. (2005). Epidemiología del Trastorno Límite de la Personalidad. En Cervera, G., Haro, G., Martínez-Raga, J. (Eds.). *Trastorno límite de la personalidad: paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. (pp. 17- 39). Madrid: Médica Panamericana.
- Serrani, D. (2011). Terapia dialéctica comportamental en el tratamiento del trastorno límite de personalidad. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17(2), 169-188
- Vega Piñero, M., Blasco Fontecilla, H., Baca García, E. & Díaz Sastre, C. (2002). El suicidio. *Salud Global*, 2 (4).
- Walsh, B.W. (2006). *Treating Self-Injury. A Practical Guide*. New York: The Guilford Press.

Anexo 1c

Protocolo general para asistir a personas con ideas suicidas

El presente protocolo es una guía que requiere que durante la sesión chequees los casilleros de la izquierda para asegurarte una práctica estable, basada en la evidencia y humanizada durante entrevistas con consultantes con problemática suicida. Debes diferenciar consultantes con problemas crónicos, agudos o crónicos con reactivación aguda.

Procedimientos Generales

- 1. Hablá abiertamente y con un sentido práctico sobre suicidio
- 2. Evitá comentarios peyorativos de la conducta suicida o de los motivos
- 3. Presentá la conducta suicida como una respuesta a un problema y sostené la postura que el suicidio es una solución poco adaptativa o ineficaz
- 4. Incluí otros significativos y/o otros terapeutas
- 5. Agendá sesiones con la frecuencia necesaria, pero mantené las agendadas para que cierto tiempo sea dedicado a objetivos a largo plazo

- 6. Mantenete atento a la multitud de variables que afectan al consultante y evitar hablar omnipotentemente o aceptando la responsabilidad sobre las conductas suicidas y sus consecuencias
- 7. Estate atento a los principios del aprendizaje: qué situaciones y conductas (incluso tuyas) son un esfuerzo positivo, negativo o adversivo de la conducta suicida
- 8. Hablá, si es posible, de creencias religiosas y de razones de vivir
- 9. Mantenete en estado de interconsulta o supervisión
- 10. Esta bueno realizar registros entre sesiones, esta malo entregar encuestas o escalas al final de la sesión
- 11. Aumentá o disminuí la gravedad según su función (refuerzo o aversivo)
- 12. Mantené un contacto ocasional y no demandante con aquellos consultantes que dejaron o rechazaron la terapia

Procedimientos para el manejo de contingencias

- 1. No fuerces al consultante a recurrir a la “charla suicida” para obtener tu atención
- 2. Expresá tu solidaridad y comprensión abiertamente, brinda atención y calidez no contingente
- 3. Clarificá y reforzá las respuestas no suicidas a los problemas
- 4. Describí las respuestas de un grupo de trabajo o terapeuta a las conductas suicidas de un consultante incluso si comete suicidio. Estate seguro que estas respuestas no son un refuerzo a las sucesivas aproximaciones a conductas suicidas. Estas implicado: hablá de vos (autorevelación) previamente considerando efectos (refuerzo o aversivos)
- 5. Asegurate que el consultante tiene expectativas realistas sobre la respuesta de los otros significativos frente a las conductas suicidas, especialmente aquellas que no son reforzadoras de la conducta

Indicaciones para evaluar el riesgo inminente de suicidio (S) o parasuicidio (PS)

Indicadores Directos

- 1. Ideación suicida actual
- 2. Tentativas suicidas actuales
- 3. Planificación o preparación suicida actual
- 4. Conductas autolesivas con o sin intencionalidad suicida (CASIS) en el último año, especialmente si refiere intencionalidad suicida

Indicadores Indirectos

- 1. El paciente tiene riesgo epidemiológico (grupo de riesgo)
- 2. Referencias indirectas a la propia muerte
- 3. Arreglar cosas de la vida o la muerte
- 4. Pérdida reciente de alguna relación significativa
- 5. Alteraciones negativas en el contexto en el último mes
- 6. Asistencia médica reciente
- 7. Desesperanza, enojo o los dos
- 8. Aumento de la perturbación psicológica
- 9. Indiferencia o insatisfacción con la terapia
- 10. Antecedentes de fugas o regresos de salidas y permisos antes de tiempo

Indicadores en las próximas horas o días

- 1. Nota suicida escrita o por escribir
- 2. Métodos disponibles o fácilmente disponibles
- 3. Mostrarse precavido frente a la intervención o el descubrimiento de una conducta, decepción frente al descubrimiento
- 4. Uso o abuso de alcohol o sustancias psicoactivas
- 5. Depresión mayor con: agitación, ansiedad, ataques de pánico, severa rumiación o compulsión, insomnio, severa anhedonia, disminución de la concentración, indecisión, antecedentes de episodios cicloides
- 6. Aislamiento
- 7. Primeras 24 de cárcel o restricción
- 8. Noticias en los medios sobre suicidio

Otras variables a tener en cuenta (son importantes los antecedentes)

- ¿La conducta suicida es respondiente? (Conducta respondiente es automáticamente suscitada por una situación o evento. La conducta esta bajo el control de los eventos precedentes, no de las consecuencias. El suicidio es una salida de una situación aversiva) Trabajá con el evento
- ¿La conducta suicida es operante? (Conducta operante es controlada por las consecuencias) Trabajá con las consecuencias
- ¿La conducta es mixta? Trabaja lo que suscita y consecuecias

Gestión de la conducta suicida aguda

- Evalúa el riesgo de suicidio
- Exploró el problema AHORA
- Identificó los eventos que pueden haber iniciado la respuesta emocional actual
- Formuló y sumaría la situación problema con el consultante
- Focaliza en resolución de problemas inmediatamente
- Indicó enfáticamente para no cometer suicidio o parasuicidio
- Persistí en la idea que el suicidio no es una buena solución sólo la mejor que ha encontrado
- Predecí las consecuencias futuras de varios planes de acción
- Confrontalo en sus ideas y conductas
- Da consejo y hace sugerencias directas
- Ofrecé soluciones desde la perspectiva de los recursos del paciente o por aprender
- Clarificó y reforzó las respuestas adaptativas por parte del consultante, especialmente ideas de resolución de problemas adaptativas o formas más adaptativas que usó en situaciones similares anteriores
- Registró factores ambientales de alto riesgo
- Reducí la disponibilidad de elementos letales, convencí de que los quite o quitálos o hacelos quitar
- Removí o contrarresté las contingencias positivas para CASIS y CS
- Clarificó las contingencias asociadas con la conducta suicida vs las conductas no suicidas
- Resaltó las consecuencias negativas
- Resaltó las consecuencias positivas de las conductas no suicidas
- Aumentó la red social
- Reducí o quitó los eventos estresantes o demandas
- (Internación) observó: ¿Es operante o respondiente?
- Prestó atención y validó el afecto en lugar del contenido
- Focalizó en tolerancia del afecto para el momento
- Consideró el tratamiento farmacológico –intentó estar atento a los efectos de cambiar la medicación durante las crisis... a veces son refuerzo positivo, negativo o aversivo de la conducta problema
- Generó esperanza y razones para vivir al menos para el momento (si decidís usar la entrevista “Razones para vivir” hacelo dentro de sesión)

- Reforzá el progreso, extinguí la respuesta suicida
- Localizá y resolvé problemas, identificá los factores que interfieren con un plan de acción
- Compromete y comprometé a un plan de acción (atención con contratos de no S o no CASIS, que sea realista y a corto plazo si decidís usarlos)
- Anticipá y planificá para la recurrencia de respuestas de crisis (hoja de crisis)
- Considerá un compromiso de tratamiento
- Reevalúá el riesgo de S y PS antes del cierre de la sesión, revisá límites personales y acuerdos
- Escribí en la Historia Clínica
- Tomate unos minutos de Conciencia Plena (Gagliesi, 2010).