

**UNIVERSIDAD DE PALERMO.**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

**Trabajo final de integración**

**Análisis de un caso de bulimia nerviosa y trastorno límite de la personalidad abordado mediante la terapia dialéctico-conductual.**

Autor: Dolores Roqué

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	4
2.1. Objetivo general.....	4
2.2. Objetivos específicos.....	4
3. MARCO TEÓRICO.....	4
3.1. La personalidad.....	4
3.1.1. Breve reseña histórica.....	4
3.1.2. La personalidad según el modelo de Millon.....	5
3.2. Trastornos de la personalidad.....	6
3.3. El trastorno límite de la personalidad.....	7
3.3.1. Historia del trastorno límite de la personalidad.....	7
3.3.2. Trastorno límite de la personalidad según el DSM IV-TR.....	8
3.3.3. Otras características del trastorno límite.....	8
3.3.4. El trastorno límite según Marsha Linehan.....	9
3.4. Comorbilidad – Introducción .....	10
3.5. Trastornos de la conducta alimentaria.....	11
3.5.1. Historia de los trastornos alimentarios.....	11
3.5.2. Etiología de los trastornos de la conducta alimentaria.....	12
3.5.3. Características de quienes padecen trastornos de la alimentación.....	12
3.6. Bulimia nerviosa.....	13
3.6.1. Bulimia nerviosa según el DSM IV-TR.....	13
3.6.2. Otras características de la bulimia nerviosa.....	14
3.6.3. Características observadas en quienes padecen bulimia nerviosa.....	15
3.7. Comorbilidad entre el trastorno límite de la personalidad y la bulimia nerviosa.....	15
3.8. Terapia dialéctico comportamental.....	17

3.8.1. Características generales.....	17
3.8.2.Terapia individual.....	19
3.8.3. Entrenamiento en habilidades.....	21
3.8.3.1. Módulo de habilidades de conciencia.....	22
3.8.3.2. Módulo de efectividad interpersonal.....	23
3.8.3.3. Módulo de regulación emocional.....	23
3.8.3.4. Módulo de tolerancia al malestar.....	24
4.MÉTODO.....	24
4.1. Tipo de estudio.....	24
4.2. Participantes.....	25
4.3. Instrumentos.....	25
4.4. Procedimientos.....	26
5. DESARROLLO.....	26
5.1. Análisis de la comorbilidad entre la bulimia nerviosa y el trastorno límite de la personalidad.....	27
5.2. Descripción de las técnicas utilizadas por la terapeuta dentro de la terapia individual.....	34
5.3. Descripción del entrenamiento en habilidades efectuado en el marco de un tratamiento de terapia dialéctico-conductual.....	40
6. CONCLUSIÓN.....	45
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48

## 1. INTRODUCCIÓN

El trabajo final integrador se realizó en el marco de la pasantía realizada en la materia Práctica y habilitación profesional V en la Universidad de Palermo. La misma fue concretada en una institución que se dedica a la asistencia, prevención, formación e investigación en salud mental.

Dentro de la misma trabajan dos equipos de psicólogos y psiquiatras, dedicados a diferentes especialidades, incluyendo en sus actividades no solo la clínica sino también la docencia, posibilitando la formación de terapeutas dentro de la misma. Uno de los equipos mencionados se especializa en la denominada Terapia dialéctico conductual (TDC), para tratamiento del trastorno límite de la personalidad. El segundo equipo terapéutico se dedica a todos los trastornos clínicos que no cumplen los criterios para ser tratados a través de la TDC (Fobias, Bipolaridad, Depresión, etc.).

Durante la práctica realizada se llevaron adelante diversas actividades, como por ejemplo la observación en las reuniones de equipo y de supervisión, la participación en los grupos de entrenamiento de habilidades dentro de la TDC y la concurrencia a cursos de formación en diversas temáticas.

A partir de las tareas mencionadas como parte de la pasantía llevada adelante pudo conocerse el modo de trabajo de los integrantes de la institución y realizarse un acercamiento a los casos tratados en la misma, posibilitando de esta forma el conocimiento del caso clínico analizado en el presente trabajo.

El caso aquí descrito intentará dar cuenta de una problemática muy presente en el mundo actual, como es el de los trastornos de la conducta alimentaria, así como de los llamados trastornos de la personalidad. Se intentará mostrar algo de cómo ambos se presentan en un mismo individuo, si alguno de ellos precede al otro, si un trastorno de personalidad predispone a la presencia de un trastorno alimentario y de qué manera ese cuadro de comorbilidad puede mejorar gracias a la presencia de tratamientos específicamente diseñados para este tipo de enfermedades.

Asimismo es de interés del estudio, poder describir y conocer de esta forma cómo los terapeutas orientan su labor para poder trabajar en un caso como el presente, teniendo que maniobrar entre los requerimientos específicos de un trastorno y otro, así como de la combinación de ambos, enfrentándose con las posibles dificultades que esto pueda presentar.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 . Objetivo general

Describir un caso de bulimia nerviosa no purgativa con comorbilidad con trastorno límite de la personalidad, tratado mediante la terapia dialéctico- conductual.

### 2.2. Objetivos específicos

Analizar la comorbilidad entre la bulimia nerviosa y el trastorno límite de la personalidad.

Describir las técnicas utilizadas por la terapeuta dentro de la terapia individual.

Describir el entrenamiento en habilidades efectuado en el marco de un tratamiento de terapia dialéctico-conductual.

## 3. MARCO TEÓRICO

### 3.1. La personalidad

#### 3.1.1. Breve reseña histórica

La personalidad ha sido un concepto sobre el cual múltiples autores han teorizado (Stagnaro & Conti, 2004).

Existen históricamente dos tradiciones en el estudio de la personalidad: La nomotética o psicométrica, que incluye a los autores que se focalizan en la personalidad en general. Se los denomina también teóricos de rasgos o tipos, y suelen realizar mediciones y utilizar el análisis factorial para lograr comparar entre sí a las personas, identificando lo que existe en común entre las mismas. Sus principales referentes son Eysenck y Catell (Gross, 2004).

La segunda tradición mencionada es la ideográfica que, por el contrario, se interesa en cada individuo con sus aspectos únicos. Si bien los distintos autores forman parte de escuelas diversas y difieren en muchas cuestiones de sus teorías, guardan en común la idea de ver a cada individuo como una persona total, considerando que cada uno presenta características únicas. Algunos representantes de las teorías ideográficas son Allport y Kelly, también las teorías psicodinámicas de la mano de Freud o Jung y los teóricos humanistas como Maslow y Rogers (Gross, 2004).

Uno de los referentes del concepto personalidad, que ha escrito numerosa bibliografía respecto del mismo, es Theodor Millon, el cual a través de los años fue desarrollando y modificando su concepción respecto de la personalidad y sus patologías (Sánchez, 2003; Sánchez López & Casullo, 2000; Castro Solano, 2000).

En el presente trabajo se tomará su teoría para dar cuenta del concepto y su concepción en la actualidad.

### 3.1.2. La personalidad según el modelo de Millon

Según Millon (2006) la personalidad es un patrón de características de gran complejidad, que se encuentran profundamente arraigadas en la persona, y que tienden a expresarse automáticamente en todas las áreas de la vida psicológica de la misma. Las mismas emergen de una matriz donde se presentan tanto los aspectos biológicos como los aprendidos a través de las experiencias.

El autor propone que la personalidad es el principio fundamental organizador, que posibilita entender la psicopatología. Plantea que la misma funciona para el mundo psicológico de igual manera que el sistema inmune lo hace para el mundo de la salud física. Desde esta perspectiva plantea su visión respecto de los trastornos de la personalidad (Millon, 2006).

Castro Solano (2000) comenta que Millon a través de su teoría, que pasa de ser bio- psico-social a ser ecológica- evolucionista, propone una interacción permanente entre lo orgánico y lo ambiental que da como resultado una determinada personalidad y sus posibles trastornos. Explica que la relación entre el individuo y su medio a lo largo de toda su historia es lo que da como resultado un determinado estilo predominante de personalidad en cada individuo, donde se observan cristalizados diferentes modos de pensar, de comportarse, de reaccionar y de percibir al mundo.

Durante sus años de estudio y desarrollo al respecto de la personalidad y sus patologías, Millon significó una influencia para las sucesivas clasificaciones psiquiátricas que se fueron dando a lo largo de los años, específicamente en lo que respecta al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, el cual en su tercer edición, emitida en el año 1980, por primera vez propone un apartado para clasificar a los trastornos de la personalidad (Sánchez López & Casullo, 2000; Sánchez 2003).

### 3.2. Trastornos de la personalidad

El DSM IV-TR (APA, 2000) propone a los mismos como un patrón inflexible de comportamientos y experiencias internas que no se adaptan a los requerimientos del contexto cultural, provocando malestar y deterioro funcional. Este patrón se mantiene a lo largo del tiempo, es rígido y tiene sus comienzos en la adolescencia o inicios de la edad adulta. Cabe mencionar que en el presente trabajo será utilizado el Manual en su cuarta edición debido a que la última emitida, la quinta versión del mismo, aún no ha sido editada en Español. A continuación y cuando sea pertinente, se aclararan las posibles diferencias entre el mencionado manual en su cuarta edición revisada, y la quinta edición.

El DSM IV-TR es un modelo multiaxial, que presenta diferentes ejes que aportan información de diversos aspectos sobre la persona. El Eje II es el que informa respecto de los trastornos de la personalidad (Sánchez, 2003). En el actual DSM V (APA, 2013) ya no se clasifica en ejes diferentes a los diversos trastornos, sino que se divide el manual en diferentes secciones y los trastornos de la personalidad aparecen en la segunda sección del mismo.

Si bien esta clasificación brindada por el DSM IV-TR aporta claridad y orden a los profesionales de la salud mental para poder trabajar, no brinda continuidad entre las categorías, ni tampoco entre

los conceptos de normalidad y patología (Millon, 2006). En relación a esto y a diferencia de lo cual, Millon describe la relación entre normalidad y anormalidad como un continuo, como conceptos relativos y no como categorías. La personalidad enferma entonces resultaría aquel extremo del continuo que resulta desadaptativo (Castro Solano, 2000). Tanto la personalidad patológica como la que no lo es, comparten entre sí los mecanismos y principios a través de los que se desarrollan, siendo lo que diferencia a una de la otra no el rasgo en sí, sino la intensidad y la flexibilidad de los mismos (Cardenal, Sánchez & Ortiz Tallo, 2007). A ambos conceptos Millon los piensa como construcciones sociales, en tanto son relativos a lo esperado por parte de la cultura. La normalidad sería aquello vinculado con todos los comportamientos que son típicos de la cultura, adaptados a lo esperado por la misma. Lo patológico por el contrario, sería el conjunto de aquellos comportamiento o costumbres que difieren a lo esperado socialmente (Millon, 2006).

Millon propone una explicación de los trastornos de la personalidad sugiriendo tres características fundamentales en los mismos: en primer lugar la falta de capacidad de adaptación en condiciones de estrés, donde personas sin trastorno utilizan nuevos recursos, las personalidades patológicas suelen repetir los modos de afrontamiento provocando mayor estrés y vulnerabilidad; en segundo lugar la cuestión de la rigidez, al no tener flexibilidad adaptativa la persona utiliza sus rasgos de manera más intensa y rígida ante la imposibilidad de modificar sus comportamientos; por último dadas las anteriores, se produce un círculo vicioso donde se repite la conducta patológica una y otra vez, generando aún más patología (Millon, 2006)

El DSM IV-TR (APA, 2000) nombra y describe 10 trastornos de personalidad, a los cuales divide en tres grupos. En el grupo A incluye a los trastornos esquizotípico, esquizoide y paranoide. En el grupo B menciona al trastorno límite de la personalidad, al narcisista, al antisocial y al trastorno histriónico. Por último en el grupo C agrupa al trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, al trastorno por dependencia y al trastorno por evitación. Cabe mencionar que en el DSM V (APA, 2013) se agregan a los mismos tres nuevos trastornos dentro de los denominados otros trastornos de personalidad.

Estos son el llamado cambio de personalidad por condición médica, otros trastornos específicos de personalidad y por último los trastornos inespecíficos de la personalidad.

### 3.3. El trastorno límite de la personalidad

En el presente trabajo se profundizará en el denominado trastorno límite de la personalidad. Se intentará dar cuenta de la historia del trastorno, así como de sus actuales concepciones, tanto por parte del DSM IV-TR, como por parte de otros autores que han investigado y trabajado respecto de la patología mencionada.

#### 3.3.1. Historia del trastorno límite de la personalidad

El primer autor que hace referencia a los estados limítrofes para definir un diagnóstico es Stern en el año 1938. El mismo describe al trastorno como un patrón donde se presenta una sensibilidad extrema a determinados estímulos interpersonales, que lleva a una vivencia subjetiva de intenso

dolor, dada por mecanismos de proyección en personas con excesivo narcisismo y minusvalía. Lo anterior provoca crisis de ansiedad y otros factores patológicos. Luego de la descripción mencionada, numerosos autores se dedicaron a teorizar al respecto, nombrando al trastorno de diversas maneras y conceptualizándolo desde diferentes escuelas teóricas (Conti & Stagnaro, 2004).

Puede mencionarse que el origen o la raíz del trastorno límite de la personalidad (TLP) se remonta entonces a las escuelas psicodinámicas, las cuales explicaban esta denominación proponiendo que las personas con este trastorno estarían ubicadas en el borde o límite entre las estructuras neuróticas y psicóticas de la personalidad (Cervera, Haro & Martínez-Raga, 2005).

Pasados varios años, surge la aparición del trastorno en el DSM, en 1980 como ya fue mencionado, fue la primer aparición del Eje II, por ende también del TLP a la manera actual. El trastorno siguió clasificado en las siguientes ediciones del manual hasta el último emitido, siendo la 5ta edición. Ya en el DSM III se modificó la concepción anterior respecto del desorden y se plantearon una serie de características o criterios que deben estar presentes en las personas para poder realizar el diagnóstico (APA, 2000).

### 3.3.2. Trastorno límite de la personalidad según el DSM IV-TR

El TLP es definido en el DSM IV-TR como un patrón de comportamiento donde se observa inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la afectividad y en la autoimagen. Suele acompañarse de una fuerte impulsividad y tiene sus comienzos en los inicios de la adultez, presentándose en diferentes ámbitos de la vida de la persona (APA, 2000). No se presentan diferencias en esta clasificación respecto del DSM V (APA, 2013).

Para poder realizar el diagnóstico según el Manual deben cumplirse cinco o más de los siguientes criterios: (1) Esfuerzos dirigidos a evitar un abandono, (2) relaciones interpersonales inestables que pasan de un extremo de idealización a otro de devaluación, (3) la identidad se encuentra alterada siendo inestable el sentido del sí mismo, (4) impulsividad potencialmente dañina por lo menos en dos áreas, (5) amenazas o intentos de suicidio o comportamientos de automutilación, (6) estado de ánimo inestable, (7) Sentimientos de vacío, (8) dificultades para manejar la ira y (9) paranoia transitoria vinculada al estrés o síntomas disociativos (APA, 2000).

### 3.3.3. Otras características del trastorno límite

Un estudio realizado por Leiderman, Buchovsky, Jimenez, Nemivovsky y Pavlovsky (2004) sugiere que las características que los profesionales utilizan como decisivas para la realización del diagnóstico son: la fuerte impulsividad, la inestabilidad

afectiva y la sensación de vacío o aburrimiento. Lo cual es consonante con los criterios

descriptos en el DSM, y con otros trabajos existentes (APA, 2000; Leiderman, et al., 2004). Cabe de todas formas mencionar que dentro de la investigación realizada, es menos del 50% de los



profesionales el grupo que utilizaba al DSM a la hora de diagnosticar al TLP hasta ese entonces (Leiderman, et. al, 2004).

De modo similar a lo descrito anteriormente Sadock y Sadock (2009) explican que las personas con TLP presentan un estado de crisis permanente, con fuertes cambios de humor y estado anímico, pasando del enojo a la tristeza y luego a sentirse faltos de emociones. Sus comportamientos suelen ser impredecibles y al vivir en un constante estado de dolor o sufrimiento acuden a las conductas de automutilación para poder descargar o expresar las emociones que les resultan desbordantes. Explican también que este tipo de personalidades no suele tolerar la soledad, por lo que son capaces de actuar del modo que sea necesario para captar atención, o para obtener compañía. En sus modos interpersonales suelen pasar de la total idealización de una persona al completo odio hacia la misma (Sadock & Sadock, 2009).

#### 3.3.4. El trastorno límite según Marsha Linehan

Una autora que ha desarrollado y teorizado en abundancia al respecto del trastorno límite es Marsha Linehan (1993a), quien resultará central en el presente estudio. Linehan plantea a través de la teoría biosocial, que lo central dentro del TLP es la presencia de una desregulación emocional, a la que define como el resultado de la transacción entre dos factores: una disposición biológica y un determinado contexto ambiental (Linehan, 1993a).

En cuanto a la disposición biológica refiere que si bien la desregulación emocional presenta una base biológica, no implica que se dé de la misma manera en las diferentes personas. Se considera que puede haber diversas disfunciones en el complejo sistema de desregulación que darán lugar a esta vulnerabilidad inicial. La desregulación mencionada se produce por una combinación entre una vulnerabilidad emocional o una respuesta emocional hipersensitiva y una modulación inadecuada de las emociones y las acciones asociadas a las mismas (Linehan,1993a).

En relación al factor ambiental, este también es fundamental en la producción de la desregulación emocional. La autora se refiere al mismo como un ambiente invalidante, en el cual las respuestas frente a las emociones, pensamientos o preferencias individuales, suelen ser inapropiadas, insensibles o extremas. Experiencias negativas son tomadas como triviales por ejemplo, o emociones positivas se juzgan como impulsivas o faltas de juicio.

Un ambiente con estas características, favorece a la desregulación emocional ya que no enseña a las personas a nombrar o modular sus emociones, ni a tolerar el malestar.

Asimismo la persona no aprende a confiar en sus interpretaciones ya que las mismas son invalidadas de manera sistemática, lo que la lleva a la auto invalidación (Linehan, 1993a).

Según Linehan es entonces en la interacción entre ambiente y biología que se produce el TLP (Linehan, 1993a). Pueden además mencionarse otras características que la autora refiere se encuentran presentes en las personas con TLP, coincidentes con las antes mencionadas a partir del DSM (APA, 2000) y de Sadock y Sadock (2009), por ejemplo las conductas parasuicidas o de

automutilación, la sensación de vacío e inestabilidad del sentido del yo, la dependencia extrema en los demás, y la presencia permanente de relaciones caóticas e inestables (Linehan, 1993a).

Apfelbaum y Gagliesi (2004) hacen referencia a que es en esta línea que se direccionan las perspectivas actuales, refiriendo también a la existencia de una disposición biológica que interactúa con un medio dándose una determinada retroalimentación (Apfelbaum & Gagliesi, 2004).

Con ciertas diferencias, Mosquera, Gonzalez y Van Der Hart (2011) plantean también la idea de un factor biológico dentro de la etiología del TLP, pero lo proponen en combinación con la presencia de traumas infantiles. Por lo tanto cierta vulnerabilidad genética o neurológica, combinada con experiencias traumáticas de la infancia podrían llevar a las personas a presentar desregulación de las emociones, déficits en habilidades sociales, distorsiones cognitivas, y falta de estrategias de afrontamientos que resulten adaptativas, entre otros aspectos mencionados como característicos del TLP.

#### 3.4. Comorbilidad – Introducción

Góngora (2001) por su parte, analizando la comorbilidad entre trastornos de personalidad y desórdenes alimentarios, describe a las personas con TLP como impulsivas, lábiles, con dificultades en sus relaciones interpersonales y con una autoestima baja, en sintonía con las previas descripciones realizadas a lo largo del trabajo.

En su investigación Góngora define a la comorbilidad como la presencia en un mismo individuo de criterios que permiten diagnosticar dos trastornos en simultaneo (Góngora, 2001). En relación a ello, existen diversos estudios que dan cuenta de la presencia de comorbilidad entre el TLP y diferentes trastornos, específicamente trastornos de la conducta alimentaria (Echeburúa & Marañón, 2001; Safer, Telch & Chen, 2009).

A la hora de analizar la comorbilidad entre el TLP y los desórdenes de la conducta alimentaria, se encuentra que el diagnóstico que mayormente coocurre con el trastorno de personalidad mencionado es el de bulimia nerviosa (Góngora, 2001). Son numerosos los trabajos que mencionan la presencia de alteraciones en la personalidad en personas que presentan este diagnóstico (Echeburúa & Marañón, 2001; Jáuregui, 2006). Góngora (2001) explica que dadas las características mencionadas respecto del TLP, ciertas conductas de los trastornos alimentarios pueden funcionar como adaptativas para quienes las presentan. Se pueden asociar la baja autoestima con la búsqueda desesperada de la delgadez, así como un atracón puede funcionar de descarga ante emociones muy intensas.

Para poder abordar de manera más acorta la comorbilidad mencionada cabe profundizar en primer lugar sobre el constructo de bulimia nerviosa.

#### 3.5. Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) resultan en la actualidad uno de los mayores problemas de salud. Entre otros aspectos esto es así debido a las graves consecuencias que pueden conllevar, como por ejemplo: su posible cronicidad, el deterioro psicofísico que traen, la afectación de familiares y amigos de quienes la padecen y por último por su posibilidad de desencadenar la muerte (Murcia, Cangas, Pozo, Martínez Sánchez & López Pérez, 2009; SAOTA, 1999; Vargas Baldares, 2013).

### 3.5.1. Historia de los trastornos alimentarios

La Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (SAOTA, 1999) hace un breve recorrido histórico que permite pensar que los inicios de los hoy denominados trastornos alimentarios aparecen ya en el Siglo XIII con mujeres que por causas religiosas realizaban control de su ingesta alimentaria. Rausch Herzcovici & Bay (1993) en consonancia con ello describen que en la Edad Media se hacía presente una enfermedad misteriosa relacionada con la pérdida de peso y la falta de alimentación autoimpuesta. Asimismo los autores comentan que la primer mención de los aspectos clínicos que presenta la actualmente denominada anorexia nerviosa, fue realizada por Morton en el año 1694, siendo luego en 1874 Sir William Gull quien sugiere el nombre de anorexia nerviosa, el cual fue modificándose para llegar en el siglo XX a formar el cuadro que en la actualidad se conoce. De este mismo síndrome, durante el recorrido mencionado, es que surge la bulimia nerviosa como otro tipo de trastorno alimentario, así como también los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (SAOTA,1999).

### 3.5.2. Etiología de los trastornos de la conducta alimentaria

Los TCA presentan un origen multideterminado (Crispo, Guelar & Figueroa, 1998; SAOTA, 1999; Vargas Báldares, 2013). Pueden mencionarse factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes en este tipo de trastornos y es importante aclarar que no tiene una causa, sino que la suma y la interacción entre todos estos factores es lo que posibilita una determinada vulnerabilidad en la persona para presentar un trastorno en su conducta alimentaria (Crispo, Guelar & Figueroa, 1998).

Los factores predisponentes serían aquellos elementos que preparan a la persona de forma que el trastorno pueda darse en la misma, favorecen la posible aparición de la enfermedad. Se pueden mencionar aspectos contextuales o culturales así como individuales dentro de los predisponentes. Los factores desencadenantes o precipitantes son aquellos aspectos estresantes o externos que inciden en el inicio del desarrollo del trastorno, así como lo son el inicio de dietas restrictivas en combinación con este tipo de situaciones. Por ultimo, los factores que se llaman perpetuantes son aquellos que resultan favorecedores del mantenimiento de la enfermedad, probablemente las consecuencias de la misma enfermedad tanto físicas como psicológicas (Rausch Herscovici & Bay, 1993; Crispo, Guelar & Figueroa, 1998; Saota, 1999; Unikel & Peresmitre, 2004; Vargas Baldares, 2013,).

Un aspecto fundamental que incide notablemente en el aumento significativo de la prevalencia de este tipo de trastornos en este momento histórico, es la presencia de determinados ideales sociales presentes en la actualidad. Los valores y creencias que aparecen como primordiales, entre ellos el valor de la delgadez y belleza, facilitan y promueven en las personas el intento de controlar el peso de un modo excesivo (Crispo, Guelar & Figueroa, 1998; Sadock & Sadock, 2009; Unikel & Peresmitre, 2004; Vargas Baldares, 2013). Es en las sociedades de mayor desarrollo industrial donde prevalecen estos trastornos y no así en países de grandes niveles de pobreza donde las problemáticas son diferentes. En este tipo de sociedades existe la idea de que para ser exitoso es requisito estar en forma y delgado, y circulan exigencias para con la identidad y el rol de la mujer que suelen vincularse con este tipo de valores, que promueven las exigencias de ser una super mujer, profesional, madre, delgada y bella (Marchesi, 2012).

### 3.5.3. Características de quienes padecen trastornos de la alimentación

Existen características comunes que suelen presentar las personas con desórdenes alimenticios. Dentro de estas pueden mencionarse algunas como la falta de asertividad y de autonomía, las dificultades para afrontar las problemáticas de la vida adulta, la timidez, la sensación de inutilidad, la baja autoestima, las tendencias perfeccionistas, la rigidez en sus rasgos, el déficit en la expresión de sus emociones, sentimientos o necesidades, entre muchas otras características que pudieron observarse en la mayoría de quienes padecen estos trastornos (Behar, Manzo & Casanova, 2006). Existen otros aspectos que se observan como parte nuclear de este tipo de patologías, como la preocupación constante por el peso, la obsesión por la figura corporal y también la necesidad de control de lo que se ingiere de manera sistemática, donde el autoconcepto queda vinculado directamente con estos aspectos y depende de los mismos (Fairburn, 2008).

Cabe destacar que no todo lo mencionado se da de la misma manera en todas las personas, y que también habrá diferencias entre los distintos trastornos alimentarios.

Además se sabe que algunas de estas características aparecen como factores predisponentes y otras como perpetuantes ya que aparecen una vez dado el trastorno y ayudan a que este se mantenga. Por lo tanto, ciertas características que suelen observarse en las personas que padecen patologías del comer, una vez que el trastorno cesa, van desapareciendo (Behar, Manzo & Casanova, 2006; Crispo, Guelar & Figueroa, 1998; Hercovici & Bay, 1993).

El DSM IV-TR (2000) menciona dentro de los trastornos relacionados con la conducta alimentaria a la Anorexia Nerviosa, a la Bulimia Nerviosa, y a los Trastornos de la conducta alimentaria no especificados. En el presente trabajo nos focalizaremos en la denominada Bulimia Nerviosa.

Cabe mencionar que en el actual DSM V (APA, 2013) se mencionan además de los incluidos en el DSM IV (2000) como trastornos de la alimentación al trastorno por atracones, el trastorno

denominado pica, el de rumiación, el desorden por ingesta restrictiva y evitativa y otros trastornos específicos de la conducta alimentaria.

### 3.6. Bulimia nerviosa

#### 3.6.1. Bulimia nerviosa según el DSM IV-TR

La Bulimia Nerviosa (BN) es un trastorno alimentario, que según el DSM IV-TR (APA, 2000) se define por la presencia de recurrentes episodios de atracones, combinados con conductas compensatorias, las cuales son inapropiadas y tienen como objetivo el no aumentar de peso. Los atracones se caracterizan por la ingesta en un determinado tiempo de cantidades mayores de comida de lo que ingiere la media en el mismo lapso temporal, además de darse acompañados de una sensación de descontrol. Según el DSM IV-TR (APA, 2000) para diagnosticarse BN los síntomas deben darse dos veces por semana durante al menos tres meses. Otro criterio para su diagnóstico es la importancia que tienen el peso y la silueta en la evaluación que la persona hace de sí misma, y la exclusión del diagnóstico de Anorexia Nerviosa (APA, 2000). Pueden diferenciarse dos subtipos de BN, la purgativa que implica métodos compensatorios como vómitos, uso de laxantes o diuréticos, y la no purgativa donde la compensación se da a través de restricción alimentaria o ejercicio exagerado.

No se presentan diferencias en el DSM V (APA, 2013) respecto de los criterios mencionados anteriormente, a excepción de que ya no se diferencian el subtipo purgativo del no purgativo. La BN suele darse en adolescentes o al inicio de la adultez, con una mayor prevalencia en mujeres, siendo de género femenino el 90% de las personas afectadas.

Generalmente presenta un curso crónico aunque con cierta inestabilidad, donde se dan mayores o menores períodos de ingesta compulsiva y compensación de las mismas (Safer, Telch & Chen, 2009).

#### 3.6.2. Otras características de la bulimia nerviosa

Fairburn (1998) explica que las personas bulímicas presentan un hábito alimentario caótico, con episodios de ingesta compulsiva y que por lo general estos se dan en el contexto de una dieta restrictiva sistemática. Se genera un circuito donde luego de los períodos de restricción, aparecen los atracones y como consecuencias de estos, la culpa y la necesidad de compensar esa ingesta de manera purgativa o no purgativa, generando la falsa creencia de que de esta manera neutralizarán los efectos de lo que consumieron.

Generalmente, los atracones responden a ciertos acontecimientos adversos o a un estado de ánimo negativo, ya que muchas veces logran estabilizar este estado anímico a través de los mismos. La ingesta compulsiva además, suele resultar desagradable para quienes la realizan, y esa es una de las razones por las cuales quienes padecen bulimia acuden a pedir ayuda y deciden tratarse (Fairburn, 2006). Asimismo, como fue mencionado en los TCA se identifica en estas personas una preocupación por su apariencia y su peso tan intensa que llega a ser lo que domina

sus vidas, sin que nada tenga mayor relevancia, funcionando como un factor clave del mantenimiento de la enfermedad (Fairburn, 1998).

Hay autores que sugieren que la BN es un intento fallido de Anorexia Nerviosa, donde la persona no ha podido lograr la inanición y por lo tanto termina resultando en los atracones y sus respectivas compensaciones. Se explica que el objetivo finalmente en ambos trastornos es lograr una delgadez significativa (Sadock & Sadock, 2009).

Es importante mencionar dentro de las características de la bulimia las consecuencias físicas que trae aparejada esta patología, algunas son directamente causada por la recurrencia en los vómitos y purgas, como lo son los daños en los dientes, los problemas gastrointestinales, las complicaciones bucales, las lastimaduras en la garganta y los callos en las manos, así como también se pueden provocar cambios químicos en el cuerpo que a el largo plazo podrían ser riesgoso para la salud del enfermo. Además existen otros resultados que comúnmente se ven en las personas que padecen de este trastorno, algunos de ellos son la sensación de debilidad, los edemas, la hinchazón en las mejillas y los problemas endocrinológicos (Crispo, Guelar & Figueroa, 1999; Fairburn, 2008; Safer, Telch & Chen, 2009).

### 3.6.3. Características observadas en quienes padecen bulimia nerviosa

Como fue mencionado anteriormente se conocen algunas características comunes entre los afectados por el trastorno, y si bien muchas son comunes en otros TCA, hay algunas específicas o más prevalentes en la BN. Algunas de ellas son: la presencia de baja autoestima y sensación de inutilidad, la actitud perfeccionista, el pensamiento dicotómico de todo o nada, la impulsividad, la falta de expresión de las propias necesidades o emociones que facilitan luego impulsos o necesidad de canalizarlas por otros medios, como ser los atracones o los vómitos (Behar, Manzo & Casanova, 2006; Fairburn, 1998).

Asimismo muchos autores refieren a la existencia de un estado anímico depresivo en las pacientes bulímicas, que se suele intensificar a causa del mismo trastorno y resultar además un factor perpetuante, ya que favorece a las ideas negativas en el autoconcepto, al aislamiento, y a la sensación de falta de contención (Crispo, Guelar & Figueroa, 1999; Fairburn, 2008; Safer, Telch & Chen, 2009).

### 3.7. Comorbilidad entre TLP y BN

Retomando la cuestión de la comorbilidad, cabe reiterar la definición que realiza Góngora (2001) donde explica que la comorbilidad se trata de la presencia de criterios diagnósticos de dos o más cuadros en simultaneo, en un mismo individuo. Numerosos autores han dedicado sus estudios a analizar la comorbilidad entre los trastornos de la personalidad y los desordenes de la conducta alimentaria. El comienzo de estas investigaciones data de 1980, con la aparición del DSM III. Siendo en 1983 el primer estudio que se dedica a ello (Góngora, 2001).

En los diferentes estudios se encuentra evidencia de que existe una comorbilidad de moderada a alta entre los trastornos de personalidad y los TCA. (Braun, Sunday & Halmi,

1994; Góngora, 2001; Gargallo Masjuán, Fernández Aranda & Raich, 2002; Murcia, Cangas, Pozo, Martínez Sánchez & López Pérez, 2009). A la hora de investigar sobre la relación entre estos trastornos, y su comorbilidad, aparece el debate teórico que plantea diferentes posibilidades en cuanto a cómo se relacionan los mismos. La discusión circula entre la idea de que los trastornos de personalidad podrían funcionar como predisponentes, o si por el contrario podrían ser una complicación dentro del cuadro clínico del Eje I.

También hay quienes los piensan como enfermedades independientes que interactúan entre sí modificándose, pero que son emergentes de otros factores externos a ambas patologías (Góngora, 2001; Gargallo Masjuán, Fernández Aranda & Raich, 2002; Murcia, Cangas, Pozo, Martínez Sánchez & López Pérez, 2009).

Si la comorbilidad se analiza desde la BN, se puede identificar que son muchos los trastornos que pueden coocurrir con la misma y que es muy frecuente que esto suceda, tanto con trastornos del Eje I, como con trastornos del Eje II (Safer, Telch & Chen, 2009).

Hay estudios que refieren que existe una comorbilidad de entre el 27% y el 84% entre la BN y los trastornos de la personalidad (Carrol, Touyz & Beumont, 1996; Gargallo Masjuán, Fernández Aranda & Raich, 2002.). Si por el contrario se parte de los trastornos de personalidad se llega también a encontrar que frecuentemente se presentan acompañados de síndromes del Eje I (Echeburúa & Marañon, 2001).

Distintos autores que han realizado un recorrido por los estudios que analizan la coocurrencia entre trastornos de personalidad y TCA, encuentran que en el caso de la bulimia nerviosa, es el TLP el trastorno del Eje II que aparece con mayor prevalencia. Siendo esta relación de entre un 2% y un 47%, dándose un rango de diferencias que se explica por las dificultades metodológicas que existen en los diversos estudios, así como por los solapamientos que existen entre los trastornos límite y la bulimia nerviosa (Góngora, 2001; Echeburúa & Marañon, 2001).

Es de interés destacar que los criterios clínicos vinculados específicamente con la BN, como ser la sobrevaloración de la figura y el peso corporal u otros, no se observan modificados en las personas que presentan el TLP y en las personas que no están diagnosticadas con esta patología. Aunque sí se perciben diferencias respecto de los rasgos de personalidad, como son la irritabilidad, la hostilidad y la impulsividad entre otros (Cooper et. al, 1988; Gargallo Masjuán, Fernández Aranda & Raich, 2002). Se encuentra que en los casos donde se da la presente comorbilidad se puede observar una peor autoestima, menor capacidad asertiva, cierta ansiedad somática, mayor impulsividad y conductas hostiles (Gargallo Masjuán, Fernández Aranda & Raich, 2002).

En relación al pronóstico Murcia y col. (2009) plantean que la evolución entre el TLP y la BN se da de manera conjunta, y que en el tratamiento se va observando que la modificación de uno de los cuadros progresa junto con la mejoría del otro comórbido.

Refieren los autores que quienes han revertido su bulimia, han mejorado asimismo su trastorno de personalidad. Siendo de este modo visible la idea que propone Millon (2006) de que la personalidad es como el sistema inmune del mundo psicológico de las personas, es el contexto en el cual se desarrolla un síndrome clínico, y por ello van de la mano y no como cuadros independientes uno del otro (Murcia et. al, 2009).

Góngora (2001) en su análisis respecto de la comorbilidad aquí planteada, refiere como fue mencionado anteriormente, que muchas de las conductas relacionadas con la bulimia, resultan adaptativas dadas las características presentes en quienes presentan diagnóstico de TLP. Ejemplifica comentando que la búsqueda de delgadez puede vincularse con la baja autoestima, que los atracones pueden resultar reguladores emocionales, y que los vómitos u otras conductas purgativas pueden darle a la persona cierta sensación de autocontrol. Además sugiere que todo el cuadro clínico se presenta a la manera de un autocastigo, a través del cual el individuo con trastorno límite, puede de alguna manera hacer oculto su dolor. Se menciona en su estudio la importancia de que el tratamiento en estos casos se centre en el trastorno de personalidad, aun tratando al síndrome del Eje I, dada la relación entre los mismos (Góngora, 2001).

### 3.8. Terapia Dialéctico Comportamental (TDC)

#### 3.8.1. Características generales

La TDC es un programa de tratamiento específico para personas que presentan el diagnóstico de TLP. Lynch y Robins (1997) explican que el tratamiento para este tipo de pacientes suele ser muy dificultoso. En relación a lo cual cabe destacar que la TDC resulta el tratamiento más efectivo para dicho trastorno, produciendo una disminución de las conductas autolesivas, hospitalizaciones, emociones de ira y sufrimiento de los individuos.

En este sentido un estudio que analiza la efectividad de la TDC, explica que dentro del grupo que fue tratado con la misma, se observa una disminución en las conductas suicidas, así como en las internaciones, y la demanda de servicio para situaciones de crisis (Linehan et. al, 2006). Asimismo existen adaptaciones de la TDC para otros tipos de trastornos como los de la conducta alimentaria, específicamente para el trastorno por atracones y la bulimia nerviosa. Pero este dispositivo no se recomienda en casos donde el TCA se presenta con comorbilidad con trastornos del Eje II, como lo es el TLP (Safer, Telch & Chen, 2009).

Es relevante destacar que es Marsha Linehan quien crea esta terapia, por lo tanto en adelante se hará hincapié en su teoría para dar cuenta de la misma (Linehan, 1993a). La autora comienza a trabajar en esta línea, cuando se encuentra con pacientes que presentaban conductas parasuicidas y autolesivas, y nota en estas personas que esas conductas no tenían como objetivo la muerte, sino que tenían la función de que la persona logre soportar aquello que le resultaba intolerable (Weatherhead & Flaherty-Jones, 2012).

La TDC entiende dichas conductas como un repertorio de resolución de problemas aprendido por el paciente. De esta manera, se va a focalizar en lograr una resolución de problemas activa, en



equilibrio con la validación de las emociones, los pensamientos y las conductas del paciente (Linehan, 1993a).

La terapia mencionada se basa en diferentes abordajes a través de los cuales se fue diseñando, entre ellos se encuentran la terapia cognitivo-conductual, el budismo zen y el concepto filosófico de la dialéctica (Weatherhead & Flaherty-Jones, 2012). En la TDC se hace hincapié en cuatro áreas: La aceptación y validación de las conductas tal cual se den en la persona; el tratar las conductas que interfieren en la terapia; la relación entre paciente y terapeuta como central en el tratamiento; y los procesos dialécticos. Estos últimos se refieren al hecho de encontrar una reconciliación entre opuestos a través de una síntesis (Linehan, 1993a). Por ejemplo se utilizan técnicas tanto de aceptación como de cambio, para poder llegar a un equilibrio entre la posibilidad de que el paciente se acepte a sí mismo y al mismo tiempo producir cambios, que en algún sentido se opone a lo anterior (Weatherhead & Flaherty-Jones, 2012).

Existen cuatro etapas dentro del proceso terapéutico en la TDC: La etapa de pretratamiento, en la cual se comienza a orientar al paciente sobre la filosofía del tratamiento. El objetivo de la misma será el de crear un acuerdo y un compromiso que permitan alcanzar las metas acordadas, que consistirán principalmente en reducir o eliminar las conductas autolesivas o parasuicidas y en que el paciente participe del tratamiento de manera activa (Simeon & Hollander, 2001).

Una vez logrado lo anterior se ingresará en la Etapa I, en la cual se tratarán los comportamientos que atenten contra la persona y se apuntará a formar y mantener la relación terapéutica. En este momento del tratamiento se utilizarán registros diarios en donde se anotarán las conductas que sean definidas como problemáticas, para ser revisadas al inicio de la terapia, y en el caso de encontrarse presentes ser inmediatamente tratadas, sin nunca ser ignoradas (Simeon & Hollander, 2001).

Una vez que se haya logrado eliminar las conductas mencionadas, se comenzará con la Etapa II que incluirá el tratamiento de experiencias traumáticas o invalidantes.

Luego de lo cual pasando a la Etapa III se focalizará el tratamiento en el autorespeto y en la búsqueda de logros personales (Simeon & Hollander, 2001)

El tratamiento presenta dos dispositivos fundamentales, a través de los que se busca llegar a los objetivos: La terapia individual y el entrenamiento en habilidades, ambos al servicio de lograr modelar una personalidad más funcional (Linehan, 1993a).

### 3.8.2. Terapia individual

La TDC presenta entonces un dispositivo individual de terapia, alrededor del cual gira el resto de las modalidades de tratamiento. El terapeuta que lleve adelante a la misma se centrará en tratar las conductas problemas que el paciente pueda tener durante el mismo.

Estas conductas son todas aquellas que atenten contra la vida del paciente, contra el tratamiento o la calidad de vida. Ejemplo de este tipo de conductas pueden ser las automutilaciones, el abuso de

sustancias, los atracones, u otras. Se buscará reemplazar estas conductas por otras que resulten adaptativas, para lo cual entra en juego el aprendizaje de habilidades. Es fundamental tener en cuenta entonces la motivación personal y también ambiental que puede aparecer como un inhibidor de los comportamientos efectivos y como un reforzador de las conductas que no resultan adaptativas (Linehan, 1993a).

Para poder lograr lo mencionado se realizan sesiones semanales de terapia individual, a través de las cuales se trabajan estas conductas problema, mediante un análisis en cadena de los eventos que pudieron desencadenar dichos comportamientos, y también de cuáles fueron las consecuencias de las mismas, que podrían estar resultando como reforzadores (Lynch & Robins, 1997).

Como explican Miller, Rathus & Linehan (2007) el terapeuta individual llevará adelante cada una de las Etapas mencionadas como parte del tratamiento. En el denominado pretratamiento como fue mencionado, se intentarán plasmar los objetivos, acordar un compromiso y a partir de ello iniciar el tratamiento activamente por parte del paciente.

Algunas de las estrategias para lograr atravesar este primer momento serán: Establecer una alianza terapéutica; definir los problemas relacionados con la desregulación y explicar las habilidades requeridas para poder resolverlos; especificar las conductas que atenten contra la vida, el tratamiento, la calidad de vida y los déficits de habilidades; generar objetivos a largo plazo y relacionarlos con la resolución de las conductas problema; explicar la teoría biosocial; introducir el formato del tratamiento, inclusive explicar el uso del registro diario (Miller, Rathus & Linehan, 2007).

Pasado el pretratamiento el terapeuta principal se ocupará de atravesar las siguientes etapas. En el presente trabajo cabe detenerse en la primer de ellas, donde se utilizan diversas técnicas para lograr los objetivos de la misma. En las sesiones individuales de esta primer Etapa se busca lograr una cierta rutina que permita que el cliente no sienta miedo o ansiedad. Dentro de la misma, entre otras cosas, se revisarán los registros diarios y se manejará su incumplimiento como aspecto fundamental del tratamiento en el inicio de cada sesión (Miller, Rathus & Linehan, 2007). En la mitad del encuentro se emplearán diversas estrategias para lograr la resolución de problemas. Una de ellas es el análisis conductual o análisis en cadena. Este análisis es el primer paso de la primera fase para la resolución de problemas y apuntará a identificar cuál es el problema, qué lo causa, qué dificulta su resolución, y qué recursos existen para poder resolverlo. Se indagará sobre la conducta problema que haya surgido y en base a ella, la vulnerabilidad emocional previa del paciente, los antecedentes eventuales y luego, las consecuencias a corto, mediano y largo plazo (Linehan, 1993b; Miller, Rathus & Linehan, 2007). Se realiza de manera conjunta entre terapeuta y paciente y se compone de una serie de pasos que buscan obtener toda la información necesaria, para luego poder llevar adelante una resolución de la situación diferente, por ende una resolución de problemas alternativa (Linehan, 1993b). Para continuar con la resolución de problemas la siguiente fase implica la implementación de soluciones alternativas, y para ello se puede utilizar el llamado análisis de soluciones, donde se buscan posibles soluciones diferentes a la conducta problema. Se

buscan momentos de la cadena analizada donde intervenir para poder modificar el curso de los hechos. Otras estrategias que se utilizan para la resolución de problemas son los denominados procedimientos de cambio, entre los cuales se encuentran: el entrenamiento en habilidades; la exposición a las emociones para reducir la sensibilidad a las mismas y validarlas, será según el caso a qué emoción se realizará la exposición; la modificación cognitiva para modificar las creencias disfuncionales; y el manejo de las contingencias (Linehan, 1993b; Miller, Rathus & Linehan, 2007).

Cabe mencionar como herramienta importante en el tratamiento la utilización de llamados telefónicos. Los objetivos de los mismos se dejan en claro y consisten en: lograr reducir las conductas problema, enseñarle al paciente a pedir ayuda de manera adaptativa, facilitar el uso de las habilidades en la vida cotidiana de la persona, y si es necesario reparar la relación terapéutica. Una aclaración importante es que los llamados solo serán atendidos por el terapeuta si el cliente los realiza antes de efectuar la conducta problema y no después, ya que sino resultarían un factor más de reforzamiento de la misma (Lencioni & Gagliosi, 2008).

Todo lo trabajado en el marco de la terapia individual se relacionará directamente con el entrenamiento en habilidades, y estas habilidades serán utilizadas dentro del marco individual como recursos fundamentales para poder avanzar en los objetivos del tratamiento. Por eso el dispositivo de entrenamiento en habilidades es una condición para pasar del pretratamiento a la primer etapa de la TDC (Linehan, 1993b).

### 3.8.3. Entrenamiento en habilidades

El entrenamiento en habilidades se realiza generalmente en un dispositivo grupal, aunque puede darse de modo individual dadas ciertas circunstancias. En el caso de realizarse de modo individual es muy importante que el terapeuta logre concentrarse en las necesidades a largo plazo y no deje que el paciente desvíe la atención hacia otros temas que le urgen en el cotidiano. Además se recomienda en estos casos que el terapeuta que lleva adelante el entrenamiento sea otro profesional que el que funciona como terapeuta individual (Linehan, 1993a).

El entrenamiento se lleva adelante con una modalidad psicoeducativa, realizándose encuentros de una frecuencia semanal de 2 horas y media aproximadamente (Linehan, 1993a). A lo largo de este proceso, se les enseña a los pacientes diferentes habilidades con el fin de buscar comportamientos alternativos ante las crisis, sin tener que recurrir a las conductas problemas para resolver las situaciones críticas o aliviar su malestar (Lynch & Robins, 1997). Este dispositivo se haya al servicio de la terapia individual, en la cual el terapeuta intentará ir aplicando las habilidades para ayudar al paciente a resolver problemas con los que se encuentra a diario y para poder lograrlo es fundamental que el mismo profesional pueda aplicar cualquier habilidad conductual a cualquier tipo de situación problemática, para ello deberá conocer muy bien cada una de las habilidades trabajadas (Linehan, 1993a).

La TDC plantea dentro del entrenamiento cuatro módulos de habilidades específicas, relacionadas directamente con los déficits que presentan las personas con TLP.

Cada módulo presenta distintas fichas a partir de las que se trabaja cada habilidad, y cada una tiene además tareas relacionadas con esa ficha y su habilidad (Linehan, 1993a).

Los cuatro módulos son: el módulo de conciencia plena en relación a la desregulación del sentido del yo, un segundo módulo que apunta a la regulación emocional, el tercero que busca la efectividad interpersonal y el último que intenta enseñar habilidades de tolerancia al malestar (Linehan, 1993a). Para poder comprender mejor a qué se hace referencia con cada uno de los módulos se realizará una breve descripción de cada uno, según se encuentran explicados en el manual de tratamiento escrito por Linehan (1993a):

#### 3.8.3.1 Módulo de habilidades de conciencia

Las habilidades de conciencia son fundamentales y las primeras en ser enseñadas. Las mismas se tratan durante todo el año repasándose cada vez que se pasa a un nuevo módulo y son requeridas para poder trabajar el resto de las habilidades. Son obtenidas del zen y adaptadas a una versión conductual.

Las habilidades de conciencia plena se centran en lograr que el paciente equilibre la denominada mente emocional y la mente racional para lograr así llegar a la mente sabia. La mente emocional sería aquella que se dirige en base a lo que las emociones dictan y la racional sería una mente guiada solo por la lógica. Por el contrario la mente sabia integra ambas y permite un comportamiento más adaptativo.

Para poder lograr este objetivo se enseñan tres habilidades centrales relacionadas con el qué: observar lo que se está experimentando, describir los hechos y participar de la acción o actividad que se esté llevando a cabo. Asimismo también forman parte de este módulo tres habilidades vinculadas con el cómo: no juzgar los hechos o sentenciarlos de buenos o malos, dedicarse a una cosa por vez centrando la mente en la misma y por último, lograr la efectividad llevando a cabo acciones que funcionen de modo habilidoso.

#### 3.8.3.2 Módulo de habilidades de efectividad interpersonal

Estas habilidades están directamente vinculadas con la mejora en simultáneo de todos los otros módulos de habilidades. El objetivo aquí es obtener habilidades de resolución de problemas interpersonales para poder generar cambios en los ambientes y lograr los objetivos deseados. La intención es que la persona logre expresar sus deseos, opiniones y objetivos. Que logre decir que no o poder pedir, sin dañar las relaciones y manteniendo el autorespeto.

Para lograr estos propósitos el módulo consta de diferentes partes, una primera parte con las habilidades básicas, la segunda que se centrará en definir cuáles son los aspectos que facilitan u obstaculizan la efectividad interpersonal, la tercera parte se dedica a identificar los factores que tienen que darse previamente a llevar a cabo estas habilidades. El último tramo del módulo se trata de las habilidades específicas, por ejemplo habilidades para mantener relaciones o para cuidar el autorespeto, entre otras.

### 3.8.3.3 Módulo de regulación emocional

El presente módulo requiere también de las habilidades de conciencia para poder llevarse a cabo. Específicamente es fundamental poder observar sin juzgar a las propias respuestas emocionales. Esto se basa en la idea de que muchas veces existen emociones primarias que al ser juzgadas se intentan ocultar con otras emociones secundarias, como la vergüenza, la ira o la ansiedad, y esto resulta en un malestar mayor y muy significativo.

Por lo tanto se trabajará a favor de poder exponerse a las emociones primarias que en su mayoría son acordes al contexto y tienen una función adaptativa.

Para lograr este objetivo existen diversas habilidades que se entrenan en este momento del tratamiento:

Identificar y etiquetar emociones, observar y describir las emociones detalladamente.

Identificar los obstáculos que no permiten el cambio, poder encontrar cuáles son las respuestas que están resultando reforzadores de esa emoción.

Reducir la vulnerabilidad a experimentar las cosas desde la mente emocional, a través del cuidado de las necesidades básicas del paciente. Que se duerma lo suficiente, se cuide la nutrición, que se atiendan las enfermedades y se realice el ejercicio necesario, entre otras.

Incrementar los acontecimientos agradables que llevan a emociones positivas, que estos ocurran con mayor frecuencia cada vez.

Poder concientizar las emociones, experimentarlas sin juzgarlas o bloquearlas, ya que si logran atravesarse sin más consecuencias negativas entonces no promoverán emociones secundarias en el futuro.

Realizar una acción opuesta, un gesto y una postura contrarias a lo que esa emoción dictaría. Expresar una emoción opuesta.

Aplicar técnicas de tolerancia al malestar, que son las explicadas en el próximo módulo.

### 3.8.3.4 Módulo de tolerancia al malestar

En este apartado se busca lograr manejar el malestar de manera habilidosa, ya que este es inevitable en ciertos momentos y no aceptarlo conlleva un mayor sufrimiento. Estas habilidades también requieren de las de conciencia, ya que involucran la aceptación sin juicios de uno mismo, sus emociones y acciones, y la aceptación del ambiente o la situación tal cual se esté dando. Vale aclarar que aceptar algo no significa aprobarlo.

Para lograr entonces tolerar las crisis y poder sobrevivir a ellas, se enseñan habilidades vinculadas con distraerse, proporcionar estímulos positivos, mejorar el momento, y analizar pros y contras de tolerar el malestar. Además se entrenan otras tres habilidades destinadas a la aceptación, como la

aceptación radical, dirigir la mente hacia la aceptación, y por último la buena disposición a experimentar la vida.

#### 4. MÉTODO

##### 4.1. Tipo de estudio

El presente trabajo es de tipo descriptivo

##### 4.2. Participantes

Se contó con una paciente como participante, a la cual con razón de preservar su identidad se la nombra M. Es una mujer de 22 años, que asiste a la institución elegida por que quiere tratarse para dejar de tener atracones y sus consecuentes conductas compensatorias, así como crisis de intensidad emocional.

También formó parte del trabajo la terapeuta individual del caso, quien es parte del equipo de Terapia Dialectico-Conductual y se especializa en casos de trastornos límite de la personalidad y trastornos alimentarios, quien es nombrada como Lic.A.

Participó asimismo la terapeuta encargada del entrenamiento en habilidades, que también forma parte del equipo de TDC de la Fundación, quien se menciona como Lic. B.

##### 4.3. Instrumentos

Se tomó como instrumento la historia clínica de la paciente, en donde pueden observarse las temáticas abordadas en las diferentes sesiones realizadas por la terapeuta individual, así como los registros diarios realizados por la paciente sesión tras sesión, que dan cuenta de la presencia de conductas problemáticas. También este instrumento posibilita dar cuenta del proceso terapéutico en una línea temporal, teniendo cuenta las ausencias o dificultades que pudieron aparecer en diversos momentos del tratamiento.

Se realizó una entrevista semi-estructurada a la terapeuta individual donde se obtuvo información respecto del desarrollo y la evolución del tratamiento, las intervenciones, y otros datos de interés. Los ejes de la misma fueron, los datos de la paciente y su familia, la situación de la paciente al iniciar el tratamiento, los síntomas y diagnósticos realizados, los objetivos pactados, las intervenciones realizadas y la evolución del caso hasta la actualidad.

Por último se realizó una entrevista semi-estructurada a la terapeuta que lleva adelante el entrenamiento en habilidades con la paciente, la cual aportó información de cómo se dio el proceso hasta el momento de la entrevista, cuáles fueron las habilidades trabajadas y ejemplos específicos del caso. También se preguntaron aspectos generales de la paciente, que pudieran ampliar lo informado por la terapeuta individual.

##### 4.4. Procedimientos

Se leyó la historia clínica brindada por la terapeuta individual, en formato digital, con todo el material que la misma ofrece. A partir de la información obtenida se construyó una entrevista semi-estructurada, con preguntas que guiaron a la misma, que luego fue dirigida a la terapeuta individual, con el fin de poder obtener la información necesaria para desarrollar el presente trabajo.

Luego de realizar ambos procedimientos anteriores se formuló una entrevista semi-estructurada que fue realizada hacia habilidades.

Ambas entrevistas fueron realizadas en la institución, durante las horas dedicadas a la práctica profesional.

## 5. DESARROLLO

En el presente apartado se realizará el desarrollo de cada uno de los objetivos propuestos.

La paciente M se presenta a la Institución luego de atravesar otros tratamientos que fueron abandonados, en el último de los cuales fue derivada a este centro por presentar aspectos de desregulación, que se conoce son tratados por la misma. La consultante refiere haber tenido problemas con su alimentación hacía ya 8 meses, pero que antes hubieron otro tipo de conflictos en su vida.

Sus padres se habían separado tres años antes del momento en el que consulta. Ella vive con su madre mitad de la semana y con su padre la otra mitad. Tiene una hermana menor que ella, de 21 años.

M luego de terminar el secundario comenzó la carrera en nutrición y al momento de iniciar el tratamiento se encontraba cambiando de carrera para estudiar psicología. Además atravesando una mudanza, la madre pasaba de un barrio hacia otro. Por último, cabe mencionar que también comenzaba hacía unos meses una relación de noviazgo, con un chico al que se le llamará Mx en el presente trabajo.

En la institución luego de una primer entrevista, se definen dos diagnósticos, el de trastorno límite de la personalidad y el de bulimia nerviosa. Se le propone a la paciente realizar un tratamiento dentro del dispositivo de la TDC. a la terapeuta encargada del entrenamiento .

### 5.1. Análisis de la comorbilidad entre la bulimia nerviosa y el trastorno límite de la personalidad

Para poder llevar adelante el presente objetivo en primer lugar se comenzará por analizar cada uno de los diagnósticos propuestos, intentando dar cuenta de la presencia de los mismos en el caso descrito. Es de interés mencionar que se tomarán principalmente los signos y síntomas descritos en el momento del inicio del tratamiento. Con respecto al trastorno límite de la personalidad como menciona el DSM IV-TR (APA, 2000) deben presentarse cinco o más de los criterios propuestos para poder realizar el diagnóstico. Según lo relatado tanto por la Lic. A como por la Lic. B, se pueden identificar algunos de ellos.

En primer lugar el criterio 2) que refiere a las relaciones interpersonales inestables (APA,2000), la terapeuta individual refiere que M presenta muchas dificultades en su relación con sus padres y hermana, siendo un motivo de crisis permanente las peleas y discusiones que llegan a generar un caos familiar, que termina siendo atribuido a ella y a sus dificultades. La Lic. A. relata algunos ejemplos, en una de ellos M se enoja con la madre porque esta le dice que la ve mal y sin mejorías y automáticamente la paciente entra en estado de gritos y llantos y comienza a decirle una serie de frases que la terapeuta define como tremendas, entre las cuales menciona: Sos un desastre de madre, te querés deshacer de nosotras, entrar en esta casa es como pisar heces de perro. Situaciones que muchas veces terminan en recurrir a los atracones y a las conductas compensatorias. Además la terapeuta también refiere que M además en su relación de noviazgo se ve muchas veces teniendo problemas por no poder elegir, decir que no, independizarse del novio o poner límites a sus demandas, por miedo u otras razones, lo que muchas veces la lleva a sentirse obligada a vivir situaciones que no quiere y eso la termina agobiando. Cabe mencionar algo que destaca la Lic. B., que refiere a las relaciones con sus pares, con sus amistades, la misma explica que en ese aspecto M se muestra con recursos y estabilidad para poder sostener esas relaciones sin mayores complicaciones, refiere que los mayores inconvenientes los presenta dentro de su familia y con las relaciones con hombres. Por todo lo mencionado puede pensarse entonces que por diversos motivos la paciente se encuentra con dificultades para llevar estas relaciones en el tiempo de manera estable.

El siguiente criterio que se observa que la paciente cumple es el número 4) que refiere a la impulsividad en al menos dos áreas (APA, 2000). Como explica la terapeuta individual, M se muestra impulsiva sobre todo en los momentos en que se encuentra más vulnerable emocionalmente, al no poder regular sus emociones aparecen ciertos impulsos como los atracones, las discusiones fuertes con algún familiar, que a veces son desencadenantes y a veces consecuencia de la desregulación. Se observa entonces la aparición de reacciones impulsivas que la paciente no puede controlar, o manejar y que son perjudiciales para sí y para otros, implicando su cuerpo y su alimentación, así cómo también a las personas que la rodean.

Otro criterio que se observa cumplirse es el 6) que menciona los estados de ánimo inestables, lo cual es una característica muy mencionada por ambas terapeutas, las que refieren en sus entrevistas la presencia de un ánimo fluctuante que es sumamente determinante en la funcionalidad de la cotidianidad de M, además de una dificultad para regular las emociones, lo que la lleva a vivir diariamente emociones muy intensas a veces por eventos muy importantes y otras veces por cuestiones que hasta la misma paciente termina considerando como poco relevantes. La



terapeuta individual explica que el ánimo de M cambia rápidamente dadas ciertas situaciones, por ejemplo si reprobó un examen o tuvo que faltar a la facultad, si tuvo una discusión familiar o subió medio kilo puede llegar a darse una fuerte desregulación y un estado anímico bajo, que lleva después mucho trabajo mejorar.

El siguiente criterio 7) que menciona los sentimientos de vacío (APA, 2000), es referido por la terapeuta individual cuando menciona que M muchas veces dice, como es típico en los TLP, que se siente vacía, que no encuentra sentido a las cosas y eso le genera por momentos mucha angustia y por otros una gran desconexión con lo que le pasa, lo cual muchas veces dificulta trabajar en sesión.

El próximo criterio que se puede ver en M es el 8) que refiere a la dificultad para manejar la ira, se observa en la paciente específicamente en todos los ejemplos que las terapeutas ponen cuando M se pelea con sus familiares, especialmente con su madre, que según refiere la Lic. A. M dice sentir un tremendo enojo, una sensación de mucho odio para con su mamá, sea por lo que sea que discuten piensa en general que su mamá desde la separación se convirtió en una mala madre, que solo se interesa por sí misma y se siente muy enojada por la mayoría de las cosas que la madre hace, esto la lleva a tener situaciones muy conflictivas y de mucha violencia con ella. Si bien las terapeutas explican que el enojo es una emoción que suele ser secundaria a otras, explican que M suele, antes de poder darse cuenta de qué emoción es la primaria, la que realmente se está desregulando, experimentar el enojo de un modo muy intenso.

Por último resulta de interés mencionar el criterio 5) que habla sobre las conductas suicidas o de automutilación, que si bien la paciente no presenta ninguna conducta en donde se infrinja lastimaduras o cortes así misma, sí presenta conductas que atentan contra sí como lo son los atracones y sus respectivas conductas compensatorias, que según la terapeuta A. refiere, al inicio del tratamiento presentaba una gran cantidad de atracones por semana y para compensarlos si bien no se daban muy seguido a veces vomitaba, muchas otras compensaba con restricción o ejercicio.

Se observa a partir de todos los criterios ejemplificados, que la paciente cumple con los necesarios para poder pensarse en la presencia del trastorno límite de la personalidad.

Además, saliendo del DSM y tomando lo que explican Sadock y Sadock (2009) coincide con lo descrito anteriormente, presencia de crisis, cambios de humor, estados emocionales intensos que luego pasan a la falta de emociones, esto se ve descrito por las terapeutas a lo largo de ambas entrevistas, como fue detallado en cada criterio del Manual.

Por su parte, tomando a Marsha Lineham (1993), que toma como central en el trastorno a la desregulación, se puede identificar con claridad la presencia de esta problemática en M, como ya fue mencionado. Ambas terapeutas lo mencionan, la Lic. A. explica que es su desregulación lo que la lleva a terminar teniendo atracones, o a tomar decisiones que la terminan dejando en mayores

conflictos. Un ejemplo de ello es un evento que relata la Lic A. donde M después de una pelea con el novio, en la cual experimentó miedo de que él la quiera dejar, se dirigió a su casa muy activada emocionalmente, donde sabía que estaría sola, y tuvo el atracón y explica la terapeuta que en ese momento le sirve para no pensar en la pelea y bajar esa intensidad. Lo anterior coincide con lo referido por Sadock y Sadock (2009) cuando explican que el sufrimiento lleva a este tipo de personas a tener conductas de automutilación, en este caso sería el atracón, para poder descargar la emoción desbordante.

Marsha Linehan (1993a) además, explica que esta desregulación se da por la interacción entre una disposición biológica y un determinado ambiente que denomina como invalidante. En la paciente se observa la presencia de este ambiente, en ciertos ejemplos mencionados por la terapeuta A. quien describe comentarios realizados por el padre a la paciente. Relata que el padre de M, cuando ella era más chica solía llamarla tanque australiano, o decirle que pare de comer, que estaba gorda, y muchos otros comentarios muy invalidantes, y despectivos que M recuerda muy vívidamente. Ya identificado el diagnóstico de TLP, para continuar con el presente objetivo, cabe analizar la presencia del segundo diagnóstico, el de bulimia nerviosa.

Previo a describir los criterios diagnósticos es de interés mencionar el concepto de la multicausalidad que presentan los trastornos de la alimentación. Son muchos los autores que refieren a esto (Crispo, Guelar & Figueroa, 1998; SAOTA, 1999; Vargas Báldares, 2013). Según lo explicado por los mismos, la interacción de los factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes facilitan la aparición del trastorno. En el presente caso, puede tomarse como factor predisponente al TLP, ya que como refiere la psicóloga individual, M tiene una vulnerabilidad emocional propia de su trastorno de personalidad que se observa claramente en aspectos de su desorden alimenticio. Como si estuviese más predispuesta que otra persona que no tiene este trastorno.

Asimismo como desencadenantes puede pensarse en diferentes situaciones que ambas terapeutas mencionan fueron estresantes para M, como la separación de sus padres, el cambio de carrera universitaria, la mudanza de casa y de barrio y también su nuevo noviazgo. Por último, como factores que mantienen la enfermedad, por lo menos hasta el momento de iniciar el tratamiento, pueden mencionarse la desregulación emocional, los resultados obtenidos en los atracones o las restricciones, ya que la Lic. A. explica que al lograr salirse del problema teniendo el atracón, eso puede ser un reforzador a seguir con los atracones, así como también la restricción se puede ver reforzada por una bajada de peso por ejemplo, refiere la terapeuta. Menciona la psicóloga que de todas formas la vivencia de M respecto a esto no es para nada placentera, y que justamente por eso consulta y tiene intenciones de cambiar.

A continuación se describirán los criterios del DSM IV-TR (APA, 2000) que se observen cumplirse en el presente caso., para poder llegar a identificar el diagnóstico mencionado de BN.

El primer criterio que se observa es el que refiere a los episodios de atracones y sus respectivas conductas compensatorias. Como fue referido por las terapeutas y también en la historia clínica de

la paciente, al momento de la primer consulta se observa la presencia de sistemáticos atracones, donde la paciente ingería cantidades abundantes de alimentos, sin poder detenerse, de manera descontrolada, sintiéndose luego de los mismos con mucha culpa y malestar durante un largo tiempo. Coincidiendo con la definición que brinda el DSM de lo que implica un atracón y sus consecuencias (APA, 2000). Las conductas compensatorias como explica el manual, tienen por objetivo el no aumentar de peso. En el caso de M se da de esa manera, según menciona la terapeuta individual, M se siente culpable después de un atracón y le agarra tanto miedo a engordar que después de tenerlo come frutas durante una semana, hace ejercicio compulsivamente y algunas veces hasta se auto produjo vómitos. Según el manual (APA, 2000) estos deben darse dos veces por semana durante dos meses. Según las terapeutas del caso y los registros anotados en la historia clínica, estos se han dado más de dos veces sobre todo en los inicios del tratamiento y los meses previos a llegar a la institución, no así en la actualidad.

Otro criterio claramente presente en la paciente es el de la preocupación excesiva por el peso y la silueta (APA, 2000). Como explicaba la Lic. A. M muchas veces no podía ni salir de su casa por sentirse gorda y no poder ni vestirse por lo mal que se veía.

También se observa por las fuertes crisis emocionales que describe tener M cuando se pesa y engordó o cuando no le entra ropa que antes le entraba, según explica la terapeuta individual esto la limita en su vida cotidiana.

Dados los criterios mencionados, entonces, puede decirse que está presente el diagnóstico de BN según el DSM IV-TR (APA, 2000).

Fairburn (2006) por su parte, explica que en la bulimia suele darse un habito alimentario caótico, donde la restricción es el comienzo de un circuito que continúa con los atracones y luego la compensación, siendo además los atracones una respuesta a estados adversos o conflictivos. Esto puede observarse claramente en este caso, como fue explicado anteriormente, y referido por las terapeutas, la paciente presenta por un lado una cierta vulnerabilidad a las crisis emocionales con dificultades para regular esas emociones, por lo que en muchas oportunidades recurre a los atracones para aliviar esa intensidad.

Asimismo la terapeuta A. detalla, y también pudo verse en los registros, que M presenta un habito alimentario muy irregular, donde pasa días restringiendo, lo que generalmente se ve seguido de días con atracones, y otros períodos donde mantiene cierto orden alimentario.

Respecto de las consecuencias físicas de la bulimia, como los daños dentales, problemas gastrointestinales, callos en las manos, debilidad, edemas y otros (Crispo, Guelar & Figueroa, 1999; Fairburn, 2008; Safer, Telch & Chen, 2009) la paciente no los presenta según explica la terapeuta A. La misma sugiere que al no tener demasiados eventos de vómitos hay muchas de las secuelas típicas físicas de la enfermedad que M no debe mostrar por eso, o tal vez por que no está hace tanto tiempo presentando el desorden.

Lo que si puede observarse en la paciente, según mencionan ambas terapeutas en sus entrevistas, es la presencia de ciertas características muy comunes en las personas que padecen bulimia. Como explican algunos autores, (Behar, Manzo & Casanova, 2006; Fairburn, 1998) estas suelen ser, la baja autoestima, la sensación de inutilidad, la actitud perfeccionista, el pensamiento todo nada, la impulsividad, la falta de expresión de emociones o necesidades. Se observa cada una de ellas en la paciente. Como explicaba la terapeuta A. M se siente muy a disgusto consigo misma, y además de lo que refiere al cuerpo, explica la psicóloga, que M se exige en la facultad ser alumna diez, si no se saca buenas notas se desregula mucho, y se siente la peor. Esto muestra una actitud perfeccionista, además de una baja autoestima, y un pensamiento dicotómico de todo o nada. También como ya fue referido la paciente es impulsiva, se vio específicamente cuando se describió su trastorno límite, así como con dificultades en la expresión de las emociones lo que promueve otras vías de expresión como las conductas problema, como ha sido explicado anteriormente por la terapeuta.

Dado que pudo también identificarse claramente el diagnóstico de bulimia nerviosa en la paciente, a continuación se analizará la comorbilidad mencionada entre ambos trastornos.

Como explica Góngora (2001) la comorbilidad se define como la presencia de criterios diagnósticos de más de dos cuadros en simultáneo en una misma persona. Como ha referido la terapeuta y se ha visto a lo largo de la descripción de ambos trastornos mencionados, en el presente caso se da esta característica de presentar una misma paciente dos diagnósticos en un mismo período de tiempo.

La presente comorbilidad entre un trastorno de personalidad como el TLP y la bulimia nerviosa, trae una cuestión mencionada por diversos autores, que tiene que ver con la relación entre ambos trastornos. Si el trastorno de personalidad es un predisponente, si el cuadro clínico trae como complicación al TP, o si ambos son independientes causados por un factor externo (Góngora, 2001). Respecto de lo anterior, la terapeuta A. menciona que apenas se diagnosticaron ambos cuadros el paso a seguir fue definir el tratamiento, y en el marco de la TDC priorizamos tratar al trastorno límite, ya que tratándolo por consecuencia se trata al trastorno alimentario, sobre todo en este caso, que no es una anorexia con riesgo de vida ni mucho menos, sin urgencia en ese sentido. Obviamente que siempre poniendo cierta atención en la alimentación, pero en realidad con el dispositivo de la TDC eso queda abarcado, porque la bulimia muestra muchas características que son parte del trastorno límite también. Este relato da cuenta de una concepción respecto de lo mencionado. Quedaría sugerida la idea o puede pensarse desde allí, sin por eso aseverarlo, que el trastorno límite es un predisponente o una base que trae junto con él al trastorno clínico de alimentación y no a la inversa. Lo cual coincidiría con el concepto de Millon (2006) que plantea a la personalidad como el sistema inmune del mundo psicológico, por lo cual este TLP sería ese sistema inmune que participa en la predisposición a la presencia de un cuadro clínico, en este caso el de bulimia nerviosa, que como fue explicado es el diagnóstico que más se observa coocurriendo con el trastorno de personalidad referido (Echeburúa & Marañón, 2001; Jáuregui, 2006).

Respecto de la relación entre las conductas relacionadas con la bulimia y las características del TLP, Góngora refiere que estas conductas suelen ser funcionales o adaptativas a lo que conforma al

trastorno de personalidad. La autora ejemplifica con la búsqueda de delgadez vinculada a la baja autoestima, los atracones como reguladores de las emociones y las conductas compensatorias como la búsqueda de autocontrol. En este caso puede observarse algo de lo sugerido por la autora. Por ejemplo la Lic. A. relata que la paciente logra el objetivo de regularse en el momento de una crisis emocional a través de un atracón pero que el problema es que haciéndolo aprende que esa es una forma de resolver sus crisis, y esto resulta un factor que mantiene al trastorno, por lo cual explica que es importante aprender conductas alternativas que también la ayuden a bajar la intensidad emocional. Además, respecto de las conductas compensatorias, la psicóloga refiere que M cuando al inicio del tratamiento no encontraba otra forma de sentirse mejor consigo misma después de un atracón que controlando lo que comía y haciendo ejercicio compulsivamente, esto le daba cierta sensación de reparar el daño del atracón, pero hablándolo con ella, M sabía que era tan solo una sensación y que no la llevaba a ningún lado más que a seguir el circuito de la enfermedad. Estos ejemplos permiten pensar en la idea de que la bulimia nerviosa en el caso de M resulta o resultaba funcional al trastorno límite, lo cual continuaría en la línea de lo mencionado anteriormente, respecto de que el trastorno de personalidad podría pensarse como un factor de vulnerabilidad que predispone a la aparición de un trastorno como el de la bulimia nerviosa.

Por último, cabe mencionar la idea de Murcia y col. (2009) respecto del pronóstico en el tratamiento de la presente comorbilidad, los autores plantean que la evolución de los trastornos TLP y BN se darían de manera conjunta, por lo tanto si se observaran mejorías en uno de ellos también sería posible observarlas en el otro. Respecto de esto, ambas

terapeutas al referirse a la evolución del tratamiento, explican que pasados tres meses desde que M inició su tratamiento, se observan mejorías en distintas áreas, y que involucran aspectos que incluyen a ambos trastornos. Por ejemplo la paciente prácticamente en la actualidad no recurre a los atracones, pudo ordenar sus hábitos alimentarios, o interrumpir el circuito restricción, atracón y compensación. Además explican que presenta nuevos recursos y habilidades para enfrentar situaciones de crisis emocional, sin necesidad de llegar a situaciones dañinas para sí. Como puede observarse, están íntimamente relacionadas las mejorías mencionadas con los dos trastornos presentes en la paciente, no podría separarse la evolución de cada uno de ellos.

## 5.2. Descripción de las técnicas utilizadas por la terapeuta dentro de la terapia individual.

Para poder llevar adelante el presente objetivo será necesario contextualizar las técnicas y estrategias, a través de la descripción del proceso terapéutico, para que se pueda dar cuenta de modo más acabado del sentido de las mismas.

Como describen Simeon y Hollander (2001), existen diferentes etapas dentro de la TDC, en el presente caso se ha llegado a atravesar la etapa de pretratamiento y se encuentra siendo atravesada al momento la Etapa I, lo cual será detallado a continuación.

La etapa de pretratamiento consiste en la orientación del paciente sobre la filosofía del tratamiento, en la que se buscará crear un acuerdo y un compromiso enfocados a alcanzar las metas, que principalmente apuntarán a reducir o eliminar las conductas problema, y a que el paciente participe de manera activa del tratamiento (Simeon & Hollander, 2001). A continuación se ejemplificará el trabajo realizado dentro de este primer momento del tratamiento.

En la primer sesión, además de buscar establecer un buen vínculo entre paciente y terapeuta, la Lic A. menciona haber realizado, una vez dados los diagnósticos, psicoeducación respecto a dos temas: la desregulación emocional propia del TLP y el circuito del hambre, la saciedad y sus consecuencias en la BN. El primer concepto explicado por Linehan (1993a) a través de la teoría biosocial, el segundo por Fairburn (1998). Comenta la psicóloga: Le expliqué a la paciente en primer lugar la vulnerabilidad biológica que de por sí ella trae, se lo compare con una piel muy blanca, que seguramente va a necesitar ciertos cuidados ante la exposición al sol por ejemplo, cuidados que se aprenden para anticiparse a consecuencias problemáticas para esa piel tan sensible. Le dije que a ella le pasaba lo mismo con las emociones, todo siempre desde la validación, como para que ella se sienta comprendida y aceptada, lo cual desde un principio favorece a la alianza entre las dos. Explica además que: fue muy interesante ver como M se fue sintiendo entendida o identificada con las cosas que yo le decía, porque empezó a animarse a contar más, lo que me sirvió mucho para empezar a definir aspectos del tratamiento. Además, refiere la terapeuta que en esa primer entrevista le contó cómo sería el tratamiento, le explicó que tendrían sesiones semanales de una hora con ella, y que además tendría que participar de un grupo de entrenamiento en habilidades. Asimismo le habló del uso de los registros diarios que iba a tener que completar para cada sesión.

Todo lo anteriormente mencionado como trabajado dentro de la primer sesión y lo que continuará en adelante, que será descrito a continuación, son parte de los aspectos mencionados dentro de la etapa de pretratamiento por los autores Miller, Rathus y Linehan (2007). Dentro de los cuales se mencionan: establecer la alianza, explicar la teoría biosocial, definir los problemas relacionados con la desregulación y las habilidades necesarias para resolverlos, especificar las conductas que atentan contra la vida, el tratamiento y la calidad de vida, generar objetivos a largo plazo, explicar el formato del tratamiento, incluso el uso del registro diario (Miller, Rathus & Linehan, 2007).

La terapeuta relata que a lo largo de las siguientes sesiones fueron realizándose distintos pasos que las fueron acercando a cumplir con el objetivo de esta etapa del tratamiento. Comenta, lo que coincide con la definición de los problemas vinculados con la desregulación y las habilidades necesarias para resolverlas (Miller, Rathus & Linehan, 2007), que: en las primeras sesiones fuimos esclareciendo lo que era la mayor conducta problema de la paciente, y definimos que eran los atracones, no solo por ser la salida disfuncional y cortoplacista de sus desregulaciones, sino porque además esta traía muchísimas consecuencias muy contraproducentes. Explica que como habilidades relacionadas en un principio propuso trabajar con la anticipación. El problema que relata la psicóloga A. fue: durante varias sesiones nos dedicamos a pagar incendios, focalizadas únicamente en la conducta problema, y yo me di cuenta después de unas cuantas veces que era yo la que me estaba confundiendo y que lo único que lograba era reforzar los atracones de M, porque

ante sus atracones yo interrumpía la rutina de la sesión y me ocupaba de eso, claramente era un error. Además me daba cuenta de que no avanzábamos, que M no completaba los registros, faltaba, y ahí, también gracias a supervisar el caso, noté que tenía que empezar a definir o focalizar en las conductas que atentaban contra el tratamiento, característica mencionada como parte de lo que hace al pretratamiento (Miller, Rathus & Linehan, 2007). Una vez identificadas las conductas que atentaban contra el tratamiento y puestas como prioridad, la terapeuta explica que de a poco las cosas fueron cambiando, y que esto fue muy necesario para reforzar el compromiso activo por parte de la paciente.

La psicóloga menciona que una intervención o estrategia clave y visagra entre el pretratamiento y la primer etapa, que posibilitó ahondar en el acuerdo y el compromiso, fue un llamado telefónico. Este llamado tuvo lugar una día que la paciente iba a faltar y en lugar de eso llamó. Describe la Lic. A. que para ese momento no había comenzado el entrenamiento en habilidades, solo había ido una vez a un grupo al que rechazó totalmente, por lo cual estaba bastante desprovista M de cómo hacer las habilidades.

Entonces cuando me llamó tan angustiada y llorando diciéndome que no iba a venir a la sesión porque había tenido un atracón y no podía salir de su casa, no podía ni vestirse, yo fui de a poco guiándola. Primero ayudándola a respirar y tranquilizarse. Le sugerí que me dijera cuántos pasos había de su cuarto al baño y la fui guiando paso por paso hasta que llegara al baño para poder bañarse. Antes de eso le dije que me dijera rápidamente que era lo primero que se le ocurría que podría ponerse. Me dijo unas calzas negras y una camisa, así que le dije que bueno que se pusiera eso y viniese, obviamente esto explicándole que estábamos haciendo acción opuesta de lo que su impulso de acción le estaba indicando, en base a la emoción que sentía. La acción opuesta es una habilidad que forma parte del módulo de regulación emocional, trabajado en el entrenamiento en habilidades (Linehan, 1993a).

Respecto al llamado relatado, explica la terapeuta la importancia del mismo, refiriendo primero al hecho de que M tuvo la iniciativa de llamar y fue un recurso, que además fue efectivo porque a partir de eso pudo llegar a la sesión, donde siguieron practicando otras habilidades para bajar la intensidad emocional y realmente observó que M había vivido las habilidades como efectivas. Explica la psicóloga que a partir de ello le reforzó la importancia de entrenar las habilidades y de darse cuenta de que bien hechas sirven, y que ella las necesitaba, cosa que M descreía.

Se puede observar en el ejemplo del llamado, lo que describen Lencioni y Gagliosi (2008), cuando dicen que las mismas son una herramienta importante, que ayudan a mejorar la alianza terapéutica, a reducir conductas problemas, en este caso faltar al tratamiento como conducta que atenta contra el tratamiento. Además de motivar a la paciente a pedir ayuda de forma adaptativa y a utilizar de modo efectivo las habilidades.

Sumado a esto comenzó a llevarse adelante lo que se mencionó anteriormente respecto de priorizar atender las conductas que atentaran contra el tratamiento. Explica la psicóloga que si M

no traía el registro se lo hacía completar ahí, y no se hablaba de otros temas aunque fueran urgentes para ella, hasta que eso no estuviese, por ejemplo.

Además de poner el requisito obligatorio de que el entrenamiento en habilidades era condición para seguir adelante, lo cual explica Linehan (1993b) es una condición para poder avanzar a la siguiente etapa. En este aspecto menciona la Lic. A, que la paciente pidió hacer el entrenamiento de manera individual ya que no se sentía identificada ni cómoda en el grupo que le habían otorgado, y tanto la terapeuta como la institución estuvieron de acuerdo y le asignaron una terapeuta para hacer las habilidades a modo individual.

A partir de todo lo anterior es que se indica un paso hacia la primer Etapa, la terapeuta comenzó a ver resultados y cambios respecto del compromiso de la paciente, explica que si bien alguna vez más faltó, su actitud era diferente, pedía por ejemplo reemplazar la sesión un sábado, y que además comenzó a cumplir con el entrenamiento en habilidades. Pueden entonces darse por alcanzados los objetivos mencionados del pretratamiento (Miller, Rathus & Linehan, 2007).

Dentro de la siguiente Etapa, la Etapa I, Simeon y Hollander (2001) explican que se busca tratar las conductas problema, seguir afianzando la alianza terapéutica, utilizando los registros diarios para detectar tanto conductas que atentan contra sí mismo, como conductas que atenten contra el tratamiento, para estas ser atendidas en cada sesión. Esto coincide con la dirección en la que venía el tratamiento, como podía evidenciarse con los relatos de la terapeuta A. Para lograr estos objetivos hay diferentes estrategias que pueden utilizarse, como por ejemplo lograr una rutina en todas las sesiones que ayude a la comodidad y seguridad del paciente, la resolución de problemas a través de los análisis en cadena con la subsiguiente implementación de soluciones alternativas.

Esta implementación de soluciones puede lograrse a través del análisis de soluciones o mediante los llamados procedimientos de cambio, que son: el entrenamiento en habilidades, la exposición a las emociones para reducir la sensibilidad a ellas, entre otros (Linehan, 1993b). La terapeuta individual da algunos ejemplos en donde ha utilizado estrategias de las aquí mencionadas.

El análisis en cadena, como lo explica Linehan (1993a) consistirá en indagar sobre la conducta problema sus antecedentes y vulnerabilidades, y sus consecuentes, con el objetivo de a partir de allí poder encontrar alternativas que modifiquen esa cadena de eventos. Este análisis es un recurso muy utilizado en la TDC, explica la terapeuta A. y da un ejemplo: Un día por ejemplo llegó y me contó que había tenido un atracón. Entonces primero le pregunté a qué hora había sido el atracón. Me dice, a las cinco de la tarde. Le pregunto entonces cuándo apareció la idea de tener el atracón, me dice que no sabe. Entonces le digo bueno, qué estabas haciendo antes de tener el atracón, a lo que me contesta que estaba sola en la casa y llorando porque se había peleado con Mx.

Entonces le pregunto en qué momento había ido a su casa, si ya estaba ahí o cuándo había llegado. Me explica entonces que en realidad había llegado tipo once, después de la pelea con Mx, y que se había dormido un rato y después se despertó llorando. Entonces ahí identificamos la vulnerabilidad emocional que tenía a raíz de la pelea con Mx.



Hablamos de la emoción que primaba en ese momento, y encontramos que era miedo a que él descubra que ella es de alguna manera que no le guste y la deje en base a estas peleas u otras cosas. Una vez que encontramos vulnerabilidad emocional, también busqué la vulnerabilidad física, o sea cuándo había sido la última vez que había comido, y me dice que había sido temprano a la mañana, que cuando se despertó de la siesta tenía hambre. Entonces decide ir a comer algo, el tema es que con el hambre que tenía y el estado emocional no toma una buena decisión de qué comer, elige cereales y seguido dulce de leche y nutella, entre otras cosas. Entonces una vez que encontramos antecedentes y estamos en la conducta problema, le pregunté sobre las consecuencias. Las consecuencias positivas y negativas, tanto a corto, a mediano como a largo plazo. A corto plazo, al principio del atracón, M me dice que se sintió aliviada, del hambre y también de lo emocional. Después de eso, a mediano plazo, siente una pesadez tremenda y ahí empieza el proceso de la culpa, lo que la lleva a no querer comer por una semana, y a salir a hacer ejercicio desesperadamente. Además de eso, a largo plazo identificamos que el tema es que al terminar todo girando en torno al atracón, la culpa y cómo compensarlo, queda de lado el problema con Mx, y a la larga entonces no se resuelve ese tema.

El ejemplo dado sirve para observar cómo es el procedimiento, y detectar los diferentes eslabones de una cadena que permiten luego seguir trabajando en la resolución de problemas. La terapeuta explica que luego de este análisis lo que utilizaron para encontrar soluciones alternativas fue el denominado análisis de soluciones, a través del que se buscan posibles alternativas para intervenir en alguno de los momentos de la cadena y lograr llegar a una conducta diferente a la conducta problema (Linehan, 1993b). La psicóloga explica que lo que hacen es buscar que otras decisiones podría haber tomado M en cualquier momento de la cadena para no terminar en el atracón y sus consecuencias. Entonces lo que fue apareciendo fue que si está sola y emocionalmente activada lo más probable es que derive en un atracón, entonces por ejemplo propusimos que en un caso así se fuera de la casa, lo cual hizo una vez siguiente a esta. Otra posible solución es que me llame antes de tener el atracón, para que yo la ayude a hacer alguna habilidad en lugar de caer en el atracón. Otra posibilidad era definir lo que iba a comer antes de llegar a la cocina, servirse eso e irse de ahí para no seguir comiendo. Esto también lo aplicó algunos días pidiéndole antes de llegar a la casa en estado de vulnerabilidad, a la señora que trabaja que le prepare un plato de comida. Explica la Lic.A. que sumadas a estas soluciones posibles fueron apareciendo las habilidades que se empezaron a trabajar en el entrenamiento, y que las fueron incorporando como alternativas ante situaciones como la descrita anteriormente, u otras que fueron apareciendo.

Otra estrategia utilizada y descrita por la psicóloga, fue la exposición a la emoción para reducir la sensibilidad a la misma (Linehan, 1993b). El procedimiento es detallado por la terapeuta a continuación: Hicimos un ejercicio de exposición, aprovechando un día que vino un poco desregulada con el cuerpo, no tanto porque sino iba a ser muy difícil. Entonces le propuse hacer este ejercicio de exponerse a sus estrías y a la emoción que le producían. Primero le propuse que describiese como se sentía antes de empezar el ejercicio. Me dijo que no tenía ganas de hacerlo, que sentía bastantes ganas de irse, pero que lo hiciéramos. Entonces le pedí que sea más descriptiva y me dijo que lo que sentía era incomodidad y ansiedad. Le dije entonces que

hiciéramos acción opuesta a esa sensación de querer irse haciendo el ejercicio. Le fui dando indicaciones de que se mirara las estrías, con atención, después que las tocara. Le pregunté qué sentía y me dijo primero enojo, porque antes ella no tenía ese cuerpo, y no podía aceptarlo así, ni soportarlo.

Entonces fuimos hablando sobre esa emoción y yo le sugerí algunas cosas a ver si aparecía una emoción más primaria y no el enojo, que en general es secundaria y tapa alguna otra cosa. Sobre esto, cabe explicar lo que menciona Linehan (1993a) cuando explica que muchas veces existen emociones secundarias que ocultan a las primarias, generando mayor malestar y siendo menos adaptativas que las primarias generalmente.

Continuando con el relato de la terapeuta, menciona que: Entonces me dijo que sentía vergüenza, vergüenza de sus estrías y también vergüenza de sentirse tan mal por tenerlas.

Entonces le sugerí que experimente esa emoción, que la observe, que vea como pasa, qué intensidad tenía en cada momento. Que se fijara además si tenía algún impulso de acción.

Entonces me dijo lo que iba sintiendo, al principio mucha intensidad, ganas de parar, de irse. Después de dejar estar la emoción un rato empezó a sentir que pasaba, y ahí aproveché para explicarle el proceso que toda emoción tiene y cómo en algún momento tarde o temprano pasa. Me dijo que le había servido el ejercicio, que aunque no le gustó hacerlo, sentía que al hacerlo conmigo se sentía más segura, y que había estado bueno. Le dije que si ese mismo día se sentía mal en algún momento, porque este ejercicio podría haberla movilizado, que me llamara, y de hecho pactamos un horario de llamado para hacer un chequeo de cómo estaba y acompañarla para asegurarme de que no tuviera un mal resultado o situación difícil. Servía eso para reforzar la experiencia me parece. Se puede observar en este ejemplo la exposición a la vergüenza y un avance en camino hacia un modo de experimentarla con menos sensibilidad. Aunque como explicó la psicóloga esto es algo que lleva tiempo, y que necesita repetirse, y sumar además otras habilidades para ir logrando un mejor manejo de las emociones.

Por último otras técnicas que menciona la Lic. A. haber utilizado tienen que ver con la realización de una rutina en las sesiones, donde lo primero sea el registro, comenta que eso la ayudó mucho. También, como fue mencionado, el traer las habilidades que se fueron trabajando en el entrenamiento para utilizarlas en sesión y comenzar a practicarlas. La terapia individual al momento actual, según explica la Lic. se encuentra trabajando todavía en lograr la resolución de problemas para terminar de eliminar los atracones y sus compensaciones. Además de ir de a poco trabajando los vínculos de M con su familia y con su novio. Explica la terapeuta que en relación a lo primero se ven muchos progresos, comenta que al día de hoy María aprendió habilidades para lograr interrumpir el circuito que la lleva al atracón, como explicaba Fairburn (1998), donde la restricción lleva al atracón y este a la compensación. Explica la psicóloga A. que la paciente logra, aunque haya tenido algún atracón en algún momento, no restringirse en la comida después de eso necesariamente, para no fomentar el circuito. Por otro lado refiere que con respecto a las problemáticas familiares todavía queda un camino por recorrer, de entrenar la aceptación y otras

habilidades, pero explica que no están lejos de pasar a la siguiente etapa, y que se han visto muchos progresos en la evolución del tratamiento.

Explica que seguirán trabajando con análisis en cadena, y de soluciones, así como con exposición, ejercitando las habilidades, y también trabajando sobre lo cognitivo, sobre sus creencias disfuncionales. Todo lo anterior mencionado por Linehan (1993b) en su descripción del tratamiento.

5.3. Descripción del entrenamiento en habilidades efectuado en el marco de un tratamiento de terapia dialéctico-conductual.

Sobre el presente objetivo es importante mencionar que el entrenamiento se realizó en un dispositivo individual, a diferencia de lo que generalmente sucede. La paciente luego de participar de un solo encuentro a modo grupal, solicitó como excepción realizar el entrenamiento en habilidades de manera individual, ya que se sentía incómoda con el grupo, y no se sentía identificada con las problemáticas presentes en él, como explica la Lic. A. pedido que, tanto por ella como por la institución fue aceptado. Asimismo menciona Linehan (1993a) que si bien en general el entrenamiento se realiza de manera grupal, existen excepciones como la aquí presente. Sugiere Linehan (1993a) que de ser así, quién lleve adelante el entrenamiento no debería ser la misma terapeuta que guía al tratamiento. Lo cual coincide con este caso, en donde se solicitó a la Lic. B. para llevar adelante dicho proceso de entrenamiento en habilidades.

La terapeuta B. explica que al tener este marco individual y si bien todavía no habían llegado a tener demasiadas entrevistas, cuatro en total, se había presentado como necesario para seguir el ritmo de la terapia individual, buscar y seleccionar de los diferentes módulos, las habilidades más pertinentes a las necesidades específicas de M de ese momento. Menciona la psicóloga B que no habían entonces realizado el recorrido exacto al convencional que suele hacerse en los grupos. Como es descripto por Linehan (1993a) el orden mencionado anteriormente que suele utilizarse sería, el módulo de conciencia plena, el de regulación emocional, en tercer lugar el de efectividad interpersonal, y por último el de tolerancia al malestar. Explica la psicóloga B. que de todas formas la idea es realizar una vuelta completa por los cuatro módulos en orden, pero que dada la demora en iniciar el entrenamiento y las necesidades explicadas por la Lic. A. se habían realizado algunas excepciones.

A continuación serán descriptos los encuentros para el entrenamiento en habilidades, con los temas sobre los que fueron trabajando a lo largo de los mismos, el cómo los han trabajado, ejemplos de tareas realizadas sobre ellos y la respuesta de la paciente a lo largo de lo que se ha realizado del proceso hasta la actualidad. Los temas o habilidades dadas, se abordaron a partir de las fichas que forman cada uno de los módulos, como explica Linehan (1993a).

En el primer encuentro, explica la Lic. B, que al llegar la paciente tan desregulada y con pocas habilidades, apuntaron a trabajar sobre esa desregulación y fueron directamente al módulo de regulación emocional, el cual como explica Linehan (1993a) busca aprender a no juzgar las emociones, a reducir la vulnerabilidad a las mismas, a ver qué cosas refuerzan esas emociones, y

encontrar maneras de acrecentar las emociones positivas, poder también realizar acción opuesta a la emoción del momento, y por último, lo que fue trabajado en este primer encuentro que tiene ver con la tolerancia al malestar para poder sobrellevar situaciones de crisis. Como fue mencionado anteriormente, la terapeuta B explica que al llegar M con tantas situaciones de crisis en el último tiempo, trabajamos directamente sobre la ficha de habilidades para sobrevivir a las crisis y manejar emociones extremas. Primero le expliqué la función de estas habilidades, que la idea es usarlas como respuesta alternativa en lugar de por ejemplo tener un atracón, para que pueda responder en sus crisis de una manera mas sana, digamos. La Lic. B. contó que leyeron juntas la ficha, donde vieron cada una de las posibles habilidades, entre ellas menciona: Cambiar el estado corporal a través de usar hielos o agua fría, por ejemplo.

Otra habilidad habla de distraerse de las cosas que hayan producido la activación emocional, entonces ahí vimos opciones de cómo distraerse, haciendo actividades como limpiar, ordenar, visitar a un amigo. Ella fue proponiendo ideas propias. De todas formas después la tarea fue armar su propia lista de opciones de cada habilidad. Bueno, seguimos con otras formas de distraerse y pasamos a la siguiente habilidad que es la que llamamos mimate, la idea es a través de los sentidos hacer cosas que te hagan bien ,como escuchar música, oler algún aroma que te guste o ver un paisaje, entre otras. De lo que ella después también iba a hacer su lista personalizada. La última habilidad de la ficha es la que llamamos mejoré el momento, dentro de esta por ejemplo, puede ser que intentes hacer una relajación, o una visualización de estar en un lugar en el que te sentís seguro, o darse ánimo a sí misma diciéndote que puedes superarlo... bueno , la idea era que después ella de las opciones que aparecen en la ficha, piense algunas personalizadas. La terapeuta cuenta que una vez que terminaron de leer la ficha completa, hicieron una de las habilidades, la de los hielos, que consiste en tomar los hielos con las manos hasta que se derritan, lo cual busca desactivar un poco lo fisiológico, explica B. Comenta que la paciente ante esa actividad se puso muy nerviosa y no quería saber nada con hacerlo. Refiere la Lic. B. que como terminaron y les quedaba tiempo, le sugirió a la paciente armar la lista con ideas personales para hacer estas habilidades en ese momento. Menciona: hicimos la lista juntas, ella eligió por ejemplo, hacer gimnasia, leer, llamar a un amigo, escuchar una determinada música que dijo que le hacía bien, y también eligió darse una ducha de agua fría o caliente y después salir a caminar. Esas son las que me acuerdo y que después sé que aplicó en alguna oportunidad. Se observa en estos ejemplos, lo mencionado por

Linehan (1993a) respecto de incrementar acontecimientos agradables que puedan llevar a emociones positivas, así como usar técnicas para hacer más tolerable el malestar en las crisis.

La psicóloga B, comenta que una vez terminado este trabajo, charlaron un poco sobre la idea de animarse a usar las habilidades en su casa, y le sugirió que para hacerlo más sencillo podía llamar a la terapeuta individual y que esta la ayude y guíe. Lo que B le propuso a M fue que para la próxima trajera registradas las habilidades que hubiera podido usar, y que armase esta misma lista de manera prolija y linda para tenerla siempre a mano y poder tener con ella estas habilidades.

En el segundo encuentro comenta la Lic. B. que la paciente había llegado muy activada emocionalmente, por lo que volvieron a repasar lo de la semana anterior, sin poder trabajar sobre

algo nuevo, dado el estado de M. Explica que revisaron la lista que habían armado, M la había hecho de nuevo en colores y la tenía consigo. Repasaron entonces cuáles habilidades en la semana la paciente había usado, y comenta la terapeuta que todavía M no había utilizado ninguna. Por eso mismo ocupó la sesión en repasarlas y motivar a M a animarse a usarlas.

En el tercer día que se encontraron, la paciente llegó animada y contenta, según refiere la terapeuta B., contándole que había podido empezar a implementar habilidades, entre ellas cuenta B.: la paciente me dijo que estaba planeando un atracón y decidió no comer en ese momento, posponerlo por el estado en el que estaba, bastante activada emocionalmente, entonces optó por darse un baño y una vez más tranquila sí fue a tomar la merienda pero sin el exceso, sino porque tenía hambre, y tomó una merienda acorde, como la que tomaría cualquier persona. Otro ejemplo que me contó M fue, que en otro momento que estaba mal, en vez de bajar a la cocina decidió quedarse en su cuarto, se puso música y eso la ayudó a pasar el momento. Explica entonces la terapeuta que la paciente está empezando a aprender a no seguir el impulso de acción de ese momento, a posponerlo y a poder decidir pasada la mayor intensidad emocional. Esto coincide con los objetivos que plantea Linehan (1993a) respecto del módulo de regulación emocional, antes mencionados.

Luego de repasar las habilidades utilizadas en días anteriores, pasan a trabajar sobre el primer módulo, el de conciencia plena. Como explica Linehan (1993a) estas habilidades son necesarias para poder trabajar sobre todos los demás módulos, coincidiendo con esto, explica la psicóloga que entonces se decidió seguir por este. Además comenta que era muy importante trabajar sobre la idea de mente emocional, mente racional y el equilibrio en mente sabia. Esto es explicado por Linehan (1993a), cuando sugiere que lo central del módulo mencionado es lograr integrar esta mente emocional que se rige según las emociones únicamente, y la mente racional que solo se guía por la lógica, intentando lograr una síntesis que permita comportamientos más adaptativos.

La Lic. B. refiere que primero le explicó un poco de qué se trataba cada mente, y de cuál era la idea del módulo. Con respecto a lo cual cuenta que la paciente reconoce mientras conversaban cuantas veces piensa desde una mente emocional, empezando a registrar las conductas llevadas adelante desde la misma, por ejemplo cuando tiene peleas o cuando decide tener un atracón. También la psicóloga B cuenta que la paciente identifica momentos de mente racional, poniendo de ejemplo aquellas situaciones en las que cuenta calorías a la hora de comer, por ejemplo. B menciona que se la veía entusiasmada con poder trabajar sobre esto. Cuenta la terapeuta que hablaron del tema, intentando concientizar momentos de mente emocional en los cuales M podría en el futuro detenerse antes de actuar y pensar desde qué mente estaba decidiendo.

Luego de ello describe la terapeuta: Hicimos unos ejercicios, primero uno donde la idea era respirar pensando en alguna duda o pregunta que ella tuviera. Entonces al inhalar la idea era preguntar a la mente sabia, y al exhalar ver si escuchaba alguna respuesta, sin darse la respuesta a sí misma, aunque no hubiera finalmente una respuesta.

Después hicimos el siguiente ejercicio que consistía solamente en respirar y poner la atención en el centro del cuerpo. Este tipo de actividad coincide también con lo que Linehan (1993a) menciona como uno de los objetivos del módulo, que se refiere a poder observar lo que se está experimentando, entrenando la atención para ello.

A partir de lo trabajado, la Lic. B. le propuso de tarea para la próxima que intentará mediante ejercicios de respiración como los de este encuentro, lograr estar presente en los momentos, para empezar a ejercitar la conciencia plena, y el concepto que Linehan (1993a) menciona como observar, describir y participar de lo que se está viviendo, que como fue explicado es objetivo central del módulo de habilidades de conciencia. Para lograrlo la terapeuta le sugiere a M ejercicios de respiración para hacer intercalados en el día, que la vuelvan al presente. Le contó además que la vez que viene iban a profundizar en esto de observar, describir y participar.

En el cuarto y último encuentro hasta el momento, se trabajó nuevamente en el módulo de conciencia plena. Primero se habló sobre la tarea pendiente, si había podido la paciente experimentar estar en el presente con conciencia plena. Comenta la Lic. B.: M me dijo que durante esos días había estado muy bien, no había tenido atracones y sintió que pudo no pensar tanto en el futuro, como parte de la tarea. Tomando este trabajo que la paciente había hecho seguimos adelante y trabajamos específicamente en observar, describir y participar. Leímos las fichas intentando ir ejercitando alguna habilidad de cada punto. Por ejemplo sobre participar hicimos el ejercicio de observar lo que ingresa por los cinco sentidos, fuimos sentido por sentido, y ella iba registrando y contando lo que sentía. Se sigue trabajando, como puede observarse en lo mencionado anteriormente como objetivo descripto por Linehan (1993a) dentro del módulo.

La psicóloga continua relatando: después pasamos al describir e hicimos algunos ejercicios. Por ejemplo, ponerle palabras a la experiencia, reconociendo pensamientos y siendo descriptivas con lo que surgiera. Ahí M pudo hablar, la fui ayudando a que sea lo más descriptiva posible, de cómo se sentía en ese momento ejercitando la habilidad. Ella explicaba que sentía incomodidad y vergüenza que se le pasaban pensamientos por la cabeza de preguntarse si es anormal por tener que estar aprendiendo todas estas cosas. Eso llevo a que estuviéramos un rato después conversando sobre esto, y ahí apliqué un poco de psicoeducación. Por último. la terapeuta relata que terminaron el encuentro haciendo un ejercicio de participar del momento, donde eligieron una habilidad que consiste en entrar en la vivencia presente, implica involucrarte con el momento, no estar pensando en el futuro y entregarse al presente. Explica la psicóloga: le propuse a M que elija durante la semana algunas otras opciones de observar, describir y participar, para seguir ejercitándolo durante la semana, le di algunos ejemplos para que le sea más fácil elegir. Después planificamos el próximo encuentro en el que vamos a trabajar sobre no juzgar los hechos. Esto que menciona la psicóloga es otro de los objetivos que Linehan (1993a) menciona cuando describe el módulo aquí trabajado. Donde habla de la importancia de no pensar en términos de algo como bueno o malo.

Explica la Lic. B. que luego del módulo de conciencia plena pasarían a realizar el de efectividad interpersonal, donde como explica Linehan (1993a) se busca lograr aplicar habilidades para

resolver problemas interpersonales de manera efectiva. La idea es que la paciente logre expresar sus deseos, opiniones, pueda decir que no, y todo esto lo logre sin dañar sus vínculos. Esto será importante, ya que como explican ambas terapeutas, M muchas veces termina desregulándose debido a situaciones problemáticas en sus relaciones interpersonales, aspecto fundamental en la vida de la paciente.

## 6. CONCLUSIÓN

El presente trabajo ha sido llevado a cabo a partir de la realización de la pasantía , lo que ha permitido a través del recorrido teórico sobre los constructos fundamentales y con los diferentes instrumentos con los que se contó, entrevistas a terapeutas e historia clínica, realizar el desarrollo de los objetivos propuestos.

El primer objetivo que se llevó adelante, consistió en realizar un análisis de la comorbilidad entre dos diagnósticos, el del trastorno límite de la personalidad y el de bulimia nerviosa. Ambos pudieron observarse a través de características de la paciente que coincidían con los criterios propuestos por el DSM IV-TR (APA, 2000), así como también con lo descrito por otros autores como Linehan (1993a), Sadock y Sadock (2009) para el TLP o Fairburn (1998) para la bulimia nerviosa. Al analizarse la coocurrencia de ambos trastornos en simultaneo, como Góngora (2001) define a la comorbilidad, se plantea la posibilidad de pensar en este caso, según los datos obtenidos, al trastorno límite como factor de vulnerabilidad que predispone, entre otros, a la aparición del trastorno alimentario. Además de observarse que las conductas propias de la bulimia nerviosa resultan funcionales al trastorno de personalidad mencionado (Góngora, 2001). Por último, este objetivo ejemplifica lo referido por Murcia y col. (2009) respecto del pronóstico de evolución conjunta del tratamiento en comorbilidades como esta, lo cual fue observado hasta el momento en el caso estudiado.

El segundo objetivo describe las técnicas utilizadas dentro de la terapia individual del tratamiento dialéctico-conductual. A lo largo del mismo se puede observar el proceso terapéutico, las etapas que fueron atravesándose, al momento pretratamiento y Etapa I (Simeon y Hollander, 2001), y las técnicas implementadas en cada una de ellas. Se observó a partir de los ejemplos dados por la terapeuta individual, dentro del pretratamiento, cómo se logró el objetivo de llevar adelante un acuerdo y un compromiso entre terapeuta y paciente, a través de las diferentes estrategias. Asimismo luego, dentro de la Etapa I, se han podido describir las diferentes técnicas utilizadas para avanzar hacia el objetivo de eliminar la conducta problema, para lo cual se ejemplifica un análisis en cadena, un análisis de solución y una exposición emocional (Linehan, 1993a; Miller, Rathus & Linehan, 2007).

El tercer objetivo del presente trabajo, se centra en describir el entrenamiento en habilidades realizado en el marco de la TDC, realizándose un recorrido por los cuatro encuentro dados entre la paciente y la terapeuta dedicada a este propósito, que no coincide con la psicóloga que se dedica a la terapia individual. En el presente caso se da la diferencia de que este entrenamiento se realiza de modo individual, siendo que generalmente suele darse en un marco grupal (Linehan, 1993a). Se

observa a lo largo del objetivo el trabajo por módulos y sus respectivas fichas (Linehan, 1993a), a través de lo cual la psicóloga le enseña a la paciente habilidades para luego practicarlas, con el objetivo de ir incorporándolas y así favorecer a la eliminación de las conductas problema, así como también a la mejoría de la calidad de vida de la paciente tratada.

Se pueden mencionar respecto del trabajo algunas limitaciones que el mismo presenta. En primer lugar respecto del marco teórico, se puede referir la falta de estudios que refuten o critiquen con evidencia al tratamiento utilizado en el mismo, lo cual no ha sido encontrado. En segundo lugar en lo que refiere al uso de los instrumentos, específicamente sobre la historia clínica de la paciente, dado que se encontraba en un estado incompleto y falto de claridad, no ha podido ser prácticamente utilizada, ni ha proveído información relevante. Otra limitación tiene que ver con el relativo corto tiempo que lleva la paciente en tratamiento, lo cual no permitió observar un período de evolución mayor, ni una mayor diversidad de técnicas y habilidades trabajadas. Por último, dada la extensión del presente trabajo, no ha podido desarrollarse teóricamente material que refiera a otros tratamientos posibles para este tipo de trastornos. Independientemente de las limitaciones mencionadas, cabe destacar que la experiencia de pasantía, así como la realización del trabajo han aportado un conocimiento específico y detallado respecto del trastorno límite de la personalidad, en este caso también de la bulimia, y fundamentalmente del tratamiento a través de la terapia dialéctico- conductual. La realización del trabajo permitió integrar y profundizar sobre lo observado y aprendido durante la práctica profesional, como un complemento valioso y enriquecedor.

El presente estudio muestra y profundiza patologías muy presentes en el mundo de hoy y propone un posible tratamiento. Por sobre todo es interesante destacar que en la relación entre los trastornos dados, el tratamiento propuesto para el trastorno límite, resulta indicado también para tratar a la bulimia nerviosa, que normalmente se trata de modo individual. Observándose que la evolución es conjunta, aun tratándose principalmente al trastorno de personalidad, da a pensar respecto de las comorbilidades, de la relación entre diversos trastornos, y de los tratamientos que pueden ofrecerse en estos casos: ¿Será pertinente pensar que en cualquier comorbilidad hay un trastorno que predispone al otro?, ¿Dependerá de las patologías que conformen a la comorbilidad, cuál es la relación entre ellas?, ¿Habrán casos donde aparecen dos trastornos en simultáneo sin vincularse en sus causas? Es interesante pensar todo lo que puede investigarse respecto de las comorbilidades, la relación entre los trastornos que las conforman, sobre todo cuando hay presencia de trastornos de personalidad con otros trastornos clínicos como es el caso aquí descrito.

En relación a estas preguntas, puede pensarse que el caso tratado podría haberse abordado también a través de otro tipo de tratamientos, y es en base a esto que se sugiere como futuras línea de investigación la posibilidad de ahondar en otros tratamientos para las patologías mencionadas, TLP y BN. Un ejemplo sería la TDC adaptada a trastornos de la alimentación (Safer, Telch & Chen, 2009). Realizando también, estudios empíricos que den evidencia de la efectividad de la TDC descrita en este trabajo, en casos como el presente, en comparación con otros tratamientos posibles.



## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and estatistical manual of mental disorders: DSM IV-TR* (4th. ed.). Estados Unidos: American Psychiatric Pub.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and estatistical manual of mental disorders: DSM V* (5th. ed.). Estados Unidos: American Psychiatric Pub.

Apfelbaum, S. & Gagliesi, P. (2004). El Trastorno límite de la personalidad: consultantes, familiares y allegados. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, XV, 288-295.

Behar, R. A., Manzo, R. G. & Casanova, D. Z. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad. *Revista Médica de Chile*, 134, 312-319.

Braun, D. L., Sunday, S. R. & Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients whith eating disorders. *Psychological medicine*, 24, 859-867.

Cardenal, V., Sanchez, M. & Ortiz Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y Salud*, 18, 3, 305-324.

Carrol, J. M., Touyz, S. W. & Beumont, P. J. V. (1996). Specific comorbidity between bulimia nerviosa and personality disorders. *International journal of eating disorders*, 19, 159-170.

Cervera, G., Haro, G. & Martínez-Raga, J. (2005) Trastorno límite de la personalidad, paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. Buenos Aires: Editorial MédicaPanamericana.

Crispo, R., Guelar, D. & Figueroa, E. (1998). *Anorexia y Bulimia, lo que hay que saber. Mapa para recorrer un territorio trastornado*. Buenos Aires: Gedisa.

Echeburúa, E. & Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta con los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 9, 513-525.

Fairburn, C. G. (1998). *La superación de los atracones de comida*. Buenos Aires: Paidós.

Fairburn, C. G. (2006). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: The Guilford Press.

Gargallo Masjuán, M., Fernández Aranda, F. & Raich, R. M. (2003). Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad. Una revisión teórica de la literatura. *Revista internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 335-349.

Góngora, V. C. (2001). Trastornos de personalidad en pacientes con desordenes de la conducta alimentaria. *Psicodebate*, 2, 75-96.

Gross, R.D. (2004) *Psicología: la ciencia de la mente y la conducta*. 3ª Edición. Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. México: El Manual Moderno S.A.

Jáuregui, I. (2006). Bulimia nerviosa y trastorno límite de la personalidad. *Cuestiones médico-legales. Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 3, 228-244.

Leiderman, E. A., Buchovsky, S., Jimenez, M., Nemivovsky, M. & Pavlovsky, F. (2004). Diagnóstico y tratamiento del Trastorno borderline de la personalidad: una encuesta a profesionales. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, XV, 280-286.

Lencioni, G. & Gagliosi, P. (2008). Asistencia telefónica: una aproximación desde la terapia dialéctico-conductual en pacientes con trastornos límites. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37, 216-226.

Linehan, M. M. (1993a). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.

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

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L.,

Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K. & Lindemboim, N. (2006). Two year randomized controlled trial and follow up of dialectical behaviour therapy versus therapy by experts for suicidal behaviours and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 757-766.

Lynch, T. R. & Robins, C. J. (1997). Treatment of Borderline Personality Disorder using Dialectical Behavior Therapy. *The Journal*, 8, 47-49

Marchesi, B. (2012) *Anorexia & Bulimia*. Italia: Alvis Ed.

Miller, A. L., Rathus, J. H. & Linehan, M. M. (2007) *Dialectical behaviour therapy with suicidal adolescents*. New York: The Guilford Press.

Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. 2ª Ed. Barcelona: Masson.

Mosquera, D., Gonzalez, A. & Van Der Hart, O. (2011). Trastorno límite de la personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad. *Revista Persona*, 11, 10-40.

Murcia, F. M. M., Cangas, A. J., Pozo, E.M., Martínez Sánchez, M. & López Pérez, M. (2009). Trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Psicothema*, 21, 33-38.

Rausch Herscovici, C. & Bay, L. (1993). *Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía*. Buenos Aires: Paidós.

SAOTA (1999). *Trastornos alimentarios. Guía Médica de Diagnóstico y Tratamiento*.

Sadock, B. J & Sadock, V. A. (2009) *Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Safer, D. L., Telch, C. F., & Chen, E. Y. (2009). *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. New York: The Guilford Press.

Sánchez López, M. P., Casullo, M. M. (2000). *Estilos de personalidad. Una perspectiva iberoamericana*. Madrid: Miño y Dávila Editores.

Sánchez, R. O. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *Psico-USF*, 8, 2, 163-173.

Simeon, D. & Hollander, E. (2001). *Self Injurious Behaviour. Assessment and Treatment*. Washington: American Psychiatric Publishing.

Stagnaro, J. C. & Conti, N. A. (2004). Personalidad normal y patológica y Trastorno borderline de la personalidad: un enfoque histórico-nosográfico. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, XV, 267-273

Unikel, C., Peresmitre, G. (2004). Validez de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas. *Salud Mental*, 27, 38-49.

Vargas Báldares, M. J. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y centroamerica*, LXX (607), 475-482.

Weatherhead, S. & Flaherty-Jones, G. (2012). *The Pocket Guide to therapy, a "how to" the core models*. SAGE Publications.