

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS
SOCIALES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

Trabajo Final Integrador

Paciente con trastorno límite de personalidad y el tratamiento
con la terapia dialéctica conductual.

Autor: Ortiz, María

Tutor: Wittner, Valeria.

Índice

1. Introducción	4
2. Objetivos	5
2.1. Objetivo General	5
2.2. Objetivos Específicos	5
3. Marco Teórico	5
3.1. Personalidad y diferentes enfoques teóricos	5
3.2. Personalidad Límite	8
3.3. Modelos de descripción y clasificación	9
3.3.1. DSM-5	10
3.3.2. CIE 10	12
3.4. Terapia Dialéctica Conductual.....	13
3.4.1. Intervenciones de la Terapia Dialéctica Conductual	15
3.5. Tolerancia y Malestar	20
3.5.1. Intervenciones en Tolerancia y Malestar.....	21
3.6. Regulación de las emociones	23
3.6.1. Intervenciones en Regulación de las Emociones.....	24
4. Metodología.....	26
4.1. Tipo de Estudio	26
4.2. Participante	27
4.3. Instrumentos	27

4.4. Procedimiento	28
5. Desarrollo	28
5.1. Describir la sintomatología de la paciente al ingresar al Centro de Psicoterapias...	28
5.2. Describir las técnicas utilizadas en la terapia dialítica conductual en las áreas de tolerancia al malestar y de regulación de las emociones	32
5.3. Describir los cambios de la paciente en la tolerancia al malestar y en la regulación de las emociones a partir del modelo de DBT aplicado a la paciente	36
6. Conclusiones	38
7. Bibliografía.....	42

1. INTRODUCCIÓN.

El Trabajo Final de integración se llevó a cabo en un centro de psicoterapias. El centro de psicoterapias es una organización de servicios de salud mental y de formación profesional. Parten de una visión integral de la persona, que busca incluir al núcleo familiar y social en el cuidado de la salud mental a partir del modelo de Terapia Focalizada en la Resolución de problemas.

El modelo de Terapia Focalizada en la resolución de problemas son terapias que están orientadas a lograr objetivos específicos, busca resolver el problema que el consultante determino aquí y ahora. La Terapia Focalizada en la resolución de problemas es dinámica y flexible, se identifican los problemas y las posibles soluciones. Cuando estas metas se cumplen la terapia se termina ya que el problema traído por el consultante ha sido resuelto o bien cuando el consultante puede mirar desde otra perspectiva la situación de manera tal que deja de ver la situación como un problema.

Al centro se concurrió cuatro veces a la semana durante cuatro meses cumpliendo con un total de 20 horas semanales. La práctica estuvo compuesta por observaciones de pacientes en cámara gesell, esto incluye terapia de parejas, psiquiatría, casos empantanados, terapia de grupo, Terapia Dialéctica Conductual (DBT) y Terapia Familiar Multisistémica (MST). Además de las cámaras, se realizaron tareas administrativas como traducción de textos de diferentes autores, seguimientos mediante formularios por internet y telefónicos a los pacientes para evaluar el proceso terapéutico, observación de casos clínicos video grabados, participación en actividades de videoteca, asistir a las reuniones de equipo y concurrir a cursos de formación interna semanalmente.

Durante la práctica se pudo observar distintos tratamientos para diferentes trastornos, en la cámara gesell de DBT se eligió el tema de Trastorno Límite de Personalidad con el tratamiento de la terapia dialéctica conductual a tratar en el siguiente Trabajo Final Integrador.

2. OBJETIVOS.

2.1. Objetivo general.

Describir el caso de una paciente de 30 años con trastorno límite de personalidad y previos intentos de suicidio y el tratamiento con la terapia dialéctica conductual en un centro de psicoterapias.

2.2. Objetivos específicos.

Describir la sintomatología de la paciente al ingresar al centro asistido.

Describir las técnicas utilizadas en la terapia dialéctica conductual en las áreas de tolerancia al malestar y de regulación de las emociones.

Describir los cambios de la paciente en la tolerancia al malestar y en la regulación de las emociones a partir del modelo de DBT aplicado a la paciente.

3. MARCO TEÓRICO.

3.1 PERSONALIDAD Y DIFERENTES ENFOQUES TEÓRICOS.

Para poder definir que es el trastorno límite de personalidad primero hay que definir el concepto de personalidad, dada la gran cantidad de enfoques teóricos donde se aborda, existe gran diversidad de conceptos sobre personalidad. Cabe destacar que la función esencial de la personalidad es la de autorregulación del comportamiento, que no es exclusivamente biológico, ni exclusivamente psicológico, sino que en esta autorregulación del comportamiento participan tanto factores psicológicos como biológicos y a través de la interacción en un medio sociocultural determinado. La personalidad es una integración compleja, relativamente estable y única de cada individuo (Sánchez Hernández, 2013)

Según García, Matin y Otín (2010) la personalidad es un constructo multifactorial dinámico compuesto por un componente biológico y otro heredado. Es estable durante la vida del individuo y facilita la adaptación de este con el entorno.

Según Cloninger (2002) la personalidad se puede definir como causas internas que se relacionan con el comportamiento individual y la experiencia de la persona. Hay diferentes teorías que intentan explicar dichas causas internas. Según el autor, las teorías deben hacer foco en tres grandes áreas, en primer lugar, las teorías de la personalidad deben caracterizar y describir a los individuos, en segundo lugar entender la dinámica de la personalidad y por último tener en cuenta el desarrollo de la personalidad.

El psicoanálisis toma la estructura psíquica para estudiar la personalidad. Freud (1923) describió tres estructuras de la personalidad. La primera estructura en definir fue el *ello* que es considerado primitivo y la fuente de impulsos biológicos, esta estructura es inconsciente. La segunda fue el *yo* que es la parte racional de la personalidad del sujeto, es la estructura más consciente del sujeto. Por último, la estructura del *súper yo* está formado por las reglas e ideales de la sociedad que el individuo internaliza, parte del *súper yo* es consciente pero otra parte es inconsciente. Cada estructura tiene una función diferente.

Según Cloninger (2002) para el psicoanálisis la experiencia en la niñez influye de manera potenciada en la personalidad del adulto. El aparato psíquico se forma según como el sujeto atraviese el complejo de Edipo y el complejo de castración, la forma que el individuo atraviesa estos dos complejos depende de la forma en que va a desarrollar su personalidad, ya que estos complejos generan que el yo encuentre nuevas estrategias para enfrentarse con las frustraciones impuestas por la socialización.

Otro de los enfoques es el conductismo, según Bandura (1925) el conductismo pone mucho énfasis sobre los métodos experimentales, pone su foco en aquello que se puede observar, medir, manipular y rechaza todo aquello que sea subjetivo e interno del propio individuo. En las observaciones del método experimental el procedimiento se basa en manipular una variable y luego medir sus efectos sobre otra. Así es como el conductismo llega a una teoría de la personalidad que dice que el entorno de uno causa el comportamiento de las personas.

Otro de los enfoques que tuvo importancia en el desarrollo de la teoría de personalidad fue la teoría de los rasgos de Allport, Eysenck y Cattell, la misma se basaba en abordar el estudio de la personalidad donde la medida de los atributos psicológicos fuera objetiva y confiable como la de las ciencias físicas. Los investigadores de la personalidad relacionados con el enfoque de los rasgos afirman que los rasgos son unidades básicas de la personalidad. Se puede definir al rasgo de la personalidad a aquellos patrones continuos que utilizan los individuos para comportarse para sentir y para pensar (Pervin & John, 1998).

Los rasgos tienen dos connotaciones según McCrae y Costa, (1999) la persistencia y la distinción. Cuando se define el término persistencia, el autor se refiere a la regularidad y constancia de la conducta de una persona, cuando habla de distinción se refiere a las características psicológicas individuales por las que la gente se diferencia, lo que hace que los sujetos sean diferentes entre unos y otros.

La teoría de los rasgos es un modelo lineal, lo que le interesa es describir los rasgos, predecir el comportamiento y explicar el porqué de las conductas. Los rasgos son tendencias latentes que predisponen conductas determinadas, los cuales son los

responsables de las diferencias individuales en cada sujeto. A mayor predominio del rasgo, mayor fuerza en la conducta (McCrae & Costa, 1999)

El enfoque sistémico define a la personalidad como la dimensión individual de la experiencia relacional acumulada, entre el pasado y el presente que está compuesta por un substrato biológico y un marco cultural. El aspecto relacional es lo que construye la personalidad, creando una identidad. Para construir una personalidad madura, desde niño es necesario percibirse y ser reconocido como individuo independiente, que posee necesidades propias diferentes a las de sus padres. Cuando hay una falta de ese reconocimiento por parte de los padres, hay un fracaso de la nutrición relacional en el sector cognitivo que puede afectar la construcción de la personalidad. El trastorno límite de personalidad (TLP) es un trastorno de la vinculación social, está caracterizado principalmente por la impulsividad y el aislamiento, como resultado del fracaso de las relaciones sociales estables (Linares, 2007)

3.2 PERSONALIDAD LIMITE

Desde que se empezaron a clasificar los trastornos mentales, se utilizaban cuadros caracterizados por las conductas inadaptadas de los pacientes, en 1915 Emil Kraepelin, introdujo el termino Personalidad Psicopática, que hacía referencia a las conductas inadaptadas de los individuos, estas conductas de raíces biológicas (Linares 2007)

El diagnostico de limite se ha empleado de diferentes maneras. Al principio se utilizó cuando un profesional no estaba completamente seguro del diagnóstico del paciente ya que este presentaba una mezcla de síntomas entre la neurosis y la psicosis, también se utilizó para separar a aquellos pacientes difíciles de diagnosticar. La teoría de que los pacientes estarían entre la neurosis y la psicosis fue descartada en los años 80 pero los términos borderline o límite han perdurado en el tiempo (Beck & Freeman, 1995).

La primera publicación donde se empleó el término *límite* fue escrita por Adolf Stern en el año 1938. El artículo surgió debido a la gran cantidad de pacientes que no podían ser situados claramente en las categorías neuróticas o psicóticas. Adolf Stern

identificó diez síntomas que definían a los pacientes límites, algunos de estos síntomas forman parte de los criterios de la concepción del trastorno límite (Almansa, 2002)

El TLP se puede definir como una pauta duradera de percepción, de relación y de pensamiento sobre el ambiente y sobre sí mismo. Se observan problemas en aspectos como la autoimagen, la conducta interpersonal, la impulsividad en sus acciones y en la inestabilidad de su estado de ánimo. Los rasgos más predominantes son la intensidad de las reacciones emocionales, pasando de un estado depresivo a uno marcado por intensa ansiedad o ira (Torres, 2007).

Según Almansa (2002) el TLP tiene como características principales la intensidad y la variabilidad de los estados de ánimo del individuo, compuestos por episodios de irritabilidad, actos autodestructivos y cólera impulsiva. Estos cambios en el estado de ánimo suelen ser imprevisibles.

La Asociación Americana de Psiquiatras (APA) para los pacientes con TLP propone tratamientos combinados entre psicoterapia grupal, psicoeducación familiar, farmacoterapia y psicoterapia individual, haciendo referencia a terapias psicoanalista, líticas y terapia dialéctica conductual (Almansa, 2002)

En los pacientes con TLP se pueden observar comportamientos autolesivos. Estas conductas son la causa más frecuente de hospitalización en los pacientes diagnosticados, los riesgos suicidas forman parte con frecuencia del padecimiento. Otros investigadores explican que en las personas con TLP predomina el comportamiento autolesivo e impulsivo. Con respecto a las conductas impulsivas se hace referencia a conducción temeraria, gastos descontrolados, hurtos, atracones y purgas, abuso de diferentes sustancias, comportamiento sexual de riesgo, la automutilación y los intentos de suicidio (Espinosa, Blum Grynberg & Romero Mendoza, 2009)

Linehan (2003) propone que el principio del TLP es una desregulación de las emociones, siendo resultado tanto de una disposición biológica como del contexto ambiental que se dan durante el desarrollo del individuo.

El TLP suele aparecer en la adolescencia y continúa a lo largo de la vida adulta. Posee alternados que van desde mejorías a periodos de crisis. Una mayor cantidad de pacientes hacen referencia que se estabilizan cerca de la cuarta década, el trastorno se da mayormente en mujeres que en hombres teniendo una proporción de 3:1 (Suárez, 2008)

En el tratamiento psicoterapéutico el objetivo del terapeuta en los pacientes con TLP es la disminución de las conductas autolesivas, conductas suicidas, los acting y obtener una mejora de los síntomas que padece. Es difícil determinar el tratamiento adecuado. Para pacientes con poca tolerancia a la frustración y con bajo control de los impulsos está indicado una terapia de grupo, terapia interpersonal y terapias conductuales comportamentales dirigidas al control de los impulsos. Debido a la gravedad de los síntomas, hay que pensar en un tratamiento mixto (Almansa, 2002)

3.3. MODELOS DE DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIÓN.

3.3.1. DSM-5

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) supone un cambio conceptual en los trastornos de personalidad ya que busca desde la motivación buscar una mayor utilidad terapéutica. Se pasa del concepto de trastorno de personalidad a una experiencia más interna que se aleja de lo socialmente aceptado. Aunque hubo un acercamiento al modelo dimensional se mantienen las categorías pero disminuyen el número de diagnósticos posibles. La valoración dimensional que se da en los tipos, en la severidad y en los rasgos de personalidad se da en forma individual en cada trastorno. Al eliminar tanto el eje 2 como el eje 3 se los integra en el eje 1. Este último eje posee más entidad nosológica al diagnóstico de trastorno de la personalidad (Peláez Álvarez, 2013)

Según la American Psychiatric Association (2014) el trastorno de personalidad es definido como un patrón duradero de experiencia interna, acompañado por un comportamiento que se desvía de las expectativas de la cultura del propio individuo. El

patrón se manifiesta en dos o más de las siguientes áreas: cognición, se refiere a maneras de percibirse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos; afectividad, hace referencia a la magnitud, intensidad de la respuesta emocional del sujeto; funcionamiento interpersonal y por último control de los impulsos. El patrón debe ser perdurable, inflexible y dominante en una gran cantidad de situaciones personales y sociales. Este patrón causa malestar significativo o deterioro tanto en lo social, como laboral u otras áreas importantes del funcionamiento del sujeto. El patrón es estable y de duración larga.

Se distinguen tres tipos de grupos, el grupo A, conformado por trastorno paranoide, que se define como desconfianza y suspicacia intensa frente a los demás, comienza en las primeras etapas de la edad adulta y se da en diferentes contextos: el trastorno esquizoide, que hace referencia a un patrón dominante de desapego en las relaciones sociales y poco cambio de expresión de las emociones en contextos interpersonales; y por último el trastorno esquizotípico de personalidad que se manifiesta con un patrón de deficiencias sociales e interpersonales que generan un malestar agudo y poca capacidad para las relaciones estrechas, además genera distorsiones cognitivas, perceptivas y un comportamiento excéntrico. El grupo B está conformado por trastorno antisocial, que hace referencia a un patrón dominante de intención y vulneración de los derechos de los demás; el trastorno límite se define con un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, además este patrón se manifiesta con impulsividad intensa que está presente en diversos contextos del sujeto; el trastorno histriónico, se puede definir como un patrón de emotividad excesiva y de constante búsqueda de atención; y por último el trastorno narcisista de personalidad, el patrón dominante es el de grandeza, necesidad constante de admiración y falta de empatía. El último grupo es el grupo C compuesto por, trastorno por evitación, se refiere a la inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa, el trastorno por dependencia, se refiere a un comportamiento sumiso y de apego exagerado, los sujetos tienen una necesidad excesiva de que lo cuiden; y por último el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad que se manifiesta por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal (American Psychiatric Association, 2014)

El TLP según la American Psychiatric Association (2014) se manifiesta por cinco o más de las siguientes características. El primero hace referencia a esfuerzos exasperados para evitar el desamparo o abandono real o imaginario, la incapacidad de tolerar la soledad los lleva a pensar o sentir que serán abandonados y reaccionan de manera angustiada o furiosa. Además, creen que la separación con las personas que se preocupan por ellos se debe a que son malos o perversos. El segundo se manifiesta por relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por ir de extremos de idealización a extremos de devaluación. Otro hecho se manifiesta por una alteración de la identidad que está compuesta por una fuerte inestabilidad de la autoimagen y del sentido del yo. El cuarto hecho se puede observar en la impulsividad del sujeto en dos o más áreas que son autolesivas, por ejemplo gastos, sexo, drogas, atracones alimentarios y conducción temeraria. Otro hecho que se puede manifestar es el de conductas, actitudes o amenazas recurrentes de suicidio o de automutilación. El sexto hecho hace referencia a inestabilidad afectiva que se ve relacionada con un notable cambio del estado del ánimo, que generalmente duran unas pocas horas y rara vez más de unos días, estos cambios de ánimo puede ser por ejemplo: episodios de disforia, irritabilidad o ansiedad. Otra forma de manifestarse es con una sensación de vacío crónico. Enojos inapropiados e intensos o dificultades para controlar la ira se deben tener en cuenta también para el TLP. El último hecho hace referencia a ideas paranoides relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves que se dan de forma transitoria.

3.3.2. CIE 10

La Clasificación Internacional de Enfermedades define al trastorno de personalidad como conductas del individuo que afectan a varios aspectos de la personalidad. Los trastornos de la personalidad tienden a presentarse en la infancia y adolescencia pero es en la adultez donde el trastorno persiste. El trastorno de personalidad incluye alteraciones y modos de comportamiento que tienen importancia clínica, estas conductas suelen ser persistentes y forman parte del estilo de vida que el individuo tiene consigo mismo y con

los demás. Estas conductas son desviaciones significativas con respecto a un individuo normal de una cultura determinada (World Health Organization, 1992).

Para la World Health Organization (1992) el trastorno de personalidad posee tendencias comportamentales que generalmente afectan aspectos de la personalidad que casi siempre están acompañados por alteraciones personales y sociales. Es importante destacar que la presencia de la alteración de la personalidad no está relacionada a una lesión o enfermedad cerebral importante o a otros trastornos psíquicos. El diagnóstico de trastorno de personalidad se da en individuos que presentan las siguientes pautas generales. La primer característica que se define en actitudes y comportamientos faltos de armonía, que afectan varios aspectos de la personalidad, por ejemplo la afectividad, el control de los impulsos, la forma de percibir y pensar y al estilo en que estas personas se relacionan con los demás. En segundo lugar propone que la conducta de estos pacientes es anormal y duradera y no están relacionados a episodios concretos de enfermedad mental. La siguiente característica define a la conducta anormal como desadaptativa. Las manifestaciones del comportamiento aparecen durante la infancia o la adolescencia y continúan en la madurez. Otra característica es que el trastorno genera malestar personal, aunque esta condición puede aparecer en etapas avanzadas de su evolución. La última pauta que presenta el diagnóstico es un deterioro significativo del rendimiento profesional y social que se da generalmente aunque no siempre (World Health Organization, 1992).

3.4. TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL

Actualmente hay una gran variedad de estrategias que van desde farmacológicas hasta psicoterapéuticas para el manejo de estos pacientes. Estudios muestran que por lo general las personas con TLP realizan varios tratamientos a lo largo de su vida y realizan cambios de médicos y terapeutas con frecuencia (Suárez, 2008).

La terapia dialéctica conductual es un enfoque terapéutico cognitivo desarrollado por Marsha Linehan en la década del 80, mientras trabajaba con mujeres con sintomatología crónica tratadas con tratamientos con poca eficacia. El tratamiento que

propone la autora posee tres principios que son el conductismo, el zen y la dialéctica. El tratamiento se trabaja en cuatro módulos que están compuestos por mindfulness, efectividad interpersonal, tolerancia al malestar y regulación de las emociones que se aplican de manera grupal e individual (Koons, 2008)

Linehan (2003) planteo que el grado de satisfacción con el tratamiento mejoraba cuando este se lo combinaba con estrategias para el cambio, usualmente utilizadas en terapia cognitiva-comportamental. De esta forma, las pacientes sentían que sus terapeutas las entendían y así fortalecían la alianza terapéutica, con el objetivo de lograr una mayor adherencia al tratamiento.

Así fue como Linehan y su equipo crearon y diseñaron la terapia dialéctica conductual, el tratamiento psicoterapéutico que mostró efectividad y en la actualidad es recomendado por la Asociación Americana de Psiquiatría para pacientes diagnosticados con el TLP (Suárez, 2008)

Según Linehan (2003) el principio más importante de la teoría biosocial hace hincapié que el principal trastorno en el TLP es la desregulación de las emociones. Esta desregulación es el resultado de cierta disposición biológica, del contexto ambiental y de determinada transacción entre estos dos factores durante el desarrollo de los sujetos. Las personas con TLP tienen dificultades para regular varias emociones. La vulnerabilidad emocional se define por una muy alta sensibilidad a estímulos emocionales y respuestas intensas a estímulos emocionales, con un retorno lento a la calma emocional.

Para los individuos que cumplen con los criterios para ser diagnosticados con el TLP es necesaria alguna forma de tratamiento psicosocial. La terapia dialéctica conductual (DBT), es un tratamiento cognitivo-conductual, que propone la enseñanza de habilidades psicosociales. Este tratamiento es efectivo combinado con psicoterapia individual y la formación en habilidades. Además la alianza terapéutica es importante en el tratamiento con sujetos con TLP (Linehan, 2003).

Linehan (1993) sugiere que las personas diagnosticadas con TLP presentan respuestas emocionales de forma más rápida e intensa ante diferentes situaciones y poseen

un retorno a la línea base de manera más lenta que individuos que no están diagnosticados con el TLP lo que dificultaría la regulación de la experiencia emotiva. La autora propone que las respuestas desadaptativas que presentan los pacientes podrían ser consecuencia de la interacción temprana y prolongada entre un niño vulnerable con un medio ambiente invalidante que interfiere en la experiencia privada de la persona, especialmente con la experiencia de las emociones.

La Terapia Dialéctica Conductual está formada por un conjunto de estrategias y habilidades. Estas estrategias se establecen de forma jerárquica para los objetivos del tratamiento. La terapeuta intenta apoyar al paciente aceptándolo, enseñándole autoaceptación y además promoviendo el cambio. La relación terapéutica es una parte esencial del tratamiento. La terapia otorga una importancia muy importante en la aceptación y validación de la conducta, tanto del paciente como del terapeuta y en el abordaje de conductas que interfieren con la terapia (Aramburu Fernández, 1996)

3.4.1. INTERVENCIONES DE LA TERAPIA DIALECTICA CONDUCTUAL

La terapia dialéctica conductual es un tratamiento que está conformado por sesiones individuales y grupales para el entrenamiento de diferentes habilidades. Posee un enfoque cognitivo-conductual que incorpora la filosofía dialéctica y la práctica del Zen. Las alteraciones emocionales y conductuales que sufren las personas diagnosticadas con TLP se mantienen por un ambiente que refuerza las conductas disfuncionales (Yust & Pérez-Díaz, 2012)

El tratamiento grupal de DBT posee una duración de aproximadamente seis meses y está conformado por sesiones que poseen una duración de dos horas treinta minutos y se dan una vez por semana. En estas sesiones grupales los terapeutas les entregan fichas y deberes que abarcan diferentes áreas del tratamiento. La primera ficha son generales y tratan sobre los objetivos de la formación de habilidades, las siguientes áreas a tratar son: fichas de habilidades básicas de conciencia, fichas de efectividad interpersonal, fichas de deberes de efectividad interpersonal, fichas de regulación de las emociones, fichas de

deberes de regulación de las emociones, fichas de tolerancia al malestar y por ultimo fichas de deberes de tolerancia y malestar (Linehan, 2003)

Estas sesiones se dividen en dos secciones, la primera consiste en una apertura, además se propone que los miembros debatan sus intentos durante la semana y por ultimo un descanso. La segunda parte está dedicada a que los terapeutas expliquen un nuevo material (Linehan, 1998). Otras técnicas que la autora plantea para las sesiones grupales son la aplicación de técnicas de relajación, respiración, visualización y meditación (Linehan, 1993)

Al comenzar el tratamiento, los pacientes deben firmar un contrato donde se establece un acuerdo al tratamiento entre los terapeutas y el paciente. El contrato está compuesto por las siguientes reglas. En primer lugar las personas que abandonan la terapia quedan fuera del programa de DBT, en segundo lugar todos los pacientes deben seguir una terapia individual. En tercer lugar ningún paciente podrá acudir a las sesiones bajo la influencia de drogas o alcohol. En cuarto lugar el paciente no podrá hablar sobre conductas parasuicidas sufridas anteriormente con los otros pacientes fuera de la sesión. En quinto lugar es que los nombres de los pacientes deben ser confidenciales. Los pacientes que van a llegar tarde a la sesión o se encontraran ausentes deberán informar al terapeuta con antelación y por último los pacientes no pueden establecer ninguna relación con los otros pacientes fuera de las sesiones de formación (Linehan, 2003)

Con las personas con TLP, los terapeutas deben estar alerta a las tensiones dialécticas que pueden surgir en la relación con el consultante. Además, el terapeuta funciona como modelo para enseñar herramientas y comportamientos dialécticos, para lograr esto deberá ofrecer modos de pensar/actuar alternativos, intentando no tener una postura rígida y tomar el cambio como algo inevitable (Elices & Cordero, 2011)

La terapia dialéctica conductual es un trabajo entre el terapeuta y un equipo que lo apoya permanentemente, generalmente el terapeuta asiste una vez por semana a reuniones para hacer un balance en su aproximación al paciente. En el tratamiento se pueden observar cuatro modalidades que están conformadas por la terapia individual, el contacto telefónico, la consulta del terapeuta y el entrenamiento grupal de habilidades. El terapeuta individual

debe mantener la motivación del paciente en el tratamiento, las intervenciones profundas se realizan en estas sesiones. Entre sesiones el paciente puede contactarse de manera telefónica con el terapeuta para obtener apoyo en la utilización de habilidades que están siendo trabajadas en las sesiones, este contacto se realiza siguiendo reglas previamente acordadas entre el terapeuta y el paciente como por ejemplo los horarios de atención (Gempeler, 2008)

En la formación de habilidades es necesario, por parte del terapeuta, establecer previamente cuales son las que el paciente tiene que aprender. El tipo de habilidades que se trabajan en la terapia depende de los problemas actuales que presenta el paciente. El terapeuta debe desempeñar un papel activo que controle el rumbo de la sesión. La adquisición de habilidades consiste en hacer que el paciente use las habilidades adquiridas en lugar de sus conductas desadaptativas. La habilidad de regulación de las emociones y la habilidad de tolerancia al malestar forman parte de las habilidades de DBT (Linehan, 2003)

Las tareas comportamentales están compuestas por habilidades centrales que hacen referencia a la conciencia activa (mindfulness). Son técnicas que se derivan de meditación budista y buscan facilitar en el paciente la conciencia clara del contexto, no posee ninguna intencionalidad religiosa. Las habilidades de efectividad interpersonal se centran en el logro de objetivos personales que involucren a otras personas. Tiene como finalidad aprender a pedir lo que se necesita, a poder decir no y a ser respetado, poder mantener relaciones con otros y fortalecer la autoestima. Las habilidades de regulación de emociones y de tolerancia al malestar intentan instruir al sujeto a sentir y poder tolerar emociones negativas como parte de su experiencia (Gempeler, 2008)

El tratamiento se divide en diferentes etapas de pre tratamiento y en cuatro estadios, con sus respectivas metas. El pre tratamiento está orientado al compromiso. En las primeras sesiones, tanto el terapeuta como el paciente llegan a un acuerdo y un compromiso de trabajar juntos desde las expectativas del paciente. Se exponen las bases del tratamiento, describiéndolo como una terapia cognitivo-conductual, que pone gran énfasis en el aprendizaje de habilidades (Gempeler, 2008)

En el primer estadio, a lo que se intenta llegar es pasar de una conducta descontrolada a una controlada a partir de metas, la primera meta está compuesta por la reducción y eliminación de los comportamientos que amenazan la vida del paciente, la segunda meta se basa en reducir y eliminar las conductas que afectan el tratamiento, esta meta intenta además disminuir y en lo posible eliminar la hospitalización como una manera de manejar las crisis, la tercer meta está conformada por la disminución de los comportamientos que afectan la calidad de vida y aumentar aquellos comportamientos que aumentan la calidad de vida, por último la cuarta meta, hace referencia al aprendizaje de habilidades que le permitan al paciente centrarse en el momento presente, disminuyendo el énfasis en el pasado y el futuro, además mantener las relaciones interpersonales que le generan bienestar, entender que son las emociones, como funcionan y como se pueden experimentar. Por último tolerar el dolor emocional sin necesidad de llegar a la autoagresión u otras conductas autolesivas. El segundo estadio lo que intenta es romper la inhibición de la experiencia emocional para lograr una experiencia completa de las emociones sin necesidad de disociarse. El tercer estadio lo que busca es ayudar al paciente a construir una vida propia, resolviendo los problemas que esto conlleva y buscando estabilidad generalmente en las áreas interpersonales con su pareja, compañeros de trabajo, metas profesionales, etc. El último estadio se da al final del proceso terapéutico, cuando el paciente ya encontró su vida propia pero enfrenta una sensación de vacío (Gempeler, 2008)

La terapia individual es esencial para el tratamiento de DBT con personas suicidas y diagnosticadas con TLP. Las sesiones tienen una duración de una hora y la frecuencia es una vez por semana. Dentro del marco individual se trabaja con la formación de habilidades, la exposición y la modificación cognitiva del paciente. Estos procedimientos llevan a la aplicación de distintas técnicas para alcanzar los objetivos (Linehan, 1993)

El terapeuta individual es el primario y mantiene la motivación del paciente en el tratamiento, lo importante de las intervenciones se realiza en las sesiones individuales. Las sesiones pueden durar entre 50 y 90 minutos dependiendo del momento que el paciente está atravesando, generalmente en momentos críticos las sesiones pueden durar más. Se trabajan objetivos previamente establecidos de manera jerárquica. El objetivo principal es que el paciente no recaiga en conductas suicidas o autolesivas. Entre sesiones el paciente puede

utilizar el contacto telefónico para obtener ayuda tanto en las conductas autolesivas, en la utilización de habilidades y para fortalecer la relación terapéutica. Este contacto se hace siguiendo reglas previamente establecidas que se acuerdan con el terapeuta para regular la razón de contacto y los horarios. (Gempeler, 2008)

Es importante en la terapia individual consolidar las habilidades aprendidas en la terapia grupal. Una vez que se adquirieron las conductas apropiadas el terapeuta las trabaja individualmente con el cliente para darles forma, perfeccionarlas y darles uso (Linehan, 2003)

El entrenamiento de habilidades se dan en los encuentros grupales de DBT y se refuerzan en las sesiones individuales. A continuación se detallará la ficha de control diario y las fichas generales, de regulación de las emociones y de tolerancia malestar según el Manual de Tratamiento de los Trastorno de Personalidad Límite de Linehan (2003)

La ficha de control diario es fundamental para que el terapeuta individual y los formadores de habilidades de los grupos de DBT puedan saber cómo progresan los clientes entre las sesiones. Primero al dorso de la ficha de control diario se han relacionado las habilidades más importantes, al lado hay un espacio para que el cliente marque si ha practicado la habilidad durante toda la semana. Es necesario que el cliente lleve el control a todas sus sesiones. Cada módulo de habilidades tiene su propio conjunto de fichas de control diario. En cada inicio de la sesión se le dará un espacio a cada cliente para que pueda contar sus esfuerzos a la hora de realizar o practicar sus habilidades durante la semana previa. En el caso que el cliente no traiga la tarjeta de control diario o refiera que no ha podido realizar las habilidades, se entiende que existe un problema y se trabaja sobre eso (Linehan, 2003)

Las fichas generales son dos y hacen referencia a los objetivos de formación de habilidades y a una guía para la formación de habilidades. El primero trata sobre el objetivo general del tratamiento de DBT que se basa en aprender y poder dominar habilidades para que el cliente pueda cambiar las pautas conductuales, emocionales y los pensamientos relacionados a problemas vitales que causen tristeza y malestar. En esta primera ficha se detallan las conductas que hay que reducir y que están integradas por: caos interpersonal,

inestabilidad emocional y de estados de ánimo, impulsividad y confusión acerca del yo, desregulación cognitiva. Además hace referencia a las conductas que hay que aumentar que son: habilidades de efectividad interpersonal, de regulación de las emociones, de tolerancia al malestar y habilidades de conciencia básica. El segundo es un contrato compuesto por nueve ítems que el cliente debe firmar (Linehan, 2003)

3.5. TOLERANCIA Y MALESTAR

El malestar ha sido objeto de estudio de la Psicología ya que tiene un papel importante en el funcionamiento psicológico de las personas. Tiene relaciones negativas con los sentimientos. (Rodríguez, Goñi & Azúa, 2006)

Según Brenlla y Despierre (2007) el malestar psicológico se define como la presencia de síntomas de depresión y de ansiedad en el individuo. Cuando se habla de síntomas de depresión hace referencia a sentimientos de tristeza, cansancio, ideas suicidas y desesperanza, con respecto a los síntomas de ansiedad los vincula a sentimientos de inquietud, impaciencia, agitación y nerviosismo.

Lineham (2003) plantea que las habilidades de tolerancia al malestar tienen que ver con la capacidad para aceptar a uno mismo y a la situación actual del paciente. Es la habilidad de percibir el propio ambiente sin querer que sea diferente, para experimentar el estado emocional actual sin intentar cambiarlo y para observar las pautas de los pensamientos y acciones sin detenerlos o controlarlos. El objetivo principal de esta habilidad es la de tolerar y sobrevivir a las crisis y aceptar a la vida tal como es en un momento determinado.

Además las habilidades sirven para subsistir a los momentos difíciles como por ejemplo en las emociones extremas. Lo que se intenta con esta habilidad es encontrar un significado a ese sufrimiento, ya que el sufrimiento forma parte de la vida de todos los individuos y la incapacidad de poder aceptarlo lleva al sufrimiento. Tolerar el malestar es un paso importante para poder realizar cambios que permitan reducir el sufrimiento. Los

pacientes con TLP tienden a evitar el malestar. El objetivo de esta técnica es que el paciente pueda tolerar y aprender a afrontar una situación negativa (Palacios, 2006)

3.5.2. INTERVENCIONES EN TOLERANCIA Y MALESTAR

Según Linehan (2003) la intervención para la tolerancia y el malestar está compuesta por cinco fichas que se detallan a continuación:

La primer ficha que se expone en el tratamiento grupal de DBT es la de estrategias de supervivencia a las crisis, en esta ficha se orienta a los clientes sobre las habilidades que deben aprender y se explica porque son tan importantes. Distraerse es el primer punto que se plantea aquí, los métodos de distracción tienden a reducir los estímulos emocionales y propone siete distracciones. En primer lugar propone llevar a cabo diferentes actividades, distraen la atención y llenan la memoria a corto plazo con sensaciones contrarias a la emoción negativa. Ayudar a los demás es la segunda distracción que plantea, concentrar la atención en lo que uno puede hacer por lo demás y dejar de pensar en uno mismo, además ayudar le da un sentido a la vida. El tercer punto es hacer comparaciones que sirven para ver la situación bajo una luz más positiva. Generar emociones opuestas consiste en remplazar la emoción por una menos negativa, es necesario que la persona defina primero la emoción que tiene para poder generar una opuesta. Dejar de lado la situación negativa es otra distracción que la autora plantea, pudiendo bloquear la mente o abandonarla físicamente, esta técnica reduce el contacto con las emociones asociadas a la situación. Distraerse con otros pensamientos hace que la memoria a corto plazo se llene con otros pensamientos que no son los negativos. La ultima distracción que se plantea es experimentar otras sensaciones intensas, que funcionan para centrar la atención en otra cosa e interferir en el campo fisiológico de la persona (Linehan, 2003)

En esta primera ficha también se propone relajar cada uno de los cinco sentidos y mejorar el momento, cuando se refiere a mejorar el momento la autora afirma que utilizar estrategias cognitivas remplazando los sucesos negativos por otros más positivos mejoran en los clientes, estas habilidades son: usar la fantasía, hallar el significado de la vida,

practicar la oración, practicar la relajación, vivir el presente en cada momento, tomarse vacaciones y darse ánimo. (Linehan, 2003)

La segunda ficha que plantea Linehan (2003) trata sobre una guía para aceptar la realidad realizando ejercicios de observación de la respiración, ofrece herramientas de respiración profunda, de medir la respiración mediante los pasos, contar la respiración, observar la respiración mientras se escucha música, observar la respiración mientras se mantiene una conversación y respirar para calmar la mente y el espíritu.

La tercera ficha es una guía para aceptar la realidad realizando ejercicios de media sonrisa ofreciendo herramientas de sonrisas cuando: nos acabamos de despertar, durante los ratos libres, mientras escuchamos música, cuando nos enfadamos, cuando estamos acostados, cuando estamos sentados y mientras contemplamos a la persona que más odiamos o despreciamos. Las emociones están por una parte controladas por las expresiones faciales, cuando utilizamos una sonrisa el cliente podrá incrementar el control de las emociones, y lo que hace la media sonrisa es aceptar y tolerar (Linehan, 2003)

La cuarta ficha que la autora plantea es una guía para aceptar la realidad realizando ejercicios de conciencia ofreciendo herramientas para tomar conciencia de las posiciones del cuerpo, de la conexión con el universo mientras el cliente realiza diferentes actividades (Linehan, 2003)

La última ficha es la de los principios básicos para aceptar la realidad. La aceptación radical es el primer punto, dejando de luchar contra la realidad, esta aceptación tiene que venir de adentro del sujeto y el cliente debe dejar que suceda lo que tiene que suceder no luchar contra la realidad, la aceptación es la única manera de salir. Cambiar la mente es el segundo punto, la aceptación requiere que el sujeto haga algún tipo de elección orientando la mente hacia el camino de la aceptación. El tercer punto que se plantea en esta última ficha es el de tener una buena disposición ante toda situación escuchando con atención a la mente sabia de cada uno. El último punto hace referencia a que hay que cambiar la terquedad por buena disposición. Ya que la terquedad es tirar piedras al propio tejado, es renunciar, es lo opuesto a hacer lo que funciona, es no tolerar el momento (Linehan, 2003)

3.7. REGULACION DE LAS EMOCIONES

La desregulación de las emociones se manifiesta en tres aspectos, en la alta sensibilidad que el individuo tiene ante estímulos emocionales, alta reactividad ante los estímulos emocionales y un retorno lento al estado inicial. La desregulación emocional implica dificultades para orientar, mantener y reorientar la atención y mantener un procesamiento cognitivo eficaz (Apfelbaum & Gagliesi, 2004).

Los pacientes suicidas y con TLP poseen emociones muy intensas y variables, las dificultades para poder manejar las emociones juega un rol muy importante en la generación de los problemas conductuales del sujeto. Las conductas suicidas son intentos de soluciones conductuales de los pacientes ante emociones intolerables. La habilidad de regulación de las emociones se caracteriza por exigirle al paciente no sentir lo que están sintiendo. Este estilo es el resultado directo de un medio invalidante a nivel emocional, y hace que el sujeto sonría cuando se siente infeliz, a ser agradable cuando se siente enojado. Las habilidades específicas de regulación de las emociones están conformadas por: identificar y etiquetar emociones, identificar el obstáculo para el cambio de las emociones, reducir la vulnerabilidad de la mente emocional, incrementar la frecuencia de los acontecimientos emocionales positivos, incrementar la conciencia ante las emociones del momento y llevar a cabo la acción opuesta (Linehan, 2003)

Las habilidades de regulación de las emociones actúan de manera directa en el tratamiento de las emociones. El objetivo de esta técnica es aprender a observar y explicar las emociones y los contextos en que se dan. En la terapia se da psicoeducación sobre que son las emociones, los diferentes tipos y sus cualidades adaptativas. Además es importante que el paciente realice un cambio de hábitos disfuncionales y ponga en práctica hábitos saludables (Palacios, 2006)

La regulación de emociones consiste en entender las propias emociones, primero es importante aprender a identificar las emociones tal como cada uno las experimenta, es necesario utilizar las habilidades de conciencia y observación y descripción de las emociones. En segundo lugar hay que aprender a establecer que es lo que al individuo le impide reducir las emociones negativas intensas. Por último reducir el sufrimiento

emocional, dejando pasar las emociones dolorosas siendo conscientes de ellas en vez de pelear o mantener distancia de ellas y modelar o cambiar una emoción negativa o que dé sufrimiento, actuando de manera opuesta (Linehan, 2003)

Linehan (2003) plantea que hay que describir los dos tipos de experiencias emocionales, algunas de las experiencias están fundamentalmente relacionadas a eventos del propio medio y otras experiencias están relacionadas a los propios pensamientos, acciones y sentimientos.

3.6.2. INTERVENCIONES EN REGULACION DE LAS EMOCIONES

Según Linehan (2003) la intervención para la regulación de las emociones está compuesta por 10 fichas que se detallan a continuación:

La primera ficha son los objetivos de la formación en la regulación de las emociones que hace referencia a entender las propias emociones, identificándolas tal como el cliente las experimenta. Es necesario aplicar las habilidades de conciencia de observación y descripción de las emociones. Es importante reducir la vulnerabilidad emocional previniendo los estados emocionales negativos y aprender a aumentar las emociones positivas. Por último reducir el sufrimiento emocional dejando pasar las emociones dolorosas en vez de luchar contra ellas (Linehan, 2003)

La segunda ficha de regulación de las emociones son los mitos acerca de las emociones, aquí los terapeutas utilizan la técnica del abogado del diablo para poder hablar de los mitos que muchos sostienen acerca de las emociones. La tarea de los clientes en esta técnica es crear contraargumentos para combatir los mitos, es necesario pedirles a los participantes que anoten aquellos contraargumentos para ayudar al cliente a sentirse mejor (Linehan, 2003)

Los modelos para describir las emociones forma parte de la tercera ficha. Primero es necesario que el cliente pueda describir si el evento desencadenante es de afuera, es decir del medio o proviene de adentro. Segundo es necesario que se haga una interpretación del

evento, esta interpretación la hace el propio sujeto a partir de pensamientos y la valoración acerca de los mismos. Tercero, las emociones son muy complejas generan cambios corporales y cerebrales, las personas sienten las emociones y son acciones urgentes. En cuarto lugar es importante poder comunicar y expresar las emociones (Linehan, 2003)

La cuarta ficha hace referencia a las formas de describir las emociones. En esta ficha se encontraran palabras que describen las principales emociones. El objetivo principal es mostrar y dar ideas a los clientes en los momentos en que tengan problemas para describir las características de sus propias emociones (Linehan, 2003)

Es necesario entender porque son buenas las emociones y esto se realiza a través de la quinta ficha que expone Linehan (2003). Explica que la conducta emocional es efectiva e inmediata y es necesaria para la supervivencia. Además las emociones comunican información a los demás y organizan y preparan la acción. En los humanos, las emociones también tienen la finalidad de comunicarnos cosas a nosotros mismos.

La ficha número seis trata sobre cómo reducir la vulnerabilidad ante las emociones negativas. Son seis habilidades que el cliente debe desarrollar, éstas son: las enfermedades físicas, cuidando el cuerpo, yendo al médico y tomando la medicación. Comer de forma equilibrada, ni mucho ni poco, evitando los alimentos que nos hacen sentir muy emocional. Evitar ingerir drogas que alteran el estado de ánimo. Dormir de forma equilibrada, hacer ejercicio y por último aumentar la competencia personal, intentando todos los días hacer una actividad que nos haga sentir bien (Linehan, 2003)

Los pasos para incrementar las emociones positivas forman parte de la ficha número siete y el objetivo principal es construir emociones positivas tanto a corto plazo como a largo plazo. A corto plazo hace referencia a hacer cosas agradables que son posibles en el momento actual. La construcción de emociones positivas a largo plazo es llevar a cabo cambios en la vida de manera que esos hechos positivos ocurran con más frecuencia. Algunos ejemplos son: trabajar para conseguir objetivos, atender las relaciones y evitar rendirse. Es necesario que el cliente tenga conciencia de las experiencias positivas que le hacen bien (Linehan, 2003)

La ficha número ocho propone un programa de actividades agradables para el adulto compuesta por 176 actividades y la posibilidad de agregar más (Linehan, 2003)

La anteúltima ficha de regulación de las emociones es dejar que el sufrimiento emocional siga su curso: conciencia de la emoción actual. Lo primero que el cliente debe hacer es observar la emoción, notando su presencia, mantener cierta distancia de la emoción y no dejarse atrapar por la emoción. Además es necesario que el cliente experimente la emoción sin bloquearla, suprimirla ni apartarla. Es necesario que el cliente pueda entender que no somos lo que sentimos y que pueda amar las propias emociones (Linehan, 2003)

La ficha número 10 es la última que plantea Linehan (2003) y propone cambiar las emociones cuando el paciente debe actuar de manera opuesta a la emoción actual. Con respecto al miedo, la autora plantea que el cliente debe hacer lo que le asusta en vez de evitarlo, o en el caso de la culpa o vergüenza, el cliente se debe preguntar porque se siente así, acercándose al problema. En la tristeza y la depresión el cliente se debe activar haciendo cosas que lo hagan sentir competente y confiado y con respecto a la ira es importante que el cliente se aleje de las personas que generan esta emoción sin necesidad de atacarlas.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

Estudio descriptivo. Diseño no experimental.

4.2 PARTICIPANTE

El estudio se realizó con una paciente que ha hecho tratamiento en dos oportunidades previas y que abandonó a las pocas sesiones. Actualmente está en tratamiento con una terapeuta del centro de psicoterapias.

La paciente tiene 30 años, es contadora, se recibió y logro ejercer exitosamente su profesión. En cuanto a lo familiar, tiene cuatro hermanos menores, con los que posee buena relación, a diferencia de su mamá, con quien prefiere no tener una relación. Su madre está diagnosticada con esquizofrenia. Con su padre no mantiene vínculo, lo conoció hace pocos años y su padre prefirió no establecer una relación y se volvió a alejar.

La paciente se fue de su casa a los 17 años y vivió en pensiones con su tía y primos. Actualmente vive con su novio, quien tiene un hijo de 6 años y uno en camino de su ex mujer. Su novio tuvo una infancia complicada, es alcohólico y tiene depresiones en forma regular, no trabaja y la paciente lo ha mantenido económicamente siempre.

Con respecto a lo social, tiene diversos grupos que ha mantenido desde chica. La paciente manifiesta que posee episodios de angustia muy seguidos, ante estas situaciones, ella realiza conductas suicidas, ingiriendo grandes cantidades de medicamentos y cortándose las muñecas. Manifiesta que desde los 16 años ha tenido numerosos intentos de suicidio. Estuvo internada en dos ocasiones durante dos meses.

4.3 INSTRUMENTOS

El estudio se llevó a cabo realizando un análisis profundo de documentos que consiste en historia clínica del paciente que se encuentra en la institución elegida, hubo contacto en las reuniones de DBT con la terapeuta que trata a la paciente cada 15 días, los ejes que se trabajarán con la terapeuta se basaran en las herramientas y estrategias aplicadas en las sesiones con la paciente y la evolución del mismo. Además se contó con observación del video en cámara gesell de la paciente. La historia clínica está conformada por información general de la paciente y cada sesión que el terapeuta completa después de cada encuentro.

4.4 PROCEDIMIENTO

Durante la práctica se pudo asistir a las reuniones semanales de DBT donde se obtuvo información detallada de la paciente, su tratamiento y evolución, donde se registraron todos los comentarios acerca de la paciente durante un periodo de 3 meses. Además se pudo observar en video la primera entrevista de admisión que tuvo la paciente con uno de los licenciados del centro. Se tuvo acceso a la historia clínica de la paciente donde se muestra detalladamente cada sesión. Por último se mantuvo un encuentro personal con la terapeuta de la paciente, esta entrevista fue semiestructurada donde se obtuvo información relevante de la paciente, los ejes donde se hizo énfasis fueron en la sintomatología de la paciente antes de llegar al centro, en las intervenciones del tratamiento y en la evolución del mismo.

5. DESARROLLO

5.1 DESCRIBIR LA SINTOMATOLOGÍA DE LA PACIENTE AL INGRESAR AL CENTRO DE PSICOTERAPIAS.

El primer instrumento utilizado para desarrollar el primer objetivo fue la lectura de la historia clínica de la paciente. En la primera entrevista que la paciente tuvo en el centro privado se pudo observar su sintomatología previa al tratamiento.

En primer lugar se pudo observar que la paciente anteriormente ha hecho tratamiento terapéutico en dos oportunidades y abandonó a las pocas sesiones manifestando que no se sentía cómoda con los profesionales y sentía que las sesiones no le servían. Diferentes estudios muestran que por lo general los pacientes con TLP realizan varios tratamientos a lo largo de su vida, cambian sus médicos y terapeutas con frecuencia (Suárez, 2008). Mientras que Linehan (2003) plantea que es necesario que estos pacientes sientan que sus terapeutas las entienden para lograr una mayor adherencia al tratamiento. Es esencial la relación terapéutica en el tratamiento según Aramburu Fernandez (1996)

La paciente manifiesta que cada vez que comienza una sesión se va aterrada y no quiere volver, siente que en las sesiones cuando se hablan de cosas de la infancia ella se va muy angustiada y es por eso que muchas veces no retomó los tratamientos. Es muy importante que el terapeuta individual mantenga la motivación del paciente que está en tratamiento (Gempeler 2008) y según Elices y Cordero (2011) es el terapeuta el que tiene que estar atento a las tensiones dialécticas que surgen en la relación con el consultante. Es el terapeuta el que le brinda al paciente herramientas y comportamientos es por eso que no se debe tener una postura rígida frente al paciente.

El primer síntoma que la paciente desarrolló fue los esfuerzos frenéticos por evitar un abandono tanto real como imaginario, en la primera entrevista admite este rasgo afirmando que le sucede especialmente con su pareja. Recuerda sentir una gran angustia cuando esto sucede, afirma que ha pedido insistentemente que no la dejen y amenaza que podía matarse

en estos momentos. Según la American Psychiatric Association (2014) los individuos diagnosticados con TLP hacen esfuerzos exasperados para evitar el desamparo o abandono real o imaginario, estos pacientes no tienen capacidad para tolerar la soledad.

El segundo síntoma que la paciente describe en la primera entrevista es que sus relaciones interpersonales son inestables e intensas, reconoce que se desilusiona con los demás ante algo menor, se enoja, se aleja y luego vuelve a amigarse. Reconoce que suele dar mucho a los demás, incluso lo que no tiene y se enoja cuando los demás no actúan igual. Ha tenido relaciones caóticas especialmente con sus novios. Hace referencia que muchas veces siente un vacío crónico pero esto sucede con menos intensidad cuando se encuentra en pareja. Linares (2007) es uno de los autores que plantea que las personas con TLP poseen un trastorno de la vinculación social caracterizado por la impulsividad y el aislamiento. La American Psychiatric Association (2014) agrega que esta impulsividad y aislamiento está presente en el sujeto en diversos contextos. La dificultad para manejar las emociones y la inestabilidad son otras características que se observan tanto en las relaciones interpersonales, en la conducta y en los pensamientos del individuo. Esta inestabilidad que las personas con TLP vivencian respecto a las relaciones interpersonales genera un malestar en las persona (Suárez, 2008)

La paciente manifiesta que cuando actúa lo hace con impulsividad, diciendo que no piensa, solo actúa, especialmente en lo económico donde se ha endeudado por compras compulsivas y con las comidas refiere que cuando esta triste o enojada ha tenido atracones para calmarse. Además tuvo diversos intentos de suicidio. En la adolescencia tuvo dos intentos de suicidio con sobredosis de medicación, una cuando la paciente estuvo internada en coma por dos semanas por sobreingesta, se tomó la medicación de la abuela tras una pelea con sus primos, dos años después intentó cortarse las muñecas antes de recibirse, en este episodio no necesito internación y el último intentocinco años después, a raíz de una discusión con su novio tuvo una sobreingesta de clonazepam que le dio una amiga para que pudiera dormir. En las personas con TLP según la American Psychiatric Association (2014) se pueden observar conductas, actitudes o amenazas recurrentes de suicidio o de automutilación. En estos pacientes se pueden observar comportamientos autolesivos, conductas impulsivas, conducción temeraria, gastos descontrolados, hurtos, atracones y

purgas, abuso de diferentes sustancias, comportamiento sexual de riesgo, la automutilación y los intentos de suicidio (Espinosa, Blum Grynberg & Romero Mendoza 2009). La World Health Organization (1992) agrega que estas conductas suelen ser persistentes y forman parte del estilo de vida del individuo. Esta intensidad en las reacciones emocionales suelen pasar de un estado depresivo a uno marcado por intensa ansiedad e ira (Torres, 2007). Según Brenlla y Despierre (2007) el malestar psicológico se genera por la presencia de estos síntomas de depresión y ansiedad en el individuo, los síntomas de depresión pueden llevar al paciente a intentos de suicidio.

Con respecto a las emociones, la paciente afirma que las vive muy intensamente. En un mismo día cambia varias emociones sin lograr encontrar un evento que desencadene ni tampoco termina de reconocer que emoción siente. Considera que ha tenido reacciones desmedidas con ira inapropiada que luego se arrepiente, por ejemplo en alguna ocasión llamo al trabajo de su novio y lo hizo perder su trabajo por datos que dio. Además ha tenido reacciones de gritar y de renunciar a trabajos por algo menor. Según la American Psychiatric Association (2014) las personas diagnosticadas con TLP tienen como característica inestabilidad afectiva que se ve relacionada con un notable cambio del estado del ánimo, que generalmente duran unas pocas horas y rara vez más de unos días, estos cambios de ánimo puede ser por ejemplo: episodios de disforia, irritabilidad o ansiedad. Otra forma de manifestarse es con una sensación de vacío crónico. Enojos inapropiados e intensos o dificultades para controlar la ira se deben tener en cuenta también para el trastorno de la personalidad límite. Linehan (2003) hace hincapié que lo principal en los pacientes con TLP es la desregulación de las emociones. Estas alteraciones se mantienen por un ambiente que refuerza las conductas emocionales según Yust y Perez-Diaz (2012)

En la entrevista con la terapeuta de la paciente se indagó sobre los síntomas de la paciente antes del tratamiento. En esta entrevista se pudo obtener información sobre la vida de la paciente, la terapeuta manifiesta que la paciente tuvo una infancia muy dura, con internaciones recurrentes, intentos de suicidio con sobre ingesta, con relaciones interpersonales desgastantes y con consumos de droga. En el área laboral manifiesta que no es estable en el trabajo ya que no cumple con los horarios, no tiene buena relación con sus jefes y compañeros. Como menciona la American Psychiatric Association (2014) las

personas diagnosticadas con TLP poseen un deterioro laboral este patrón es estable y de larga duración.

En la historia clínica se pudo observar que la paciente tiene episodios de angustia recurrentes y refiere que tienen que ver con temas interpersonales. Afirma que antes asociaba la angustia con temas familiares y que ahora siente que cualquier cosa la desanima por ejemplo cuando se pelea con el novio se siente muy angustiada y sola pero cuando realiza tareas que la dispersan por ejemplo ir a trabajar o estar con otras personas la angustia es menor. La paciente comenta que cuando siente mucha angustia, vacío, malestar, se encierra y piensa en autolesionarse o matarse para bajar el vacío y que no le cuenta a nadie y se encierra. Es normal que los pacientes diagnosticados con TLP sean inestables, tienen una sensación de vacío del sentido de la vida y desesperanza que generan malestar (Suárez, 2008)

Su novio le recomendó que comenzara un tratamiento psicológico después de un intento de suicidio que tuvo la paciente de sobreingesta de colanzepam por haberse peleado con su pareja y es por eso que ella empieza un nuevo tratamiento.

5.2 DESCRIBIR LAS TÉCNICAS UTILIZADAS EN LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL EN LAS ÁREAS DE TOLERANCIA AL MALESTAR Y DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES.

En la entrevista con la terapeuta, en la observación de la historia clínica y en las reuniones de equipo que se pudo presenciar se obtuvo la siguiente información.

El tratamiento consta de una sesión individual por semana y una sesión grupal también por semana. Los encuentros individuales se llevaban a cabo los martes por la mañana y las sesiones grupales los jueves por la tarde.

En la entrevista con la terapeuta se indagó sobre los primeros objetivos del tratamiento, se realizó una psicoeducación sobre la curva de malestar, la paciente manifiesta que ya no sabe qué hacer y hay momentos en que no puede más. La terapeuta entiende que son

situaciones muy difíciles sin embargo, le hace entender que tampoco ha logrado nada con esas conductas autolesivas o suicidas, si reduce el malestar por un momento pero luego reaparece aun con más intensidad. Es necesario un compromiso de la paciente sobre el tratamiento para no volver a caer en estas conductas. Según Elices y Cordero (2011) son los terapeutas individuales los que deben estar alerta de las tensiones dialécticas que pueden surgir en la relación con el consultante.

En los grupos de DBT se aplicaron diferentes técnicas que propone el tratamiento de Linhan (2003) se profundizó en las áreas de tolerancia al malestar y de regulación de las emociones, ya que es necesario brindarle a la paciente herramientas que la ayuden a regular el nivel de vacío y malestar evitando conductas que pongan en riesgo su vida, porque la paciente al principio de la terapia venía con intentos de suicidio y conductas autolesivas. Según Aramburu Fernandez (1996) los objetivos se establecen de manera jerárquica, desde lo más importante que atentan con la vida del paciente a estrategias menos importantes.

Cada sesión individual se comienza leyendo el registro diario de la paciente, se indaga sobre lo que hizo funcional acerca del tratamiento, sobre lo que no hizo y sobre lo que hizo mal. Según Linehan (2003) la ficha de control diario es fundamental para que el terapeuta individual y los formadores de habilidades de los grupos de DBT puedan saber cómo progresan los clientes entre las sesiones.

Las técnicas aplicadas en el área de tolerancia al malestar fueron cinco fichas que se llevaron a cabo cada una en una sesión diferente en el tratamiento grupal y luego fueron reforzadas en la terapia individual.

Primero se empezó trabajando con diferentes formas para distraerse y poner la atención en diferentes actividades. En los encuentros grupales se propusieron diferentes formas de distracción. Además se enseñaron diferentes formas de relajación de todos los sentidos pasando por la vista, el olfato, el oído, el tacto hasta el gusto y por último se le dieron herramientas para mejorar los momentos usando la imaginación, practicando la oración, la relajación, entre otras.

En la terapia individual luego del primer encuentro grupal, se indaga sobre aquello que le hace bien, actividades que realizó desde aquel encuentro en la terapia grupal. La paciente manifiesta que jugar con su gato y darse un baño cuando se siente con poco ánimo o con malestar la mejoran mucho. Manifiesta que no tuvo mucho tiempo para utilizar las herramientas aprendidas en el encuentro grupal pero en los momentos que los hizo se sintió bien pero que después se daba cuenta que el dolor estaba ahí. Ante esta respuesta la terapeuta le dice que entre las dos van a trabajar en qué hace ella con ese dolor que siente, antes ponía en riesgo su vida pero a veces el hacer algo que te ayuda a distraerte no va a hacer que el malestar desaparezca pero sí que no siga aumentando y esto termine en una crisis. De a poco cuando juntas, entre la terapeuta y la paciente, vayan pudiendo regular esas situaciones, la paciente va a encontrar diferentes herramientas para encontrar alternativas que sean funcionales. Como menciona Aramburu Fernandez (1996) la relación terapéutica es una parte esencial del tratamiento. La terapia otorga una importancia fundamental en la aceptación y validación de la conducta, tanto del paciente como del terapeuta y en el abordaje de conductas que interfieren con la terapia.

En el segundo encuentro grupal del módulo de tolerancia y malestar se empezó con una reflexión entre los pacientes, cada una de las pacientes comento su experiencia respecto a la primer ficha de cómo fueron aplicando las diferentes herramientas a lo largo de la semana. Luego se les explica la segunda ficha con ejercicios de respiración.

En los encuentros siguientes del módulo de tolerancia al malestar se trabajó con ejercicios de sonrisa, de conciencia y de aceptación de la realidad.

En un encuentro de la terapia individual, donde se retoman las herramientas aprendidas en el ámbito grupal y se indaga más sobre la evolución del paciente, se pudo ver que la paciente en un momento de malestar en donde se pelea con su novio se va a caminar, toma una coca, escucha música y se siente un poco mejor pero al rato volvió a su casa y comenzó a sentirse angustiada de nuevo y tomó unas pastillas para dormir de venta libre. La terapeuta entiende que uno a veces quisiera que el malestar desapareciera, pero eso es muy difícil, el tema es ver cómo hacer para que no siga subiendo o que pueda bajar un poco. Algo de eso la paciente intentó y logró pero cuando el malestar volvió, ya no la peleo.

Según Elices y Cordero (2011) es el terapeuta el que funciona como modelo para enseñar herramientas y comportamientos dialécticos, para lograr esto deberá ofrecer modos de pensar/actuar alternativos, intentando no tener una postura rígida y tomar el cambio como algo inevitable.

Las técnicas utilizadas en el área de regulación de las emociones fueron 10 fichas que se llevaron a cabo cada una en una sesión diferente en el tratamiento grupal y luego fueron reforzadas en la terapia individual.

En el módulo de regulación de las emociones que se llevó a cabo en diferentes encuentros se trataron temas como los objetivos básicos de la regulación de las emociones, mitos acerca de las emociones, formas de describir las emociones, reducir la vulnerabilidad ante las emociones positivas, pasos para incrementar las emociones positivas, programa de actividades agradables, cambiar las emociones actuando de manera opuesta a la emoción actual.

En cada encuentro individual se retoma lo trabajado en el ámbito grupal. La terapeuta le dio mucha importancia a la identificación de las diferentes emociones que la paciente experimenta a lo largo del día, además es importante que la paciente entienda porque son buenas las emociones y que está bueno experimentar diferentes emociones a lo largo del día. Una de las herramientas más utilizadas por la paciente fue la de programa de actividades para el adulto, donde se ofrece una lista con 176 actividades para hacer. La paciente manifiesta en los encuentros con su terapeuta que darse un largo baño en la bañera, ir al cine, ir a caminar, escuchar música, trabajar, entre otras la hacen sentirse muy bien.

Al terminar cada sesión individual la terapeuta le propone a la paciente que la terminen haciendo mindfulness, para que se retire relajada y que lo repita a lo largo del día. Gempeler (2008) afirma que mindfulness es una técnica que deriva de la meditación budista y busca facilitar en el paciente la conciencia clara del contexto.

5.3 DESCRIBIR LOS CAMBIOS DE LA PACIENTE EN LA TOLERANCIA AL MALESTAR Y EN LA REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES A PARTIR DEL MODELO DE DBT APLICADO A LA PACIENTE.

Según los datos obtenidos los cambios en la paciente fueron muy notables a lo largo del tratamiento, desde la primera entrevista donde se le prestó más atención y se le hizo más hincapié a las áreas de tolerancia al malestar y regulación de las emociones por el riesgo de suicidio que poseía la paciente antes de comenzar el tratamiento, hasta intervenciones de uso cotidiano para que la paciente pueda mejorar su estilo de vida.

En la revisión de la historia clínica se pudo observar que en el último periodo del año 2015 se trataban temas sobre la vida cotidiana y aceptación y se reforzaban las herramientas aprendidas durante los encuentros grupales en DBT ya que la paciente incorporó de manera eficiente el nuevo tratamiento y le sirvió para el resto del tratamiento. Según Linehan (1993) es fundamental la terapia individual para el tratamiento de DBT con personas diagnosticadas con TLP. En este marco individual se trabaja con la formación de habilidades, la exposición y la modificación cognitiva del paciente.

Al principio del tratamiento se pudo observar que la paciente tenía recaídas, que no fue fácil el cambio producido. En dos oportunidades del tratamiento la paciente tuvo una sobreingesta de medicamentos y a lo largo del tratamiento la misma empezó a utilizar las herramientas que le brindaba el grupo de DBT como llamar a la terapeuta en momento de crisis o hacer alguna actividad que le hiciera pensar en otra cosa y no angustiarse como lo hacía antes. Gempeler (2008) destaca que entre sesiones el paciente puede utilizar el contacto telefónico para obtener ayuda tanto en las conductas autolesivas, en la utilización de habilidades y para fortalecer la relación terapéutica.

La terapeuta afirma que la paciente tuvo cambios muy importantes durante los últimos 10 meses. Se puede observar que la paciente no tuvo más intentos de suicidio, no tuvo internaciones en el último periodo. Cambió su trabajo y se estableció como autónoma, esto

significa un gran cambio en ella, ya que la terapeuta hace hincapié en que es muy difícil mantener un trabajo sola, buscando clientes y respetando horarios.

Pudo cortar con relaciones desgastantes, como por ejemplo cortar con su novio y poder estar sola sin estar mal. La relación con su madre no es la mejor pero al menos pudo aceptarla y reconocer qué es lo que le pasa a ella entendiendo que tiene una enfermedad crónica como lo es la esquizofrenia y que no depende de ella no poder establecer una relación firme. Gempeler (2008) afirma que es importante mantener las relaciones interpersonales que le generan bienestar y dejar aquellas que son desgastantes.

Las conductas impulsivas redujeron notablemente, dejó de consumir diferentes drogas, de hacer gastos compulsivos, cuando se siente mal no acude a atracones o sentirse con angustia sino que ahora utiliza diferentes herramientas que le acercó la terapia dialéctica conductual como jugar con el gato, salir a caminar, , hacer ejercicio, etc. La ficha número ocho de regulación de las emociones del manual de Linehan (2003) propone un programa de actividades agradables para el adulto compuesta por 176 actividades, entre ellas se encuentran las antes mencionadas.

En dos ocasiones durante las primeras sesiones la paciente realizó sobreingesta de medicamentos una de clonazepam y otra vez de pastillas para dormir de venta libre. Al entender que es necesario que la paciente llame al terapeuta antes de realizar esta conducta, la paciente no volvió a repetir la sobreingesta y cuando se siente angustiada llama directamente a la terapeuta y realiza mindfulness y logra así mejorar su malestar. Palacios (2006) afirma que tolerar el malestar es un paso importante para poder realizar cambios que permitan reducir el sufrimiento. Por otro lado, Gempeler (2008) menciona que el contacto telefónico es una de las modalidades que conforman la terapia individual. Entre sesiones el paciente puede contactarse de manera telefónica con el terapeuta para obtener apoyo en la utilización de habilidades que están siendo trabajadas en las sesiones, este contacto se realiza siguiendo reglas previamente acordadas entre el terapeuta y el paciente como por ejemplo los horarios de atención.

Con respecto a las emociones comenzó a identificarlas y a regularlas. Está focalizada en vivir el presente y empezó a disfrutar los momentos que antes no podía disfrutar, tiene otra

visión de las cosas. Según Palacios (2006) estas habilidades obtenidas sirven para los momentos difíciles que atraviesan los pacientes con TLP, lo que se intenta es encontrar un significado al sufrimiento.

En el registro diario que posee la paciente se pueden observar todos estos cambios que ocurrieron en los últimos 10 meses. La evolución fue de a poco pero el cambio fue mucho y es ahora donde a la paciente se la puede observar independiente, con un mejor estilo de vida, conectada a la realidad y pudiendo luchar contra el sufrimiento sin bajar los brazos. Esta ficha de control diario es fundamental para el terapeuta individual y para los formadores de habilidades. Según Linehan (2003) es necesario que el paciente lleve el control a todas sus sesiones para poder ver la evolución o estancamiento de la paciente.

Es importante destacar la aplicación de las herramientas aprendidas a lo largo del tratamiento que le fueron útiles para el cambio de la paciente. Las herramientas se le proporcionaron a lo largo de todo el tratamiento grupal y fueron las entrevistas individuales las que reforzaron la adquisición. Si bien la paciente continúa con el tratamiento individual, las sesiones son más espaciadas, esto indica un mejoramiento que el tratamiento le proporcionó a la paciente.

6. CONCLUSIONES.

Partiendo del objetivo general se pudo describir de manera amplia el caso de una paciente con TLP y el tratamiento con la terapia dialéctica conductual. El trabajo se pudo realizar mediante la información obtenida a lo largo de la práctica y habilitación realizada en el centro de psicoterapias y mediante la búsqueda de información tanto en papers, como libros y revistas científicas.

El centro de psicoterapias siempre estuvo predispuesto a brindar la información necesaria y a poder contactarse con la terapeuta a cargo del tratamiento. Se pudo tener acceso a la historia clínica, presenciar los encuentros semanales del equipo de terapeutas con pacientes en tratamiento con DBT y poder tener contacto y entrevistas con la terapeuta.

Tanto al objetivo general como los objetivos específicos se pudieron describir, analizar y sacar conclusiones de manera amplia.

Al realizar una comparación entre la sintomatología de la paciente al llegar al centro de psicoterapias y las propuestas en el marco teórico, se puede afirmar que la paciente está bien diagnosticada con TLP.

Según la información obtenida del marco teórico se pudo describir fácilmente el primer objetivo específico establecido en el trabajo. La paciente cumplía con la mayoría de los criterios planteados por la American Psychiatric Association (2014) y la variedad de patrones observados eran duraderos y dominaban una gran cantidad de situaciones personales y sociales de la paciente. Además su sintomatología estaba muy marcada con intentos de suicidio, conductas impulsivas, malestar y angustia.

El segundo objetivo que plantea las intervenciones del grupo de DBT se describió de manera completa, ya que la autora que plantea el tratamiento, Linehan (2003) propuso diferentes módulos con temas específicos. Cada módulo posee fichas y deberes. Los encuentros grupales de DBT del centro de psicoterapias se basan en este modelo y lo respetan realizando las mismas intervenciones. Es por eso que se pudo desarrollar de manera objetiva el tratamiento de la paciente y las intervenciones realizadas. Si bien todas las pacientes tienen diferentes formas de responder al tratamiento, las intervenciones fueron las mismas para todas las pacientes del centro de psicoterapias en el tratamiento con DBT.

A partir de la información provista por la terapeuta a cargo del caso se pudo describir el último objetivo específico. Los cambios positivos de la paciente a partir de este tratamiento fueron varios. La paciente actualmente tiene un mejor manejo de la sintomatología previamente mencionada. Si bien sigue en tratamiento, formar parte del grupo de DBT una vez por semana y las entrevistas individuales llevaron a que este cambio se realizara de manera positiva. En la actualidad la paciente tiene una alta mejora en su estilo de vida, terminando con relaciones interpersonales que le hacían mal y poder aceptar las situaciones fueron puntos clave del tratamiento.

Las limitaciones del trabajo propuesto, se basaron principalmente en la búsqueda de información sobre la terapia dialéctica conductual, ya que el tratamiento es relativamente nuevo y no hay muchos estudios realizados en castellano, acerca de las intervenciones que plantea Linehan. Si bien se contaba con el manual de los trastornos de personalidad límite de Linehan (2003) fue la única información obtenida para el desarrollo de las intervenciones.

Las limitaciones de la institución no fueron específicamente de la misma, sino el poco tiempo y poco contacto que se tenía con el caso específico ya que en las reuniones de DBT no se hablaba únicamente de la paciente del caso sino que de todas las pacientes. Además el espacio era en un horario muy reducido, una vez por semana. Al margen de esto, la institución siempre brindó la información necesaria pudiendo acceder a la historia clínica y teniendo un contacto ilimitado con la terapeuta del caso.

Una falla que fue más bien personal puede ser la elección del caso de manera demorada en la práctica, es decir se eligió el caso a los dos meses de estar realizándola y además se podría haber pedido participar de algún encuentro del tratamiento de DBT quizás no hubiera sido posible presenciar los encuentros ya que los grupos son reducidos y las pacientes se pueden sentir observadas.

La investigación que se desarrolló y se propuso a lo largo del trabajo con respecto al marco teórico, puede ser de ayuda para el desarrollo de trabajos sobre TLP y DBT. Sería importante desarrollar más el área de DBT por diferentes autores y en diferentes partes del mundo ya que la teoría más importante surge de países desarrollados.

Para finalizar y de manera de aporte personal, resultó muy útil la realización de la práctica profesional y habilitación en el centro de psicoterapias, no solo se pudo estar cerca de la profesión elegida sino también de casos y tratamientos que uno no ve en el ámbito académico. Es una manera de aprender en la práctica observando y opinando, obteniendo correcciones de profesionales importantes y acercarnos a la profesión elegida. El aporte de la práctica se la puede considerar como fundamental para que el alumno se acerque a la realidad profesional.

El aporte obtenido luego de confeccionar el trabajo final integrador fue enriquecedor. Desde la información obtenida acerca del tema y poder incorporar conceptos y tratamientos nuevos hizo que el trabajo sea un aprendizaje. La evolución de los tratamientos propuestos por diferentes enfoques y la lectura de diferentes artículos con información diferente hace que el alumno pueda pensar e incorporar nuevos puntos de vistas. Fue un trabajo largo donde se encontraron trabas que gracias a la ayuda de la profesora y tutora se pudieron superar satisfactoriamente y poder realizar el trabajo final integrador de la carrera de psicología.

7. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Almansa, I. C. (2002). Tratamiento de un caso de trastorno límite de la personalidad en una comunidad terapéutica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 22(81), 99-109.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5a ed.). Washington, DC, EE. UU.
- Apfelbaum, S., & Gagliosi, P. (2004). El trastorno límite de la personalidad: consultantes, familiares y allegados. *Vertex*, 15(58), 295-302.
- Bandura, A. (1925). Teorías de la personalidad. *Versión Electrónica*.
- Beck, A. T., Freeman, A. et ál. (1995). Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad. Barcelona: Paidós.
- Brenlla, M. E., & Despierre, M. B. (2007). Condiciones psicológicas, boletín nº 4. Observatorio de la Deuda Social Argentina. Universidad Católica Argentina
- Cloninger, S. (2002). *Teorías de la personalidad*. Pearson Educación.
- Elices, M., & Cordero, S. (2011). La Terapia Dialéctico Conductual para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(03), 132-152.
- Espinosa, J. J., Blum Grynberg, B., & Romero Mendoza, M. P. (2009). Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud mental*, 32(4), 317-325.
- Fernández, B. A. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Psicología conductual*, 4(1), 123-140.
- Freud, S. (1993). El yo y el ello. Obras Completas. Biblioteca Nueva. Madrid España.

- García López, M. T., Martín Pérez, M. F., & Otín Llop, R. (2010). Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 30(106), 263-278.
- Gempeler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37(1), 136-148.
- Koons, C. R. (2008). Dialectical behavior therapy. *Social Work in Mental Health*, 6(1-2), 109-132
- Linares, J. L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica Personality and personality disorders from a systemic approach. *Clínica y Salud*, 18(3), 381.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder* Nueva York. Guilford.
- Linehan, M. (1998). An illustration of dialectical behavior therapy. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 4(2), 21-44.
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Paidós.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T., Jr. (1999) A five- factor theory of personality. En L. Pervin & O. P. John (Eds). *Handbook of personality*. (2nd. Ed., pp. 139 - 156). New York: Guilford Press.
- Palacios, A. G. (2006). La terapia dialéctico comportamental. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 255-272.
- Peláez Álvarez, J. C. (2013). Presentación del monográfico: abordajes terapéuticos en los trastornos de personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 1-2.
- Pervin, L., John, O. (1998). *Personalidad: Teoría e investigación*. México: Manual

- Rodríguez, A., Goñi, A., & de Azúa, S. R. (2006). Autoconcepto físico y estilos de vida en la adolescencia [Physical self-concept and lifestyles in adolescence]. *Intervención psicosocial*, 15(1), 81-94.
- Sánchez Hernández, A. J. (2013). Relación entre criterios de normalidad de la personalidad, trastornos neuróticos y valores ético-morales. *Humanidades Médicas*, 13(1), 5-21.
- Suárez, J. S. (2008). Terapia conductualdialéctica para pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 149-163.
- Torres, T. E. (2007). Trastorno límite de personalidad. *Cuadernos de Neuropsicología*, 1(3), 174-371.
- World Health Organization. (1992). CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid. Meditor.
- Yust, C. C., & Pérez-Díaz, Á. G. L. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 97-114.