

UNIVERSIDAD DE PALERMO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN

*Nuevas habilidades específicas para personas con comorbilidad TLP – TCS
de la Terapia Dialéctica Conductual*

Autor: Benmaor, María Carolina

Tutora: Nora Gelassen

Fecha: 14 de diciembre del 2016

Índice

1. Introducción	3
2. Objetivos	3
2.1. Objetivo general	3
2.2. Objetivos específicos.....	4
3. Marco teórico	4
3.1. Trastorno Límite de Personalidad	4
3.1.1. Características generales	4
3.1.2. Prevalencia	8
3.1.3. Etiología	9
3.2. Terapia Dialectico Comportamental	11
3.2.1. Características generales	11
3.2.2. Modalidades	13
3.2.3. Habilidades nuevas para trastorno dual.....	14
3.3. Trastorno por Consumo de Sustancias	18
3.3.1. Características generales	18
3.3.2. Prevalencia	20
3.3.3. Etiología	22
3.3.4. Comorbilidad TLP- TCS	22
4. Metodología	24
4.1. Tipo de estudio	24
4.2. Participantes	24
4.3. Instrumentos	25
4.4. Procedimiento	25
5. Desarrollo	26
6. Conclusiones	42
7. Referencias	47
8. Anexos	53

1. Introducción

El siguiente trabajo se enmarca dentro de la realización de la materia: Práctica y Habilitación Profesional V de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo. La misma consistió en una pasantía en una institución asistencial y la entrega de un plan de trabajo final que integre conceptos adquiridos en la carrera junto con la práctica en la institución elegida

La práctica mencionada se realizó en una institución dedicada a la formación, asistencia, prevención e investigación en el campo de la salud mental, tomando en cuenta principalmente las escuelas cognitivas, conductuales, sistémicas, gúestálticas y los aportes de la psicología positiva y mindfulness. La misma implementa programas de tercera generación, especialmente terapia dialéctico comportamental (*dialectical behavior therapy* o DBT), la cual fue desarrollada por Marsha Linehan específicamente para el tratamiento de personas con trastorno límite de personalidad (TLP).

La práctica implicó el cumplimiento de 280 horas en las cuales se asistió a formaciones en DBT, terapia cognitiva y mindfulness, a supervisiones en el equipo DBT y el equipo clínico de la institución, y al taller de entrenamiento en habilidades. De la asistencia al taller surgió la temática de analizar un nuevo grupo de habilidades diseñadas específicamente para complementar el entrenamiento en pacientes con trastorno por consumo de sustancias (TCS) y comorbilidad con trastorno límite de la personalidad.

1 Objetivos

1.1. Objetivo General

Describir el surgimiento, entrenamiento y el uso en la vida cotidiana del nuevo grupo de habilidades específicas para el tratamiento de pacientes con comorbilidad trastorno límite de personalidad - trastorno por consumo de sustancias desde la visión de la institución asistencial.

1.2. Objetivos específicos

- 1) Describir los déficits de la DBT en pacientes con comorbilidad TLP – TCS que encontró la institución y el surgimiento de nuevas habilidades específicas para su tratamiento.
- 2) Describir el entrenamiento en habilidades para TLP - TCS en el Taller de Habilidades.
- 3) Describir el uso de las habilidades para TLP - TCS en la vida cotidiana de un paciente.

2. Marco Teórico

2.1. Trastorno límite de personalidad

2.1.1. Características generales

El trastorno límite de personalidad (TLP o *borderline personality disorder*) es actualmente ubicado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales – Quinta Edición (DSM-5) como parte del grupo B de los trastornos de personalidad (American Psychiatric Association, 2013).

La importancia de la definición y clasificación del trastorno se debe a que a partir del diagnóstico se puede pensar en el mejor tratamiento para el paciente (Oldham, 2004). Como explica Gunderson (2009) el origen del término *borderline* (límite o limítrofe) se dio en una época en la cual la especificidad de los diagnósticos era menor y en la que el psicoanálisis era el paradigma más influyente sobre la psiquiatría. En esta época la clasificación de los trastornos estaba fuertemente relacionada con la capacidad de un paciente de ser analizado, y por lo tanto tratable, por lo que en este contexto, los pacientes con neurosis se consideraban tratables y los pacientes con psicosis, no tratables. A partir de esto, el término *borderline* se comenzó a utilizar para referir a un tipo de enfermedad que se encontraba entre la psicosis y la neurosis, ubicándola dentro del espectro de la esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos.

Se había comenzado a usar este vocablo desde el año 1930, pero se consolidó al ser incluido en la tercera edición del Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA). Es también en esta edición en la que se desarrollaron criterios diagnósticos para trastornos de personalidad y fue entonces cuando el TLP comenzó a diferenciarse del esquizotípico (Oldham, 2004). Gunderson, Weinberg, y Choin-Kain (2013) describen cómo a través de los años fueron sumándose aportes de distintas psicoterapias para definir los criterios diagnósticos del TLP, sin embargo, fueron realizados pocos cambios desde su inclusión al DSM III en 1980 hasta el actual DSM-5.

Según el DSM-5 (APA, 2013) el TLP se define como un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los

afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes: (1) esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado; (2) patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre devaluación e idealización; (3) alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable; (4) impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo; (5) comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación (son considerados a parte de los demás ítems); (6) inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo; (7) sentimientos crónicos de vacío (8) ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla; (9) ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

A fines de la década de 1970 la DBT, desarrollada por Linehan, constituye sus orígenes, a partir de una fuerte base en la terapia cognitivo conductual (TCC) (Linehan, 1993). La misma fue diseñada específicamente para individuos con criterios diagnósticos de TLP planteando como objetivos principales la reducción de las conductas que atenten contra la vida, contra terapia y contra la calidad de vida (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991). La DBT constituyó un gran avance en el tratamiento del trastorno borderline, siendo necesaria menos cantidad de medicación e internaciones por paciente (Gunderson, 2009).

En la actualidad este programa de tratamiento acumula una evidencia creciente de su utilidad en pacientes complejos, con diversos trastornos, problemas y contextos. La DBT ha sido validada como el tratamiento con mayor eficacia probada para el TLP hasta el momento. Los resultados de su aplicación han sido corroborados por estudios que registraron una reducción significativa de la frecuencia y el riesgo médico de las conductas suicidas y parasuicidas, mayor adhesión al tratamiento, menos días de internación, y mejoras en la ideación, depresión, razones para vivir y desesperanza (Linehan et al., 1991).

Linehan (1993) explica cómo a través de los años se intentó organizar el patrón sintomatológico del TLP en áreas de psicopatología, reorganizándose hasta llegar al modelo actual de cinco categorías que es utilizado por la DBT.

La primera categoría refiere a la desregulación emocional que presentan los pacientes (Linehan, 1993). Como explican Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, y Bohus (2004) los pacientes se pueden distinguir de otros trastornos de personalidad por el grado general de su dolor emocional. Estos sujetos presentan una amplia gama de emociones intensas como rabia, dolor, vergüenza, pánico, terror y sentimientos crónicos de vacío y soledad. Por otro lado, también presentan una gran reactividad del estado de ánimo, por lo que alternan rápidamente de un estado a otro, experimentando períodos de euforia o eutimia en un mismo día.

La segunda categoría está relacionada con la dificultad con la cual estos sujetos mantienen relaciones interpersonales (Linehan, 1993). Los pacientes con TLP presentan por un lado un profundo miedo al abandono que manifiestan con impetuosos esfuerzos para evitar que lo dejen solo. Por otro lado tienen una tendencia a mantener relaciones cercanas de mucha intensidad, con peleas frecuentes y estrategias desadaptativas, según explican Lieb et al. (2004).

Linehan (1993) menciona como tercera categoría un patrón de desregulación conductual manifestado en comportamientos problemáticos que pueden agruparse en dos estilos de conductas característicos del trastorno. Por un lado están las autodestructivas, como las de tipo para-suicidas, es decir, conductas voluntarias de autolesión sin intención de suicidio. Este tipo de comportamientos si bien puede aparentar poco adaptativo, es una de las estrategias de regulación emocional más eficiente a la que recurren los pacientes. Del mismo modo, las conductas suicidas también pertenecen a este grupo, y son efectivas en el sentido de que puede evitar tratar situaciones que generen mucho dolor emocional. Por otro lado, dentro del segundo estilo de comportamientos pueden agruparse las formas de conducta más generales de impulsividad como los desórdenes alimenticios o el abuso de sustancias (Lieb et al., 2004; Linehan, 2003).

La cuarta categoría según Linehan (1993) es la desregulación cognitiva, por lo que las personas presentan formas de disociación y alucinaciones reactivas a situaciones de estrés. Pueden definirse tres niveles de desregulaciones cognitivas: el primero refiere a preocupaciones no psicóticas, como la idea de ser bueno o malo, o experiencias de disociación en términos de despersonalización y desrealización sin llegar a adquirir carácter de delirio. En segundo lugar se ubican los síntomas casi psicóticos, como alucinaciones transitorias basadas en parte en la realidad. Finalmente, en el tercer nivel se encuentran los delirios y las alucinaciones psicóticas, las cuáles se pueden hallar contextualizadas en un episodio depresivo (Lieb et al., 2004).

Finalmente, en la quinta categoría se encuentran los síntomas relacionados con la alteración del sentido del yo, su manifestación más común es lo que los pacientes identifican como una sensación de vacío y una ausencia del sentido del yo, es decir el no saber quién es uno mismo (Linehan, 1993).

En relación a lo anterior Oldham (2004) se refiere a los pacientes TLP como carentes de una “piel emocional” dado que desarrollan signos y síntomas como falta de confianza, impulsividad, comportamientos de autolesión, uso de sustancias, hipersensibilidad y miedo al rechazo y la crítica de los demás. Es el conjunto de estas dificultades las que obstaculizan el desarrollo de relaciones duraderas y de un desempeño exitoso en la escuela, el trabajo o inclusive en la familia. Como resultado del fracaso en estas áreas se acentúan así los sentimientos de rechazo, deviniendo en un humor depresivo e impulsos autodestructivos o suicidas.

3.1.2 Prevalencia

A través de estudios en poblaciones clínicas el TLP ha demostrado ser el trastorno de la personalidad más frecuente, dado que su prevalencia oscila entre 30 y el 60% de los pacientes con trastorno de la personalidad, y entre el 1 y el 2% de la población general. La presencia de trastorno es de aproximadamente un 10% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios, y un 20% de los pacientes hospitalizados. En cuanto a la distribución por sexos, es más frecuente en mujeres

que en hombres con una relación estimada de 3 a 1 (Fórum de Salud Mental, & AIAQS, 2011; Gunderson et al., 2013; Lequesne, & Hersh, 2004; Lieb et al., 2004). Existen pocos estudios sobre la prevalencia concreta del trastorno límite en personas jóvenes, su incidencia en menores de 18 años oscila entre el 0,9% y 3% de la población comunitaria, la mayoría de los pacientes se los diagnostica en edades entre los 19 y los 34 años (Fórum de Salud Mental, & AIAQS, 2011; Lieb et al., 2004). Un 10% de individuos con este trastorno se suicidan, lo cual corresponde a un 50% más en relación a otros trastornos psiquiátricos.

Los pacientes borderline requieren de una mayor cantidad de recursos asistenciales (como internaciones de emergencia y constante disponibilidad) debido a su complejidad y alta coexistencia con otras patologías. En relación a la comorbilidad con otros tipos de trastornos de personalidad la mayor prevalencia se presenta con los de tipo evitativo (43-47%), dependientes (16-51%), paranoide (14-30%) y obsesivo-compulsivo (16-25%). Otros de los trastornos con mayor comorbilidad con TLP son el trastorno depresivo mayor (41-83%), depresivo persistente o distimia (12-39%), trastorno bipolar (10-20%), estrés postraumático (46-56%), fobia social (23-47 %), trastorno de pánico (31-48%), uso de sustancias (64-66%) y trastornos alimentarios (29-53%) (Lieb et al., 2004).

Torgersen et al. (2000) realizaron un estudio en gemelos que sugiere que los rasgos asociados a la agresión impulsiva y la desregulación del estado de ánimo característico del borderline sean hereditarios en un 69%. Lo que se trata de remarcar es que este resultado no está relacionado directamente con el TLP sino a una tendencia genética a los trastornos de personalidad en general. También se ha hallado una alta incidencia de personas con TLP en contextos familiares con abusos físicos, sexuales y emocionales (Johnson, Cohen, Brown, Smailes, & Bernstein, 1999). Zanarini et al. (2000) publicaron un estudio donde se registró que el 84% de los pacientes con diagnóstico de TLP han tenido experiencias de malos tratos, negación emocional de sus experiencias y negligencia por parte de sus progenitores o cuidadores. Asimismo fue estudiado que aproximadamente el 81% de los pacientes borderline han experimentado

abuso sexual y/o físico en su infancia según explican Bradley, Jenei, y Westen (2005).

3.1.3. Etiología

Como explica Lieb (2004) el TLP es complejo dado que tiene muchos componentes como la herencia genética y las experiencias adversas o traumáticas en la infancia. Estos factores interactúan entre sí de distintas maneras y pueden propiciar el origen de la desregulación emocional, la impulsividad y, en consecuencia, los comportamientos disfuncionales, los conflictos y déficits psicosociales.

En una investigación que trató las características relacionadas a la personalidad borderline en niños de 12 años se determinó un rango de factores hereditarios que fueron reportados tanto por menores con TLP como por adultos con el mismo diagnóstico, en estudios retrospectivos. Algunos de los mencionados fueron desregulación emocional y capacidades empobrecidas de la cognición y la conducta (Belsky et al., 2012).

Muchos pacientes con TLP reportaron que en retrospectiva experimentaron distintos tipos de eventos desagradables como negligencia, o malos tratos pero uno de los indicadores más frecuentes es el abuso sexual. Bradley et al. (2005) explican que si bien el abuso sexual se toma como uno de los componentes más importantes para el diagnóstico, este no es un determinante para la aparición del trastorno. Los autores aclaran que el abuso no es ni un factor indispensable, ni suficiente en sí mismo para el desarrollo del TLP, sino que confluye con el ambiente familiar en el que se desenvuelve la persona, la herencia genética y demás factores que hacen a la complejidad del mismo.

Torgersen et al. (2000) confirmaron mediante su estudio en gemelos la fuerte influencia genética que presentan la mayoría de los trastornos de personalidad. En relación al TLP mencionan que en el pasado sólo se había confirmado la influencia del entorno familiar en el origen del trastorno, pero que en su investigación habían encontrado una importante evidencia de su heredabilidad. La base sobre la que se desarrolla el trastorno puede ser, entonces, una

combinación entre un factor heredado, una fuerte tendencia a la agresividad y una deficiencia congénita en la capacidad de tolerar la ansiedad (Kernberg, 1987)

La DBT explica la formación del TLP en base a la teoría biosocial del funcionamiento de la personalidad. Según ésta, el trastorno borderline configura su base en la desregulación emocional, concepto que se entiende como el resultado de la vulnerabilidad emocional y la inhabilidad para regular las emociones. Por una parte, la primera se define por la alta sensibilidad, la respuesta intensa y el lento retorno a la calma luego de haber recibido un estímulo emocional. Por otro lado, la inhabilidad para regular las emociones consiste en un déficit de las capacidades para inhibir conductas inapropiadas, coordinar en uno mismo las acciones adecuadas para alcanzar un objetivo y calmar e identificar cualquier actividad fisiológica inducida por una emoción intensa. Entre ambas conforman la desregulación emocional que, a su vez, interacciona a través del tiempo con factores biológicos y ambientales que constituyen a la persona (Linehan, 2003).

Linehan (1993; 2003) explica cómo los ambientes invalidantes en la niñez contribuyen al desarrollo de la desregulación emocional. Por un lado una familia óptima valida la expresión de pensamientos, creencias y emociones del niño y responde con seriedad a las mismas, tomándolas en consideración. Una respuesta parental de este tipo ayuda a las personas a discriminar entre sus emociones y las de los demás desde muy pequeños, promoviendo así, una comunicación exitosa en el futuro. Por otra parte, un entorno familiar invalidante puede minimizar la importancia de la expresión de emociones, simplificar la resolución de problemas y dificultar a la persona en el desarrollo de su capacidad para identificar y diferenciar las emociones propias y de los demás. Asimismo, como se ha mencionado anteriormente, esta clase de entornos también presentan una tendencia a ser sede de experiencias emocionales negativas, de abuso o negligencia en donde puede generarse un trauma.

Según Linehan (1993) los sujetos con TLP, una vez adultos, ya adoptaron las características del ambiente invalidante en el que crecieron, por lo que tienden a invalidar sus propias experiencias y a subestimar la capacidad para resolver

problemas. Este conjunto de características deriva en el planteo de objetivos inalcanzables y un mayor uso de castigos que de recompensas en los pasos que los acerquen a sus metas. La acción de la vergüenza (una respuesta característica a emociones negativas e incontrolables en los TLP) es un resultado natural de un ambiente social que avergüenza a aquellos que expresan vulnerabilidad emocional.

Como fue mencionado anteriormente, se han encontrado características de distintos tipos que pueden relacionarse con el origen y desarrollo del trastorno límite de personalidad. Algunas de las identificadas son, por ejemplo, la presencia de antecedentes de trastornos del estado de ánimo y/o de consumo de sustancias en familiares, cuidados negligentes faltos de validación emocional, traumas por abuso sexual o físico a temprana edad, entre otros. Acorde a esto, lo que tratan de remarcar varios autores es que ninguna de las características halladas son suficientes para que una persona sufra de TLP, sino que son predisponentes, es decir que las mismas se complementan con los demás factores que constituyen la complejidad del trastorno (Johnson et al., 2002; Zanarini et al., 2009).

2.2. Terapia Dialéctico Comportamental

3.2.1 Características generales

La DBT desarrollada por Linehan (1993) constituye sus orígenes a fines de la década de 1970, habiendo surgido de la terapia cognitivo conductual, y fue creada originalmente para tratar pacientes con marcada tendencia suicida. Actualmente este modelo ha sido modificado para tratar personas con TLP de manera comprensiva a su complejidad y múltiples variables. Desde entonces ha podido adaptarse a los demás trastornos que mantienen comorbilidad con el borderline como el uso de sustancias, desórdenes alimenticios y depresión, entre otras (Dimeff & Linehan, 2001).

Varios estudios apoyan la eficacia de la DBT en pacientes con TLP, produciendo una disminución de conductas de autolesión e internaciones, y colaborando a desarrollar mayor tolerancia al malestar y habilidades para

enfrentar situaciones de estrés (Koons et al., 2001; Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991; Neacsiu, Rizvi, & Linehan, 2010; Verheul et al., 2003).

Linehan (1993) explica que la característica más importante de su terapia es el énfasis en la dialéctica, la cual describe como una constante integración entre dos polos opuestos. Para esta integración se utilizan estrategias de aceptación y cambio, que a su vez se presentan como contrapuestos que deben ser equilibrados tanto por el paciente como por el terapeuta. Esta idea de un trabajo en el mantenimiento del balance surge de la influencia de prácticas orientales y de la psicología occidental en la creación de la DBT.

La terapia considera que las autolesiones, el uso de drogas, los intentos de suicidio, etc. son, de algún modo, la mejor manera que el paciente ha conseguido para aplacar su malestar. Ante dichas conductas, el terapeuta debe validar las emociones y pensamientos que influyeron a la persona a cometerlas, y a la vez, orientar al cambio de las mismas mediante la dialéctica. El proceso de eliminación o cambio de las conductas problemáticas es uno de los objetivos principales del proceso de tratamiento (Linehan, 1993).

Como explican Koerner, y Linehan (2000) la DBT consta de cuatro etapas con sus respectivos objetivos. La primera se encarga de identificar y tratar conductas específicas del paciente en un orden de importancia: en principio se intenta disminuir o detener (1) las conductas que atenten contra la vida de la persona, (2) las conductas que atenten contra el tratamiento, ya sean estas por parte del paciente como por parte del terapeuta, (3) las que atentan contra la calidad de vida, y finalmente se intenta (4) definir los déficits conductuales en función de aumentar las habilidades correspondientes. La mencionada jerarquía de objetivos organiza la sesión y la terapia en general a lo largo del tiempo.

Una vez alcanzado un grado de autocontrol conductual se pasa a la segunda etapa, en la que se tratan otras metas importantes como el tratamiento del estrés post traumático y de experiencias invalidantes. En la tercera etapa se trabaja el desarrollo del auto-respeto, la capacidad de resolución de problemas y la consecución de logros personales del paciente. Finalmente, en la cuarta etapa se trata la capacidad de experimentar felicidad y placer (Koerner & Linehan, 2000).

3.2.2 Modalidades

Como explica Linehan (1993), la DBT, al tratar un trastorno de gran complejidad, se compone por cuatro diferentes modalidades. A continuación se procederá a explicar las mismas.

La primer modalidad, según Linehan (1993), está constituida por las supervisiones de caso, las cuales cumplen una función de soporte y acompañamiento del terapeuta. Un grupo conformado por sus propios pares puede, a través de observaciones sobre el caso, ayudar al profesional en lo que requiera. El objetivo de la misma es, por un lado, brindar los aportes posibles al desempeño de un colega en cuanto al proceder terapéutico. Por otro lado, también apunta a funcionar como una terapia para el terapeuta, para aliviar la presión y la carga emocional que pueden implicar pacientes tan complejos. Esta modalidad está orientada específicamente para el apoyo al terapeuta y, si bien los pacientes no se ven involucrados en persona, están al tanto de la existencia del proceso.

La terapia individual es la segunda instancia e implica que un terapeuta se hace responsable del tratamiento de un paciente y establecerá la cantidad de sesiones por semana que se consideren necesarias en relación al caso. Al comienzo del proceso la frecuencia puede ser de una a dos veces por semana y de entre 60 a 90 minutos de duración, esto depende tanto del paciente y el terapeuta como de los temas y objetivos que se estén trabajando. La terapia busca aumentar la motivación de los clientes en el proceso y enfocar las habilidades en los problemas más significativos para paciente. Durante la sesión se busca hacer énfasis en la práctica de las habilidades adecuadas para cada conducta que se identifique como problemática, es decir, las ideas suicidas, las autolesiones, el consumo de sustancias, etc. Durante los encuentros el terapeuta puede recurrir a estrategias comunes de la DBT como las estrategias dialécticas, de validación, resolución de problemas, de comunicación irreverente, entre otras (Linehan, 1993).

Linehan (1993) incluye, como tercera modalidad, las llamadas telefónicas con el fin de ayudar al paciente a incorporar las habilidades y generalizarlas en

situaciones del día a día. En particular, al principio del tratamiento los pacientes pueden utilizar este recurso para recibir una guía de su terapeuta en momentos de crisis. Las llamadas telefónicas no solo brindan un acompañamiento a la persona durante el tratamiento sino que además fortalece el vínculo con el terapeuta.

Finalmente, la última modalidad es el taller de entrenamiento en habilidades el cual consiste en una terapia grupal con un formato psicoeducativo, de frecuencia semanal de 2 horas y media aproximadamente. El mismo es un requisito de al menos el primer año de terapia, o el tiempo suficiente para que el paciente llegue a ver todos los temas. Las habilidades que se enseñan se dividen en cuatro módulos: (1) las habilidades de conciencia plena (mindfulness) son prácticas orientadas a mantener una completa presencia en el aquí y ahora; (2) las habilidades interpersonales, en las que se estudia el cómo pedir y negar algo de forma efectiva, manteniendo el auto-respeto y buenas relaciones con los demás; (3) las habilidades de regulación emocional, donde se trabaja para cambiar las emociones que no son efectivas; y finalmente (4) las habilidades de tolerancia al malestar, en las que se enseña cómo tolerar el dolor de una situación estresante sin modificar la emoción (Linehan, 1993).

Estudios como el de Neacsiu et al. (2010) han comprobado recientemente que el entrenamiento en habilidades aplicado solo, ha demostrado ser una intervención eficaz para una amplia variedad de sujetos en poblaciones clínicas y no clínicas.

3.2.3. Habilidades nuevas para trastorno dual

Una investigación de Linehan et al. (1999) en pacientes con diagnóstico dual TLP-TCS comparó los resultados del tratamiento DBT con una terapia regular. En el estudio se pudo observar una reducción significativa de la conducta y la frecuencia del uso de sustancia, una mayor adhesión al tratamiento y una mejora global de los pacientes en el ajuste a la realidad, en su grupo de pares y emocionalmente. Años después Dimeff, y Linehan (2008) escribieron acerca de una nueva versión de la terapia adaptada especialmente para las necesidades de la gran cantidad de pacientes con diagnóstico dual. Esta nueva versión, la cual a

veces aparece como DBT-S (*dialectical behavior therapy for substance abusers*), mantiene lo esencial de la terapia original pero adaptado en función a la población mencionada y, a través de varios estudios, ha sido demostrada su eficacia para disminuir el consumo de sustancias en pacientes con diagnóstico dual y características demográficas homogéneas. El tratamiento también puede ser útil para pacientes que tienen otros trastornos graves con comorbilidad con TCS o que no han respondido a otras terapias basadas en evidencia (Dimeff & Linehan, 2008).

Como explican Dimeff, y Linehan (2008) la DBT-S incorpora nuevos conceptos y modalidades diseñadas para promover la abstinencia y reducir la duración y el impacto adverso de las recaídas. Esta nueva adaptación contempla la abstinencia desde el enfoque dialéctico, es decir, desde la perspectiva de balance entre aceptación y cambio que caracteriza la terapia DBT tradicional. El proceso que busca alcanzar la terapia puede ilustrarse con lo que Prochaska, y Diclemente (1982) establecieron, en su modelo transteórico de cambio, como un proceso de recuperación con un patrón en espiral en vez de uno lineal, debido a que la mayoría de los sujetos han de incorporar nuevas estrategias y conocimientos a partir de lo experimentado en las recaídas, con los cuales pueden vuelven a empezar el recorrido.

Por un lado, como estrategia de cambio, el terapeuta le pide al paciente aceptar el compromiso de abandonar el consumo de sustancias de inmediato pero dentro de un periodo de abstinencia que sienta que puede enfrentar. Otra estrategia clave en este primer momento es la enseñanza de habilidades de *anticipación*, en las que el paciente aprende a detectar situaciones o eventos que puedan poner en riesgo la abstinencia y a preparar posibles respuestas para las mismas (Dimeff & Linehan, 2008).

Por otra parte, ante la eventualidad de una recaída, el terapeuta habrá de actuar rápidamente utilizando estrategias de aceptación. La DBT-S trabaja con las recaídas como un problema a resolver, en lugar de como una evidencia de inadecuación del paciente o del fracaso del tratamiento. Una estrategia utilizada ante estas situaciones es la de *fallar bien*, en la que se guía al paciente a través

de un detallado análisis de los acontecimientos y comportamientos que condujeron al consumo, de esta manera, la información recabada puede ser utilizada por el paciente para prevenir o recuperarse de una recaída en el futuro. Asimismo, esta estrategia de aceptación también permite aplacar el llamado *efecto violador de la abstinencia*, mitigando las intensas emociones y pensamientos negativos que muchos pacientes se sienten después de un lapso y que pueden obstaculizar el restablecimiento de la abstinencia (Marlatt & Donovan como se citó en Dimeff & Linehan, 2008).

Como mencionan Dimeff, y Linehan (2008) una de las dificultades de los pacientes con trastorno TCS es la adhesión al tratamiento, las autoras denominan este estilo de compromiso episódico como de tipo *mariposa*. Para enfrentar esta situación, el terapeuta, propone establecer un plan anticipando la posibilidad de perder contacto con el paciente durante el curso del tratamiento. Para el mismo, el paciente debe realizar una lista de lugares donde es probable que esté, y una lista de apoyo de familiares y amigos que puedan ayudar al terapeuta y al paciente en ese momento. Otras estrategias incluyen aumentar el contacto con el paciente durante los primeros meses de tratamiento, acercar la terapia al paciente (por ejemplo en el hogar, un parque o un restaurante) y acortando o alargando las sesiones.

La nueva ficha de habilidades se encuentra dentro del módulo denominado Tolerancia al Malestar en el que se enseña estrategias de supervivencia ante crisis. Linehan (1991) define una crisis como un evento con una gran cantidad de estrés emocional, a corto plazo, que presenta una sensación de urgencia por su resolución. La autora plantea que para la supervivencia de una crisis deben ser consideradas dos reglas: en primer lugar el paciente debe resolver la situación generadora de estrés en el momento en caso de ser posible; en segundo lugar, de no ser posible resolver la situación en el mismo instante, se debe sobrevivir a la crisis. Las habilidades de supervivencia ante crisis se dividen en habilidades de distracción y habilidades para relajar con los cinco sentidos, es aquí donde Linehan (2015) incorpora la nueva ficha denominada Cuando la crisis es una

adicción, que incluye cuatro habilidades específicas para el tratamiento del trastorno dual, desarrolladas a continuación.

La primera es *Abstinencia Dialéctica*, la misma busca el equilibrio entre los pensamientos y comportamientos dicotómicos de la persona. En un extremo se ubica la *abstinencia*, y en el otro el *control de daños*, el objetivo de esta habilidad es no involucrarse en conductas adictivas nuevamente, pero de haber un desliz, tomar consciencia y volver a la abstinencia lo antes posible (Linehan, 2015).

La segunda habilidad se compone de *Mente Clara* y *Refuerzo de la Comunidad*. Se busca que el paciente esté en mente clara, es decir, en el intermedio entre la *mente limpia* y la *mente adicta*. Estar en mente clara implica estar abstinentes y disfrutar de estar limpio mientras que a la vez se recuerda la mente adicta aceptando que la recaída es una posibilidad y preparándose para tratar las tentaciones. Por otra parte, el refuerzo de la comunidad implica reemplazar los reforzadores de la adicción por los de la abstinencia, y probar identificar los beneficios que surgen del día a día en la misma (Linehan, 2015).

La tercer habilidad es *Quemando tus Puentes*, esta implica por un lado cortar las opciones de todo comportamiento adictivo y por otro, la creación de imágenes visuales y olores que compitan con la eventualidad de los impulsos de necesidad de consumir (Linehan, 2015).

La última habilidad se compone de la *Rebelión Alternativa* y la *Negación Adaptativa*. La primera, es una lista de sugerencias de actividades que sustituyen a la conducta destructiva, conservando la sensación de rebelión y manteniendo a la persona en el camino hacia sus metas. Finalmente la negación adaptativa, implica que la persona se convenza a si misma de no querer consumir o de querer otra cosa o incluso postergar la conducta, en función de superar el momento de activación intensa (Linehan, 2015).

2.3. Trastorno por consumo de sustancias

3.3.1 Características generales

El trastorno por consumo de sustancias (TCS) se encuentra actualmente ubicado en el DSM-5 dentro de la clasificación de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos (APA, 2013).

Regier, Khul, y Kupfer (2013) explican que en la realización de la quinta edición del DSM se unieron las previamente utilizadas categorías de abuso y dependencia de sustancias para formar el concepto actual. La denominación trastorno por consumo de sustancias, se ha impuesto por la APA como la terminología oficial debido a que se toma como una expresión más neutra para describir el amplio abanico del trastorno en contraposición con la anteriormente utilizada clasificación de adicción que mantenía una definición poco clara y una posible connotación negativa. Esta modificación hacia un diagnóstico único pretende definir mejor los síntomas que experimenta el paciente. El diagnóstico de dependencia utilizado anteriormente era confuso y falsamente asociado con adicciones, cuando en realidad la dependencia puede ser una respuesta normal del cuerpo hacia una sustancia (APA, 2013).

Como mencionan Agrawal, Heath, y Lynskey (2011) las modificaciones hechas en la realización del DSM-5 permitieron descartar gran cantidad de sujetos que clasificaban para abuso o dependencia de sustancias en el DSM-IV solo por contar con el consumo riesgoso. Asimismo fueron integradas todas las personas que permanecían huérfanos de diagnóstico, se eliminaron los problemas legales, se agregó el juego patológico como un trastorno de conducta adictiva y se incluyó el concepto de *craving* como un súbito impulso de utilizar la sustancia.

El DSM-5 divide su capítulo "Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos" según 10 clases de drogas distintas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas). El capítulo refleja aspectos más importantes de cada sustancia y dentro de estas clasificaciones se pueden encontrar dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias. Dentro de lo que refiere a trastornos inducidos por sustancias o medicamentos se encuentra la intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales como trastornos psicóticos, bipolar,

obsesivo-compulsivo, del sueño, entre otros. En cuanto a los trastornos por consumo de sustancia, se estableció como lineamiento general el requisito de presentar dos o más de los siguientes criterios para su diagnóstico: (1) uso peligroso; (2) problemas interpersonales relacionados con el consumo; (3) incumplimiento de los principales roles por su consumo; (4) síndrome de abstinencia; (5) tolerancia; (6) uso de mayor cantidad/más tiempo; (7) intentos repetidos de dejarlo/controlar el consumo; (8) utilizar mucho más tiempo del que se planeaba en actividades; (9) problemas físicos/psicológicos relacionados con el consumo; (10) abandono otras actividades debido al consumo; (11) cravings. Sin embargo la cantidad de ítems necesarios varía en relación a las 10 clases de sustancias mencionadas anteriormente, permitiendo clasificar el diagnóstico dentro de un continuum por gravedad que se extiende entre bajo (2-3), moderado (4-5) o severo (6 o más) grave (Ejemplo: Trastorno por consumo de alcohol de gravedad moderada) (APA, 2013). Entre los criterios anteriormente mencionados se considera necesario profundizar en la definición de los conceptos de abstinencia y tolerancia, siendo la primera un síndrome característico generado al disminuir o suspender el consumo de una sustancia. Mientras que, por otro lado, la tolerancia refiere a que el efecto de una misma cantidad de sustancia disminuye con su consumo mantenido, lo cual genera necesidades crecientes de dicha sustancia para conseguir el efecto deseado (APA, 2013).

Es de importancia mencionar que una de las terapias de mayor reconocimiento a escala mundial es la del programa de 12 pasos creado por grupo Alcohólicos Anónimos (1953), a partir del cual se inspiraron otros grupos para superar adicciones. El mismo establece una serie de ítems a realizar para alcanzar la sobriedad, terapias grupales y manteniendo el eslogan de “un día a la vez” haciendo referencia a mantener la abstinencia por el período de 24 horas

3.3.2. Prevalencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) estimó que la prevalencia mundial de trastornos por consumo de drogas en adultos es del 16% y la de trastornos por consumo de alcohol en adultos es del 3% aproximadamente. Acorde a Degenhardt et al. (2008) una de las dificultades para hablar de la

prevalencia de los trastornos por consumo de sustancia es que el uso de las drogas no tiene una distribución homogénea globalmente. La OMS ha demostrado que la prevalencia de alcohol, nicotina y drogas ilícitas presentan diferencias significativas entre los países. Incluso en los países de ingresos o región geográfica similares se han visto estas diferencias, a menudo grandes, que pueden ser atribuidas, entre otras cosas, a la variación de la accesibilidad de las sustancias, las políticas de prevención o represión y la cultura (Swendsen & Le Moal, 2011).

Uno de los países con niveles más altos de consumo de sustancias es Estados Unidos, mientras que tasas mucho menores han sido observadas en países de bajos ingresos en África, medio oriente, e inclusive aún más bajos en ciertas regiones de Asia. Es por este motivo que la mayor parte de las investigaciones en uso de sustancia y TCS han sido llevadas a cabo en EEUU (Degenhardt et al., 2008).

De acuerdo a lo mencionado anteriormente se utilizaron principalmente los resultados de la encuesta nacional sobre uso de drogas y salud (National Survey on Drug Use and Health, NSDUH) del 2013, llevada a cabo por la Administración de Abuso de Sustancias y Servicios de Salud Mental (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA) realizada en Estados Unidos para ilustrar las tendencias halladas en la epidemiología del TCS.

En las investigaciones de los últimos años ha sido estudiada la prevalencia del trastorno por consumo de sustancias en relación a distintas variables. La encuesta de la SAMHSA (2014) indica que las tasas de TCS asociadas con la edad fueron de 5,2 % en jóvenes de entre 12 y 17 años, de 17,3 % entre adultos jóvenes de 18 a 25 años, y de 7% en adultos de 26 años o más. Es decir que existe una tendencia a un pico de prevalencia de los TCS entre la adolescencia tardía y la adultez temprana, y su disminución significativa a los aproximadamente 26 años (Merikangas & McClair, 2012).

Por otra parte, según Merikangas, y McClair (2012) una de las características que mantienen consistencia en los estudios sobre trastornos por uso de sustancias es que, en comparación con las mujeres, los hombres suelen

presentar una prevalencia de casi el doble en consumo de alcohol y drogas, inclusive en la adolescencia. La encuesta de la SAMHSA (2014) confirma la diferencia entre sexos mencionada anteriormente. Según los resultados de la misma, la tasa de TCS entre jóvenes de 12 años fue el doble en hombres (10,8%) en relación con mujeres (5,8 %). En jóvenes de 12 a 17 años se obtuvieron resultados similares entre ambos (hombres con 5,3%; mujeres con 5,2%). Y finalmente en adultos jóvenes, de 18 años en más, se volvió a notar una prevalencia mayor en hombres (11,4%) que en mujeres (5,8%).

Merikangas, y McClair (2012) describieron que en los últimos años ha sido estudiado que los adolescentes con severo consumo de cannabis, alcohol y nicotina presentan una mayor probabilidad de probar o consumir otras drogas ilegales de acuerdo a las tendencias actuales de policonsumo. Por lo cual se presenta como una de las dificultades para el diagnóstico el identificar las sustancias y la severidad de cada una en cuanto al consumo del paciente.

Uno de los factores que varios estudios recalcan es que mientras más jóvenes sean los sujetos al experimentar el primer uso de una sustancia, mayor es la probabilidad de desarrollar un TCS a futuro (Merikangas & McClair 2012; SAMHSA, 2014; Swendsen & Le Moal, 2011). Sin embargo, en países como Estados Unidos, donde se aplican severas políticas antidrogas, y un alto límite de edad mínima para comenzar a beber se mantienen los niveles más altos de consumo de alcohol, cocaína y cannabis. Por otro lado, en Países Bajos, por ejemplo, donde tienen menos leyes castigando la posesión y el uso de sustancias, el índice de consumo es menor inclusive entre los adultos (Degenhardt et al., 2008).

3.3.3. Etiología

Según menciona Pons Diez (2008) el consumo de drogas es en sí una temática compleja por sus múltiples componentes. Si bien por un lado, todo consumo implica en un primer momento una elección conductual por parte de la persona, también supone una reacción orgánica en el cuerpo de la misma y una

variable social que la condiciona de alguna manera. Por lo tanto, el trastorno por consumo de sustancias ha de abordarse desde la misma perspectiva multifactorial y compleja.

Existen numerosas variables sociodemográficas que correlacionan con una mayor prevalencia de TCS como por ejemplo: el sexo masculino, el rango de edad joven, menor educación, ingresos limitados, entre otras. Asimismo se ha demostrado que los individuos con ciertos factores biológicos y genéticos también presentan una mayor propensión a desarrollar esta afección. De la misma manera, se ha observado la fuerte comorbilidad de algunos trastornos mentales y de personalidad con los TCS. Es así como este conjunto de factores pueden hacer al sujeto más vulnerable a desarrollar un trastorno de consumo de sustancias (Swendsen & Le Moal, 2011).

En una investigación de Swendsen et al. (2010) se examinaron las potenciales asociaciones de los trastornos mentales con las transiciones hacia el consumo de sustancias en un período de 10 años. Entre los resultados surgieron como los predictores más fuertes y consistentes los trastornos de la conducta y los antecedentes de uso de sustancias. Si bien la magnitud de la asociación varía según el desorden, las categorías generales de cualquier trastorno del estado de ánimo o ansiedad pueden verse ligadas con el inicio del consumo de sustancias. Según los autores, los trastornos mentales pueden comenzar a ser conceptualizados como factores de riesgo para el desarrollo de TCS debido al hecho de que los preceden. Estos resultados fueron consistentes con investigaciones previas que también asocian los trastornos mentales con una mayor probabilidad de la aparición de consumo de sustancias.

3.3.4. Comorbilidad TLP - TCS

En los últimos años el interés en los pacientes con problemas de consumo de sustancias se acrecentó, de la misma manera fueron surgiendo progresivamente estudios en los que se ha demostrado una comorbilidad significativa entre TLP y el TCS (Dulit, Flyer, Haas, Sullivan, & Frances, 1990; Grant et al., 2015; Kienast, Stoffers, BERPohl, & Lieb, 2014; Loranger, & Tulis,

1985; Merikangas et al., 2010; Merikangas, 2012; Oldham et al., 1995; Rizvi et al., 2011; Swendsen, 2010; Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin, & Burr, 2000; Zanarini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncey, 1989)

Los trastornos comórbidos más frecuentes en los pacientes con TLP son los de ansiedad y los afectivos, incluyendo el trastorno de estrés postraumático. La prevalencia global de por vida para estas comorbilidades es de aproximadamente el 85%, seguido de los trastornos relacionados con sustancias con una prevalencia del 78% (Kienast et al., 2014). Rizvi et al. (2011) explican que además de que el trastorno borderline y el de consumo de sustancias presenten una alta comorbilidad entre sí, este diagnóstico dual presenta disfunciones mayores y de mayor riesgo de suicidio consumado.

Existen varias hipótesis sobre el origen de esta comorbilidad como por ejemplo la existencia de una etiología común. En tal caso, ambas deberían ser englobadas como parte de una misma categoría de psicopatología, por ejemplo, la desregulación emocional o el trastorno de control de impulsos. Algunos autores ven el uso de sustancias como una manifestación de impulsividad, la cual es una característica principal del diagnóstico borderline (Siever, & Davis, 1991; Links, Heslegrave, & Van Reekum, 1999). Sin embargo, en una investigación de Van den Bosch, Verheul, Schippers, y Van Den Brink (2002) se menciona que el tratamiento DBT es efectivo indistintamente de la población cuando el foco está puesto en las conductas suicidas y parasuicidas, aunque esta terapia no demostró mayor efectividad que otras terapias para disminuir las conductas de consumo de sustancias en los pacientes. De ser entonces, el uso de sustancias una manifestación del trastorno límite, los pacientes con diagnóstico dual no tendrían por qué ser tratados de forma distinta que en un tratamiento de DBT estándar (Van den Bosch et al., 2002).

Según varios autores, la DBT se ha establecido como una terapia eficaz para el tratamiento del trastorno borderline. Actualmente debido a sus constantes actualizaciones y últimas modificaciones para la inclusión de la población con diagnóstico dual, la DBT también acumula evidencia que apoya su eficacia en el tratamiento de pacientes con comorbilidad TLP – TCS (Linehan et al, 1999, 2002;

Van Den Bosch, Verheul, Schippers & Van Den Brink, 2002; Verheul et al, 2003; Kienast, Stoffers, BERPohl & Lieb, 2014; Gibert, 2015).

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio: El estudio se enmarca bajo una perspectiva descriptiva, cualitativa.

4.2. Participantes: La primera participante es una Médica Psiquiatra de 38 años, recibida en la Universidad de Buenos Aires (UBA). Se especializó en neuropsiquiatría y poco después obtuvo su posgrado en Consumos Problemáticos y Adicciones. Más tarde realizó formaciones en Psicoterapias Cognitivas Contemporáneas y en Terapia Dialéctico Comportamental. Actualmente trabaja atendiendo pacientes internados o ambulatorios, trabajando con sus familias, de manera particular o interdisciplinaria dependiendo de la institución. Desempeña sus labores en su consultorio particular, en una Comunidad Terapéutica, y en una institución asistencial como parte del equipo DBT.

Las demás participantes son las integrantes del grupo de mujeres que asiste al taller de entrenamiento en habilidades en la institución. El grupo está compuesto por integrantes mujeres de edades que varían entre 17 y 33 años. El número de pacientes que asiste varía de semana a semana ya sea porque algunas comienzan el tratamiento y no lo mantienen o porque faltan, aun así son aproximadamente 6 las que concurren de forma constante. Todas las participantes están diagnosticadas con desregulación emocional, 2 pacientes del grupo han tenido conductas de abuso de sustancias, hoy en día ninguna presenta señales de consumo o autolesiones, ambas expresaron en algún momento su orgullo por haber adquirido y aplicado correctamente las habilidades y haber mejorado su situación o evitado una conducta problema. Otras 2 de las mujeres presentan comorbilidad con trastornos alimentarios, una mantiene el tratamiento hace más tiempo y da la apariencia de interesarse con énfasis en las tareas y actividades del grupo, la otra comenzó el taller hace pocas semanas y es hasta ahora la más joven del grupo. Una paciente es extranjera, estudiante de medicina y presenta autolesiones, asiste sin falta a las reuniones y si bien expresa que le es difícil

practicar las habilidades, a través de su relato cuenta que sus conductas problemáticas han disminuido considerablemente. La última participante presenta una desregulación más orientada a la tristeza, es la mayor en el grupo, siempre está dispuesta a trabajar y participar del taller, aunque pocas veces toma la iniciativa.

4.3. Instrumentos: Los datos fueron recolectados, por un lado, a partir de los registros realizados a través de la observación participante en el Taller de Entrenamiento en Habilidades que se dicta en la institución asistencial una vez por semana durante 2,30 horas.

Por otro lado, fue utilizada la información obtenida a través de una entrevista en profundidad semi-estructurada con la Médica Psiquiatra perteneciente al equipo DBT de la Institución. La entrevista se desarrolló en torno a cuatro ejes: Los conceptos fundamentales para el abordaje de la temática, la perspectiva de la institución sobre el tratamiento para pacientes con diagnóstico dual TLP-TCS, la fundamentación, el origen y desarrollo de las nuevas habilidades incorporadas, y finalmente, el entrenamiento en habilidades específicas para estos pacientes y su aplicación en la vida cotidiana ilustrado a través de ejemplos que la doctora pudo proveer.

4.4. Procedimiento: Se coordinó un día con la psiquiatra para la realización de una entrevista en profundidad de una duración estimada de 3 horas. En la misma se plantearon ejes relevantes para el estudio, fue grabada y transcrita para el posterior uso de la información. Por otra parte, se concurrió al taller de habilidades de forma participante cuatro meses. El taller es semanal, de una duración de 2,30 horas, en el mismo se utiliza el manual de entrenamiento en habilidades. De forma adicional la coordinadora y la co-coordinadora del grupo enseñaron las nuevas habilidades orientadas a consumo de sustancias en 3 encuentros a partir de los cuales fueron registrados los datos pertinentes al estudio.

5. Desarrollo

1) Describir los déficits de la DBT en pacientes con comorbilidad TCS-TLP que encontró la institución y el surgimiento de nuevas habilidades específicas para su tratamiento.

La institución en base a la cual se realizó el presente trabajo orienta sus actividades a partir de las actualizaciones y avances que se realizan en el modelo de terapia DBT (Linehan, 1993), para contestar el primer objetivo se tomó la información recabada de la entrevista con la médica-psiquiatra que trabaja en dicha institución. Durante la entrevista y a través de la revisión de los déficits de la DBT para tratar a pacientes con diagnóstico dual también se fue revelando la correspondencia que cada faltante tenía con alguna de las nuevas habilidades.

Según lo explicado por la profesional y acorde a lo mencionado anteriormente por Dimeff, y Linehan (2008) gran cantidad de trastornos presentan consumo de sustancias como conducta problemática, entre ellos el trastorno límite de personalidad, sin embargo para que la DBT funcione efectivamente como tratamiento para pacientes con diagnóstico TLP-TCS debió adaptarse a las particularidades que precisa el trastorno por consumo de sustancias. Acorde a lo relatado por la psiquiatra, los déficits de la DBT están compuestos por una serie de diferencias diagnósticas halladas entre pacientes con TLP y pacientes con TLP-TCS, y a partir de las cuales se incorporaron varias habilidades de la nueva ficha. A continuación se procederá a profundizar en algunas de las diferencias que la médica pudo nombrar entre los mencionados diagnósticos.

En primer lugar, como explicó la entrevistada, las personas con diagnóstico TLP presentan conductas de autodaño como golpearse, cortarse o quemarse la piel. Estas denominadas *conductas problema (CP)* se ubican, junto con el consumo de sustancias, dentro del tercer grupo en la jerarquía de objetivos a tratar en DBT en el cual se incluyen las conductas que atentan contra la calidad de vida. Si las CP son lo suficientemente graves como para poner en riesgo la vida del paciente, se trasladan entonces a la jerarquía de primer orden, donde se las tratará con prioridad (Linehan, 1993).

Entonces se considera que ambas conductas (consumo y autodaño) son, en determinada medida, consideradas CP en tanto que atentan contra la calidad de vida del paciente. Las mismas se relacionan con la anteriormente mencionada categoría nombrada desregulación conductual, la cual engloba algunos de los síntomas más característicos del TLP (Lieb et al., 2004; Linehan, 2003). Sin embargo, como menciona la doctora, la dificultad para reconocerlas como tal reside en que mientras por un lado las CP de autodaño, por lo general, no están relacionadas con mejorar un momento, sino que se las entiende como el mejor recurso que la persona pudo conseguir para regular una emoción intolerable en una situación determinada. Por otra parte, muchas sustancias de consumo son aceptadas socialmente y están fuertemente relacionadas con el placer, la relajación y con acompañar o mejorar un buen momento. Debido a lo mencionado, una persona con TLP generalmente tiene intenciones de frenar las conductas de autodaño, pero una con TLP-TCS no considera tan fácilmente al consumo como un problema a resolver, y para tratar estas conductas primero deben ser planteadas por el paciente. La profesional explicó que haciendo uso de una estrategia de DBT, denominada *análisis en cadena* (Linehan, 1993), en la que se analizan los antecedentes, la CP y sus consecuencias, el consumo puede exponerse como una conducta problemática o bien como precursora de una.

A partir del análisis en cadena se puede ver si la conducta problema es de tipo operante o respondiente en relación a los eventos que la anteceden y sus consecuencias (Linehan, 1993). Como mencionó la doctora, en el TLP las conductas de autodaño suelen clasificarse como respondientes, resultantes del impacto de una situación de alto nivel emocional. En un paciente con TLP-TCS el consumo para bajar el malestar relacionado a una situación se clasifica como una conducta operante porque influye en el entorno con un objetivo, la psiquiatra dio el ejemplo de beber alcohol para disminuir la ansiedad en un evento social. Pero, por otra parte, esta conducta también puede ser respondiente y darse automáticamente por la disponibilidad de la sustancia. La médica resalta aquí otra de las cuestiones diferenciales del diagnóstico TCS que requieren una intervención específica: un TLP con una CP de autolesiones no recurre a la

conducta por tener la disponibilidad de, por ejemplo, un objeto cortante sino a causa de una desregulación emocional. Por otro lado, una persona con TLP-TCS con una CP de consumo puede, no solo activar la conducta adictiva a causa de la desregulación emocional inherente al trastorno TLP, sino también hacerlo en base a la mera disponibilidad de la sustancia sin necesidad de un factor estresante previo. El estímulo que provoca la activación automática de un circuito de comportamiento fuertemente afianzado por repetición en una persona se llama *estímulo discriminativo*. La entrevistada subrayó lo anteriormente mencionado como una diferencia importante entre TLP y TLP-TCS y con la que se ven relacionadas las habilidades de Abstinencia Dialéctica y Mente Clara (Linehan, 2015) desarrolladas más adelante.

Acorde a la profesional, otro de los déficits de la DBT en pacientes con diagnóstico dual, está vinculado a que los cravings, la abstinencia y el desarrollo de tolerancia a una sustancia son vulnerabilidades particulares del trastorno TCS. Para actuar sobre las mismas la terapia ofrece las habilidades de Quemando Tus Puentes y Negación Adaptativa (Linehan, 2015). La confluencia de las vulnerabilidades particulares mencionadas, la desregulación emocional característica del TLP, otras CP presentes y la constante posibilidad de la aparición de un estímulo discriminante, predisponen al paciente a un muy alto riesgo de recaída. Ante esta situación la psiquiatra explica que en terapia se procede a la realización de un plan de anticipación al deseo de consumir, la presentación del concepto de la adherencia mariposa al tratamiento y de las habilidades TLP-TCS (Dimeff & Linehan, 2008; Linehan, 2015)

Uno de los últimos déficits que se mencionó en la entrevista y que impulsó a la adaptación de la DBT es en relación a la exposición a los estímulos estresantes. En una persona con diagnóstico TLP, el tratamiento está dirigido a desarrollar habilidades para manejar la desregulación emocional que caracteriza al trastorno, acorde a esto se promueve la exposición progresiva del paciente a estímulos que le generen angustia, para que así la persona pueda convivir con ellos en el futuro y sin sufrir. En el caso del diagnóstico dual está contraindicado que la persona vuelva a exponerse a los estímulos discriminantes, dado que el circuito de la CP

asociada al mismo esta tan fuertemente asimilado que la sola presencia puede no sólo promover la desregulación emocional sino también poner al paciente en riesgo de una recaída.

Como bien explicó la terapeuta cada experiencia es distinta, durante el tratamiento los pacientes aprenden a observar su propio estado interno y a registrar progresivamente a que estímulos pueden exponerse y a cuáles no, pero ante el deseo de consumir, la DBT recomienda llamar al terapeuta, o ir a un grupo (cualquiera) de autoayuda, ya que, acorde a la doctora “hacer cualquier tipo de actividad es mejor que estar consumiendo”. Como se habló anteriormente muchas sustancias de consumo son aceptadas y alentadas en el ámbito social, además también puede haber una fuerte presión de pares para formar parte de la actividad de consumir. La DBT propone varias habilidades como ayuda para hacer frente a esta clase de situaciones pero en relación a las nuevas se menciona a la Rebelión Alternativa y la Negación Adaptativa (Linehan, 2015) como mecanismos para mantener la esencia de la rebeldía y superar los cravings, sin alcanzar las mismas consecuencias autodestructivas en las que derivaría una conducta de consumo en el paciente.

En cuanto al surgimiento de las nuevas habilidades, previamente se ha observado la relación de correspondencia entre las habilidades y los déficits existentes en la terapia antes de la adaptación. Como ya se ha visto antes en los estudios de Dimeff, y Linehan (1999; 2008) si bien el tratamiento tradicional DBT obtuvo resultados alentadores en pacientes con diagnóstico dual, las autoras procedieron a adaptarlo en función a la alta comorbilidad hallada, este pudo considerarse el primer impulso al desarrollo de las nuevas habilidades.

Acorde a lo mencionado por la profesional, el tratamiento para TCS presenta una historia de debate entre dos corrientes. Por un lado están los métodos que buscan la abstinencia, los cuales realizan un pedido explícito al paciente para que abandone el consumo y se alienta a alcanzar determinados períodos de tiempo, los cuales se celebran al ser obtenidos y posicionan a la persona en una jerarquía basada en el mantenimiento de la abstinencia. Por otra parte la corriente basada en la reducción de daños consiste en conciliar los males producidos por el

consumo con la idea de que eso lleve su cesación, es un ejemplo de esto el no manejar alcoholizado como una medida con la finalidad de minimizar las probabilidades de un accidente.

Acorde a lo mencionado por la psiquiatra, las nuevas habilidades surgen con la propuesta de la Abstinencia Dialéctica (Linehan, 2015) como una forma de camino del medio entre las anteriores corrientes. Por un lado buscando la abstinencia total con la utilización del pedido de compromiso al paciente, mientras que por otra parte mediante la reducción de daños, considerando la recaída como parte de la recuperación, y finalmente empleando la dialéctica para equilibrar entre ambos polos en el proceso. La profesional explicó que de acuerdo a la DBT-S el tiempo de abstinencia no tiene un significado intrínseco, y existen numerosas variables a considerar en cada circunstancia, por lo cual se le enseña al paciente a atravesar las crisis de a momentos. De esta manera, el logro de permanecer abstinentes se mide por pequeñas metas que estén a la par de la capacidad del paciente, pudiendo, en el caso de una recaída, mitigar el efecto violador de la abstinencia con la utilización de la dialéctica, planes de emergencia y la práctica de las habilidades (Marlatt & Donovan como se citó en Dimeff & Linehan, 2008).

2) Describir el entrenamiento en habilidades para TCS-TLP en el Taller de Habilidades

Se realizó una observación participante en un tiempo de cinco meses de asistencia al Taller de Entrenamiento en Habilidades de mujeres que se dicta en la institución asistencial, coordinado por dos terapeutas y que cuenta con un formato tipo clase de una vez por semana durante 2,30 horas. Los encuentros inician con una práctica de mindfulness y se luego se divide en dos partes, en la primera se revisa como fueron aplicadas en la semana, las habilidades presentadas la clase anterior, se realizan análisis en cadena de las conductas y se discuten las dificultades que se hayan presentado en situaciones particulares. Luego se hace un breve recreo y la segunda parte está orientada a la presentación de una nueva habilidad, se ejemplifica como ponerla en práctica, y se refuerza relacionándola

con las anteriormente aprendidas. Los integrantes del grupo siguen las clases y tareas con un manual propio que adquieren en la institución, el mismo presenta al comienzo una serie de normas de buen comportamiento que los pacientes deben leer y aceptar antes de ingresar. Entre las normas relevantes al presente trabajo están las que explicitan que los pacientes bajo la influencia de una sustancia no deberían asistir al taller, aunque de hacerlo deben aparentar sobriedad, y no se debe platicar fuera o dentro de las reuniones acerca de las actuales o pasadas conductas problemáticas que puedan ser potencialmente contagiosas para los demás pacientes (Linehan, 2015).

Las coordinadoras presentaron la ficha de habilidades TLP-TCS de Linehan (2015) al finalizar el módulo Regulación Emocional, dando comienzo a Tolerancia al Malestar y la desarrollaron en un total de cuatro encuentros. En la primera clase se explicó el concepto de una conducta adictiva y como identificarla, a continuación se dio la instrucción de que cada participante leyera en voz alta un ítem de la lista que ofrece la ficha sobre posibles actividades o sustancias a las cuales se puede tener una adicción (Ver Anexo) y finalmente se les preguntó si tenían alguna sugerencia para agregar. El objetivo de la dinámica consistía en que cada integrante del grupo pudiera identificar una posible adicción en sí misma y describirla en su manual para incorporar las habilidades las siguientes clases, las mujeres que no tenían diagnósticos relativos al consumo de sustancias también eligieron ítems de la lista.

Una vez identificadas las conductas adictivas en cada paciente, las coordinadoras aclararon que las nuevas habilidades enseñadas en el taller y su aplicación deben adaptarse a la sustancia y la situación de cada persona, por lo cual, en el grupo sólo se orienta su uso y aplicación, pero para profundizar en las dudas y la práctica de las habilidades se debía consultar en el tratamiento individual de cada una.

Habiéndose acordado las limitaciones del taller, las coordinadoras pasaron a desarrollar la primera habilidad, la Abstinencia Dialéctica, que como fue mencionado anteriormente refiere mantener el equilibrio entre la abstinencia y control de daños con la finalidad que el paciente no vuelva a involucrarse en

conductas adictivas nuevamente, pero conscientemente de que ante un desliz, se debe volver a la abstinencia lo antes posible (Linehan, 2015).

Durante la explicación las participantes hicieron preguntas sobre, por ejemplo, la diferencia entre la adicción y las conductas problemas que ya habían identificado en ellas mismas con anterioridad. Otra pregunta en relación a esto fue la de cómo definir una adicción como conducta problema si la misma es placentera (al contrario de, por ejemplo, una CP de automutilación). Esto se relaciona con la diferencia de la naturaleza de la conducta de consumo como CP en comparación a los demás comportamientos que atentan contra la calidad de vida que presentan las personas con TLP, que ya se mencionó anteriormente (Van den Bosch et al., 2002).

Al ir finalizando la clase, por orden, las pacientes leyeron en voz alta la sección que indica cómo planear la Abstinencia Dialéctica, y se encomendó como tarea identificar la sustancia con la que se iba a trabajar y desarrollar un plan de abstinencia y uno de reducción de daños acorde a la misma.

En el siguiente encuentro las coordinadoras comenzaron la reunión preguntando a las pacientes sobre cómo les había resultado la tarea de identificar las sustancias. Una integrante del grupo comenzó a hablar, presentando dudas sobre el concepto de adicción e inseguridad sobre haber realizado la tarea correctamente. Las coordinadoras validaron su comentario y la guiaron haciéndole preguntas acerca de si presentaba necesidad impulsiva de consumir, o si tuvo que aumentar la dosis de la sustancia para alcanzar el mismo efecto, entre otras cosas. En otras palabras, lo que las terapeutas hicieron fue interrogar, de forma solapada, si presentaba criterios diagnósticos para TCS (APA, 2013). De esta manera, y mediante una conversación abierta a la participación de las demás, no solo la paciente pudo definir mejor cual era la sustancia con la que tenía una conducta adictiva, sino que las demás participantes también pudieron aclarar sus dudas.

Habiendo definido mejor la sustancia con la cual iba a trabajar cada mujer, las coordinadoras procedieron a interrogar sobre los planes de Abstinencia Dialéctica adaptados a las mismas. Algunas de las pacientes habían trabajado la tarea en la

semana con sus terapeutas individuales, una en especial tuvo la dificultad de incorporar la forma de pensar dialéctica, por lo cual expresó mucha frustración por tener que asumir el compromiso de mantenerse abstinente de fumar (su sustancia a trabajar) por mucho que lo deseara. Por un lado, según contaba la paciente, ya había intentado abandonar anteriormente, pero en su trabajo fumar era una actividad que integraba al personal y donde se compartía mucho, además era común criticar a las personas que intentaban dejarlo. Por otro lado, estaba atravesando una situación laboral estresante en la que, según ella, no se desempeñaría correctamente si dejara de fumar porque de hacerlo, al igual que en veces anteriores, sentiría irritabilidad y malestar. Se pudo advertir en lo comentado por la participante la manifestación de dos criterios diagnósticos para TCS según APA (2013), por un lado los intentos previos de abandonar la sustancia y por otro la presencia de síntomas de abstinencia cuando lo hacía. Ante la situación una de las terapeutas aplicó una estrategia terapéutica a partir de la cual la mujer pudo aliviar su ansiedad y aceptar el compromiso de reducir la cantidad de cigarrillos hasta un número con el que se sentía capaz.

Finalizadas las dudas personales, luego del recreo, se comenzó el siguiente tema en la ficha, la siguiente habilidad, compuesta por Mente Clara y Refuerzo de la Comunidad (Linehan, 2015). Acorde a lo visto previamente se busca que el paciente esté en mente clara, es decir, en el intermedio entre mente limpia y mente adicta, en otras palabras, estar abstinente siendo consciente de las tentaciones y la posibilidad de una recaída. Por otra parte, el refuerzo de la comunidad implica reemplazar conscientemente los reforzadores de la adicción por los de la abstinencia (Linehan, 2015).

Para explicar la primera, las terapeutas hicieron gráficos en una pizarra que ilustraban la Mente Adicta, Nublada, Clara y Limpia, luego de describir cada una las ejemplificaron con una lista de la ficha a lo cual las alumnas contribuyeron con experiencias propias para comprender y ayudar a definir mejor los conceptos (Ver Anexo). Para explicar el Refuerzo de la Comunidad, se leyó en voz alta el contenido y se explicó, ejemplificó y discutió cada punto brevemente con el objetivo de que las pacientes puedan comprender el concepto de reforzadores de

la abstinencia y de la adicción, es decir, los factores que promueven la repetición de cada conducta.

Al llegar al final del encuentro se encomendó la tarea de registrar en que estilo de mente (adicta, clara o limpia) se encontró cada persona a través de la semana, detectar los posibles reforzadores de la adicción y proponer reforzadores de la abstinencia.

Para la siguiente fecha en el taller las coordinadoras procedieron, como era lo habitual, a preguntar por las tareas de la semana previa. Una paciente que siempre asistía con la tarea escrita en varias páginas de su cuaderno comenzó a leer situaciones particulares que le fueron estresantes en su última semana. Si bien las anécdotas parecían no tener una dirección clara, las coordinadoras acotaron comentarios que etiquetaban eventos en donde los razonamientos tenían más tendencia al estilo Mente Adicta o Mente Limpia, o donde se encontraban reforzadores de la adicción. Mientras la paciente anotaba meticulosamente las observaciones, una de las terapeutas indagó si había encontrado reforzadores de la abstinencia, a lo que la mujer nombró seis o siete reforzadores distintos entre los cuales mencionó que su agenda incluía muchas actividades diarias por lo cual no podía tomarse más de una cierta cantidad de tiempo para el consumo. La mencionada es, en efecto, un reforzador de la abstinencia porque impide que la paciente utilice más tiempo de lo usual en la actividad de consumo como lo indica uno de los criterios de diagnóstico de APA (2013). La primera mitad de la clase prosiguió de la misma manera, debatiendo sobre las situaciones de la semana hasta el momento del recreo.

Después de un intervalo se comenzó con el siguiente tema de la ficha, Quemando Tus Puentes, una habilidad que consiste de dos partes, primero en eliminar todos los accesos a los reforzadores del comportamiento adictivo y luego en asociarse a sensaciones perceptivas placenteras que compitan con los deseos de consumir (Linehan, 2015). El último refiere al concepto de cravings recientemente agregado a los criterios diagnósticos para TCS que alude a la necesidad imperiosa de consumir la sustancia (APA, 2013).

Una de las preocupaciones más recurrentes del grupo fue sobre cómo llevar a cabo la habilidad, es decir, cómo cortar la relación con sus recientemente descubiertos reforzadores de adicción. Una paciente compartió que si bien se mantenía limpia hace mucho tiempo, en su familia se consumían otras sustancias y hacían bromas a costa suya, implicando que su abstinencia la volvió más arrogante. Es interesante como en relación a lo anterior, se pueden ilustrar algunos de los múltiples variables que predisponen a una persona a padecer tanto TLP como TCS como lo son los factores y el entorno familiar y social (Swendsen, & Le Moal, 2011; Torgersen et al., 2000). Antes de continuar, las terapeutas contestaron pacientemente a cada inquietud integrando los conceptos vistos anteriormente en sus respuestas.

Finalmente se delegó la tarea de identificar los propios puentes a quemar, aclarando que el acto de desligarse de los reforzadores de la adicción es un proceso complejo que depende del momento de cada una, por lo cual antes de accionar se recomendaba discutirlo en terapia. Además, las pacientes también recibieron la encomienda de elegir una serie de estímulos sensoriales, con ayuda del módulo de Regulación Emocional, que las ayuden a distraerse y a superar los deseos de consumir en cada una.

En el encuentro de la semana siguiente, luego de la habitual práctica de mindfulness, se procedió a revisar lo que habían traído las pacientes. Una de las participantes dio inicio a la corrección de las tareas exponiendo de forma muy concreta los ítems que consideraba que eran puentes a quemar, uno de los mencionados era el de abandonar las salidas a bailar por la noche con un grupo determinado de amigos que la alentaban a consumir. Según la muchacha antes de comenzar la rehabilitación solía salir con ellos e involucrarse en situaciones peligrosas y peleas en las calles por estar bajo los efectos de la sustancia. Si bien, según ella, en la actualidad solo se reúne con esos amigos para frecuentar locales bailables, se replanteo la posibilidad de estar en Mente Limpia y tomo la iniciativa de abandonar el grupo. Con el ejemplo mencionado se puede ver no sólo los criterios del uso peligroso y los problemas interpersonales que plantea APA (2013) para el diagnóstico de TCS, sino también la incorporación de las habilidades, en

este caso, *Mente Clara*. Ante lo planteado las coordinadoras acotaron que podía hablar con su terapeuta en mayor profundidad sobre el tema.

Una integrante del grupo pidió amablemente no compartir su tarea ese día, a lo que las terapeutas accedieron validando su visible malestar e invitándola a participar cuando lo sintiera adecuado. Otra paciente tuvo mayores dificultades con la segunda parte de la tarea, ya que su concentración para tratar de focalizarse en una sensación placentera se veía interrumpida por la intensidad de los *cravings* (APA, 2013). Según lo que la mujer contaba había tratado con jabones y cremas perfumadas, pastillas de menta u otros alimentos con sabores intensos, pero al pasar unos días notó que lo que le daba mayor resultado era ponerse un límite de tiempo para soportar el malestar y reiniciar el conteo las veces que fuera necesario hasta que la sensación se iba. Las coordinadoras validaron con gran emoción el esfuerzo de la muchacha y comentaron que había descubierto por sí sola la siguiente habilidad, la cual se iba a desarrollar a continuación.

Finalizados los comentarios de cada participante y luego del recreo, las terapeutas comenzaron a explicar los últimos conceptos de la nueva ficha, *Rebelión Alternativa* y *Negación Adaptativa* (Linehan, 2015). La primera, consiste en una lista de sugerencias de actividades que sustituyen a la conducta destructiva, conservando la sensación de rebelión y manteniendo a la persona en el camino hacia sus metas, para la misma cada participante leyó un ítem de forma ordenada.

Finalmente la coordinadora procedió a desarrollar la última de las habilidades, la *Negación Adaptativa*, explicando que la misma implica que cada una se convenza a sí misma no querer consumir en absoluto, querer otra cosa o, haciendo referencia al ejemplo que había dado una paciente previamente, de postergar la conducta de consumo en función de superar el momento de *craving* (Linehan, 2015).

Una vez que todas las pacientes indicaron haber comprendido las habilidades, la terapeuta acotó a modo de cierre, que la ficha nueva se debe integrar a las

demás habilidades que se estudian en el taller, por eso se aconsejaba mantenerlas presentes al avanzar con el manual.

Esa clase se encomendó de tarea poner en práctica la Rebelión Alternativa y la Negación Adaptativa, teniendo conciencia de cuáles eran las actividades más efectivas para controlar los momentos de necesidad de consumir. Asimismo se recordó volver a aplicar las distracciones perceptuales que se habían trabajado en Quemando Tus Puentes.

3) Describir el uso de las habilidades para TCS-TLP en la vida cotidiana de un paciente.

Para desarrollar el tercer objetivo del trabajo se utilizaron ejemplos tomados de la entrevista con la psiquiatra y vivencias de las pacientes que integran el taller de entrenamiento en habilidades en donde se realizó la observación participante.

Con respecto a la utilización en la vida cotidiana de la Abstinencia Dialéctica presentada por Linehan (2015), se pudo observar en el taller el caso de una paciente que ya habiendo cumplido varios años de abstinencia hoy en día es capaz de mantener una vida normal, reunirse con amigos e inclusive estar presente mientras los demás consumen alcohol sin sentir malestar o necesidad de consumir. La participante del grupo narró que luego de haber pasado por episodios de recaídas finalmente logró identificar y catalogar como incomodidad a la sensación previa al deseo de consumir. A partir de ese momento al percibir incomodidad la mujer comenzó a desarrollar la capacidad de reaccionar en el mismo instante y retirarse a su hogar. Según la paciente esta sensación depende de muchos factores, a veces de la duración de la reunión, el lugar de la misma, o de sus integrantes e inclusive del clima. Esta evolución se relaciona fuertemente con el modelo de cambio propuesto por Prochaska, y DiClemente (1982), mencionado anteriormente, en donde referían a que la mayoría de los sujetos que experimentan recaídas han de incorporar nuevas estrategias y conocimientos con los cuales pueden volver a empezar el recorrido del proceso de cambio. Este es un ejemplo que permite ilustrar la habilidad ya que por un lado, el plan de abstinencia de la paciente le permite, hoy en día, salir con sus amigos y poder

disfrutar del éxito de mantener la sobriedad. Asimismo, por otro lado, luego de un desliz pudo poner en marcha su plan de reducción de daños y volver a comprometerse con el tratamiento hasta alcanzar nuevamente la abstinencia.

En relación a lo anteriormente relatado, la psiquiatra entrevistada mencionó que si bien cada caso de TLP-TCS es diferente “una de las ventajas de entender que el desliz es parte del proceso de recuperación es que un pequeño episodio de consumo no tiene porqué terminar en una gran recaída”. Como menciona la doctora, los pacientes enfrentan toda clase de situaciones en la vida cotidiana, y las tentaciones y el desliz son una de ellas, al no entender este concepto las personas tienden a clasificar sus experiencias en términos dicotómicos, lo cual no corresponde con la visión dialéctica de la DBT que expresan Dimeff, y Linehan (2008).

La habilidad *Mente Clara* permite identificar distintos estados en los que se puede encontrar la persona, distinguiéndolos entre *Mente Adicta*, *Mente Clara* y *Mente Limpia*. Existe un complemento de la *Mente Adicta* llamada *Mente Nublada*, que no se clasifica como un estado en sí, e implica que la persona esté bajo los efectos de la sustancia en el momento (Dimeff & Linehan, 2008; Linehan, 2015).

La terapia busca que el paciente pueda alcanzar la perspectiva de la *Mente Clara*, esta habilidad consiste en mantener conscientemente la abstinencia sin subestimar los riesgos que la ponen en peligro. Su utilización en la vida cotidiana puede verse en el ejemplo de la participante del taller mencionada antes. Cuando la paciente comenzó a identificar la sensación de incomodidad como precursora del deseo de consumir y como vinculada al entorno, dejó de subestimar los reforzadores del consumo y comenzó a aplicar la *Abstinencia Dialéctica* con una *Mente Clara*.

La habilidad *Mente Clara* identifica en uno de sus extremos a la *Mente Limpia*, la cual se pudo observar en el ejemplo de una paciente referida anteriormente. La misma mantenía un grupo de amigos con los que solía consumir cuando iba a fiestas, y con los cuales seguía reuniéndose al momento pero sin consumir. Acorde a la muchacha, en las reuniones la presionaban para que consumiera con el pretexto de que se iba a divertir más bajo el efecto, sin embargo, cuando la

terapeuta le preguntó sobre por qué seguía viendo a esos amigos, la paciente comentó que podía mantenerse abstinentes sin problemas. La mencionada manera de pensar la situación de la paciente, refleja la Mente Limpia porque sólo se concentra en mantenerse abstinentes y subestima el riesgo de los reforzadores de la conducta de consumo. En este caso, el riesgo de recaída se incrementa al combinarse con las vulnerabilidades inherentes al trastorno TLP como los esfuerzos para evitar el abandono (en este caso de su grupo), la impulsividad o la inestabilidad afectiva (APA, 2013). El no enfocarse equilibradamente entre la abstinencia y la reducción de daños puede perjudicar a la persona en un momento de inestabilidad.

La Mente Adicta es el otro extremo, en el cual se niega tener un TCS o que la conducta de consumo sea problemática teniendo evidencia de lo contrario. La terapeuta ejemplifica la Mente Adicta con casos de pacientes que asisten a terapia por orden de un juez o amenazas de los padres e inclusive en estas situaciones tan extremas, las personas con TCS suelen defender la idea de que tienen todo bajo control y pueden abandonar la sustancia cuando lo deseen. Según la profesional, estos sujetos mantienen el consumo en la vida cotidiana mediante excusas y mentiras, a veces intrincadas, que justifican la utilidad de consumir. Esto se pudo observar en el taller en la paciente que se rehusaba a abandonar el cigarrillo porque la ayudaba a tranquilizarse en una situación laboral estresante que estaba viviendo. En este caso, la paciente mencionó haber intentado abandonar por cuestiones de salud pero el malestar causado por la abstinencia no le permitía mantenerse sin fumar por mucho tiempo. Pueden verse claramente en los problemas de salud, los intentos de abandono y el síndrome de abstinencia, los criterios diagnósticos que menciona APA (2013) en cuanto a TCS, sin embargo, como explicó la doctora en la entrevista, los pacientes tienden a armar la estructura de su vida en base al consumo y de ser eliminada esta conducta, deben reemplazarse los eslabones con algo que sea capaz de mantener dicha estructura para que la persona no se derrumbe.

La habilidad Refuerzos de la Comunidad implica reemplazar los reforzadores del consumo por reforzadores de la abstinencia, siendo estos espacios físicos,

actividades o grupos de personas, entre otros (Linehan, 2015). Como ejemplos en la vida cotidiana de refuerzos en la comunidad, la terapeuta nombró en primer lugar al taller de entrenamiento en habilidades que ofrece la terapia DBT, en cuanto a lugares donde la abstinencia es un valor explícito, mencionó a grupos comunitarios o privados de autoayuda como Alcohólicos Anónimos (AA) o Narcóticos Anónimos (NA). Asimismo adhirió sobre actividades que son intrínsecamente incompatibles con el consumo, estas también son un refuerzo de la comunidad. Acorde a lo visto anteriormente, las personas con TCS se caracterizan por abandonar sus obligaciones, o utilizar más tiempo del usual a causa del consumo (APA, 2013), sin embargo, actividades como estudiar, entrenarse en un deporte o hacer meditación requieren de lucidez y estado físico, e imponen reglas, horarios y constancia, cosas que para poder desempeñarse de forma adecuada una persona debería reducir al mínimo o abandonar el consumo de sustancias.

Quemando Tus Puentes es una habilidad que consiste de dos partes, la primera es Quemar Puentes y refiere a eliminar el acceso a cualquier reforzador del consumo. Por otro lado Creando Nuevos Puentes implica contar con sensaciones placenteras que disminuyan el malestar de los cravings (Linehan, 2015).

Para ilustrar la habilidad Quemar Puentes la terapeuta refiere a que a veces para evitar todo factor que pueda ser disparador de consumo los pacientes tienen que deshacerse de amistades o parejas de muchos años. Un ejemplo donde puede ser complicado poner en práctica la habilidad es cuando los reforzadores de consumo se hallan en el trabajo de la persona como en el caso de la mujer mencionada anteriormente, la cual trabajaba en un lugar donde fumar era una actividad de inclusión social. La psiquiatra también relató de ambientes laborales donde el consumo (por ejemplo de estimulantes) inclusive se promueve para alcanzar a completar los horarios y objetivos que se les exigen.

La segunda parte de la habilidad es Crear Nuevos Puentes, algunos ejemplos sobre su aplicación en la vida cotidiana, obtenidos de los comentarios de la psiquiatra y el aporte de una paciente ya mencionada, son los de imaginar

escenarios placenteros, tener cremas o velas con aromas intensos, alimentos con sabores fuertes como menta o picantes, siempre que sean del agrado de la persona y le permitan enfocarse en esa nueva sensación y distraerla del deseo de consumir.

La Rebelión Alternativa como se ha visto, refiere a una forma de accionar que mantenga el espíritu rebelde sin llegar a consecuencias autodestructivas para la persona (Linehan, 2015). Para ejemplificar la práctica de esta habilidad en una situación de la vida cotidiana la profesional mencionó dos casos en que los pacientes habían ideado formas de combatir los cravings. Por un lado la doctora contó sobre una paciente que al sentir el deseo de consumir, se iba a correr a una plaza, y muchas veces la intensa carga emocional hacía que comenzara a llorar mientras trotaba en el camino. El hacer actividad física lograba que la mujer se sintiera mejor y al llorar no solo podía descargarse sino también provocaba un desconcierto en quienes la veían pasar, situación que a la paciente le generaba mucha gracia en retrospectiva.

El otro caso que compartió la profesional fue el de un hombre que tuvo la idea de tatuarse en el antebrazo la frase “solo por hoy” a modo de recordatorio, implicando el límite de tiempo por el cual se proponía mantener la abstinencia. Como explica la doctora, ambos casos permiten al paciente experimentar la sensación de rebeldía con actividades que no son autodestructivas como lo sería el consumo.

En cuanto a la Negación Adaptativa la psiquiatra explicó que la habilidad no refiere a negar el problema entero, sino negarse a consumir en un momento determinado. La angustia que provoca el compromiso de no volver a consumir nunca más se puede ver ilustrada en el caso anteriormente mencionado de la mujer del taller que sintió una gran frustración ante la idea de parar de fumar para siempre. Para ejemplificar el uso de la habilidad en la vida cotidiana se puede retomar el caso del paciente que se tatuó el recordatorio de no consumir “sólo por hoy” descrito previamente. La doctora, al mencionarlo aclaró que esta habilidad funciona como una pequeña mentira, es decir, si bien el objetivo es no volver a consumir nunca más, la abrumadora perspectiva de ese compromiso puede

resultar invalidante, por lo cual la persona se plantea no ceder a la sustancia por una determinada cantidad de tiempo, la cual el paciente sienta que puede manejar. Este ejemplo ilustra a su vez el beneficio de la búsqueda de abstinencia por períodos de tiempo que también plantea AA en su tratamiento, donde se utiliza la frase “un día a la vez” haciendo referencia al mismo compromiso (Alcohólicos Anónimos, 1953).

Como fue mencionado anteriormente y acorde a lo que expresó la psiquiatra las nuevas habilidades deben de ser integradas a las demás, esto puede ilustrarse con un caso que compartió la entrevistada sobre una paciente que sentía deseos de consumir cada vez que se peleaba con la madre, con la que también convivía. La doctora aclaró que ante la situación no podía hacerse uso de Quemando Tus Puentes dado que eliminar el vínculo con la madre no era una opción, sin embargo se podía utilizar las habilidades que enseña el módulo de Relaciones Interpersonales, para mejorar la comunicación y aprender a negociar o en su defecto recurrir a la aceptación radical que se ve en Tolerancia al Malestar, permitiendo aceptar que la realidad que se vive en el momento es de una manera, y no va a cambiar.

6. Conclusiones

El presente trabajo surgió a partir de la realización de la Práctica de Habilitación Profesional realizada en una institución asistencial que trabaja con el modelo DBT desarrollado por Linehan (1993). El mismo se elaboró con la finalidad de describir el origen, entrenamiento y la utilización en la vida cotidiana de nuevas habilidades específicas para TLP-TCS incorporadas recientemente en la terapia, obteniendo como resultado las siguientes conclusiones.

Antes que nada, es preciso señalar que a lo largo del desarrollo bibliográfico se pudo observar la complejidad de cada trastorno de forma individual, sin embargo, fue a través de la práctica que se hizo evidente cómo la co-ocurrencia del consumo de sustancias en personas con TLP resguarda una combinación de riesgos y desafíos para pacientes y terapeutas. Para alcanzar el punto de vista de la institución se procuró integrar ambas fuentes de información

utilizadas, las cuales de alguna forma, son opuestas y complementarias ya que se enfocan, por un lado en la visión de una terapeuta y por otro en las de las pacientes. Lo que se intentó mediante la mencionada síntesis de los recursos fue lograr la realización de los objetivos propuestos manteniendo la cosmovisión dialéctica que propone la terapia.

Una de las primeras consideraciones refiere a como los conceptos planteados por la DBT son ampliamente aplicados, no sólo en la relación terapeuta-paciente sino también llegando a extenderse entre los profesionales hasta su trato entre colegas y vida privada. La mencionada es una observación que se considera relevante destacar ya que la complejidad del modelo pudo verse apoyada en la coherencia sostenida por los terapeutas que integraban el grupo DBT.

Dentro del taller, varias pacientes con diagnóstico dual o que presentaban consumo de sustancias, manifestaron en la narración de sus experiencias terapéuticas previas, la constante sensación de incomprensión, y a veces hasta de indiferencia, por parte de sus terapeutas. En relación a esto, fue a través de la participación en el grupo de habilidades que se pudo comprender de forma más concreta no sólo la intensidad de las emociones que experimentan las pacientes y su influencia en las CP, sino también la aplicación de las estrategias de la DBT acorde a cada situación particular. A partir de lo observado se ha podido apreciar cómo cada manifestación de los trastornos aparentaba tener una contrapartida en alguna de las distintas herramientas de la terapia, dejando a los profesionales la tarea de acompañar las mismas al caso. Asimismo, también se reparó en pacientes rehabilitadas que expresaron tener mayor sensación de control en sus vidas debido a la incorporación consciente de las habilidades aprendidas en el taller y en terapia. Esta característica resulta un ejemplo de la efectividad y la contención que ofrece el modelo DBT a las múltiples variables que afectan a los pacientes, sin importar la complejidad del diagnóstico.

Acorde a lo observado se destaca la importancia de la formación de los profesionales en estos trastornos y la promoción de investigaciones sobre el tema que permitan clarificar su conceptualización a fin de superar formas de tratamiento

ineficaz como las anteriormente mencionadas, que aumentaron además la angustia en las pacientes.

En cuanto a las limitaciones del trabajo, en primer lugar se observó durante el desarrollo bibliográfico la escasa variedad de autores que tratan la temática. A pesar de existir un número considerable de investigaciones que estudian TLP y el TCS por separado, se ha visto que las que analizan la comorbilidad entre ambas recién comenzaron a surgir hace poco tiempo. Asimismo, es aún más reducida la cantidad de estudios que investigan el diagnóstico dual bajo la perspectiva de la DBT, y los que lo hacen suelen ser de la autoría de la creadora de la terapia, Marsha Linehan, o colegas de su institución.

Otra limitación del estudio en tanto un impedimento para profundizar en la temática está relacionada con que las observaciones fueron realizadas en un solo grupo de tamaño reducido y solo de integrantes mujeres, dentro del cual era inclusive menor la cantidad de pacientes que padecían diagnóstico dual o consumo de sustancias. Asimismo, siendo el trastorno TLP predominante en el sexo femenino (Fórum de Salud Mental, & AIAQS, 2011; Gunderson et al., 2013; Lequesne, & Hersh, 2004; Lieb et al., 2004), se configura una verdadera dificultad para generalizar futuros estudios sobre la efectividad del tratamiento en pacientes hombres con diagnóstico TLP-TCS.

Para alcanzar a ver todas las habilidades propuestas en el taller, se estima un tiempo aproximado de 9 meses, es durante este período de tiempo que las pacientes aprenden a hacer uso de las mismas en la vida cotidiana e integrar lo aprendido. No siempre las habilidades lograban practicarse durante la semana y a través del tiempo se podía observar como las participantes del grupo retomaban herramientas que habían sido enseñadas meses atrás. Una de las limitaciones halladas en relación a esto fue la de que las habilidades para TLP-TCS fueron enseñadas en 4 clases y cerca de la finalización de la práctica, esto no permitió la posibilidad de observar si al correr del tiempo las pacientes las habían integrado efectivamente o si volvían a hacer mención de su utilización en situaciones espontáneas de la vida cotidiana y no como la tarea del taller.

Finalmente se considera de gran importancia remarcar que recientemente la institución abrió un grupo de habilidades de modalidad mixta, lo cual es una medida que abre paso a toda una nueva gama de variables dentro del taller. Si bien como ya se mencionó antes el trastorno TLP presenta comorbilidad con varios otros trastornos, dividir los grupos en base a eso no presenta mayor beneficio que el de organización dentro de la institución.

Acorde a esto, y en relación a lo comentado con la psiquiatra entrevistada, actualmente ya existe un grupo de habilidades orientado a atender pacientes que presentan consumo de sustancias y en donde los profesionales tienen amplia formación en el tema. Sin embargo, como mencionan Dimeff y Linehan (2008) haciendo referencia a la adherencia mariposa, los pacientes con TLP-TCS presentan dificultades para mantenerse en tratamiento. La psiquiatra comentó en base a esto que la enseñanza del manual en el taller dura demasiado tiempo para tener efectividad en personas con TCS dado las características mencionadas.

Ante lo expuesto, y desde una perspectiva crítica, surgió de la entrevista, la idea de considerar la posibilidad a futuro de trabajar en el desarrollo de un manual de habilidades abreviado que permita poder comenzar y terminarlo en un período breve y volver a repetirlo para su aprendizaje y automatización. De esta manera, no sólo se permitiría profundizar en la aplicación de las habilidades DBT-S en el taller, sino también se adaptaría el formato hacia una estrategia más didáctica en relación a las características particulares del diagnóstico.

Asimismo, como parte de nuevas líneas de investigación podría ser de gran utilidad la realización de estudios longitudinales que permitan obtener mayor información sobre la aplicación de las nuevas habilidades que propone la DBT-S, en relación a su integración y mantenimiento en el estilo de vida de los pacientes. Asimismo, se considera necesario realizar investigaciones con poblaciones más amplias que permitan profundizar en las diferencias entre grupos de pacientes de sexo masculino y femenino con TLP-TCS.

Una de las consideraciones finales que puede expresarse es en relación a cómo a través de la realización del trabajo pudieron contemplarse elementos emergentes de las distintas interacciones observadas, como ser las fluctuaciones

grupales del estado de ánimo en las integrantes del taller, o el efecto inmediato de la utilización de estrategias dialécticas, tanto en el profesional cómo en el paciente. Estos elementos, frutos de la interacción paciente - terapeuta, parecieran ser intrínsecos de la labor psicológica y se consideró importante mencionar su innegable valor en la práctica aunque carezcan de características mensurables que los harían variables significativas para los estudios académicos.

Finalmente, se puede afirmar que a través de la elaboración del trabajo se pudo comprender en mayor profundidad el papel central de la integración de las modalidades que ofrece la terapia dialéctico comportamental para lograr la efectividad del tratamiento. Actualmente las adaptaciones para TCS realizadas al modelo buscan compensar las múltiples variables que se adhieren a la complejidad inherente del TLP, sin embargo el objetivo final de la terapia se mantiene firme, y lo que se propone es, como menciona Linehan (1993), que el paciente pueda lograr una vida que valga la pena ser vivida.

7. Referencias

- Agrawal, A., Heath, A.C., & Lynskey, M.T. (2011) DSM-IV to DSM-5: The impact of proposed revisions on diagnosis of alcohol use disorders. *Addiction*, 106(11), 1935–1943. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03517.x
- Alcohólicos Anónimos (1953) *Twelve Steps and Twelve Traditions*. New York: Alcoholics Anonymous World Services, Inc.
- American Psychiatric Association (2013). Substance-Related and Addictive Disorders. Recuperado de <http://www.dsm5.org/documents/substance%20use%20disorder%20fact%20sheet.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington D. C.: American Psychiatric Association Publishing
- Belsky, D.W., Caspi, A., Arseneault, L., Bleidorn, W., Fonagy, P., Goodman, M., Houts, R. & Moffitt, T.E. (2012). Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children. *Development and Psychopathology Journal*, 24(1), 251-265. doi: 10.1017/S0954579411000812.
- Bradley, R., Jenei, J. & Westen, D. (2005) Etiology of borderline personality disorder: disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(1), 24-31.
- Degenhardt, L., Chiu, W.T., Sampson, N., Kessler, R.C., Anthony, J.C., Angermeyer, M., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Gureje, O., Huang, Y., Karam, A., Kostyuchenko, S., Lepine, J.P., Mora, M.E., Neumark, Y., Ormel, J.H., Pinto-Meza, A., Posada-Villa, J., Stein, D.J., Takeshima, T. & Wells, J.E. (2008). Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLOS Medicine*, 5(7), e141. doi:10.1371/journal.pmed.0050141.
- Dimeff, L. & Linehan, M. M. (2001). Dialectical Behavior Therapy in a nutshell, *The California Psychologist*, 34, 10-13.
- Dimeff, L. & Linehan, M. M. (2008). Dialectical Behavior Therapy for Substance Abusers. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4(2), 39–47.

- Dulit, R. A., Fyer, M. R., Haas, G. L., Sullivan, T., & Frances, A. J. (1990). Substance use in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 147(8), 1002–1007. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.147.8.1002>
- Fórum de Salut Mental & AIAQS (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- Gagliesi, P. (2008). Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento del Desorden Límite de la Personalidad. Recuperado de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo40.pdf>
- Gagliesi, P., Lencioni, G., Pechon, C., Apfelbaum, S., Boggiano, J.P., Herman, L., Stoewsand, C., & Mombelli, M. (2007). *Manual psicoeducacional para pacientes, familiares y allegados sobre el desorden límite de la personalidad*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Gibert, M. (2015). El trabajo con adolescentes con tendencia límite y trastorno por uso de sustancias en un hospital de día. *Revista de Patología Dual*, 2(3), 1-5. Doi: 10.17579/RevPatDual.02.16
- Grant, B.F., Goldstein, R.B., Saha, T.D., Chou, S.P., Jung, J., Zhang, H., Pickering, R.P., Ruan, W.J., Smith, S.M., Huang, B. & Hasin, D.S. (2015). Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*, 72(8), 757-66. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.0584.
- Gunderson, J. G. (2009). Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *The American Journal of Psychiatry*, 166(5), 530–539. Doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08121825.
- Gunderson, J. G., Weinberg, I. & Choi-Kain, L. (2013). Borderline Personality Disorder. *Focus*, 11(2), 129-145. Doi: 10.1176/appi.focus.11.2.129
- Johnson, J.G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E.M. & Bernstein, D.P. (1999) Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 600-606. doi:10.1001/archpsyc.56.7.600
- Johnson, J.G., Cohen, P., Gould, M.S., Kasen, S., Brown, J. & Brook, J.S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during

late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59(8), 741-749. doi:10.1001/archpsyc.59.8.741.

Kernberg, O. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.

Kienast, T., Stoffers, J., Bempohl, F. & Lieb, K. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(16):280-286. doi: 10.3238/arztebl.2014.0280.

Koerner, K., & Linehan, M. M. (2000) Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 151-67. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70149-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70149-0)

Koons, C.R., Robins, C. J., Tweed, L.J., Lynch, T.R., Gonzalez, A.M., Morse, J. Q., Bishop, G.K., Butterfield, M.I., & Bastian, L. A. (2001). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in women veterans with Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy* 32, 371-390.

Laquesne, E. R. & Hersh, R.G. (2004). Disclosure of a diagnosis of borderline personality Disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 10(3),170-176.

Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M.M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364, 453-461. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)

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

Linehan, M. M. (2003) Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Barcelona: Paidós

Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual, 2nd Ed*. New York: The Guilford Press.

Linehan, M. M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H.L. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060-1064. doi:10.1001/archpsyc.1991.01810360024003

Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S.K., Comtois, K.A., Welch, S.S., Heagerty, P. & Kivlahan, D.R.(2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive

validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 13-26. DOI: 10.1016/S0376-8716(02)00011-X.

Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addiction*, 8(4), 279-292. doi:10.1080/105504999305686

Links, P. S., Heslegrave R., & Van Reekum, R. (1999). Impulsivity: core aspect of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*. 13(1), 1-9.

Loranger A., & Tulis E. (1985). Family history of alcoholism in borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42(2), 153–157. doi:10.1001/archpsyc.1985.01790250047006

Merikangas, K. R., & McClair, V. L. (2012). Epidemiology of Substance Use Disorders. *Human Genetics*, 131(6), 779–789. doi: 10.1007/s00439-012-1168-0.

Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K. & Swendsen, J. (2010) Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989. doi: 10.1016/j.jaac.2010.05.017.

Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical Behavior Therapy Skills use as a Mediator and Outcome of Treatment for Borderline Personality Disorder. *Behaviour reserch and Therapy*, 48(9), 832–839. doi: 10.1016/j.brat.2010.05.017

Oldham, J. M. (2004). Borderline Personality Disorder: The Treatment Dilemma. *Journal of Psychiatric Practice*, 10(3), 204-206.

Oldham, J. M., Skodol, A. E., Keliman, D., Hyler, S. E., Doidge, N., Rosnick, L., & Gallaher, P. E. (1995). Comorbidity of axis I and axis II disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 152(4), 571-578. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.152.4.571>

Oragnizacion Mundial de la Salud (2004). Global Health Observatory (GHO) data. Recuperado de: http://www.who.int/gho/substance_abuse/burden/en/

- Pons Diez, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*, 4(2), 157-186.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Transtheoretical therapy: Hacia un modelo de cambio integral. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 19(3), 276-288. doi: 10.1037/h0088437.pdf
- Regier, D.A., Kuhl, E.A. & Kupfer, D.J. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry*. 12(2), 92-8. doi: 10.1002/wps.20050.
- Rizvi, S. L., Dimeff, L. A., Skutch, J., Carroll, D., & Linehan, M. M. (2011). A Pilot Study of the DBT Coach: an Interactive Mobile Phone Application for Individuals with Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder. *Behavior Therapy*, 42(4), 589-600. doi: 10.1016/j.beth.2011.01.003
- Siever, L. J., & Davis, K. L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1647-1658. doi:http://dx.doi.org/10.1176/ajp.148.12.1647
- Substance Abuse and Mental Health Services. (2014). *Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*. Rockville, MD: Administration Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Swendsen, J. & Le Moal, M. (2011). Individual vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1216, 73-85. doi: 10.1111/j.1749-6632.2010.05894.x.
- Swendsen, J., Conway, K. P., Degenhardt, L., Glantz, M., Jin, R., Merikangas, K.R., Sampson, N., Kessler, R.C. (2010). Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction*, 105(6):1117- 1128. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.02902.x.
- Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P.A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Tambs, K. & Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41(6), 416-25. DOI:10.1053/comp.2000.16560.
- Trull, T. J., Sher, K.J., Minks-Brown, C., Durbin, J. & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 235-53. doi: 10.1016/S0272-7358(99)00028-8

- Van den Bosch, L.M., Verheul, R., Schippers, G.M. & van den Brink, W.(2002) Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, 27(6), 911-923. DOI: 10.1016/S0306-4603(02)00293-9.
- Van Reekum, R., Links, P. S., & Fedorov, C. (1994). Impulsivity in borderline personality disorder. En K. R. Silk (Ed), *Biological and Neurobehavioral Studies of Borderline Personality Disorder* (pp. 1-22). Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Verheul, R., Van Den Bosch, L. M., Koeter, M., W., Ridder, M., Stijnen, T., & Den Brink W. (2003). *The British Journal of Psychiatry*, 182(2), 135-140. doi: 10.1192/bjp.182.2.135
- Zanarini, M. C. (1993). Borderline Personality Disorder as an Impulse Spectrum Disorder. En J. Paris (Ed.), *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment* (pp. 67-86). Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., Marino, M.F., Lewis, R.E., Williams A.A. & Khera, G.S. (2000) Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. *Journal of Personality Disorder*, 14(3), 264-273. Doi: 10.1521/pedi.2000.14.3.264
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1989). The Revised Diagnostic Interview for Borderlines: discriminating BPD from other Axis II Disorders. *Journal of Personality Disorders*. 3(1), 10–18. Doi:10.1521/pedi.1989.3.1.10
- Zanarini, M.C., Barison, L.K., Frankenburg, F.R., Reich, D.B.& Hudson, J.I. (2009). Family history study of the familial coaggregation of borderline personality disorder with axis I and nonborderline dramatic cluster axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*,23(4), 357-369. DOI: 10.1521/pedi.2009.23.4.357.

8. Anexos

*Ficha de Tolerancia al Malestar:
Cuando la crisis es una adicción*

FICHA DE TOLERANCIA AL MALESTAR 16

Cuando la crisis es una Adicción

Habilidades para alejarse de la adicción: D, C, B, A.

D

ABSTINENCIA DIALECTICA

(Ver Ficha de Tolerancia al Malestar 17)

C

MENTE CLARA

(Ver Ficha de Tolerancia al Malestar 18)

REFUERZO DE LA COMUNIDAD

(Ver Ficha de Tolerancia al Malestar 19)

B

QUEMANDO TUS PUENTES

(Ver Ficha de Tolerancia al Malestar 20)

A

REBELIÓN ALTERNATIVA

(Ver Ficha de Tolerancia al Malestar 21)

NEGACIÓN ADAPTATIVA

(Ver Ficha de Tolerancia al Malestar 21)

FICHA DE TOLERANCIA AL MALESTAR 16a

Adicciones comunes

En caso de que hayas pensado que no tenías adicciones, aquí hay una lista.

Sos *adicto* cuando sos incapaz de detener un patrón de comportamiento o el uso de sustancias a pesar de conocer sus consecuencias negativas y a pesar de tus mejores esfuerzos para detenerlo.

- Alcohol
 - Otros _____
- Búsqueda de atención
 - Otros _____
- Evitación el sufrimiento
- Evitación de las emociones
- Evitación de _____
- Carreras de autos
- Apuestas
- Bulimia (purga / vómitos)
- Ser infiel
- Café
- Bebidas colas
- Colección de
 - Arte
 - Monedas
 - Basura
 - Ropa
 - Zapatos
 - Música
- Computadoras
- Actividades delictivas
- Hacer dieta
- Las drogas (ilícitas y prescritas)
- Diuréticos
- E-mail
- Comida
 - Hidratos de carbono
 - Chocolates
 - Alimento específico

- Juegos de azar
- Juegos y rompecabezas
- Chismes
- Imaginar / fantasear
- Internet

- Juegos de Internet
- Cleptomanía / robar
- Mentir
- Pornografía
- Conducción temeraria
- Comportamientos de riesgo
- Auto infligirse lastimaduras / Auto mutilación
- Sexo
- Hurtos
- Compras
- Dormir
- Aplicaciones de teléfonos inteligentes
- Fumar / tabaco
- Velocidad
- Las prácticas espirituales
- Las redes sociales
- Actividades deportivas
- Andar en bicicleta
- Escalar
- Correr
- Levantamiento de pesas
- Modelado del cuerpo
- Otros _____
- Otros _____
- Televisión
- Mensajes de texto
- Vandalismo
- Videos
- Videojuegos
- X-box
- Trabajo
- Otro _____
- Otro _____
- Otro _____

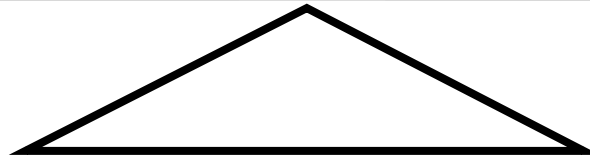
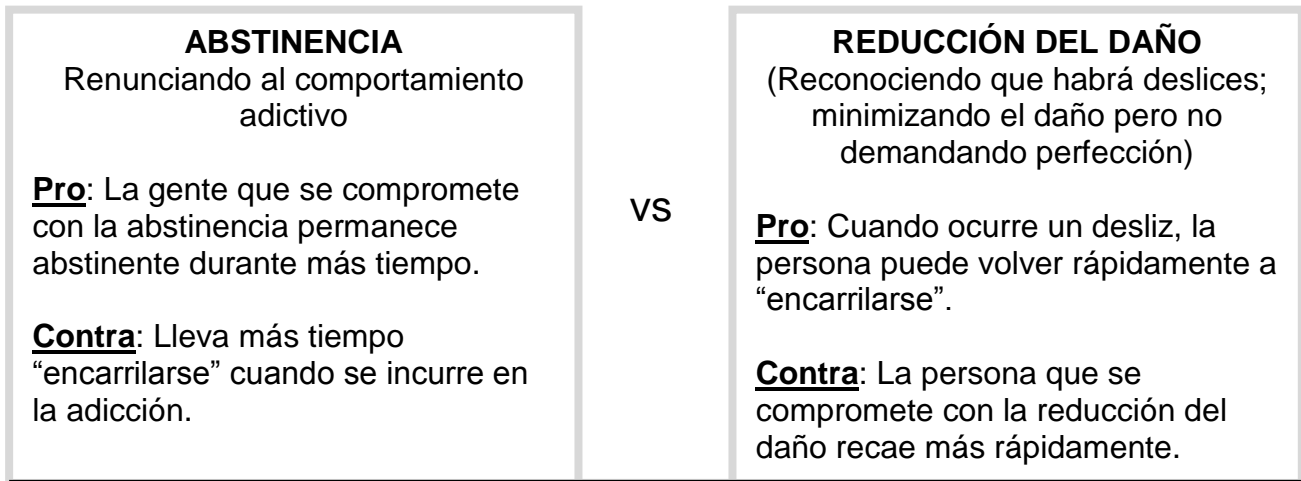
FICHA DE TOLERANCIA AL MALESTAR 17

(Tareas de tolerancia al malestar 14)

D

Abstinencia Dialéctica

(Haciendo el compromiso de abstenerse de los comportamientos adictivos)



SÍNTESIS = ABSTINENCIA DIALÉCTICA

La meta es no involucrarse en conductas adictivas nuevamente, en otras palabras alcanzar la abstinencia completa.

Sin embargo, si hay un desliz, la meta es minimizar el daño y volver a la abstinencia tan pronto como sea posible.

Pros: ¡Funciona!

Contras: Es trabajoso. No tienes permisos.
(Siempre estás o abstinentes o trabajando para volver a la abstinencia.)

Un ejemplo de **esperar lo mejor y estar preparado para los puntos más conflictivos**: Los atletas olímpicos deben **creer** y **comportarse como si** pudieran **ganar cada una de las carreras**, incluso cuando han perdido antes y volverán a perder.

FICHA DE TOLERANCIA AL MALESTAR 17a

(Tareas de tolerancia al malestar 14)

Planeando la Abstinencia Dialéctica

Plan para Abstinencia

1. Disfruta tu éxito, pero con una mente clara; Planeá en función a las tentaciones de recaer.
2. Pasar el tiempo o hablar con gente que refuerce tu abstinencia.
3. Planea actividades reforzantes para hacer en lugar de tus conductas adictivas.
4. Quema puentes (**B**): evita situaciones de alto riesgo para tus conductas adictivas.
5. Construí nuevos puentes (B): Desarrolla imágenes, olores o actividades mentales que compitan con la información asociada con el craving.
6. Encuentra actividades de rebelión alternativa (A).
7. Anuncia de forma publica la abstinencia; negá cualquier idea de recaer en la adicción.

Plan para Reducción de Daños

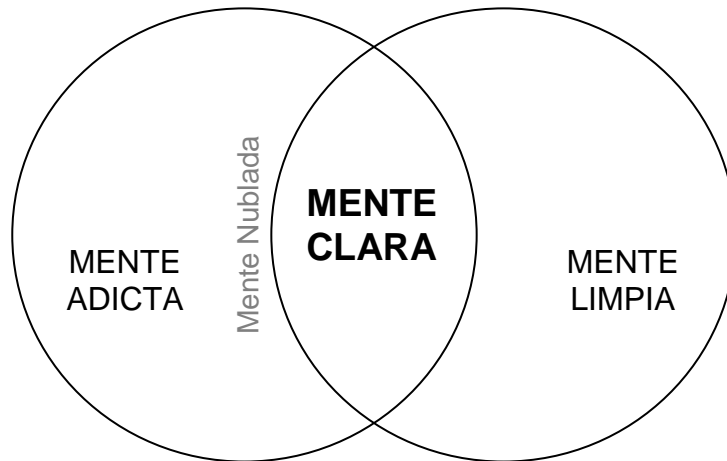
1. Llamá a tu terapeuta, sponsor o mentor para ayudarte a aplicar las habilidades.
2. Ponte en contacto con otras personas que puedan ayudar
3. Deshacete de las tentaciones; rodeate de recordatorios de comportamientos efectivos.
4. Reveé las habilidades y fichas de DBT.
5. Podes ensayar Acción Opuesta (Ficha 8 de Regulación Emocional) para combatir la culpa y la vergüenza. Si nada de esto funciona, puedes ir a anónimamente a un grupo de ayuda de cualquier tipo y hacer público tu desliz.
6. Construí Dominio (Ficha 14 de Regulación Emocional) y Anticipate (Ficha 15 de Regulación emocional) pueden servir para situaciones emocionales. Verificá los Hechos (Ficha 6 de Regulación Emocional) puede usarse para luchar contra la sensación de estar fuera de control.
7. Habilidades Interpersonales (Fichas de Efectividad Interpersonal 5 a 7) como pedir ayuda a tu familia, amigos, sponsors o consejeros pueden servir de mucho. Si te encontrás aislado/a, es posible encontrar ayuda a través de internet a través de grupos de apoyo.%
8. Realizá análisis en cadena para revisar que desencadenó el desliz.
9. Hace de inmediato una resolución de problemas para encontrar la manera de volver al camino y reparar cualquier daño (Regulación emocional, Ficha 7).
10. Usá Distráete, Calmate, y Mejorá el Momento.
11. Date aliento, animáte a vos mismo/a.
12. Hace Pros y contras de abandonar conductas adictivas (Tarea de regulación Emocional A).
13. Alejate de pensar en extremos. No dejes que un desliz se convierta en un desastre.
14. Volve a comprometerte al 100% con tu abstinencia.

FICHA DE TOLERANCIA AL MALESTAR 18

(Tareas de tolerancia al malestar 15)

C

Mente Clara



La Mente Adicta es:

Impulsiva
Monotematica
Dispuesta a hacer cualquier cosa por una 'solucion'.

En la **mente adicta** estas regido por la adicción. Por los impulsos, por los problemas habituales de conducta que determinan tus pensamientos, emociones y comportamientos.

La Mente Limpia es:

Ingenua
Arriesgada
Ignorante de los peligros

En la mente limpia, estas limpio pero negado a los peligros que podrían ser señal de los problemas habituales en tu conducta. Crees que eres invencible e inmune a futuras tentaciones



¡Ambos extremos son *peligrosos!*

Mente Clara: Es el lugar más seguro para estar.

Estás limpio, pero recuerdas la Mente Adicta.

Aceptas radicalmente que la recaída **no es imposible**.

Disfrutas de tu **éxito**, mientras estás a la **expectativa de impulsos y señales**, y te **preparas** para cuando estés tentado.

FICHA DE TOLERANCIA AL MALESTAR 18a

(Tareas de tolerancia al malestar 16)

PATRONES DE CONDUCTA CARACTERÍSTICOS DE UNA MENTE ADICTA Y DE UNA MENTE LIMPIA

Mente Adicta:

- Participar en conductas adictivas
- Pensar "Realmente no tengo un problema de adicción"
- Pensar "Puedo hacerlo un poco"
- Pensar "Puedo darme el gusto de mi hábito si es sólo los fines de semana"
- Pensar "Puedo soportarlo"
- Exaltamiento o idealización de la adicción
- Navegar en la red en busca de formas de participar en conductas adictivas.
- Comprar parafernalia (comida, drogas, videos, etc.) para el comportamiento adictivo.
- Vender o intercambiar artículos relacionados con las conductas adictivas.
- Robar para pagar la adicción.
- Prostituirse por dinero o para conseguir parafernalia
- Mentir
- Esconderse
- Aislarse
- Actuar siempre ocupado; "¡me tengo que ir!"
- Romper promesas
- Cometer crímenes
- Actuar como un cadáver
- No tener vida en los ojos
- Actuar desesperado/obsesionado
- No mirar a la gente a los ojos
- Tener una higiene pobre
- Evitar a los médicos
- Otro.....
- Otro.....
- Otro.....

Mente limpia:

- Participar en conductas aparentemente irrelevantes que en el pasado inevitablemente te llevaron a la conducta adictiva.
- Pensar "He aprendido mi lección"
- Pensar "Puedo controlar el hábito"
- Pensar "Realmente ya no tengo un problema de adicción"
- Dejar o reducir la medicación para la adicción
- Estar en ambientes donde otros participan en comportamientos adictivos
- Mantener la parafernalia de la adicción
- Llevar dinero extra
- Ser irresponsable con las cuentas
- Vestirse como un adicto
- No ir a las reuniones
- No enfrentar los problemas que alimentan mi conducta adictiva
- Actuar como si solo el poder de la voluntad fuese necesario
- Aislarse
- Creer que puedo hacerlo solo
- Pensar "Puedo tomar drogas para el dolor/dietas/involucrarme en conductas adictivas si éstas son prescritas o he avisado antes"; "No necesito decir nada sobre mi adicción pasada".
- Otro.....
- Otro.....
- Otro.....

FICHA DE TOLERANCIA AL MALESTAR 19

(Tareas de tolerancia al malestar 16)



Refuerzo de la Comunidad

Reemplazando los reforzadores de la adicción con los reforzadores de la abstinencia

Reforzar la abstinencia es fundamental

Los reforzadores en tu ambiente juegan un poderoso papel en alentar o desalentar conductas adictivas.

Para acabar con las conductas adictivas tienes que descubrir cómo construir un estilo de vida **sin** conductas adictivas que sea más gratificante que un estilo de vida **con** tus conductas adictivas.

Debes encontrar la manera de conseguir que sea más satisfactorio que tus conductas sean incompatibles con las adicciones, y que esta incompatibilidad sea recompensada o alentada por aquellos que te rodean.

El poder de la voluntad **no** es suficiente. Si lo fuera, ¡todos seríamos perfectos!

Reemplaza los reforzadores adictivos con reforzadores de la abstinencia

- Buscá gente que no sea adicta para pasar el tiempo con ellos.
- Aumentá el número de actividades placenteras que no involucren tu adicción
- Si no puedes decidir qué gente o qué actividades te gustan, probá muchos grupos de personas diferentes y un montón de actividades diferentes
- Comenzá una serie de pasos para la acción que aumentarán tus posibilidades de acumular eventos positivos que replacen una adicción que evita los eventos positivos.

Prueba de abstinencia

- Comprométete a.....días lejos de tu adicción y observa los beneficios que naturalmente se dan
- Evita temporariamente los disparadores de las adicciones de alto riesgo y replázalos con conductas competentes y eficientes para poder transitar este período de prueba
- Observa todos los eventos positivos extras que ocurren cuando no estás involucrado en conductas adictivas

FICHA DE TOLERANCIA AL MALESTAR 20

(Tareas de tolerancia al malestar 17)

B

Quemando Puentes, Creando Nuevos

QUEMANDO PUENTES

Aceptar en el nivel más radical que en realidad no vas a volver a caer en la conducta adictiva de nuevo y luego ponerse activo para cortar con las opciones de todo comportamiento adictivo.

1. Haz un compromiso absoluto para abstenerte de la conducta adictiva (la cual es: _____)
2. Entrá al garaje de la abstinencia y **cerrá la puerta del garaje con todas tus ganas**. (Recordá que la más pequeña hendidura puede permitir que entre un elefante).
3. Hacé una lista y deshacete de todo lo que en tu vida facilita a a la adicción.
 - Tirá la información de contactos de personas que actúan en complicidad con vos.
 - Deshacete de todas las señales posibles y las tentaciones.
4. Realizá una lista y hacé todo lo posible para que sea difícil o imposible continuar con el comportamiento adictivo.
 - "Sin piedad" y en todo momento decí la verdad acerca de tu comportamiento.
 - Contele a todos tus amigos y familiares que has renunciado a la adicción.

CREANDO NUEVOS PUENTES

Creá imágenes visuales y olores que van a competir con la información registrada en sus sistemas visuales y olfativos del cerebro cuando se producen los antojos.

Los antojos y las ganas están estrechamente relacionados con imágenes vividas y olores de lo que se anhela. Cuanto más fuertes sean las imágenes o los aromas/olores, más fuerte es el deseo.

- Construí una imagen u olor diferente en el que pensar y tratá de mantenerla en la memoria cuando tengas un antojo no deseado. (Por ejemplo, cada vez que se te antoje un cigarrillo, imaginá estar en la playa y tratá de mantener las imágenes y los olores en tu mente para reducir el deseo de los cigarrillos).
- Cuando los antojos no deseados aparecen, mirá las imágenes en movimiento, o rodeate de olores no relacionados con la adicción. Tanto las imágenes en movimiento y como los olores nuevos compiten con la información asociada a tu antojo.

- Barrená el impulso. Atravesá las ganas imaginándote que estas surfeando olas como si fueran tus impulsos y ganas. Notalas cómo vienen y se van, como suben y bajan, cómo se van haciendo más pequeñas hasta finalmente desaparecer.

FICHA DE TOLERANCIA AL MALESTAR 21

(Tareas de tolerancia al malestar 18)

A

Opciones Alternativas

Rebelión Alternativa

Cuando las conductas adictivas son una forma de rebelarse contra la autoridad, las convenciones y el aburrimiento de no romper las reglas o leyes, probá rebelión alternativa.

La rebelión alternativa sustituye a la rebelión destructiva y te mantiene en el camino hacia tus metas.

Ejemplos:

- Afeitate la cabeza,
- Usá ropa interior loca,
- Usá zapatos dispares,
- Tené pensamientos secretos,
- Expresá opiniones no convencionales
- Tené actos de bondad al azar
- Vacacioná con tu familia en una colonia nudista, escribí una carta diciendo exactamente lo que querés decir a alguien; sin censura – Llévala escondida cuando estés con esta persona.
- Teñite con un color salvaje,
- Hacete un tatuaje o piercing en el cuerpo,
- Usá prendas del revés,
- No te bañes durante una semana,
- Imprimí un lema en una camiseta
- Pintá tu cara,
- Vestite o desvestite cuando sea inesperado
- LARPing (juego de role play en vivo)
- Otros:...

FICHA DE TOLERANCIA AL MALESTAR 21a

(Tareas de tolerancia al malestar 19)

A

Negación Adaptativa

Cuando tu mente no pueda tolerar el antojo y las ganas de las conductas adictivas probá con negación adaptativa.

- Cuando te agarren las ganas, negá que deseas la sustancia o la conducta problema.
- Convencéte a vos mismo que querés otra cosa en vez de la conducta problema. (Por ejemplo, reformulá las ganas fumar un cigarrillo en ganas de morder un palillo de dientes con sabor; las ganas de tomar alcohol en ganas de comer algo dulce; el impulso de jugar por una rebelión alternativa. (ver Ficha de Tolerancia al malestar 19).

Otra: _____

Otra: _____

Sé inflexible con vos mismo en tu autonegación e involucrate en la conducta alternativa.

- Postergá la conducta adictiva. Posponla por cinco minutos y luego por otros cinco minutos, y así sucesivamente, y cada vez repetite "sólo tengo soportar esto durante cinco minutos." Decite a vos mismo cada día que serás abstinentes sólo por hoy (o cada hora, sólo por esta hora, y así sucesivamente), diciéndote "Esto no es para siempre, puedo soportar esto ahora mismo."