

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN

Dificultades en el abordaje del Trastorno Límite de Personalidad desde la Terapia
Dialéctico Conductual

Autor: Ivana Knulst

Tutor: Dr. Eduardo Leiderman

Índice

1. Introducción	3
2. Objetivos	4
2.1. Objetivo general	4
2.2. Objetivos específicos	4
3. Marco teórico	5
3.1. Trastorno Límite de la personalidad	5
3.1.1. Antecedentes	5
3.1.2. Características generales	6
3.1.3. Prevalencia	9
3.1.4. Teoría Biosocial	10
3.2. Terapia Dialéctico Conductual	13
3.2.1. Características generales	13
3.2.2. Terapia Individual	16
3.2.3. Entrenamiento de habilidades	17
3.2.4. Contacto telefónico	19
3.2.5. Equipo de supervisión	21
3.2.6. Familiares y allegados	12
3.3. Dificultades	
3.3.1. Relacionadas con el terapeuta	23
3.3.2. Relacionadas con los grupos de habilidades	26
3.3.3. Relacionadas con los grupos familiares	29
4. Metodología	
4.1. Tipo de estudio	30
4.2. Participantes	30
4.3. Instrumentos	31
4.4. Procedimiento	32
5. Desarrollo	32
6. Conclusiones	42
7. Bibliografía	48

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo surgió como resultado de la pasantía que se realizó en el marco de la Práctica y Habilitación Profesional. El mismo se llevó a cabo en una organización que se dedica a brindar programas de salud mental, a la investigación y a la formación de profesionales relacionados con la disciplina.

Dicha institución trabaja desde el modelo de terapia focalizada en la resolución de problemas y está orientado a la inclusión del núcleo familiar y de la red social de la persona a los fines de obtener una visión integral.

Los equipos terapéuticos están compuestos por profesionales de distintas áreas de la salud mental y todos han sido entrenados en el modelo estratégico y cognitivo.

Semanalmente se realizan reuniones de supervisión divididas por área: psicólogos, psiquiatras y psicopedagogos. En las mismas se evacúan las dudas y se participa de actividades de actualización profesional brindadas por el Departamento de Docencia Interna.

Así también, el Centro le ofrece a sus miembros la posibilidad de participar en la supervisión en vivo de casos clínicos a través de Cámaras Gesell.

La institución cuenta con un equipo de profesionales que trabaja con pacientes que padecen de Trastorno Límite de Personalidad a través de un tratamiento psicoterapéutico especializado para esta problemática como es la Terapia Dialéctico Conductual.

La actividad realizada estuvo relacionada con la observación no participante en los espacios de supervisión del equipo de profesionales mencionado previamente.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

– Describir las dificultades existentes en el tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad desde el modelo de la Terapia Dialéctico Conductual en una paciente de 21 años.

2.2 Objetivos específicos

– Analizar las dificultades en la aplicación de las habilidades tendientes a disminuir o controlar situaciones de crisis que son entrenadas en los encuentros grupales.

– Analizar las dificultades en el trabajo con los padres y su incidencia en el tratamiento de la paciente.

– Describir los principales obstáculos enfrentados por el terapeuta a cargo y la importancia que representa la supervisión de los casos.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

3.1.1. Antecedentes

La Asociación Americana de Psiquiatría incorporó el diagnóstico del trastorno límite de personalidad al DSM III en 1980 pero fue para fines de la década de los años 90 cuando este término recobró importancia, siendo adaptado por la Organización Mundial de la Salud y sufriendo varias modificaciones posteriores (Gunderson, 2009).

Los orígenes de esta patología están tradicionalmente relacionados con las observaciones realizadas por el psicoanalista Adolph Stern en 1930. Stern, quien acuñó el término *borderline*, reconocía dentro de la totalidad de sus pacientes un subgrupo que no cumplía con los criterios para referir a una psicosis o neurosis, quedando por fuera de las clasificaciones nosológicas creadas por Freud (Gunderson, 2009).

A partir de ese momento, dicho concepto comenzó a ser utilizado por los psicoanalistas de la época para referirse a aquellos pacientes que a pesar de presentar limitaciones para desenvolverse correctamente frente a las actividades cotidianas, no encajaban dentro de las categorías diagnósticas tradicionales y eran muy difíciles de tratar con los métodos analíticos convencionales (Linehan, 1993).

Durante mucho tiempo se consideró a los pacientes *borderline* como aquellos que se encontraban en el límite entre la psicosis y la neurosis, la esquizofrenia y la no esquizofrenia, lo normal y lo anormal (Linehan, 1993).

En 1975 y como contraposición a esto, Otto Kernberg refiere a una personalidad *borderline* de la organización como algo patológico, estable y crónico en lugar de un estado que fluctúa entre neurosis y psicosis (Kernberg, 1985).

Kernberg (1985) sostenía que estos pacientes, a diferencia de los psicóticos, conservaban la capacidad de percibir adecuadamente la realidad a menos que se encontrasen en situaciones de gran estrés o bajo los efectos del alcohol o drogas.

Dicho autor expuso así mismo una distinción entre los pacientes neuróticos y los borderline al sostener que estos últimos presentaban defensas primitivas. Como resultado de éstas, los pacientes limítrofes consideraban que las personas o cosas pueden ser enteramente buenas o malas, pudiendo cambiar dicha apreciación de un día para el otro (Kernberg, 1985).

Siguiendo lo expuesto por Kernberg, el término borderline, debería ser reservado para aquellos pacientes que presentasen:

- Constelaciones sintomáticas típicas
- Típicas constelaciones de operaciones defensivas del ego
- Alteración en las relaciones objetales
- Características genético – dinámicas típicas

A partir de la inclusión en el DSM III y la estandarización de los criterios para su diagnóstico, el término borderline, comenzó a ser utilizado por un segmento cada vez más amplio de la comunidad de la salud mental (Gunderson, 2009).

3.1.2. Características generales

Teniendo en cuenta los principales manuales diagnósticos, cuyo uso está más extendido en el mundo, el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) reúne los criterios desarrollados a continuación.

El Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales V (DSM) se refiere a dicho trastorno como: (American Psychiatric Association, 2013)

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 desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.

3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.

4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).

5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.

6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).

7. Sensación crónica de vacío.

8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Por su parte, la décima edición de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10) ubica a dicho trastorno dentro del apartado de *Trastornos de la Personalidad y del comportamiento en adultos* y lo denomina como Trastorno de la Personalidad Emocionalmente Inestable (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

Según esta clasificación el TLP es un trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo. La imagen de sí mismo, los objetivos y las preferencias internas a menudo son

confusas o están alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o de actos autoagresivos (aunque éstos pueden presentarse sin claros factores desencadenantes) (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

El Desorden Límite de la Personalidad forma parte de los once trastornos de personalidad descritos en los manuales de diagnóstico desarrollados previamente. Es uno de los temas más investigados en la comunidad científica actual (Gagliesi et al., 2007).

Serrani (2011) sostiene que es la ausencia de controles internos en los pacientes fronterizos lo que los lleva a experimentar sentimientos profundos y contradictorios en el mismo momento. Son capaces de amar intensamente a las personas y al mismo tiempo de atacarlas de formas inesperadas experimentando un desbalance emocional constante.

Linehan (1993) también hace referencia a este desbalance pero lo denomina desregulación y sostiene que los individuos borderline la experimentan en diferentes niveles. Primariamente presentan una desregulación emocional que trae aparejada muchas veces episodios de depresión, ansiedad e irritabilidad.

Así también, esta desregulación alcanza a las relaciones interpersonales, llevándolos a tener vínculos caóticos, intensos y problemáticos. Mayormente realizan intensos esfuerzos por mantener esas relaciones a pesar de no ser positivas para ellos ya que no toleran el temor al abandono (Linehan, 1993).

Siguiendo lo expuesto por Linehan (1993), los pacientes borderline presentan una desregulación en el comportamiento que se expresa por medio de conductas impulsivas. De aquí que los intentos de automutilación, lesiones e intentos de suicidio sean tan comunes en esta población.

En relación al nivel cognitivo, se puede encontrar que como resultado de dicha desregulación, presenten formas del pensamiento despersonalizado, disociación, pudiendo llegar a los delirios en determinadas situaciones de estrés. Por último, Linehan (1993) señala que presentan una desregulación en el sentimiento del yo, que puede manifestarse por el sentimiento de vacío y por el desconocimiento de la propia persona.

García López, Martín Perez y Otín Llop (2010) consideran que en general el pronóstico de éstos paciente a corto/medio plazo está muy ligado al tipo de tratamiento psicoterapéutico y/o farmacológico que realicen. Si el tratamiento es adecuado, en un plazo un poco mayor es cuando debiera verse la mejoría del paciente logrando disminuir la intensidad de la sintomatología presentada y permitiéndoles de esta manera tener un funcionamiento más adaptado.

3.1.3. Prevalencia

El trastorno límite de la personalidad es considerado como una de las patologías más deteriorantes en la vida del individuo. Además es el trastorno de la personalidad más frecuente hoy en día, alcanzando aproximadamente entorno al 30% y 60% de los pacientes diagnosticados con trastorno de la personalidad (Nieto, 2006)

De acuerdo a lo expuesto por Vásquez Dextre (2016), la prevalencia del TLP en la población es alta, se estima entre el 2 y el 5 %. En pacientes ambulatorios es del 11%, mientras que en pacientes internados es del 20%. El 75% tiene conductas autolesivas y el 10% llega al suicidio consumado

La comorbilidad también es alta y variada, el 40 a 80% cumple criterios de depresión, el 10-20% es comórbido con trastorno bipolar, el 60% con abuso de sustancias, el 40-50% con trastorno por estrés postraumático, el 30-48% con trastorno de pánico y el 30-53% con algún trastorno de conducta alimentaria. (Vásquez Dextre, 2016).

Así también, algunos autores consideran importante resaltar que individuos con familiares con este trastorno tienen un riesgo cinco veces mayor de obtenerlo (Vásquez Dextre, 2016; Caballo, 2001).

De acuerdo a lo expuesto por Caballo (2001) el TLP es un trastorno que se encuentra más frecuentemente en mujeres y no así en hombres (3 a 1) aumentando la prevalencia cuando se asocian a un entorno urbano y un nivel socio económico bajo.

Sin embargo investigaciones más recientes no arrojan diferencias significativas entre ambos sexos. Independientemente del género, se considera que la franja etaria con mayor riesgo de padecer TLP es la que se ubica entre los 20 y 30 años (Serrani, 2011).

En todos los casos, en la actualidad algunos autores sostienen que la aparición de este trastorno está relacionada con supuestas variables de tipo biológico, con experiencias psicológicas traumáticas y un contexto social inadecuado. Las experiencias de separación, la pérdida o el cuidado disfuncional por parte de los padres así como también haber sufrido abusos físicos o sexuales en la infancia pueden ser considerados como factores de riesgo (García López, Martín Perez & Otín Llop, 2010).

3.1.4. Teoría Biosocial

Con el objetivo de explicar la etiología de este trastorno, Linehan (1993) se sirvió de la teoría biosocial. La misma sostiene que las inadecuadas respuestas emocionales de las personas con trastorno límite de la personalidad se deben a la combinación de una vulnerabilidad genética y diversos factores ambientales (eventos traumáticos en la infancia y ambientes invalidantes).

Siguiendo lo expuesto por Linehan (1993), dicha dificultad para regular las emociones sería el resultado de la suma de una vulnerabilidad emocional y la aplicación de estrategias inadecuadas para modular las emociones.

La autora manifiesta que la vulnerabilidad se expresa en tres aspectos: a) alta sensibilidad a los estímulos emocionales; b) alta reactividad a dichos estímulos y c) retorno lento al estado de calma luego de la desregulación emocional ocasionada (Linehan, 2003).

Por su parte, la modulación de las emociones implica la posibilidad de inhibir las conductas inadecuadas que se presenten ante la activación de fuertes afectos negativos o positivos; la organización y coordinación de uno mismo para alcanzar un objetivo externo; calmar la activación cognitiva y/o fisiológica que la intensa emoción pudiera haber inducido, y la capacidad de centrar la atención. (Linehan, 2003)

Así mismo señala que la desregulación de las emociones en individuos con trastorno límite de la personalidad es por lo tanto, el resultado de la transacción que ocurre entre dos factores: la disposición biológica y el contexto ambiental (Linehan, 2003).

En relación al factor biológico, algunos estudios realizados sostienen la existencia de una patología cerebral dual en pacientes limítrofes que incluye a los circuitos frontales y

límbicos. Al mismo tiempo, estas áreas, también estarían involucradas en la disfunción serotoninérgica que se relacionaría con síntomas característicos del TLP, tales como la impulsividad y la autoagresividad (Tajima et al., 2009).

Tajima et al. (2009) sostienen que los estudios de neuroimagen estructural aportaron datos que llevan a pensar en una correlación con la existencia de hechos traumáticos ocurridos en la infancia. Estos acontecimientos traumáticos parecen influenciar aspectos estructurales tales como: el grosor del istmo del cuerpo calloso, el volumen del giro poscentral izquierdo y precuneo derecho, el volumen hipocampal y/o el volumen de la glándula pituitaria

Por otro lado, las técnicas de neuroimagen funcional, que permiten detectar la actividad cerebral al poner en marcha una tarea que requiere de la cognición, indicarían la existencia de una hipoactividad en el área frontal (Tajima et al., 2009).

Otros autores sostienen que el hallazgo más frecuente en este tipo de pacientes es una disminución bilateral en el volumen del hipocampo y la amígdala y que esto constituye el rasgo característico de dicho trastorno (Ruocco, Amirthavasagam & Zakzanis, 2012).

A pesar de todas las investigaciones realizadas, se sigue considerando que no es posible concebir la etiopatogenia del TLP desde una perspectiva meramente biológica. Es necesario realizar un abordaje que tenga en cuenta factores tanto genéticos como ambientales (Guendelman, Garay & Miño, 2014).

Siguiendo esta línea, Linehan (1993) señala que el factor ambiental fundamental para que ocurra la desregulación emocional es lo que se denomina ambiente invalidante. La autora lo describe como un entorno que critica, castiga, ignora o rechaza sistemáticamente los deseos, emociones, conductas o pensamientos de una persona. La característica definitoria de este tipo de ambiente es la tendencia a responder de manera inapropiada y a ser insensible frente a la experiencia privada del niño que no es compartida por el grupo familiar.

En tales familias, la falta de respuestas adecuadas promueve el control de la expresividad emocional, las experiencias negativas son trivializadas y relacionadas con la

falta de motivación o disciplina, mientras que las emociones positivas asociadas a preferencias son relacionadas con falta de juicio o de reflexión (Linehan, 2003).

Como resultado de esto, las personas expuestas a este tipo de ambiente presentan dificultades para reconocer y nombrar sus propias emociones. Desarrollan un estilo extremo de expresión emocional, dudando entre inhibir totalmente la emoción o expresarla sin limitaciones. Con el tiempo se constituye un patrón que lleva a las personas a que no sepan cómo manejar sus propios sentimientos y que busquen en otros las respuestas (Apfelbaum & Gagliesi, 2004).

Siguiendo lo expuesto por Linehan (1993), dentro del conjunto de las familias borderline se pueden diferenciar 3 clases:

1. *Las familias caóticas:* Se pueden presentar todo tipo de conflictos (abuso de sustancias, problemas económicos, padres ausentes, etc.) que derivan en una invalidación de las necesidades de los niños.
2. *Las familias perfectas:* Los padres solo aceptan las emociones positivas de sus hijos, invalidando totalmente las negativas.
3. *Las familias típicas:* En estas prevalece el control cognitivo de las emociones por medio de recursos internos. Si bien se considera que esta capacidad es aprendida por todos, algunas personas pueden no tener dicha destreza o no poder aplicarla adecuadamente.

Por otra parte Apfelbaum y Gagliesi (2004) manifiestan que al hablar de la etiología del trastorno borderline no puede dejar de mencionarse la importancia que los abusos tienen en relación a dicha patología. Estos autores sostienen que las evidencias de abuso, ya sea sexual, físico o psicológico, especialmente intrafamiliares son tan extensas que se llegó a pensar en el TLP como un derivado del Trastorno por Estrés Postraumático ocasionado por aquellos sucesos.

Sin embargo, otros estudios han trivializado la supuesta relación entre abuso sexual y el desarrollo del TLP sobre la base de que no es condición suficiente y que existen numerosas otras causas implicadas (Padilla, 2011).

3.2. TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL

3.2.1. Características generales

El tratamiento del paciente con TLP puede abordarse de diferentes maneras. A pesar de estar establecida la gran efectividad de la farmacoterapia, se considera que para el tratamiento de dicho trastorno, resulta necesario contar con un abordaje psicosocial (García López, Martín Perez & Otín Llop, 2010).

Investigaciones recientes muestran que la terapia dialéctico comportamental (TDC) ha demostrado ser la psicoterapia por excelencia para el abordaje del TLP, logrando la disminución del riesgo de autolesiones, automutilaciones y suicidios en los pacientes diagnosticados comparados con otro tipo de terapias. Secundariamente se ha comprobado que la TDC también tiene buenos resultados en el tratamiento de otras patologías, tales como la drogodependencia y trastornos por alimentación. (Andreasson, et al., 2014; Ansón López & Ripollés Colomer, 2015).

La terapia dialéctico comportamental, de orientación cognitivo conductual, fue desarrollada por Marsha Linehan y su grupo de investigación en 1987. Está específicamente dedicada a abordar este trastorno y se enfoca en trabajar aspectos especialmente problemáticos, como las conductas autolesivas, los intentos de suicidio y la desregulación emocional (Nieto, 2006).

Diversos autores coinciden al manifestar que este tipo de terapia se basa en la búsqueda de un balance sostenido entre estrategias de aceptación y de cambio, donde tanto el terapeuta como el paciente trabajan arduo con el objetivo de equilibrar estas dos fuerzas aparentemente contradictorias. (Gagliesi, 2007; Robins & Rosenthal, 2011).

En este sentido, Gagliesi (2007) indica que la TDC lucha por conseguir integrar los sentimientos pasionales y los pensamientos racionales de las personas a los fines de que en su vida cotidiana, fuera de la terapia, puedan sostener el equilibrio y trasladarlo a sus acciones.

Con todo, la terapia dialéctico conductual sería el resultado de la combinación de tres paradigmas: el conductual, ya que se ocupa de los comportamientos de las personas; el mindfulness, que permite la aceptación del yo, de los otros y del entorno; y la dialéctica, que permite pensar en el balance entre aceptación y cambio (Vásquez Dextre, 2016).

Como indica Linehan (2003), la TDC prioriza los siguientes objetivos: 1) eliminar las conductas que puedan atentar contra la vida del paciente y las conductas autolíticas, 2) eliminar las conductas que interfieran con el mantenimiento del tratamiento tales como el incumplimiento de las tareas o la ausencia a las consultas, 3) trabajar sobre las conductas que provocan una disminución en la calidad de vida.

De acuerdo a lo manifestado por Robins & Rosenthal (2011), la TDC ha sufrido varias modificaciones desde sus inicios a la actualidad. Uno de los cambios más importantes está relacionado con las dificultades que presentaban los terapeutas para enfocarse en la enseñanza de habilidades durante las sesiones individuales, ya que se veían obligados a dedicarle la mayor parte del tiempo al tratamiento de las crisis emergentes. Como resultado de esto se separaron los encuentros, quedando por un lado las sesiones individuales y por otro el entrenamiento en habilidades de manera grupal.

Finalmente, luego de los ajustes realizados en el transcurso de los años, el programa ha quedado estructurado de la siguiente manera (Linehan, 1993):

1. *Terapia individual*: Se realiza de modo semanal y tiene por objetivo principal que el paciente generalice las habilidades adquiridas en los encuentros grupales.
2. *Entrenamiento en habilidades*: También tiene una frecuencia semanal y es llevada adelante por dos terapeutas, preferentemente diferentes de los terapeutas individuales. Se desarrollan cuatro módulos en estos encuentros, cada uno de ellos dura aproximadamente dos meses.
3. *Coaching telefónico*: Se puede realizar entre sesiones y de acuerdo a unas normas previamente pautadas.
4. *Terapia de familiares y allegados*: Se realizan reuniones para asesorar al círculo más cercano.

5. *Reunión de supervisión de equipo:* También se realizan de manera semanal y tiene por objetivo ayudar al terapeuta a cargo a manejar el estrés.

Tal como lo sostiene Linehan (1993), estos modos del programa TDC sirven en conjunto al logro de las funciones globales del tratamiento, que son: 1) aumentar las capacidades (por medio de las clases grupales de habilidades); 2) generalizar esas habilidades aprendidas (llevar los recursos aprendidos a la vida cotidiana por medio de la terapia individual); 3) mejorar la motivación (para que abandonen las conductas problemáticas); 4) mantener la motivación del terapeuta (la complejidad de estos casos pone a prueba las competencias y capacidades del profesional a cargo) y 5) estructurar el ambiente: lograr que el ambiente refuerce las conductas más efectivas y desaliente las más problemáticas.

Finalmente, Linehan (1993,2003) sostiene que el objetivo central de la TDC es reemplazar las conductas ineficaces, desadaptativas e inadecuadas por otras más funcionales. La intención es brindarle al individuo las herramientas necesarias para que pueda vivir una vida que valga la pena ser vivida.

De acuerdo a lo sostenido por diversos autores, numerosos estudios publicados avalan que la TDC presenta una marcada eficacia para el tratamiento específico del TLP y otros problemas relacionados. Los resultados de dichas investigaciones indican que se reducen de manera significativa los intentos de suicidio, los comportamientos autolesivos, la utilización de los servicios de urgencia y la cantidad de internaciones (Chapman, 2006; Palacios, 2008, Serrani, 2010).

Sobre esto el autor señala que el hallazgo más consistente es que se ha comprobado que la TDC logra alcanzar una disminución en las conductas parasuicidas que presentan los pacientes con dicha patología. Diferentes investigaciones indican que a partir de los seis meses de aplicación del tratamiento los pacientes borderline presentan índices menores de comportamientos parasuicidas, logran disminuir las emociones negativas (como el enojo o la ira) y están más adaptados socialmente (Chapman, 2006).

3.2.2. Terapia individual

Linehan (2003) sostiene que la diferencia fundamental entre la TDC y otros tipos de terapias individuales es que ésta prioriza la mejora de las conductas disfuncionales actuales por sobre los conflictos a largo plazo y los efectos de los traumas pasados. En efecto, la postura del terapeuta TDC apunta a eliminar en primer lugar todas aquellas conductas de alto riesgo (suicidas y parasuicidas), las que interfieren en la terapia y en la calidad de vida del paciente, para dar lugar luego a la exploración de otros conflictos internos.

En la TDC la terapia individual es la parte fundamental del tratamiento y sirve de articulación para el resto de las modalidades. Se busca que el paciente sea capaz de aplicar las habilidades aprendidas a las situaciones de la vida cotidiana y en todos los contextos que sean necesarios (Vásquez Dextre, 2016).

En relación a esto, Chapman (2006) indica que se destinará gran parte del tiempo de las sesiones a construir escenarios donde el paciente pueda generalizar e implementar las herramientas trabajadas durante los encuentros grupales, tratando de alcanzar, por medio de la práctica, que su uso pueda ser extendido al ambiente habitual de cada uno.

Serrani (2011) señala que la cantidad de sesiones semanales dependerá del tipo de paciente que se trate, si está internado o es ambulatorio. Durante las mismas se analizan los problemas de comportamiento para tratar de dilucidar las causas que inician, mantienen y refuerzan las conductas desadaptativas.

Como en toda terapia, también resultan muy importantes las características que presente el terapeuta a los fines de alcanzar dichos objetivos. En este sentido, Linehan (1993) sostiene que el terapeuta que trabaje en este tipo de tratamiento debe estar orientado al cambio y a la vez a la aceptación, debe ser flexible al mismo tiempo que exigente y contenedor.

Siguiendo esta línea Gagliesi (2007) señala que dependerá en gran parte de la capacidad del terapeuta que el paciente pueda aplicar los recursos aprendidos, practicarlos, ensayarlos y llevarlos a las diferentes situaciones de la vida cotidiana. Además indica que

será parte de su tarea lograr mejorar la motivación de las personas hacia el cambio, llevándolos a que abandonen las conductas que sean inconsistentes con esta meta.

La psicoterapia individual para clientes con trastorno de personalidad límite tiene como complemento la formación en habilidades, y éstas dos juntas pueden forjar una nueva personalidad más funcional (Linehan, 1993).

3.2.3. Entrenamiento en habilidades

Considerado otro eje fundamental de la TDC, el entrenamiento en habilidades se dicta semanalmente y es llevado a cabo durante los encuentros grupales.

Para organizar los diferentes módulos que componen el entrenamiento en habilidades, la TDC se basó en los criterios diagnósticos actuales para el TLP. Cada uno de los cuatro módulos se corresponde con una o más de las dificultades presentadas por esta población (Linehan, 2003):

1. *Desregulación y labilidad de emociones*: Debido a la reactividad de las respuestas, los individuos generalmente presentan problemas con la ira, depresión, ansiedad e irritabilidad. La TDC plantea en su primer módulo la enseñanza de *habilidades para regular las emociones*.

De La Vega y Sanchez Quintero (2013) señalan la importancia del abordaje de este módulo desde una perspectiva validante al sostener que los pacientes TLP se autopresionan por no sentir o se culpan por tener sentimientos que perciben como inadecuados.

Siguiendo lo expuesto por dichos autores el módulo de regulación emocional debe tener por objetivo la identificación, denominación y reconocimiento de las propias emociones poniendo en práctica técnicas que estén en relación con el aumento de la conciencia y la ocurrencia de las emociones positivas, por ejemplo, por medio de actividades agradables que reduzcan el impacto de las emociones negativas (De la Vega & Sánchez Quintero, 2013).

Palacios (2008) señala que estas habilidades son fundamentales para el tratamiento de pacientes borderline ya que intervienen de forma directa con el núcleo fundamental de dicha patología: el desbalance emocional.

2. *Desregulación interpersonal*: Relaciones caóticas y llenas de dificultades. Temor por el abandono, realizan esfuerzos desesperados por evitarlos. Por esto, el segundo módulo de la TDC tiene como objetivo enseñar *habilidades interpersonales efectivas*.

Linehan (2003) señala que lo que trata de lograrse es la eficacia interpersonal, que el paciente pueda pedir ayuda sin perjudicar sus vínculos ni el respeto propio. En este sentido, la relación terapéutica tiene especial relevancia justamente porque sirve de modelo para el paciente y rompe con los estilos comunicacionales y las maneras de relacionarse a las que está acostumbrado.

Adicionalmente, se trabaja sobre las expectativas que se tienen sobre la forma en que los demás y ellos mismos tienen que comportarse en las relaciones interpersonales, ya que muchas veces, las mismas se basan en deseos y obligaciones muy poco realistas. Los pacientes TLP no suelen presentar problemas en las habilidades sociales, sino en el mantenimiento del equilibrio y la constancia en sus relaciones (Palacios, 2008).

3. *Desregulación conductual*: Conductas impulsivas o suicidas que son consideradas desde la perspectiva de la TDC como intentos inadecuados de resolución de problemas que son consecuencia de la falta de capacidad para tolerar el malestar emocional (Linehan, 1993).

Sobre esto, Palacios (2008) señala que la principal función de las conductas impulsivas es escapar o reducir el malestar emocional. Es decir, le sirven al paciente TLP para aliviar las emociones intensas que en ese momento se viven como intolerables.

Por lo tanto, en el módulo de *tolerancia al malestar*, se enfatiza en que la persona borderline aprenda a manejar el dolor de una manera hábil ya que éste siempre va a estar presente y no podrá ser eliminado de sus vidas (Linehan, 1993).

Las estrategias de tolerancia al malestar pueden considerarse de dos tipos: las habilidades de supervivencia a las crisis y las de aceptación de la realidad. Las primeras tienden a enseñar a soportar el dolor sin la necesidad de desarrollar conductas impulsivas y se pueden dividir en cuatro técnicas diferentes:

distraerse, autoconfortarse, analizar los pros y los contras y mejorar la situación actual. Las segundas están relacionadas con el aceptarse a uno mismo y a la situación tal como es, sin intentar cambiar nada (De la Vega & Sánchez Quintero, 2013).

En sintonía con dichos autores, Gagliesi (2007) remarca la extremada importancia que tiene que los pacientes puedan aceptar la experiencia de dolor sin recurrir a las conductas destructivas. Las personas borderline deben aprender a estar en la realidad, por más doloroso que pueda resultar un momento, a sabiendas de que pueden transitarlo sin dañarse, tener atracones, abusar de sustancias o disociarse, entre otros comportamientos.

4. *Desregulación del sentido del yo y breve alteración cognitiva (no psicótica):*

Los individuos con personalidad límite manifiestan no tener el sentido del yo, sentirse vacíos y no saber quiénes son. La alteración cognitiva suele presentarse en situaciones de estrés y tienden a desaparecer una vez que esta se alivia. Para abordar ambas dificultades, en el cuarto módulo se les enseñan habilidades vinculadas con el observarse conscientemente a uno y al entorno, es denominado módulo de mindfulness o conciencia plena.

Palacios (2008) señala que las técnicas de mindfulness suelen ser apreciadas como las habilidades más agradables de aprender por parte de los pacientes y que son sumamente importantes ya que sirven para potenciar el aprendizaje de los demás módulos.

Desde esta práctica, basada en la filosofía zen, se trata de que el paciente TLP adopte una actitud de contemplación de las experiencias en el momento presente y que las acepte sin realizar juicios de valor, ya que solo desde la aceptación será posible realizar algún cambio (Palacios, 2008).

3.2.4. Contacto telefónico

Los pacientes que comienzan este tratamiento tienen permitido el contacto telefónico entre sesiones con sus terapeutas a los fines de favorecer la utilización de las habilidades que se están aprendiendo en la terapia. Este contacto se realiza siguiendo reglas

previamente acordadas entre las partes para regular los motivos del contacto y los horarios de atención (Gempeler, 2008).

Habitualmente los llamados telefónicos son breves (de 5 o 10 minutos) y no se usan como una sesión más sino que tienen objetivos bien específicos, como ayudar al paciente a no dañarse a sí mismo en una situación de emergencia; de hecho esto constituye una de las reglas que regulan la posibilidad de acceder a la atención telefónica: el paciente debe pedir ayuda antes del acto de autolesión, de lo contrario no podrá contactar a su terapeuta durante las 24 hs posteriores al hecho (Serrani 2011).

Siguiendo lo expuesto por Serrani (2011) la regla de las 24 hs previamente mencionada solo podrá ser quebrantada si el paciente necesitara conseguir asistencia médica. En dicho caso, el terapeuta evaluará la necesidad y procederá a instruir al paciente en forma acotada y efectiva sobre cómo conseguir la ayuda necesaria para luego mantener la regla.

Diferentes autores sostienen que el contacto telefónico es de utilidad para el paciente y para el terapeuta, quien puede tomar esta herramienta para fortalecer la relación terapéutica. Dirigir la puesta en práctica de las habilidades aprendidas a la vida cotidiana e intervenir en los momentos de crisis sin esperar a la sesión siguiente puede ser lo que mantenga al paciente en el tratamiento. (Lencioni & Gagliesi, 2008; Serrani, 2011)

En este sentido, Linehan (1993) manifiesta que la atención telefónica tiene cuatro funciones definidas: en primer lugar se considera que se le otorga al paciente la oportunidad de sobrellevar las situaciones que podrían derivar en suicidios, parasuicidios o autolesiones; enseñarle que es posible pedir ayuda antes de llegar a un nivel superior de malestar, extender el uso de las habilidades aprendidas durante las sesiones grupales a momentos de la vida cotidiana, y finalmente, de ser necesario reparar o sostener la relación terapéutica.

Lencioni y Gagliesi (2008) sostienen que a los fines de que esa relación terapéutica pueda mantenerse, el terapeuta deberá durante la llamada telefónica aplicar todas las estrategias de resolución de problemas que tenga a su alcance ganando de esta manera la confianza del paciente.

3.2.5. Equipo de supervisión

De acuerdo a lo expuesto por Gagliesi (2007) los pacientes borderline suelen ser considerados los menos deseables de tener en el consultorio ya que debido a la multiplicidad de limitaciones que presentan hacen que la relación terapéutica sea muy difícil de establecer.

Esta población es considerada especialmente compleja debido, entre otras cosas, a las conductas autolesivas, la postura desafiante y a que suelen ser verbalmente agresivos; además presentan un alto riesgo de suicidio y alta tasa de abandono de los tratamientos (Merino, del Castillo Figueruelo & García, 2016).

Merino et al. (2016) adicionan que lo que dificulta la relación terapéutica es la extrema dependencia, las demandas excesivas, los comportamientos manipulativos y, sobre todo, las conductas de auto-sabotaje llevadas a cabo por los pacientes (no acudir a sesión sin avisar, llegar tarde frecuentemente, no seguir las indicaciones, etc.).

Gempeler (2008) sostiene que para poder sortear todos estos obstáculos, los terapeutas deben recibir TCD entre sí en las reuniones de equipo que se realizan semanalmente como parte del programa. Dichos encuentros son considerados fundamentales para que los profesionales puedan, a pesar de lo expuesto, mantener la posición dialéctica que se requiere en la implementación de este tipo de tratamiento.

Además, Chapman (2006) señala que a través de estos encuentros se logra mantener la motivación de los terapeutas y se trabaja sobre sus aptitudes y habilidades. Dicho autor considera que a pesar de que esta población representa un desafío y puede ser considerado estimulante para algunos profesionales, en ocasiones pueden atentar contra sus competencias y recursos haciéndolos sentir incapaces de llevar adelante el tratamiento de manera adecuada.

Para contrarrestar esto, durante las reuniones de supervisión se alienta al profesional a mantener una postura compasiva y validante frente a las conductas y situaciones de crisis presentadas por el paciente, así como también se trabaja sobre prejuicios y limitaciones propias que puedan interferir en el tratamiento (Chapman, 2006).

En coincidencia, otros autores también acuerdan que el objetivo fundamental de las reuniones de supervisión se relaciona con el cuidado de el o los terapeutas implicados en el caso evitando de esta manera el síndrome del burnout (Gagliesi, 2007; Linehan, 2003; Serrani, 2011).

Con este fin, el equipo ayuda al terapeuta a encontrar estrategias de resolución de problemas frente a las diferentes situaciones específicas que surjan, desde conductas suicidas hasta pacientes que no asisten a las sesiones (Chapman, 2006).

Por último, también cabe mencionar que durante estos encuentros se establecen los objetivos que guiarán los tratamientos, las estrategias comunes, se discuten los casos complejos y se solicita revisión farmacológica en caso de necesitarla (Gagliesi, 2007; Linehan, 2003; Serrani, 2011).

3.2.6. Familiares y allegados

De acuerdo a lo desarrollado previamente, se considera que el TLP es un trastorno vincular que causa un elevado nivel de malestar en el círculo que rodea a los pacientes. La desregulación que predomina en la vida de las personas borderline termina repercutiendo principalmente en los familiares y allegados (Apfelbaum & Gagliesi, 2004).

Apfelbaum y Gagliesi (2004) señalan que el desconocimiento sobre el trastorno y su diagnóstico afectan la calidad de las relaciones interpersonales que los pacientes desarrollan con su entorno. Se considera que habitualmente familiares y allegados interpretan las conductas de los pacientes como personales y es entonces cuando a pesar de tener las mejores intenciones se emplean estrategias que no son funcionales a determinada problemática.

Los autores señalan que con mucha frecuencia los familiares de los pacientes TLP expresan sentirse manipulados, engañados, criticados, y tienen miedo a cómo pueda reaccionar la persona frente a diferentes situaciones. Como consecuencia de esto, muchas veces manifiestan enojo, aturdimiento, depresión, culpa y vergüenza, entre otros (Apfelbaum & Gagliesi, 2004).

Giffin (2008) llevó a cabo una investigación que tuvo por objetivo explorar las experiencias de las familias que tenían un allegado o miembro cercano con TLP con una historia de conductas autolesivas o intentos de suicidio. Los resultados de dicho estudio permitieron observar que los integrantes de esas familias presentan mayores índices de estrés crónico y estrés traumático y que para alivianar la tensión que rige las relaciones en ese grupo familiar es necesario realizar un abordaje sistémico, que incluya tanto al paciente como a su círculo más cercano.

Con este objetivo dentro del programa TDC se incluyen talleres dirigidos a los familiares y allegados de las personas diagnosticadas con TLP, donde se apunta a tratar de evitar que las conductas de los otros puedan reforzar los comportamientos desadaptativos y empeorar la situación buscando construir un ambiente estructurado que favorezca el cambio (Gempeler, 2008).

Dichos talleres consisten en brindarles psicoeducación sobre el trastorno, así como el entrenamiento en algunas habilidades que les permitan entender, aceptar e identificar los factores relacionados con las manifestaciones del trastorno y actuar de un modo más efectivo frente a las crisis y a las conductas problema, para así crear un ambiente validante (Apfelbaum & Gagliesi, 2004; Linehan, 1993).

Investigaciones realizadas en grupos de familiares y/o allegados de pacientes borderline muestran que la realización de los talleres en general baja los niveles de incertidumbre. Se pudo observar que luego de la intervención del taller, los síntomas depresivos y obsesivos así como el grado de malestar psicológico disminuye considerablemente (Regalado, Pechon, Stoewsand & Gagliesi, 2011).

3.3. DIFICULTADES

3.3.1. Relacionadas con el terapeuta

Los profesionales encargados de llevar adelante el programa TDC deben, principalmente, mantener el balance adecuado entre estrategias de cambio y de validación

ya que cualquier inclinación hacia alguno de los lados podría provocar en el paciente sentimientos que lo lleven a abandonar el tratamiento (Linehan, 1993).

Serrani (2011) sostiene que orientar al paciente a realizar cambios y al mismo tiempo adaptarse a las circunstancias de vida actuales es una de las tareas más difíciles para los terapeutas. Si el profesional se centrara en la enseñanza de nuevos patrones de comportamiento podría precipitar no solo la interrupción del tratamiento sino también una reacción contra-transferencial de odio, rechazo e incluso agresión y como consecuencia se perdería el vínculo terapéutico. Pero a su vez si éste solo se centrara en la validación no habría progresos en el tratamiento.

Por su parte, Gagliesi (2007) señala que previo a aplicar cualquier tipo de estrategia el profesional se encuentra con el desafío de generar y sostener la motivación en personas que además de sufrir intensa y prolongadamente, han fracasado en numerosos tratamientos previos.

Algunos autores sostienen que otra de las tareas más dificultosas para el profesional es lograr que el vínculo terapéutico permanezca sin dañarse en el transcurso de todo el programa ya que la TDC se apoya en gran medida en esa relación. El paciente debe considerar en todo momento que el terapeuta es alguien con quien se puede contar, mientras que a su vez, el terapeuta debe esforzarse por no generar la relación patológica que la persona con TLP acostumbra a desarrollar en los diferentes ámbitos (De la Vega & Quintero, 2013).

Para lograr estos objetivos, Merino et al. (2016) señalan que el trabajo personal que realice el profesional será un factor clave para crear y mantener una relación terapéutica adecuada. Sobre esto, indican que para afrontar las situaciones terapéuticas difíciles es necesario que los profesionales tengan un gran manejo de las emociones propias (frustración, desesperanza o resentimiento) y que puedan separarlas de las del paciente.

Adicionalmente, también es conveniente que el profesional haga una revisión de los prejuicios personales que pueda llegar a tener sobre las conductas o modos de relacionarse del paciente, tratando de tener una visión integradora de su pasado y presente, teniendo en cuenta su contexto psicosocial (Merino et al., 2016).

De la Vega y Sánchez Quintero (2013) señalan que las dificultades vivenciadas por los terapeutas no se limitan solo al ámbito de las terapias individuales, sino que se extienden también a otros niveles de la estructura de la TDC como, por ejemplo, los llamados telefónicos.

En relación a la atención telefónica, muchos terapeutas encuentran muy complejo mantener la regla de las 24 hs. previamente descripta. Los profesionales consideran inhumano no brindar la asistencia justo cuando el paciente se involucró en conductas problemáticas perdiendo de vista que al escucharlos luego del intento de suicidio o autolesión se perpetúa lo que aprendió en su entorno familiar: que solo serán tenidos en cuenta si su vida está en riesgo (Lencioni & Gagliesi, 2008).

Por todas las razones expuestas, resulta de gran importancia para el terapeuta contar con las reuniones de supervisión que se incluyen dentro del programa TDC. Como se expuso previamente, estas reuniones tienen diferentes objetivos: ayudar a mantener una buena alianza del terapeuta con su paciente, reformular los comportamientos de éste último, y apoyar dialécticamente al terapeuta para que este se acerque o se aleje del paciente según se estime necesario (Lencioni & Gagliesi, 2008).

Las continuas dificultades a las que está expuesto el terapeuta hacen que pueda desarrollar conductas iatrogénicas que interfieran con el tratamiento. Muchas veces este tipo de patología produce cansancio en los profesionales que, en consecuencia, pueden actuar de una manera poco eficaz, desarrollando conductas que apaciguen en lugar de motivar el cambio. De hecho, cuando no se observe progreso terapéutico el equipo procederá a analizar al paciente y al terapeuta para realizarle sugerencias si fuera necesario (Lencioni & Gagliesi, 2008).

En concordancia con lo expuesto, los resultados de una encuesta realizada a los profesionales de la salud mental respecto de cómo se sienten tratando pacientes con TLP permiten observar que éstos provocan emociones tales como cansancio y frustración y, con menos intensidad, confusión, bronca, lástima y sentirse manipulados o paralizados. En este contexto resulta sumamente difícil para los terapeutas mantener la relación dialéctica sobre la que se funda la TDC (Regalado, Pechon, Stoewsand, & Gagliesi, 2011).

3.3.2. Relacionadas con los grupos de habilidades

Habitualmente los grupos están integrados por 10 o 12 participantes más dos terapeutas. En algunos casos se puede incluir en estos espacios a los grupos familiares para que también tengan la oportunidad de aprender y favorecer el mantenimiento y aplicación de las diferentes habilidades aprendidas. Sin embargo, esta no representa la única posibilidad de inclusión existiendo también la opción de realizar un grupo separado para los padres (Torres, Rodríguez, Mayoral & Delgado, *s.f.*)

Antes de comenzar con el programa se estipulan las reglas que regularan los encuentros grupales y que consisten en:

1. *Asistir*: Se considerará abandono del tratamiento a las cuatro faltas de asistencia no justificadas.
2. *Varias terapias*: La terapia grupal es un complemento del tratamiento. Todos deben asistir a las terapias individuales para asistir las crisis.
3. *Limpio*: Está prohibido asistir a los encuentros bajo los efectos de drogas o alcohol. De considerarlo necesario el terapeuta puede exigir un análisis de drogas.
4. *Respeto a lo íntimo*: Fuera de la sesión no se debe hablar de los intentos de suicidio o autoagresiones que se hayan realizado en el pasado.
5. *Animarse a pedir ayuda*: Hay que aprender a pedir ayuda utilizando los recursos con los que uno se sienta más cómodo (a la figura de apoyo, al terapeuta, por medio de mensajes o mails, etc.)
6. *Saber guardar secretos*: Lo que se hable en el espacio del grupo es confidencial.
7. *Ser puntual y respetuoso con los otros en el grupo*: Se debe avisar si se va a llegar tarde o no se va a poder asistir.
8. *Relacionarse fuera del grupo con normas*: Si se incitara a los malos hábitos (consumo de sustancias, o autodestrucción) se puede decidir la expulsión inmediata.

Según lo expuesto por Linehan (2003) las reuniones grupales tienen una estructura que se debería respetar a los fines de otorgar un orden para que los pacientes sepan cómo se van a desarrollar los encuentros.

Inicio del encuentro: Durante la primera etapa se le suele ofrecer a los participantes alguna bebida, se revisan cuestiones grupales o administrativas. En el caso de que algún paciente haya faltado al encuentro previo se utiliza este momento para que pueda compartir con sus compañeros los motivos, de igual manera se acciona frente a una llegada tarde, ya que como se expuso previamente, los pacientes se comprometen a no hacerlo sin una justificación válida. Según la autora esto tiene como objetivo incentivar el cumplimiento de la norma de asistencia (Linehan 2003).

Compartir las tareas realizadas: Luego los coordinadores proceden a poner en marcha lo que Linehan (2003) considera una de las partes más importantes de los talleres de habilidades y tiene que ver con la posibilidad de que cada participante comparta con el resto lo practicado los días previos.

En muchos casos puede ocurrir que los participantes experimenten rechazo al momento de exponer en público lo vivido y opten por argumentar que no pudieron llevar adelante la tarea. Frente a estos escenarios se les pide que compartan los motivos por los cuales no lo hicieron manteniendo los terapeutas una actitud de motivación e incentivo para las próximas actividades (Linehan 2003).

Sobre esto, otros autores indican que es habitual que los participantes presenten complejidades a la hora de hacer las fichas de actividades, usarlas a lo largo de la semana o compartirlas con los demás. A pesar de los esfuerzos de los terapeutas por mantener el enfoque dialéctico y de validar a los pacientes en la dificultad de incorporar un nuevo hábito en su vida diaria muchas veces los pacientes se rehúsan a hacerlas ya que manifiestan no haber podido aplicar ninguna habilidad (Vásquez-Dextre, 2016, Torres et al. s.f.).

Sobre este punto, Linehan (2003) señala que puede ocurrir que los pacientes crean que no hicieron la tarea pero al ahondar en las situaciones, los profesionales noten que sí lo intentaron, que lograron poner en práctica algunas habilidades o que no lograron

entenderlas por completo. Frente a estos escenarios los profesionales deben remarcar como exitosos los intentos y sugerir mejoras para las próximas situaciones.

En caso contrario, Vásquez Dextre (2016) sostiene que si el terapeuta evalúa que el paciente no intentó trabajar con la ficha de actividades (a pesar de que lo haya logrado o no), deberá entonces lograr un equilibrio entre la flexibilidad, otorgando márgenes y tiempo para que los mismos la incorporen a su vida pero también deberá ser estricto al comunicar que no se podrá asistir a las reuniones sin haber intentado completar las fichas, evitando que esto incurra en ausencias a las reuniones.

En contraposición a lo anterior, el terapeuta también deberá estar atento a que los pacientes no completen la ficha con mucha información pero superficial. Nuevamente el profesional deberá estar atento a observar si hay discrepancias entre lo que el paciente vuelca en la ficha y lo que se deduce de su participación en el grupo (Torres et al., *s.f.*).

Recreo: La autora propone que una hora después del inicio del encuentro se lleve a cabo un descanso que tiende a favorecer los vínculos entre los participantes en un ámbito menos estructurado. Se espera que si algún paciente presenta un problema particular pueda acudir a los profesionales de un modo más privado.

Presentación del nuevo material: A continuación se procede a la presentación del nuevo material o a la revisión de lo ya visto. Linehan (2003) indica que si los profesionales evaluaran que se presentaron dificultades en la comprensión de una determinada habilidad se puede sugerir repetir el módulo completo si estuvieran todos los participantes de acuerdo.

Cierre: La última parte de los encuentros puede ser abordada de acuerdo a las preferencias de los profesionales a cargo. Se sugiere que el momento sea utilizado para que los participantes compartan sus opiniones o dificultades sobre lo trabajado o que lleven adelante actividades de mindfulness, ejercicios de relajación y meditación (Torres et al., *s.f.*).

De manera adicional a lo expuesto, diversos autores remarcan la importancia de indicarle al paciente que los encuentros grupales están destinados al aprendizaje de las

habilidades y no funcionan como una terapia de grupo. Esto pretende evitar la dificultad que surge cuando los participantes pretenden usar el espacio para compartir sus conductas problema o de riesgo, señalando que es una prohibición que regula la dinámica de grupo (Linehan y Vazquez Dextre).

3.3.3. Relacionadas con los grupos familiares

Los talleres de psicoeducación brindados a las familias son de utilidad ya que durante los mismos se les enseñan habilidades y herramientas para acompañar en el afrontamiento de crisis y conductas de riesgo. Sin embargo, muchas veces sucede que a pesar de haber asistido a estas charlas informativas, o por no haber podido formar parte de las mismas, o por poseer sus propias dificultades al expresar las emociones, los familiares continúan presentando problemas en el vínculo con el paciente TLP llegando a tener reacciones inapropiadas y dañinas y en algunos casos dar consejos e información inadecuada (Apfelbaum & Gagliosi, 2004).

Estos autores sostienen que en los últimos años los miembros de las familias dejaron de ser considerados pacientes colaterales para pasar a ser vistos como colaboradores del tratamiento. En este sentido, se espera que los profesionales de la salud mental puedan contar con la ayuda del seno familiar, compartiendo la responsabilidad (Apfelbaum & Gagliosi, 2004).

Sin embargo Linehan (1993, 2003) sostiene que muchas veces la interacción entre los pacientes borderline y sus cuidadores podría ser considerada como de efecto acción-reacción. Las personas TLP actúan de modos imprevisibles y sus conductas pueden ser consideradas como inapropiadas, manipulativas y hasta agresivas por su entorno. Al ser blanco de estas conductas, los otros significativos experimentan un gran malestar que expresan por medio de la invalidación, desestimando los sentimientos y la experiencia interna del individuo. Estas relaciones se vuelven patológicas y acaban por reforzar el trastorno.

4. MÉTODO

4.1. Tipo de estudio

Estudio de caso de tipo descriptivo.

4.2. Participantes

Fueron participantes del presente estudio: paciente, sus padres, su terapeuta personal y el equipo de profesionales donde ésta realizaba la supervisión y consultas del caso.

Paciente: J tiene 21 años. Vive actualmente en Capital Federal con su madre y su padre, es hija única. No finalizó sus estudios secundarios, abandonando en el último año. No trabaja. Canta en un grupo de música de animé del que también forma parte su novio.

A lo largo de su vida ha llevado adelante distintos tipos de conductas autolesivas: sobreingesta de alcohol, de medicamentos, restricción o atracones de comida por períodos prolongados de tiempo, se golpea a sí misma y se realiza cortes en el cuerpo desde los 10 años.

Comenzó con el tratamiento de Terapia Dialéctico Conductual en febrero del luego de salir de una internación psiquiátrica por sobreingesta medicamentosa con fines autolíticos.

Al momento de la admisión manifestó sentirse deprimida desde hacía mucho tiempo y a partir de lo conversado se pudo inferir que presenta tendencias impulsivas frente a situaciones que experimenta como invalidantes.

Cuando se indagó respecto de los hechos que motivaron la sobreingesta, la paciente indicó que se sentía muy estresada por diversos temas y que ese día había tenido una gran discusión con sus padres. Manifestó tener frecuentes enfrentamientos con sus padres, en especial con su madre y que, en general, son la causa de las conductas autodestructivas que lleva a cabo.

Padres: Ambos tienen 50 años. El padre de Juana es empleado en una empresa de seguros y ocasionalmente se ve obligado a realizar viajes que lo ausentan de su casa por un

tiempo, quedando la paciente a cargo de su madre. Ésta es ama de casa y está terminando sus estudios secundarios en un colegio nocturno. Es quien pasa la mayor parte del tiempo acompañando a su hija.

Terapeuta: Licenciada en psicología, miembro del equipo especializado en pacientes con TLP llevando adelante la TDC desde hace 10 años. En este caso es la terapeuta individual de J pero también brinda asesoramiento a las familias a través de charlas grupales donde se intercambian experiencias y se sugieren alternativas para ayudar con más eficacia a los pacientes. Se la denominará María.

Equipo de supervisión: El equipo está especialmente capacitado para trabajar con pacientes que padecen de TLP. Está formado por un coordinador general quien se encuentra a cargo de la supervisión de los casos promoviendo el intercambio de opiniones, un psiquiatra encargado del tratamiento farmacológico, dos terapeutas que llevan adelante los encuentros grupales y M, la terapeuta individual.

4.3. Instrumentos

Entrevista de admisión. Se accedió a la misma a través de un sistema informático con el que cuenta la Institución, donde se registraron los siguientes datos: queja inicial, ¿por qué ahora?, motivo de consulta, historia y circunstancia actual del motivo de consulta, soluciones intentadas, tratamientos anteriores y actuales, actitudes y opiniones importantes de las personas significativas, posiciones y lenguaje del consultante, motivación, diagnóstico, meta mínima, objetivos del terapeuta, intervenciones del admisor y estrategia a seguir.

Historia clínica. Los terapeutas del centro están obligados a actualizar las historias clínicas en el sistema descripto luego de cada encuentro con el paciente. De aquí se pudo obtener toda la información relevante relacionada con las intervenciones realizadas por el terapeuta y el curso del tratamiento.

Videos: Cada sesión que se realiza en Cámara Gesell es grabada para su posterior análisis. En este caso se pudo contar con la grabación de varias sesiones de J junto con sus padres y otras de la paciente a solas con su terapeuta y el supervisor del equipo.

Entrevista semiestructurada: Se le realizaron algunas preguntas a la terapeuta individual respecto de las dificultades que se le presentaron en el caso, las herramientas utilizadas y la importancia de la supervisión con el equipo.

Observación no participante de reuniones de supervisión: Se asistió a los encuentros que realiza el equipo de profesionales del que forma parte la terapeuta de J.

4.4. Procedimiento

Se procedió a la lectura de la entrevista de admisión y de las sesiones a través del software descrito para su posterior análisis y utilización de los datos necesarios. Al mismo tiempo, se participó de las reuniones semanales que realiza el equipo de supervisión donde se revisaron los avances y dificultades del caso brindándole apoyo a los terapeutas y posibles estrategias a seguir.

Así también, se le realizó una entrevista semiestructurada a M (terapeuta individual) que se llevó a cabo en dos encuentros de 30 minutos cada uno y tuvieron por objetivo ahondar sobre las dificultades que se le fueron presentando a lo largo del tratamiento y qué medidas tomó para sobrellevarlas.

5. DESARROLLO

5.1. Presentación del caso

En función a lo desarrollado por Linehan (1993) se puede afirmar que la TDC es un programa que aplica diferentes estrategias de cambio y aceptación a los fines de lograr que los pacientes aprendan a tolerar el sufrimiento y la frustración y puedan alcanzar una vida que valga la pena ser vivida.

De las observaciones, las entrevistas, el análisis de la información y la desgravación de videos se infiere que la institución en la que se realizó la pasantía trabaja de acuerdo a estos objetivos.

Se pudo comprobar que el programa TDC practicado en dicha institución está compuesto por diferentes profesionales de la salud mental que se ocupan del abordaje de las

distintas modalidades con las que cuenta el tratamiento. De esta manera, el paciente TLP puede trabajar sobre los todos los aspectos señalados por Linehan contando con un espacio de sesiones individuales, grupo de entrenamiento de habilidades, la posibilidad de los llamados telefónicos ante una crisis, psicoeducación para padres y allegados, y reuniones de equipo semanales donde los terapeutas a cargo pueden supervisar sus casos.

Si bien todos estos aspectos pudieron ser observados durante las horas en que se llevó a cabo la Práctica Profesional, se hizo especial foco en los objetivos desarrollados a continuación.

5.2. Analizar las dificultades en la aplicación de las habilidades tendientes a disminuir o controlar situaciones de crisis que son entrenadas en los encuentros grupales.

Como se mencionó previamente, esta parte del programa de la TDC consiste en encuentros de varios pacientes donde se abordan diferentes módulos que apuntan a brindarle al paciente las herramientas necesarias para llevar adelante un estilo de vida más adaptativo y para poder sobrellevar las situaciones de crisis (Linehan, 1993).

Los grupos están a cargo de dos profesionales de la salud mental que, en este caso, indicaron que la paciente en cuestión presentó varias ausencias injustificadas, dificultades para la realización de las tareas encomendadas y debilidades en los cuatro módulos que componen el programa, manteniendo una postura pasiva y reservada durante cada uno de los encuentros.

De acuerdo a la información recabada durante la asistencia a las reuniones del equipo de profesionales que tratan el caso, se puede afirmar que la adherencia de J al grupo fue dificultosa, en parte por la gran cantidad de ausencias y por la poca participación que mostró durante los encuentros. Estos dos factores pueden ser considerados, de acuerdo a lo expuesto por Merino et al. (2016), como una conducta de auto-sabotaje llevada adelante por el paciente y se relaciona con las resistencias al cambio que pueden presentar.

Por otro lado, en función de lo pactado al inicio del programa y siguiendo la línea de lo expuesto por Torres et al (*s.f.*), los pacientes tienen un tope máximo de cuatro faltas de asistencia injustificadas. Sin embargo, en el caso de análisis, las ausencias y llegadas tarde

sin previo aviso superaron la cantidad estipulada, y si bien se advirtió a la paciente y a su grupo familiar sobre esta situación, resultó muy complejo poder revertirlo debido a la falta de compromiso por parte de sus padres, como se expondrá en el apartado siguiente.

Al indagar sobre los motivos de las ausencias, J expuso que muchas veces sentía vergüenza de su cuerpo (de estar gorda y del color de su pelo), que los otros miembros del equipo eran más capaces que ella, que nada iba a servirle y que temía salir sola a la calle.

De acuerdo a lo expuesto por Gagliosi (2007), estas creencias significan uno de los problemas centrales en el tratamiento de los pacientes con TLP. Las conductas desadaptativas o aquellas que interfieran en alcanzar una vida que merezca ser vivida, pueden confundirse con la falta de ganas y esto termina por desalentar a consultantes y consultados.

Por otro lado, las terapeutas a cargo de los grupos señalaron como otro aspecto fundamental la gran resistencia presentada por J al momento de pedir ayuda frente a una situación de crisis. Según lo señala Linehan (2003), esto se encuentra ligado a la fortaleza que reviste el vínculo terapéutico y la confianza que el paciente deposite en él. Como se desarrollará más adelante, a pesar de los grandes esfuerzos realizados por su terapeuta, J manifestó tener vergüenza para pedir ayuda cuando se encontraba frente al sentimiento de angustia, dejando que éste escale rápidamente y derivando en conductas autolíticas de cualquier tipo. Este comportamiento está vinculado con lo aprendido dentro del módulo de las relaciones interpersonales, donde Linehan sostiene que el objetivo primordial es aprender la habilidad de pedir ayuda.

En relación a los diferentes módulos, de lo compartido por las coordinadoras en las reuniones de equipo se puede sostener que J mostró una clara preferencia en relación a las técnicas de mindfulness y atención de las emociones, logrando desarrollar interés y compromiso con ellas.

De acuerdo a lo expuesto por Palacios (2008) resulta comprensible que los pacientes TLP sientan agrado y entusiasmo por aprender estas habilidades ya que les sirven para ponerse en contacto con el malestar que sienten sin tener que escapar de él, sino permitiéndose aceptarlo desde un lugar de serenidad y seguridad.

En cada encuentro se le dedican los primeros minutos a generar un espacio de meditación donde tanto los profesionales como los pacientes practican esta técnica de meditación, y J manifestó disfrutar de estos momentos ya que le brindaban tranquilidad. En ocasiones de llegadas tarde les solicitó a las terapeutas si podían ofrecerle la meditación guiada una vez finalizado el encuentro. En relación a esto, se puede sostener que J no respetaba el orden de los encuentros al que hace referencia Linehan (2003), y si bien las terapeutas accedieron una vez, dejaron de hacerlo siguiendo las sugerencias del supervisor del equipo.

Sobre la base de lo expuesto por los profesionales se infiere que las mayores dificultades se dieron en relación al módulo de tolerancia al malestar. En este se ofrecen diversas estrategias para sobrevivir a las crisis emocionales extremas, con el objetivo de que la persona sea capaz de tolerar lo que está ocurriendo a sabiendas de que no es algo sobre lo que pueda operar en el mismo momento (Gagliesi, 2007).

Se identificó una única situación en que la paciente pudo poner en práctica lo aprendido: se trató de una discusión que mantuvo con su madre, luego de la cual y a pesar de la angustia resultante, logró poner en práctica distintas tácticas de distracción que habían sido abordadas durante los entrenamientos. De acuerdo a lo indicado por De la Vega y Sánchez Quintero (2013), éstas técnicas se agrupan dentro de las habilidades para superar los momentos de mayor vulneración emocional y pueden ser, entre otros, ejercicios mentales (contar hacia atrás del 100 al 0, hacer operaciones matemáticas, recordar algo agradable), imaginarse en un lugar o situación placentera o realizar una actividad absorbente (leer, dar un paseo, escuchar música).

En primera instancia, J intentó escuchar música y leer un libro en francés, y a pesar de que ambas técnicas fracasaron, la paciente pudo seguir intentando hasta conseguir disminuir los pensamientos desagradables a través de un baño de agua fría y en consecuencia, el malestar se alivió.

Si bien ésta situación fue enfáticamente señalada como una conducta exitosa por las coordinadoras de grupo, en el resto de las ocasiones J manifestó que lo único que lograba calmarla eran los cortes que se realizaba en brazos y piernas dejando de aplicar las habilidades descriptas calificándolas como inútiles y demasiado trabajosas para poner en práctica frente a una crisis. Tal como lo sostiene Palacios (2008), las conductas impulsivas

representan para los pacientes TLP, un inmediato alivio de las emociones intensas que se perciben como intolerables en un determinado momento.

De esto se infiere que a pesar de que numerosos estudios señalan a la TDC como sumamente eficaz para lograr una disminución significativa de las autolesiones y la impulsividad, en éste caso dichos objetivos no se habrían alcanzado (Chapman, 2006; Vázquez Dextre, 2016).

De La Vega y Sánchez Quintero (2013) indican que el objetivo del módulo de regulación emocional es identificar y reconocer las emociones. En este sentido, se señaló una dificultad en la paciente para distinguir claramente lo que sentía frente a diferentes situaciones de la vida, reconociendo solo aquellas emociones que estuvieran relacionadas con el enojo, la tristeza y la frustración, refiriéndose a ellas como una *sensación de malestar en el cuerpo*.

Siguiendo lo expuesto por Linehan (1993) esta disfunción del sistema de regulación emocional es producto de la interacción entre los factores biológicos y los ambientales (ambiente invalidante). Retomando lo desarrollado previamente, el patrón de crianza que reciben los pacientes TLP, donde se castiga o censura la manifestación de los problemas emocionales que se van presentando, hace que a medida que se desarrolla la personalidad se desconozcan las emociones que se experimentan y que se las denomine, vivencie y manifieste de manera errática.

En lo que respecta a las relaciones interpersonales se destacan dos actitudes fuertemente marcadas. Por un lado, las terapeutas de grupo indican que J se desempeña de una manera respetuosa y amable con sus pares, mostrándose tímida y poco participativa pero receptiva de las opiniones de los demás. A pesar de no haber establecido ningún vínculo de cercanía o amistad con sus compañeros, se dirige cordialmente a ellos y en ocasiones les ha ofrecido su ayuda.

Como lo sostiene Palacios (2008), los pacientes borderline no suelen tener déficit en las habilidades sociales, sino en las expectativas demasiado exigentes e irreales que depositan en sus vínculos, en especial en los más cercanos, volviéndolos rígidos y patológicos.

Por otro lado, de la observación de los videos y de los datos obtenidos en la cámara Gesell con apoyo de la información brindada por su terapeuta individual, se sostiene que la

paciente se ve imposibilitada de mantener vínculos sanos y estables, en especial con su madre y su novio. En estos dos casos se puede ver cómo J oscila entre el amor y el odio, mostrándose emocionalmente frágil y dependiente, dejando ver un claro síntoma de las personalidades TLP (American Psychiatric Association, 2013).

Por último, cabe resaltar que se pudo observar en J la resistencia a realizar las tareas asignadas a la que hacen referencia distintos autores. La paciente asistía a los encuentros sin completar la ficha de registro de actividades y como consecuencia presentó una participación muy pobre al momento de compartir las experiencias con su grupo de pares (Torres et al. *s.f.*, Vásquez-Dextre, 2016,).

5.1. Analizar las dificultades en el trabajo con los padres y su incidencia en el tratamiento de la paciente.

Como se señaló anteriormente, los pacientes TLP poseen una historia de descalificaciones por parte de su entorno social y familiar en particular, donde se les brindan respuestas no apropiadas a la expresión de sus vivencias íntimas y las emociones negativas son trivializadas y relacionadas con falta de voluntad (Linehan, 1993).

De la lectura de una entrevista realizada a los padres, lo expuesto previamente puede verse fielmente reflejado: ambos hacen referencia a la enfermedad de su hija como algo que ocurre desde hace un tiempo pero que empeoró cuando abandonó sus estudios, y argumentan que J se encuentra desganada permanentemente, que nada parece conformarla y que para llamar la atención comenzó con los cortes.

Sobre esto, Regalado et. Al (2011) sostienen que el desconocimiento y desinformación respecto del trastorno, su diagnóstico, sus síntomas y su consecuente falta de habilidades para relacionarse con ellos de un modo efectivo los lleva a hacer atribuciones incorrectas donde lo expresado por el paciente es invalidado, generando una predisposición al mantenimiento del TLP.

Sumado a esto, la información extraída de la historia clínica, de las entrevistas observadas en cámara Gesell y de lo conversado con su terapeuta individual, confirman la existencia de lo que Linehan (1993) denomina “ambiente invalidante”. Como fue

mencionado previamente, en estos escenarios, frente a la manifestación de una experiencia penosa, se suelen recibir respuestas erráticas y castigos al tiempo que se las menosprecia y relaciona con aspectos negativos del individuo (como la falta de motivación o extrema sensibilidad). En este caso, J menciona que cuando se manifiesta angustiada o triste por alguna situación, su madre tiende a enojarse y gritarle o dejar de hablarle por varios días, culpándola por intentar jugar con su sensibilidad y tratar de manipularla.

En contraposición al ambiente estructurado que Gempeler (2008) recomienda que se le brinde a los pacientes TLP a los fines de favorecer el cambio, se puede inferir que la familia de J atraviesa constantes crisis vinculares que generan un contexto de inestabilidad que refuerza las conductas desadaptativas.

En una entrevista llevada a cabo en cámara Gesell con los padres y la paciente, se pudo observar cómo se desarrollan las discusiones y el rol que ocupa cada uno. En dicha ocasión, mientras J le comentaba al supervisor del equipo sobre sus emociones más recientes, donde mencionó con especial énfasis la angustia experimentada a partir de una discusión que había mantenido con su novio, se pudo ver a su madre interrumpiendo el relato constantemente, expresando su cansancio respecto de los sentimientos de tristeza de su hija. Esta actitud provocó irritación en la paciente, quien optó por no concluir su relato. Por su parte, el padre mantuvo una actitud pasiva y cuando fue indagado respecto de qué pensaba sobre lo ocurrido, sostuvo que ya estaba acostumbrado a que discutan y que él no podía hacer nada para cambiarlo.

Sobre esto se observa que, así como lo señala Giffin (2008), los familiares de los pacientes borderline presentan características que pueden relacionarse con distintos tipos de estrés y al estar expuestos a una constante sobrecarga y malestar psicológico pueden desarrollar conductas inapropiadas y dañinas. En este sentido, cabe destacar que el agotamiento al que hace referencia su madre junto con su forma de expresarlo, terminan por provocar en la paciente un incremento en el malestar inicial.

En relación a esto, Apfelbaum y Gagliosi (2004) señalan que la gente que está expuesta al comportamiento de una persona borderline puede convertirse en parte del trastorno, aún sin saberlo. Al no poder interpretar los comportamientos, tratan de afrontar la

situación de maneras ineficientes, que empeoran o refuerzan la conducta, como por ejemplo, la reacción que tuvo su madre en la situación descrita.

Si bien diversos autores sostienen que los talleres de psicoeducación brindados a padres y allegados les permiten comprender la patología y como consecuencia actuar de un modo más efectivo y validante frente a las conductas desadaptativas, en este caso pareciera no haber surtido tal efecto (Apfelbaum & Gagliesi, 2004; Linehan, 2003).

En contraposición a lo sostenido por Regalado et al. (2011), no se detectaron cambios significativos a partir de la asistencia de los padres a dichos encuentros. De acuerdo a lo expuesto por su terapeuta individual, Juana cuenta con una madre problemática en sí misma y un padre tan comprensivo como ausente y no se pudo lograr que ninguno de ellos incorpore las habilidades enseñadas. Podría inferirse a partir de esto, que la rigidez que presenta la estructura familiar y sus modos de relación dificultan la adquisición de hábitos más adaptativos para la paciente (Linehan, 1993).

Con lo expuesto se infiere que en contraposición a la figura de *colaboradores del tratamiento* que los padres debieran ser, en este caso se puede sostener que los familiares en cuestión presentan problemas en el vínculo con la paciente TLP dificultando el cumplimiento de los objetivos del programa TDC. Tal es así que se pudo observar la existencia de conductas ofensivas que atentaron contra el tratamiento y evolución de su hija, por ejemplo, no administrarle la medicación por estar enojados porque J había incumplido la promesa de no autolesionarse o dejar de acompañarla a sus sesiones por diversas razones (Apfelbaum & Gagliesi, 2004).

Por último cabe mencionar que a pesar de que la relación entre TLP y abusos sexuales no está científicamente confirmada, en este caso parecería darse tal como lo sostienen Apfelbaum y Gagliesi (2004). De acuerdo a lo expresado en diferentes ocasiones por la paciente, en su temprana infancia y por un largo período fue abusada por su abuela materna. Cuando J le comunicó sobre estos hechos a sus padres, su madre la descalificó sugiriendo que si le hubiera molestado realmente lo hubiese comunicado antes. De aquí se observa una clara relación nuevamente con el ambiente hostil y descalificador al que hace

referencia Linehan. La paciente no solo no fue contenida o escuchada sino que fue puesta en duda y culpada por lo ocurrido.

5.1.Describir los principales obstáculos enfrentados por el terapeuta a cargo y la importancia que representa la supervisión de los casos.

Los variados desafíos a los que se enfrentan los terapeutas que trabajan con pacientes TLP los llevan, en muchas ocasiones, a sentirse sobrepasados y estresados por tener que lidiar con crisis cotidianas, enojos dirigidos a ellos y lo más difícil, los intentos de suicidio (Linehan, 1993).

De la entrevista llevada a cabo con M, la terapeuta personal de J, se confirma lo expuesto por la autora citada previamente. La profesional señaló el agotamiento como el principal síntoma producto de atender a una paciente con estas características, donde las demandas y reclamos constantes la llevaban a dudar de su propio accionar, aún teniendo vasta experiencia en esta patología. De acuerdo a los resultados de una encuesta realizada por Regalado et al. (2011), este tipo de población suele generar gran confusión en los profesionales de la salud mental, dejándolos emocionalmente cansados y como consecuencia, se los considera muy difíciles de tratar.

En sintonía con Serrani (2011) cuando refiere a la gran complejidad a la que se enfrentan los terapeutas al tener que guiar a un paciente a realizar cambios mientras que al mismo tiempo se deben validar las emociones y conductas actuales, M adiciona que tratar de incentivar a una persona a cambiar cuando en su interior está atravesando un torbellino emocional es más que una mala idea.

En relación a lo expuesto señala una situación que vivenció con J, donde se reconoció a ella misma tratando de acelerar el proceso y terminó por perjudicarlo. Refiere a una ocasión en que J, frente a una discusión con su madre, en lugar de someterse a la escalada emocional a la que estaba acostumbrada, pudo aplicar una habilidad de distracción que habían estado practicando conjuntamente en sesión. Si bien lo que se espera del profesional es que resalte el éxito de la conducta, también se espera que no lo haga en exceso porque puede resultar perjudicial y es considerado un error terapéutico (Linehan,

1993). Frente a una nueva situación de crisis pero con su novio, J no logró aplicar ninguna habilidad y acabó internada por una sobreingesta de alcohol, pidiéndole a sus padres que no notificaran a su terapeuta porque, luego confesaría, sintió que la había defraudado.

En este escenario la terapeuta enfatizó en la importancia que tiene que la paciente pueda llamarla antes de lastimarse, validó la tristeza y el miedo que el produjo la situación y repasaron juntas la regla del contacto telefónico. De acuerdo con Lencioni y Gagliesi (2008), M señala que le parece demasiado riguroso no poder comunicarse en los momentos posteriores al evento de riesgo ya que es cuando los pacientes están más frágiles. A partir de esto acordaron que J podría enviarle mensajes si es que no se animaba a llamarla por teléfono, priorizando el pedido de ayuda de la forma menos compleja para el paciente.

Adicionalmente menciona las dificultades que se presentaron al momento de poner en práctica las habilidades trabajadas en los encuentros grupales. Vasquez Dextre (2016) sostiene que la terapia individual de la TDC debe enfocarse en aumentar las capacidades del paciente de ampliar las aplicaciones de las habilidades a las situaciones de la vida cotidiana. Sin embargo, M sostiene que a pesar de haber hecho especial foco en esto no logró que J pudiera usar las técnicas en casi ninguna ocasión.

Como fue mencionado previamente, J presentó muchas dificultades para cumplir con las tareas encomendadas en las reuniones grupales. No obstante los esfuerzos de la profesional para incentivar estas conductas y a pesar de dedicarle tiempo de las sesiones a completar juntas las grillas de actividades, la paciente no adoptó estas nuevas costumbres.

Cabe mencionar que Gagliesi (2007) indica que ante estas situaciones donde los pacientes deben poner en práctica los recursos aprendidos y aplicarlos a las diferentes situaciones de la vida, lo que diferencia una conducta exitosa de otra es la capacidad del terapeuta para orientarlos hacia la motivación por el cambio.

Por estas razones, Chapman (2006) señala que es de vital importancia que los terapeutas puedan contar con las reuniones de supervisión ya que allí se trabaja en la motivación, aptitudes y habilidades de los profesionales.

Al ser indagada respecto a la importancia que reviste asistir a estos encuentros, M señaló con certeza que estos casos serían llanamente imposibles de abordar sin un equipo que brinde apoyo. Argumenta que en ese espacio evacúa dudas respecto de las estrategias que debe seguir en el tratamiento, consulta opiniones a sus compañeros y pide a su supervisor que tenga entrevistas en cámara Gesell cuando considera que algún paciente está en riesgo.

Sobre el último punto agrega que cuando M fue admitida dentro del programa, solicitó una sesión en cámara con los padres y su supervisor ya que sentía que de esta manera le daba un encuadre más formal y ésto generaría más tranquilidad a los familiares al saber que no estaba sola. En este tipo de casos, es de suma importancia que el paciente y su grupo familiar puedan desarrollar confianza en los profesionales a cargo ya que se trata de una población que además de tener conductas autolesivas, presentan un alto riesgo de suicidio (Merino et al., 2016).

Como sostienen Lencioni y Gagliesi (2008), las reuniones de supervisión son de imprescindibles para evitar que el terapeuta lleve a cabo conductas iatrogénicas producto del burnout que provocan estos tipos de pacientes. Reafirmando lo expuesto, M indica que al ser parte de un equipo se reducen las posibilidades de aplicar estrategias poco eficientes o de cometer errores en el tratamiento.

5. CONCLUSIONES

El presente trabajo surgió de la realización de las Prácticas de Habilitación Profesional en un centro que se dedica al ejercicio de la psicoterapia y tuvo por objetivo investigar las dificultades que surgen en el abordaje del Trastorno Límite de la Personalidad desde la Terapia Dialéctico Conductual. Para tales fines se plantearon tres objetivos específicos relacionados con diferentes niveles de la estructura que forma a la TDC creada por Linehan en 1987.

Como se mencionó previamente, la TDC presenta cinco modalidades de tratamiento que se llevan adelante en forma paralela. La terapia individual, el entrenamiento en habilidades y la consulta telefónica son modalidades para el paciente, mientras que la terapia de familiares y la reunión de equipo, son modalidades para la familia y los terapeutas, respectivamente. Los objetivos planteados están en relación a cada una de las modalidades descriptas y si bien cada una refiere a una parte diferente del programa, se puede ver a partir de lo expuesto que se encuentran interrelacionados entre sí y conjuntamente permiten tener una visión panorámica del tratamiento.

El primer objetivo establecido hace referencia a las dificultades con las que se enfrenta el paciente al aplicar las habilidades entrenadas en los encuentros grupales. Durante estas reuniones se tratan temas que están estrechamente vinculados con los principales síntomas que definen el trastorno y junto con la terapia individual son considerados ejes fundamentales del tratamiento, tal como lo define Linehan (1993).

Se espera que lo aprendido durante los encuentros grupales sea puesto en práctica en las sesiones privadas y pueda ser aplicado a las diferentes situaciones de la vida cotidiana. A partir de las diferentes fuentes de información trabajadas a lo largo del presente estudio se sostiene que dicho objetivo ha sido cumplido satisfactoriamente. Se pudieron encontrar numerosos casos que permiten ver los obstáculos y resistencias a los que se enfrenta la paciente al tener que incorporar nuevos hábitos y costumbres a su repertorio habitual. Adicionalmente, cabe remarcar que en varias ocasiones no se ha logrado que cumpla con las reglas establecidas al inicio del programa, tales como las inasistencias, llegadas tarde, incumplimiento de las tareas, etc.

A pesar de las advertencias y llamados de atención frente a las deficiencias presentadas en relación a los grupos, no se lograron conseguir grandes cambios ya que adicionalmente se pudo observar que no se contaba con una red familiar que colaborara con el proceso. Sobre este punto se trabajó en el segundo objetivo, que tendía a investigar respecto de las dificultades que se le presentan a familiares y allegados en relación a la patología y de qué manera puede esto incidir en el tratamiento.

Las crisis cotidianas que afectan la vida de las personas con TLP pueden repercutir directamente sobre su círculo social más cercano afectando la calidad de las relaciones interpersonales y generando en familiares y allegados respuestas poco adecuadas frente al desconocimiento y la desinformación respecto del trastorno. A los fines de generar en éstos habilidades para relacionarse de una manera efectiva se le ofrecen talleres de instrucción y psicoeducación.

De la información obtenida se infiere que la paciente está inserta en un entorno familiar invalidante, dañino y perjudicial que lleva adelante conductas que atentan contra la correcta evolución del tratamiento. Se pudo observar que recibe respuestas que tienden a descalificar sus emociones y experiencias internas, desacreditando sus maneras de expresarse y generando desconfianza propia respecto de las razones por las que siente lo que siente.

Con lo expuesto se indica que la incidencia que reviste el accionar de los padres en el tratamiento es directa y negativa, tendiente a fortalecer las respuestas y conductas disfuncionales de su hija y desalentando cambios y logros.

Frente a estas variables los efectos que una terapia puede llegar a tener se ven limitados en su alcance ya que frente a una patología de este tipo resulta importante poder contar con una red de contención y apoyo.

En relación al tercer y último objetivo trabajado, se considera así mismo que fue cumplido de manera satisfactoria ya que resultó posible conocer las dificultades y limitaciones que se le presentaron a la terapeuta al abordar el caso y cómo fue sorteando cada obstáculo con la ayuda del equipo de profesionales que supervisan el caso.

En este sentido, cabe remarcar que frecuentemente se considera a los pacientes TLP como aquellos que provocan burnout en sus terapeutas debido a las excesivas demandas, reclamos, crisis habituales y conductas impulsivas. Suelen ser los más difíciles de tratar en un consultorio y muchas veces terminan por abandonar los tratamientos al no conseguir lo que esperaban de manera inmediata.

Se puede sostener a partir de lo analizado que la terapeuta en cuestión sufrió el agotamiento producto de ser receptora de enojos, críticas y malos tratos por parte de la paciente así como también, en ocasiones, por parte de la madre de la misma.

De acuerdo a lo desarrollado previamente, la TDC es un estilo de tratamiento que brinda un abordaje particular donde se permite validar y proponer el cambio al mismo tiempo. Si bien esta dialéctica es central desde esta perspectiva, también resulta compleja de aplicar para los terapeutas que necesitan encontrar el equilibrio exacto entre estrategias de validación y aceptación y las de motivación para el cambio.

Si bien se considera que la terapia individual y los talleres de entrenamiento de habilidades son las piedras angulares del programa TDC, se podría añadir con igual importancia a partir de lo analizado, a las reuniones de supervisión de equipo. Estas representan la forma de cuidar y apoyar a los terapeutas encargados de los casos, evitando que desarrollen conductas iatrogénicas resultantes del cansancio que suelen experimentar. Así como también son fundamentales para la coordinación y establecimiento de objetivos y estrategias a seguir.

Se considera que el presente estudio posee ciertas limitaciones, ya que producto del cumplimiento de las horas necesarias para llevar adelante la Práctica Profesional no fue posible seguir el curso del tratamiento hasta su final. Se cree que para cumplir con los objetivos propuestos por la TDC se necesita como mínimo un año de tratamiento intensivo, por lo tanto, se debe tener en consideración que quedaron por fuera varios meses de la aplicación del programa y que se trató solo de un recorte transversal en el curso del mismo.

Así mismo, se observó que la institución en cuestión cuenta con un sistema en el que los terapeutas deben volcar los datos más importantes de cada sesión que tengan con sus pacientes. Si bien esto resulta sumamente útil y permite que las historias clínicas se

mantengan actualizadas, por otro lado, cabe señalar que no todos los profesionales cumplen con este requisito. En muchas ocasiones, éstos manifiestan que no cuentan con la capacitación adecuada o con el tiempo necesario para hacerlo, perdiéndose así información valiosa para analizar en las posteriores reuniones de supervisión.

Por otro lado, se pudo observar que el trabajo llevado adelante por los profesionales se vio limitado en sus alcances debido, en parte, a la poca colaboración que se recibió por parte del entorno familiar. Se pudo observar que a pesar de que los padres de la paciente asistieran a los talleres de psicoeducación, no se registraron cambios en sus formas de relación o conductas y frente a este escenario no se llevó a cabo ninguna otra acción para intervenir en esta situación.

Por estas razones se considera que en futuras investigaciones podría resultar útil realizar un estudio en el que se planteen escenarios donde los pacientes TLP no cuenten con una red de familiares o allegados que puedan contribuir al tratamiento.

En relación a esto se podrían realizar estudios sobre estrategias a desarrollar frente a contextos adversos y disfuncionales con el fin de tener una visión más realista y abarcadora de la TDC.

Con lo descripto se afirma que al ser la TDC un tratamiento que apunta a trabajar sobre la regulación de las emociones, donde se combinan diferentes técnicas y se abordan no solo los problemas del paciente sino que también se tienen en cuenta los del entorno, y que ha demostrado ser la psicoterapia más eficaz en la reducción de diferentes conductas desadaptativas, se recomendaría emplearla en el tratamiento de otras patologías. Si bien algunas investigaciones sugieren que el programa podría ser exitoso en el abordaje de trastornos relacionados con la drogodependencia y los desordenes de alimentación, actualmente no se está empleando específicamente para esos fines.

A modo de reflexión, a partir del trabajo realizado se ha podido tener contacto con los sufrimientos y tristezas que sienten las personas padecientes del Trastorno Límite de la Personalidad. Se ha podido conocer que la inestabilidad propia de esta población los afecta a ellos mismos tanto como a sus familias, amigos y al propio profesional de la salud mental.

Si bien la Terapia Dialéctico Conductual tiene como uno de sus fundamentos a la aceptación, resulta trabajoso el deber de explicarles a los pacientes que tendrán una vida en la cual luchar contra sus impulsos autodestructivos, estar constantemente inmersos en un mar de emociones intensas y ser extremadamente sensibles, va a ser moneda corriente y que con todas esas variables se va a trabajar para construir una vida más adaptativa y saludable.

Se considera que para poder trabajar con esta patología es necesario contar, no solo con la formación académica necesaria, sino también con la fuerte convicción de que la *“vida que valga la pena ser vivida”* puede ser alcanzada, renovando en cada encuentro la esperanza y la confianza no solo en el programa, sino también en el paciente y, sobre todo, en uno mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andreasson, K., Krogh, J., Rosenbaum, B., Gluud, C., Jobes, D. A., & Nordentoft, M. (2014). The DiaS trial: dialectical behavior therapy versus collaborative assessment and management of suicidality on self-harm in patients with a recent suicide attempt and borderline personality disorder traits-study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *15*(1), 194.
- Ansón López, L., & Ripollés Colomer, L. (2015). Una revisión sobre la eficacia de la terapia dialéctica conductual en pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad, *I* (12), 166-171.
- Apfelbaum, S., & Gagliesi, P. (2004). El Trastorno Límite de la Personalidad: consultantes, familiares y allegados. *Vertex*, *15*(58), 295-302.
- Asociación Americana de Psiquiatría, (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5)*, 5° Ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Caballo, V. (2001). Una introducción a los trastornos de la personalidad del siglo XXI. *Psicología Conductual*, *9*(3), 455-469.
- Chapman, A. L. (2006). Dialectical behavior therapy: current indications and unique elements. *Psychiatry (Edgmont)*, *3*(9), 62.

- De la Vega, I. & Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el Trastorno de personalidad límite dialectical behavioral therapy in borderline personality disorder. *Acción psicológica*, 10(1), 45-56.
- Gagliesi, P. (2007). Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento del Desorden Límite de la Personalidad. *Revista Persona*, 7(Suplemento I).
- 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. *Curso de terapia cognitiva e integrativa del trastorno límite de la personalidad*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires
- García López, M., Martín Pérez, M., & Otín Llop, R. (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(2), 263-278.
- Gempeler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37(1), 136-148.
- Giffin, J. (2008). Family experience of borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 29(3), 133-138.
- Guendelman, S., Garay, L., & Miño, V. (2014). Neurobiología del trastorno de personalidad límite. *Revista médica de Chile*, 142(2), 204-210.
- Gunderson, J. G. (2009). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. Arlington: VA.
- Kernberg, O. F. (1985). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Nueva York: Rowman & Littlefield.
- Lencioni, G., & Gagliesi, P. (2008). Asistencia telefónica: una aproximación desde la terapia dialéctico-conductual en pacientes con trastorno límite. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 216-226.

- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite*. Barcelona: Paidós.
- Merino, I., del Castillo Figueruelo, A., & García, C. S. (2016). El manejo de pacientes difíciles: ¿Qué ocurre cuando paciente y terapeuta no se entienden? *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (118), 15-24.
- Nieto, T. E. (2006). Trastorno límite de la personalidad: estudio y tratamiento. *Intelligo.* , 1 (1): 4-20.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Padilla, R. J. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(2), 131-9.
- Palacios, A. G. (2008). Mindfulness en la terapia dialéctico-comportamental. *Psicoterapia*, 17 (66/67), 121.
- Regalado, P., Pechon, C., Stoewsand, C., & Gagliesi, P. (2011). Familiares de personas con Trastorno Límite de la personalidad: estudio pre-experimental de una intervención grupal. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 22, 245-252.
- Robins, C. J., & Rosenthal, M. Z. (2011). Dialectical behavior therapy. *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*, 164-192.
- Ruocco, A. C., Amirthavasagam, S., & Zakzanis, K. K. (2012). Amygdala and hippocampal volume reductions as candidate endophenotypes for borderline personality disorder: a meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 201(3), 245-252.

- Serrani, D. (2011a). Luces y sombras del trastorno Borderline de personalidad. *ALCMEON*, 16.
- Serrani, D. (2011b). Terapia dialéctica comportamental en el tratamiento del trastorno límite de personalidad. *ALCMEON*, 17, 169-88.
- Tajima, K., Díaz-Marsá, M., Montes, A., García-Andrade, R. F., Casado, A., & Carrasco, J. L. (2009). Estudios de neuroimagen en el trastorno límite de la personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(3).
- Torres, L., Rodríguez, E., Mayoral, M., & Delgado, C. (s.f.). El lugar de la familia en la terapia dialéctico-conductual (TDC) y en el programa ATraPA. *ATRAPA*, 143.
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(2), 108-118