

TERAPIA DIALECTICO CONDUCTUAL
UNIVERSIDAD DE PALERMO

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Lic. en Psicología

Trabajo Final Integrador:

**“El manejo de las conductas disfuncionales y el aprendizaje de habilidades en el
Trastorno Límite de Personalidad desde el abordaje de la Terapia Dialéctica
Conductual”**

Alumna: Alumna: Gatto Valeria

Tutora: Dra. Nora Gelassen.

Índice

1	Introducción	4
2	Objetivo General	5
2.1	Objetivos Específicos.....	5
3	Marco teórico	6
3.1	Trastorno Límite de Personalidad	6
3.1.1	Antecedentes	6
3.1.2	Criterios diagnósticos	7
3.1.3	Etiología: Teoría Biopsicosocial	9
3.1.4	Comorbilidad.....	13
3.1.5	Características principales del Trastorno Límite de Personalidad	15
3.2	La Terapia Dialéctica Conductual	17
3.2.1	Conceptos Básicos.....	18
3.2.2	Modalidad de tratamiento.....	19
3.2.3	La terapia individual.....	23
3.2.4	El Tratamiento Grupal: Entrenamiento en habilidades	24
3.2.5	Asistencia telefónica	25
4	Metodología	26
4.1	Tipo de estudio: Descriptivo de Estudio de caso	27
4.2	Participantes	27
4.3	Instrumentos.....	27
4.4	Procedimiento	28

5	Desarrollo.....	28
5.1	Presentación del caso	29
5.2	Analizar las estrategias terapéuticas utilizadas para el manejo de las conductas disfuncionales de autolesiones e ideación suicida.	34
5.3	Describir las conductas disfuncionales de autolesiones e ideación suicida de la paciente. 37	
5.4	Describir qué estrategias utiliza la terapeuta para modificar las conductas disfuncionales de autolesiones e ideación suicida de la paciente.	39
5.5	Analizar si la paciente utiliza habilidades aprendidas en el tratamiento para evitar las conductas disfuncionales luego del primer año de tratamiento.....	41
5.6	Analizar la evolución de las conductas autolesivas y la ideación suicida dentro del primer año de tratamiento.	42
6	Conclusión	44
7	Referencias.....	50

1 Introducción

El presente trabajo fue abordado durante el cursado de la Práctica y Habilitación Profesional de la Licenciatura de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad de Palermo. La práctica se llevó a cabo en una Institución cuya visión integral de la persona, busca incluir en el núcleo familiar y social el cuidado de la salud mental. La institución basa su modelo a partir de la Terapia Focalizada en la Resolución de Problemas, y utiliza programas de tercera generación como la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), desarrollada por Marsha Linehan para el tratamiento de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad (TLP).

La práctica en dicha institución posibilita a la participación de los pasantes en espacios de Cámara Gesell, reuniones de supervisión y la observación de casos clínicos video grabados, así como en actividades que implican el seguimiento terapéutico de los pacientes a fines de evaluar el proceso terapéutico. La misma se realizó cumpliendo 280 horas en un promedio de 15 horas semanales en la institución, y como resultado de dicha asistencia se desprendió el presente trabajo, basado en el interés por analizar y describir el proceso terapéutico de la Terapia Dialectico Conductual.

2 Objetivo General

-Analizar las estrategias terapéuticas utilizadas para el manejo de las conductas disfuncionales de autolesiones e ideación suicida en una paciente de 22 años con Trastorno Límite de Personalidad (TLP), en el marco de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT).

2.1 Objetivos Específicos

- Describir las conductas disfuncionales de autolesiones e ideación suicida de la paciente.
- Describir qué estrategias utiliza la terapeuta para modificar las conductas disfuncionales de autolesiones e ideación suicida de la paciente.
- Analizar si la paciente utiliza habilidades aprendidas en el tratamiento para evitar las conductas disfuncionales luego del primer año de tratamiento.
- Analizar la evolución de las conductas autolesivas y la ideación suicida dentro del primer año de tratamiento.

3 Marco teórico

3.1 Trastorno Límite de Personalidad

3.1.1 Antecedentes

La denominación límite surge a partir de la teoría psicoanalítica donde la organización de la personalidad constituida está en el medio o limítrofe de los trastornos psicóticos y neuróticos. En un comienzo el diagnóstico establecido para este tipo de pacientes era, erróneamente, el de esquizofrenia o un trastorno diferenciado (Gunderson & Hoffman, 2005).

De hecho, la terminología usada para describir al trastorno *límite* ha sido considerada denotativa al describir a este tipo de pacientes por las dificultades que presentan en el tratamiento terapéutico relacionadas con las conductas extremas que manifiestan (Gunderson & Hoffman, 2005).

El Trastorno Límite de Personalidad es incluido por primera vez en El Manual Diagnóstico Y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 1980) en su tercera edición (Linehan, 1993a).

La primera publicación científica donde se utiliza el término *límite* es de Adolf Stern, en el año 1938, aunque las alusiones a ese término son anteriores, puesto que en 1684 Bonet designa como folie maniaco-melancolique a la unión de impulsividad y los estados de ánimo inestables. De esta manera, Bonet se refiere a un síndrome; cuando ambos, impulsividad y estado de ánimo fluctuante, se presentan conjuntamente en las manifestaciones de un individuo (Caballo & Camacho, 2000).

Kraepelin (1921) realiza una descripción del síndrome que posteriormente se reuniría en los criterios diagnósticos del Trastorno Límite de Personalidad según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta versión (DSM-IV-TR, 2005):

impulsividad, ira desproporcionada, autolesiones y relaciones afectivas e interpersonales inestables (Caballo & Camacho, 2000).

3.1.2 Criterios diagnósticos

El Trastorno Límite de Personalidad, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10; OMS, 1999) se define como un trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad caracterizada principalmente por la incapacidad para regular emociones que lleva al individuo a actuar de manera impulsiva sin medir las consecuencias de sus acciones. Otras características observables son los arrebatos de ira, actitudes violentas o explosivas.

Dentro del Trastorno Límite de Personalidad pueden distinguirse dos subtipos, el Trastorno de Inestabilidad Emocional de Personalidad de tipo impulsivo, caracterizado por la inestabilidad emocional y la incapacidad de control de impulsos. Es también, habitual en este diagnóstico, las explosiones de violencia ante las críticas del entorno o situaciones en las que el individuo se siente juzgado (OMS, 1999).

El otro subtipo es conocido como Trastorno de Inestabilidad Emocional de Personalidad Límite, aunque ambos subtipos tienen características que están asociadas al diagnóstico de Trastorno Personalidad Límite. La OMS (1999) agrega a la descripción diagnóstico de Personalidad Límite la caracterización de crisis emocionales frecuentes y conductas parasuicidas y/o autolesivas.

No obstante, para el diagnóstico del Trastorno Límite de Personalidad según (APA, 2003), se estipula que se debe cumplir con la presencia de cinco o más de los siguientes criterios:

Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o

más) de las áreas siguientes: cognición, afectividad, afectividad interpersonal y control de los impulsos. Este patrón persistente es rígido y se extiende en un abanico de situaciones personales y sociales. También provoca malestar clínicamente importante o deterioro social, laboral o de otras áreas esenciales de la actividad del individuo.

Además, es un patrón estable y de prolongada duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la adultez; y a su vez no es atribuible a una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental. Tampoco debe ser debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni una enfermedad médica (APA, 2003).

Según el DSM-5 (APA, 2013), el Trastorno Límite de la Personalidad se caracteriza por inestabilidad de la autoimagen, las metas personales, las relaciones interpersonales y los afectos, acompañado por impulsividad, la asunción de riesgos y hostilidad. Comienza en las primeras etapas de la edad adulta y se manifiesta por cinco o más de los siguientes ítems:

- Esfuerzos desesperados por evitar el abandono tanto real como imaginario.
- Alteración de la identidad: inestabilidad persistente de la autoimagen.
- Impulsividad en dos o más áreas potencialmente autolesivas.
- Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio o automutilación.
- Inestabilidad afectiva.
- Sensación crónica de vacío.
- Enfado inapropiado o dificultades para controlar la ira.
- Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Es importante destacar que el Trastorno Límite de Personalidad, representa el 60 % de todos los desórdenes de personalidad diagnosticados y el 10 % de todas las consultas de salud mental (Gagliesi et al., 2007).

Marsha Linehan (1993b) considera que el Desorden Límite de Personalidad refiere a un desorden de personalidad complejo que se caracteriza principalmente por la inestabilidad emocional, poco control de los impulsos o ausencia del mismo, cogniciones erróneas o fallidas, y conductas autolesivas que representan un riesgo de vida para aquellos que lo padecen. Para la autora, la vulnerabilidad emocional de estos individuos favorece las reacciones desproporcionadas ante los estímulos emocionales, y la incapacidad de modular dichas emociones les impide autorregularse y retornar a la calma.

De hecho, Linehan (1993b) explica que las dificultades en la regulación emocional de los pacientes con este diagnóstico se deben a que estos presentan respuestas emocionales en forma más intensa y veloz que el resto de los individuos y a un ritmo de retorno a la calma de mayor lentitud, por lo cual se les dificulta la regulación de la experiencia emotiva.

Para explicar el desarrollo Trastorno Límite de Personalidad, Linehan desarrolla la *Terapia Dialéctica Conductual* basada en la teoría Biosocial, donde la autora afirma que la alteración primordial en este desorden se encuentra en la regulación de las emociones, consecuencia directa de alteraciones biológicas y ambientales en interacción sostenida en el tiempo (Gagliesi et al.,2008).

3.1.3 Etiología: Teoría Biopsicosocial

La teoría biopsicosocial del Trastorno Límite de Personalidad tiene como supuesto fundamental que el trastorno en si se caracteriza por la desregulación emocional. Esta desregulación es el resultado conjunto de cierta disposición biológica, cierto contexto ambiental y determinada transacción entre esos dos factores durante el desarrollo. Lo que esta teoría postula es que este fenómeno se produce por la vulnerabilidad emocional y por el uso de estrategias de modulación de las emociones que son inadecuadas y poco adaptativas (Linehan, 1993b).

Según Linehan (1993b), el concepto de vulnerabilidad emocional se define por una elevada sensibilidad a estímulos emocionales, una respuesta muy intensa a estos estímulos y un retorno lento a la calma emocional. La modulación de la emoción es la habilidad de inhibir la conducta inapropiada relacionada con emociones tanto negativas como positivas, organizarse uno mismo para una acción coordinada al servicio de un objetivo externo, calmar uno mismo cualquier actividad fisiológica inducida por una fuerte emoción y lograr concentrar la atención en presencia de una emoción que se considere excesiva para la persona. Las personas con Trastorno Límite de la Personalidad presentan desregulación emocional en función a un sistema de respuesta emocional hipertensivo, con poca o nula capacidad para modular fuertes emociones y las acciones asociadas a ella.

García Palacios (2006) explica la vulnerabilidad emocional en el individuo con Trastorno Límite de Personalidad como una alta sensibilidad a estímulos emocionales, una respuesta emocional de alta intensidad y un retorno a la calma emocional con mayor lentitud que en el resto de las personas.

La circunstancia ambiental complementa la teoría biosocial, refiere al rol que juega el ambiente invalidante en la desregulación emocional del individuo en su niñez. Este ambiente es muy nocivo para el individuo, en este caso, el niño con alta vulnerabilidad emocional y, en respuesta, el individuo emocionalmente vulnerable y reactivo provoca la invalidación. Este ambiente tiene la tendencia a responder errática e inapropiadamente a la experiencia privada y a ser insensible frente a la experiencia privada no compartida por el grupo. Además, en este tipo de ambiente tienen la tendencia a responder de manera extrema a la experiencia personal del individuo, negando, ignorando o reaccionando arbitrariamente a lo que el niño experimenta y manifiesta respecto a sus vivencias internas. Una familia invalidante es problemática porque las personas que la integran responden a la comunicación con respuestas disonantes, no respondiendo o haciéndolo con respuestas extremas. Esto conduce a una

intensificación de la ruptura entre la experiencia privada (experiencia interna) del individuo emocionalmente vulnerable y la respuesta de su entorno social. Como resultado, este ambiente favorece el control de la expresividad emocional (Linehan, 1993b).

Es importante aclarar a que se refieren los autores cuando se habla de un a un ambiente invalidante: dicho ambiente alude a un contexto que reiteradamente responde de manera inadecuada a las experiencias internas del niño, donde sus respuestas son consideradas erráticas, y sus sentimientos y pensamientos son desestimados (Linehan, 1993b).

Existen diversas teorías que sostienen que existe una predisposición biológica al desarrollo del Trastorno Límite de Personalidad (Hoffman Judd & McGlashan, 2003) pero Linehan considera que la predisposición biológica puede ser diferente en cada persona por lo cual no sería probable que en todos los casos de Trastorno Límite de Personalidad se tenga una alteración biológica de base (Linehan, 1993b).

La habilidad para regular las emociones es una capacidad que se aprende en la infancia y se considera que dado el ambiente invalidante de crianza en el que el individuo con Trastorno Límite de Personalidad crece, esta habilidad le es muy improbable de ser desarrollada (Gagliesi et al., 2008).

De hecho, la regulación de las emociones implica reconocer la emoción que se experimenta y reducir estímulos relevantes que puedan producir la aparición de otras respuestas emocionales secundarias. Al invalidar la respuesta emocional del individuo, se produce la desregulación emocional (Gagliesi et al., 2008).

La invalidación del entorno para con el individuo conlleva como consecuencia directa la imposibilidad de aprender a etiquetar sus propias emociones y a modularlas, causándole intolerancia al malestar y frustración (Gagliesi et al., 2008).

Hoffman y McGlashan (2003) postulan que son determinantes la interacción de factores biológicos, genéticos y ambientales para el génesis de un Trastorno de Personalidad Límite.

Por otro lado, Bateman y Fonagy (2004) consideran que existen múltiples factores a la gesta del Trastorno Límite de Personalidad: ambiente invalidante, abuso infantil, estilos deficientes de apego en la infancia e incapacidad en el control de los impulsos.

Linehan (1993b), como fue explicado anteriormente, hace foco en la interacción de los factores biológicos y sociales para el desarrollo del Trastorno Límite de Personalidad, y la teoría biosocial, donde la desregulación emocional cumple con el papel principal para el desencadenamiento del Trastorno. Esto, sumado a un ambiente invalidante, el cual la autora define como aquel donde las respuestas son ofrecidas de manera contradictoria e incongruente, facilita la aparición del trastorno.

Mientras que en las familias validantes, las experiencias privadas o internas, y las emociones del individuo son respetadas, en las familias invalidantes las respuestas emocionales del individuo suelen ser descartadas, nulas o insensibles, que sumado a la predisposición biológica de vulnerabilidad emocional, crea un “caldo de cultivo” propicio para que se desencadene el Trastorno Límite de Personalidad (Linehan, 1993b).

Apfelbaum y Gagliosi (2004), continuando la línea de Linehan, mencionan a las familias borderline como aquellas cuyo patrón de interacción predispone al desarrollo de un Trastorno Límite de Personalidad. Los autores describen tres estilos de familia: las familias perfectas, aquellas que mantienen una distancia emocional entre sus integrantes, impidiendo la expresión de emociones negativas. Las familias caóticas, donde se encuentran problemas de toda índole: financieros, abuso de sustancias, abuso sexual, maltrato, negligencia, atención nula o ausencia parental. Y las familias típicas, con un mayor control cognitivo de las emociones, donde el individuo vulnerable a estas suele ser reprimido.

Es importante destacar que el inicio del Trastorno Límite de Personalidad suele ocurrir durante la adolescencia, extendiéndose durante la adultez, presentándose ocasionalmente una remisión sintomática de la falta de control de impulsos, luego de los 40 años de edad.

También está presente en el 2 % de la población en general y tres de cada cuatro diagnósticos corresponden a mujeres (Apfelbaum, Gagliesi, Lencioni, Pechon, Herman, & Kriwet, 2007).

3.1.4 Comorbilidad

La comorbilidad del Trastorno Límite de Personalidad suele solaparse con el Trastorno Depresivo, con el Abuso de Sustancias, también con el Trastorno de las Conductas Alimentarias y con el Abuso Sexual Infantil (Gagliesi et al., 2008).

Se ha pensado al Trastorno Límite de Personalidad como un posible Trastorno de Estrés Postraumático, ya que se encuentra en los antecedentes de la mayoría de los pacientes diagnosticados, el haber padecido experiencias traumáticas graves durante la infancia como el abuso sexual (González Vives, Díaz-Marsa, Fuentenbro, Lopez-Ibor Aliño & Carrasco, 2006).

El abuso sexual sufrido en la infancia, es considerado un factor de riesgo para desarrollar trastornos de índole psicopatológicos en la edad adulta, aunque actualmente no se puede confirmar una relación causal entre el abuso y la patología, no obstante, la experiencia de abuso puede relacionarse con la incapacidad para vincularse con el entorno. Sin embargo, si bien el abuso sexual en la infancia se correlaciona en cierta medida con todos los Trastornos de la Personalidad, diversos estudios arrojan que las mujeres que fueron diagnosticadas con Trastorno Post Traumático debido a haber padecido abuso sexual, también fueron diagnosticadas en el Trastorno Límite de Personalidad (Padilla, Gallardo-Pujol & Pereda, 2011).

Según el DSM-IV-TR (APA, 2005) El Trastorno Límite de Personalidad tiene características en común con otros trastornos de la personalidad. Se busca realizar un diagnóstico diferencial con

- El Trastorno Histriónico de la Personalidad.

- El Trastorno Esquizotípico de la Personalidad.
- El Trastorno Paranoide de la Personalidad.
- El Trastorno Narcisista de la Personalidad
- El Trastorno Antisocial de la Personalidad.
- El Trastorno de Personalidad por Dependencia.

Para poder realizar un diagnóstico asertivo es necesario distinguir en estos trastornos, sus similitudes y sus diferencias con el Trastorno Límite de Personalidad para evitar las confusiones.

Para el DSM-IV-TR, el Trastorno Histriónico de la Personalidad tiene en común con el Trastorno Límite de Personalidad que este se caracteriza por la búsqueda de atención, comportamiento manipulativo y emociones cambiantes, no obstante, el Trastorno Límite de Personalidad se diferencia en su autodestructividad y sentimientos crónicos de vacío interior. El Trastorno Esquizotípico y el Trastorno Límite de Personalidad tienen en común las ideas o ilusiones paranoides, pero en cambio en el Trastorno Límite de Personalidad estas ideas son pasajeras. En relación al Trastorno Paranoide de la Personalidad y el Trastorno Narcisista de la Personalidad, el Trastorno Límite de la Personalidad comparte una reacción iracunda ante estímulos menores pero, se diferencia en la estabilidad de la autoimagen, así como la falta de autodestructividad e impulsividad (APA, 2005).

El Trastorno Límite de Personalidad tiene en común con el Trastorno Antisocial de la Personalidad la manipulación para obtener un provecho, no obstante en el Trastorno Límite de Personalidad el objetivo es lograr la atención del entorno cercano. El Trastorno Límite de Personalidad y el Trastorno de Personalidad por Dependencia tienen en común el temor al abandono y las relaciones caóticas e inestables, pero si bien el individuo con Trastorno de Personalidad por Dependencia reacciona al abandono aumentando su docilidad y sumisión,

el individuo con Trastorno Límite de Personalidad reacciona con ira y vacío emocional (APA, 2005).

3.1.5 Características principales del Trastorno Límite de Personalidad

Los individuos con Trastorno Límite de Personalidad pueden identificarse como personas desvalidas, deprimidas, que buscan compasión de los demás pero al sentirse amenazados pueden ponerse en situaciones de riesgo y se desesperan por evitar el abandono.

Frecuentemente presentan sentimientos de odio dirigidos a sí mismos que los conducen a conductas autolesivas, ya sea como para castigarse o para pedir ayuda de su entorno (González Vives et al., 2006).

Aramburu Fernández (1996) explica que los pacientes con Trastorno Límite de Personalidad tienen dificultades en reconocer y vivenciar la emocionalidad y toman en cuenta sus reacciones como invalidas ante una determinada situación o persona. Es muy probable que aumenten sus respuestas emocionales para ser validados por el afuera, pero en cambio, son percibidos por el exterior como exagerados en sus manifestaciones e invalidados nuevamente.

En general, las personas con Trastorno Límite de Personalidad, se caracterizan por manifestarse a través de conductas impulsivas y de reacciones inapropiadas y erráticas, lo cual les lleva a ser interpretados por el entorno como manipuladores y agresivos, cuando en realidad los sentimientos que operan en ellos son de temor, desesperación, sentimientos de no encajar y ser, en definitiva, defectuosos como individuos (Apfelbaum y Gagliosi, 2004).

Una característica distintiva del Trastorno Límite de Personalidad son las conductas de riesgo y autolesivas, dentro de lo que se considera conductas suicidas, se encuentran las conductas autolesivas, y son estas uno de los criterios para diagnosticar la patología. En

general, los comportamientos autodestructivos son conductas aprendidas para lidiar con las emociones que les resultan intensas o intolerables (Linehan, 1993a).

Las conductas impulsivas suicidas o de autolesión vienen a ser un tipo de solución al que recurre el individuo, soluciones que son desadaptativas en sí, a las que recurre en el momento en que la persona lidia con emociones intensas e intolerables. La autolesión es interpretada por individuo como una descarga por la sensación de liberación de la tensión al realizarla, por lo cual, vuelve a perpetuarse como solución en posteriores crisis (Linehan, 1993a).

Para Linehan (1993a), estas conductas mencionadas, además de otros comportamientos como la ingesta de psicofármacos, quemarse, lacerarse, funcionan como recurso regulador emocional para la persona y también son reforzadas, indirectamente, por el entorno ya que, al realizarlas, la persona recibe atención y apoyo por parte de sus pares.

La autolesión se define como una conducta realizada con intención, de bajo riesgo letal, con la finalidad de reducir y comunicar la angustia psicológica. De acuerdo a Walsh (2007) el fin de la autolesión es el alivio psicológico y regulación emocional ante los sentimientos de ira, culpa, dolor, tristeza, frustración, más que un deseo auténtico de morir.

Las conductas autolesivas en general no tienen una finalidad suicida, no obstante, el individuo que se autolesiona puede incurrir en intentos de suicidio. Los métodos considerados de baja letalidad como cortarse, golpearse o el rascado profuso pueden incrementarse a métodos considerados de alta letalidad como el uso de armas de fuego, ahorcarse o el abuso de sustancias, con el riesgo de sobredosis (Walsh, 2007).

En la misma línea, Serrani (2011) postula que las conductas autodestructivas son intentos errados de solución de problemas, ya que en un principio causan un alivio temporal de sentimiento que se quiere disipar, pero a su vez aumentan otras emociones negativas como la culpa y la vergüenza. La solución intentada resulta en un nuevo problema en lugar de una solución eficaz.

Es importante tener en cuenta los comportamientos posteriores a las conductas autolesivas para averiguar si las autolesiones se desencadenan como respuesta a una situación, o si se producen con el objetivo de un beneficio directo por ese hecho. Este dato es muy importante ya que brinda al terapeuta cómo prever la continuidad del tratamiento, en base a estos hechos puede promover el afrontamiento en una situación dada o la búsqueda de la modificación de las reacciones del contexto y consecuencias del hecho (Gagliesi, 2010).

Es de vital consideración identificar y discriminar los intentos de suicidio, el parasuicidio y la ideación suicida entre las conductas autodestructivas dentro del Trastorno Límite de Personalidad. Los intentos de suicidio son comportamientos autodestructivos, llevados a cabo en general en forma consiente. En cambio, la ideación suicida se considera un paso anterior al suicidio, aunque no siempre está presente la ideación suicida previo a un suicidio necesariamente. En el suicidio el fin que persigue el individuo es la autodestrucción; y el padecimiento de un trastorno mental es el factor de riesgo principal en los intentos de suicidio (Vega Piñero, Blasco Fontecilla, Baca García & Diaz Sastre, 2002).

La definición de parasuicidio sugiere a conductas cuya finalidad no es terminar con la propia vida, sino cambiar el ambiente, o provocar una respuesta en este. Es una forma de reaccionar ante el conflicto (Vega Piñero et al., 2002).

3.2 La Terapia Dialéctica Conductual

Hoy en día, la Terapia Dialéctica Conductual es considerada como el único tratamiento avalado por la evidencia empírica en su eficacia para tratar el Trastorno Límite de la Personalidad, así como también su aplicación con éxito en otras patologías relacionadas con la desregulación emocional. La Terapia Dialéctica Conductual es considerada una terapia multi-modal ya que está integrada por cuatro elementos: terapia individual, entrenamiento

grupal, atención telefónica y grupo consultante para los terapeutas (Soler, Eliges, & Carmona, 2016).

3.2.1 Conceptos Básicos

Marsha Linehan desarrolla la Terapia Dialéctica Conductual en base a la teoría descripta anteriormente sobre el génesis de la desregulación emocional en el Trastorno Límite de Personalidad. La Terapia Dialéctica Conductual aplica un amplio abanico de estrategias terapéuticas cognitivas y conductuales de los problemas del Trastorno Límite de Personalidad, incluido el tratamiento de las conductas suicidas. En la Terapia Dialéctica Conductual se hace énfasis en cuatro áreas: la aceptación y validación de la conducta como se presenta en el momento, el tratamiento de las conductas que interfieren en la terapia tanto por parte del individuo como del terapeuta, la relación terapéutica y los procesos dialécticos (Linehan, 1993b).

Este tratamiento se agrupa bajo tres perspectivas diferentes, la orientación conductual, la filosofía dialéctica y la tradición budista zen. La finalidad de la terapia es la de procurar una forma de vida realísticamente funcional y estable, es por esto que busca disminuir las conductas que atenten contra la vida del individuo, como lo son las conductas suicidas, parasuicidas y autolesivas (Díaz-Benjumea et al., 2003).

La Terapia Dialéctica Conductual propone, en función de la desregulación y labilidad emocional de los sujetos con Trastorno Límite de Personalidad, cuatro módulos basados en el aprendizaje psicosocial de habilidades que se encuentran ausentes en el repertorio de habilidades de dichos sujetos; habilidades de regulación de las emociones, habilidades interpersonales efectivas, habilidades de tolerancia al malestar y un conjunto de habilidades de conciencia (*mindfulness*) que se relacionan con la capacidad de experimentar y observarse conscientemente a uno mismo y al entorno (Linehan, 1993b).

En el marco de una terapia conductual, como lo es la Terapia Dialéctica Conductual, se dirige a una perspectiva dialéctica con tres rasgos esenciales: para este modelo la realidad está compuesta de distintos elementos que actúan como un todo dinámico en donde cada elemento del sistema está en interrelación con los demás, así se enfoca no solo en las conductas problema sino en el contexto y en las condiciones en las que se llevan a cabo. El segundo rasgo afirma que la realidad es un conjunto de fuerzas que se oponen entre sí, la persona con trastorno límite está atrapada en polaridades sin poder conseguir la síntesis. El tercer rasgo plantea que la realidad está en constante transición y por eso es necesario ayudar a los pacientes a sentirse cómodos con el proceso y a desarrollar tanto habilidades de cambio como habilidades de aceptación (Vega & Sánchez Quintero, 2013).

El programa de tratamiento que se presenta desde este modelo mezcla una actitud realista y a veces extravagante frente a las conductas disfuncionales con una destacada calidez, flexibilidad y auto revelación estratégica del terapeuta. La terapia busca reencuadrar constantemente las conductas suicidas y autolesivas como parte del repertorio de conductas de resolución de problemas aprendido por el paciente y en centrar la terapia en la solución activa de problemas (Linehan, 1993b).

3.2.2 Modalidad de tratamiento

El tratamiento tiene distintas modalidades: terapia individual, grupo de entrenamiento de habilidades, grupo de apoyo, consulta telefónica, encuentros de consulta para terapeutas y tratamientos auxiliares (Linehan, 1993). La terapia individual se centra en los factores motivacionales del individuo; la motivación de seguir con vida, de modificar las conductas disfuncionales por conductas competentes y de construir una vida que valga la pena vivir (Linehan, 1993b).

Parte del tratamiento se basa en el balance entre estrategias de cambio y aceptación formando la dialéctica fundamental que da origen al nombre a la terapia. Se entiende por Dialéctica, el evaluar e integrar ideas y hechos contradictorios con una visión que pueda resolver las contradicciones. La filosofía dialéctica como pilar fundamental de la Terapia Dialéctica Conductual, permite corregir las formas rígidas del pensamiento en el paciente; postula un balance entre el cambio y la aceptación. Ahora bien, dentro de lo contradictorio de ambas estrategias, es esencial lograr un equilibrio entre estas para poder erradicar los pensamientos dicotómicos y lograr la aproximación entre los opuestos (Linehan, 1993a).

Uno de los objetivos de la Terapia Dialéctica Conductual es reconocer y validar la vulnerabilidad emocional del paciente, así como brindarle las habilidades necesarias para su regulación (Linehan, 1993a).

El énfasis en el concepto de validación es necesario para que el individuo pueda comunicar a un otro que sus pensamientos, acciones y sentimientos tienen un sentido, y que son entendibles dentro de su contexto de vida. Se desea que el individuo pueda aprender de la experiencia del dolor en vez de recurrir conductas autodestructivas, poniendo el principal foco en la adquisición de nuevas formas de comportamiento y en la modificación de modos desadaptativos de pensamiento (Linehan, 1993a).

Para Gagliosi (2007), siguiendo la línea de Linehan, la terapia tiene cinco funciones esenciales: Fortalecer la capacidad del individuo de autorregular las emociones, estimular la tolerancia a las crisis y el malestar, conseguir ser asertivo en la resolución de situaciones interpersonales y lograr mantener la atención plena a la experiencia que se vive en el aquí y ahora. En la terapia dialéctica conductual, el terapeuta utiliza estrategias de tratamiento que contemplan las características del individuo y el momento en el que este se encuentra.

Aramburu Fernández (1996) señala cuatro tipos de estrategias que se utilizan en la Terapia Dialéctica Conductual y cuál es la función del terapeuta en ellas: Las *estrategias dialécticas*

tienen una función organizadora en la terapia, la intención del terapeuta es que el paciente pueda lograr abandonar el estilo de pensamiento dicotómico. Las *Estrategias Centrales* son la base del tratamiento y se orientan a la aceptación y el cambio, y es aquí donde el terapeuta debe lograr el equilibrio entre ambas estrategias: validación (aceptación) y la resolución de problemas (cambio). Las *Estrategias de Estilo* aluden a los estilos de comunicación contrapuestos, a la comunicación recíproca y la comunicación irreverente, y es aquí donde nuevamente, el terapeuta debe lograr el equilibrio entre ambas. Por último, las estrategias de *Dirección del Caso* refieren a la forma en el que el terapeuta se involucra con el mundo externo del individuo, como asesor de este sin intervenir en él.

Díaz-Benjumea et al. (2003) sostiene que la Terapia Dialéctica Conductual se administra en estadios, donde cada estadio tiene un orden jerárquico y cada uno prepara al individuo para el estadio posterior. Cada etapa del tratamiento tiene objetivos previamente acordados a cumplir para poder avanzar a la siguiente etapa y cumplir una meta terapéutica. El programa de tratamiento aborda las metas terapéuticas en función de su importancia, y son establecidas en la terapia individual de la persona. El programa está estructurado en una etapa de pretratamiento y en tres de tratamiento. El pretratamiento busca orientar al individuo sobre los beneficios de la terapia y el compromiso necesario para con esta. Se le explica al paciente cómo funciona la terapia y se describen las etapas, se estipulan cuáles son los límites y se busca lograr su compromiso.

La primera etapa apunta a lograr que el individuo adquiera capacidades básicas. Dependiendo de la gravedad del paciente, esta etapa tiene una duración aproximada de un año de duración en pacientes graves. Esta etapa se centra en las conductas que interfieren en la terapia, tanto en el paciente como por parte del terapeuta, como también en las conductas que interfieren en la calidad de vida del individuo (Díaz Benjumea et al., 2003).

La segunda etapa está orientada a la reducción de la angustia postraumática, y por ello se focaliza a que el individuo pueda procesar hechos traumáticos anteriores. El terapeuta busca que el paciente pueda recordar y aceptar las experiencias traumáticas de su vida y reducir la estigmatización y culpa que siente el paciente asociado a estas. La tercera etapa se encuadra en fomentar el autorespeto y en lograr metas personales. Para ello es necesario que el individuo tenga confianza en sí mismo, que pueda aceptarse y validarse así mismo; y que su autoestima sea lo suficientemente independiente de la valoración externa. El terapeuta busca impulsar que el paciente se plantee metas realistas en su vida, aplicadas en todos sus ámbitos y que pueda lograr cada vez mayor autonomía. La cuarta etapa se enfoca en la capacidad de mantener la alegría, y en este sentido se orienta a las practicas espirituales (Díaz Benjumea et al., 2003).

El tratamiento, además, exige el cumplimiento de una serie de reglas que son excluyentes para poder ser tratados bajo la Terapia Dialéctica Conductual: se considera que el paciente que se ausenta por más de cuatro sesiones seguidas ha hecho abandono del tratamiento y se considera que está fuera de la terapia. Es obligatorio que los pacientes asistan a terapia individual. No está permitido que fuera de la terapia grupal, los pacientes hablen de anteriores conductas suicidas o autolesivas. En el caso de las llamadas telefónicas, deben aceptar la ayuda, y el paciente no puede llamar al terapeuta dentro de las 24 horas siguientes a la autolesión si no se hubiere comunicado con este a fin de evitarla (es decir, no puede llamar luego de que ya se hubiere efectuado así mismo una lesión, sino previamente en afán de solicitar ayuda para no hacerlo). Se debe avisar con antelación ante una ausencia a sesión o llegada tarde. No deben entablar relaciones privadas entre los integrantes de terapia grupal (Linehan, 1993a).

La principal prioridad del tratamiento es evitar la conducta suicida, y es menester que desde la primera sesión sea constituido el contrato de pre tratamiento (Aramburu Fernández, 1996).

3.2.3 La terapia individual

En la terapia individual dentro de la Terapia Dialéctica Conductual se tiene el objetivo de ayudar al individuo en la desregulación emocional y con las conductas desadaptativas que este tuviera mediante la enseñanza de habilidades. Dichas habilidades buscan remplazar las conductas desadaptativas, las conductas problema, con otras más adaptativas. Para que la terapia individual pueda llevarse a cabo es necesario que los factores ambientales personales del paciente sean tenidos en cuenta, pues estos pueden impedir las conductas asertivas en el paciente y reforzar las conductas inadaptadas. El terapeuta trabaja para establecer una relación interpersonal fuerte y positiva con el individuo desde el comienzo de la terapia, esto es de suma importancia ya que puede ser que el terapeuta sea el único refuerzo positivo en la motivación terapéutica del paciente y que sea la relación terapéutica la que mantiene la vida del paciente cuando todo lo demás falla (Linehan, 1993a).

Linehan (1993a) señala que es de vital importancia el evitar las conductas desadaptativas que podrían interferir con la terapia, ya que, por razones obvias, la meta fundamental es mantener con vida al paciente y sin la terapia los objetivos no pueden cumplirse. No deben permitirse las conductas parasuicidas (cortarse, arañarse, el consumo de medicación en exceso) o que expongan al paciente a situaciones de riesgo vital.

De acuerdo a lo estipulado por Linehan (1993b), la terapia individual puede desarrollarse en una o dos sesiones semanales, de acuerdo a las situaciones de crisis del paciente. La duración de las sesiones puede oscilar desde los 50-60 minutos hasta 90-110 minutos.

3.2.4 El Tratamiento Grupal: Entrenamiento en habilidades

Linehan (1993b) explica que en general los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad no desean integrarse a un trabajo en grupo, no obstante, esta modalidad de terapia les da a los terapeutas la posibilidad de observar las conductas interpersonales de los pacientes y el poder trabajar sobre estas. Además considera que los individuos, al interactuar con otros pacientes con sus mismas dificultades, puedan aprender los unos de los otros.

El grupo de entrenamiento en habilidades se da una vez por semana en sesiones de dos horas y media. El grupo está compuesto por dos terapeutas y de seis a ocho pacientes. La finalidad de este tipo de modalidad de tratamiento es la de que los pacientes reciban entrenamiento en habilidades conductuales con el objetivo de que pudiesen aplicarlas a su vida diaria y por ello mejorar los patrones interpersonales, emocionales y cognitivos (García Palacios, 2006).

La enseñanza de habilidades está dividida en cuatro módulos y cada uno de ellos corresponde a una habilidad. Las sesiones también están divididas en partes, y la primera de ellas es la exposición de cada paciente a narrar como les ha ido durante la semana con las habilidades y en qué situaciones las han puesto en práctica (Linehan, 1993b).

Las habilidades que se utilizan en grupo son las habilidades de conciencia plena, las habilidades de efectividad interpersonal, las habilidades de regulación de las emociones y las habilidades de tolerancia al malestar. En relación con las Habilidades de conciencia plena, es una de las primeras habilidades en ser enseñadas, se trabajan durante todo el año y se revisan al inicio de cada uno de los módulos posteriores (Linehan, 1993b).

Para hablar de las habilidades de conciencia plena, es importante señalar que en la Terapia Dialéctica Conductual, Linehan (1993b) se postulan tres estados mentales primordiales: la *mente racional*, la *mente emocional* y la *mente sabia*. La *mente racional* alude al conocimiento intelectual, el pensamiento racional y lógico, las conductas planificadas. La

mente emocional refiere al control del estado emocional sobre los pensamientos y acciones, y por ende la conducta es consecuente al estado emocional de la persona. La *mente sabia* es la conjunción de la *mente racional* y la *mente emocional*, con el añadido de la experiencia emocional y el análisis lógico. Las habilidades de conciencia son el medio que se utiliza para lograr la *mente sabia* en la Terapia Dialectico Conductual, y dichas habilidades son tres: observar, describir y participar.

Las habilidades de efectividad interpersonal se focalizan en aportar al paciente de estrategias efectivas para lograr los cambios deseados, mantener las relaciones y alcanzar el respeto personal. Es importante para lograr la efectividad interpersonal, la capacidad de analizar la situación y establecer objetivos. El propósito de este módulo es que el paciente pueda aplicar habilidades específicas de resolución de problemas interpersonales, sociales y de asertividad, con el fin de modificar el entorno aversivo y lograr sus metas en encuentros interpersonales (Linehan, 1993b).

Las habilidades de regulación de las emociones se utilizan para prevenir y regular los estados emocionales extremos, y para ello es necesario que el paciente pueda identificar y etiquetar sus emociones. Este módulo tiene por objetivo reducir la vulnerabilidad emocional y aumentar la regularidad de los eventos emocionales positivos. Las habilidades de tolerancia al malestar brindan estrategias que son útiles para poder sobrellevar y sobrevivir a las crisis, aceptar de manera no evaluativa ni enjuiciadora, a la situación presente. Alude a vivir el estado emocional sin intentar cambiarlo (Linehan, 1993b).

3.2.5 Asistencia telefónica

Para Linehan (1993a) la estrategia telefónica tiene como objetivo que el paciente puede recurrir a esta a fin de utilizar las habilidades aprendidas en la terapia y así poder aplicarlas a situaciones de su vida cotidiana. También la considera una forma adicional de terapia entre

sesiones, ya que ayuda a prevenir y reducir las conductas desadaptativas como las conductas suicidas y parasuicidas. Es importante que el paciente no utilice esta estrategia de forma abusiva; El terapeuta debe utilizar esta estrategia a criterio, modificándola en el caso particular de cada paciente, conforme a los que nunca llaman o a los que lo hacen de forma excesiva.

Linehan (1993a) además, sostiene que los llamados telefónicos tienen horarios establecidos y circunstancias prescriptas. El terapeuta acuerda previamente con el paciente que deben llamar al terapeuta al comienzo de una crisis, o antes incurrir en comportamientos parasuicidas. En el caso de que el individuo ya hubiera utilizado estrategia la autolesión o conducta parasuicida, como ya se ha especificado anteriormente, no puede contactar al terapeuta por 24 horas después de realizada la conducta desadaptativa, a menos de que su vida corra riesgo. Los contactos por vía telefónica se dividen en tres tipos:

- Llamadas telefónicas del paciente al terapeuta.
- Llamadas telefónicas pre- planificadas del paciente al terapeuta.
- Llamadas telefónicas del terapeuta al paciente.

Gagliesi y Lencioni (2008) señalan que el contacto telefónico debe ser breve, de no más de 20 minutos, y focalizado en el uso de habilidades, ya que de lo contrario se estaría reforzando la aparición de conductas desadaptativas a cambio de contención y atención

4 Metodología

4.1 Tipo de estudio: Descriptivo de Estudio de caso

4.2 Participantes

El trabajo se realizó en base al caso de una paciente de la institución, a quien le fue dado el nombre de Clara, a fin de proteger su identidad.

Dicha institución está orientada a la Terapia Sistémica y a la Terapia Focalizada en la Resolución de Problemas, además tiene un equipo especializado en la Terapia Dialéctica Conductual para el tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad.

Clara es una joven de 22 años, vive con sus padres en provincia, y actualmente no trabaja, su actividad es cantar en una banda.

Tuvo su primera internación psiquiátrica el año pasado, en febrero del 2016, en un hospital y luego fue derivada a una clínica. Clara manifiesta que ha tenido conductas autolesivas e ideación suicida desde los 10 últimos años, con intervalos en los que no se cortaba, pero refiere que su momento más álgido referido a estas conductas fue durante el año previo a su internación como consecuencia de un intento de suicidio.

Las situaciones disparadoras de estas conductas se relacionaban con los conflictos con sus padres o entorno circundante, que le generaban malestar emocional y culminaban con ideación suicida, intentos de suicidio y conductas autolesivas como cortes en los brazos.

Clara se encuentra en tratamiento psicológico con una terapeuta de la institución que forma parte del grupo tratante de Terapia Dialéctica Conductual y recibe medicación psicofarmacológica supervisada por psiquiatra de la institución.

4.3 Instrumentos

Se trabajó con la información recaudada en las sesiones por el registro de sesión que utilizan los terapeutas en la institución, que consta como historia clínica del paciente, así como internaciones previas y terapias anteriores. Además, se utilizó el registro fílmico de

grabación de sesiones en Cámara Gesell, una primer entrevista de admisión y tres sesiones no consecutivas, a fin de hacer un seguimiento eficaz del tratamiento, historia y evolución del paciente, con el fin de optimizar las estrategias en las intervenciones.

El registro fílmico y los registros de las sesiones fueron muy útiles en el fin de revisar el caso y para recopilar datos relevantes al respecto al proceso terapéutico, indagar acerca de las herramientas utilizadas, así como estrategias efectuadas y las dificultades dentro del marco terapéutico para evitar las autolesiones e ideación suicida en la paciente.

4.4 Procedimiento

Se pautó un encuentro con la terapeuta de la paciente para indagar acerca de las conductas disfuncionales de la paciente y el entrenamiento en habilidades para modificar estas conductas, y la información que de ella se obtuvo es la que se utilizó en el presente trabajo.

El análisis de los datos recaudados por medio de la historia clínica y las sesiones video grabadas, se realizó con una frecuencia de dos veces por semana en la institución, así como el análisis de toda información nueva y relevante sobre el caso que pudiera surgir durante el curso del presente trabajo.

Por otra parte, se asistió al curso de Terapia Dialéctica Conductual para terapeutas y estudiantes de psicología, para comprender los conceptos fundamentales para abordar la temática en el presente trabajo, así como la perspectiva de la institución para tratar a los pacientes con Trastorno Límite de personalidad.

5 Desarrollo

5.1 Presentación del caso

Clara es una joven de 22 años, ingresa al tratamiento de Terapia Dialéctica Conductual en marzo de 2016, luego de una internación psiquiátrica por sobre ingesta de medicación con intención suicida el 20 de febrero de 2016. Estuvo internada en un hospital durante tres días, y posteriormente fue trasladada a una institución psiquiátrica.

Clara relato que no es la primera vez que intentó quitarse la vida, y que en esos casos anteriores, siempre recurrió a la sobre ingesta medicamentosa. Explica que estos intentos fueron realizados en forma impulsiva, sin una premeditación, sino en respuesta a un impulso de hacerlo. También expone que fantaseaba con la muerte como una posible solución a sus problemas anteriormente a cada episodio. Estos intentos suicidas sucedieron luego de situaciones que la desbordaron emocionalmente. El último episodio, por el cual fue internada, ocurrió luego de una discusión con sus padres; ellos estaban con la televisión muy alta y no la bajaban, Clara se enojó y se angustio, y que por ello es que ingirió el exceso de medicación.

Al momento de la evaluación para ingresar al Tratamiento de Terapia Dialéctica Conductual, Clara estaba con internación domiciliar, saliendo únicamente para recibir tratamiento médico.

En la actualidad vive con su padre y su madre, es hija única. Clara refiere que no tiene una buena relación con su madre, aunque se quieren mucho, y se lo demuestran expresándolo y haciéndose regalos mutuamente.

En su casa hay varias discusiones con sus padres, donde el padre tiene una actitud más flexible, mientras su madre es de tomar una posición más “rígida”.

Según la perspectiva de Clara, su madre está “enferma psíquicamente”. Clara trata de entenderla, porque piensa que su madre está deprimida.

Relata que no se siente comprendida por su madre, pero en cambio, si por su padre porque este ya paso una “depresión” parecida a la de ella. Expresa sentirse entendida por su padre cuando dice que no quiere salir porque le da miedo la gente.

Clara no término el secundario, adeuda el último año. Abandono la escuela porque tenía “ataques de ansiedad” en el colegio: sentía que los compañeros la miraban, que hablaban mal de ella y sentía que todo estaba mal en su vida. En ese momento se fue de su casa a vivir con su tía por que su padre le pegaba y su madre la trataba mal. Clara refiere que, en la actualidad su padre ya no es violento con ella. De acuerdo a García Palacios (2006) la respuesta emocional de gran intensidad por parte de Clara, así como la sensibilidad a los estímulos emocionales, son característicos de los individuos con Trastorno Límite de la Personalidad. También, la relación caótica con sus padres, con un historial de maltrato físico y emocional, se corresponde con la descripción de familia de tipo invalidante, explicada por Marta Linehan (1993a), donde la familia responde en forma inconveniente a las experiencias del individuo, promoviendo la restricción de la expresividad emocional.

Clara habla de una “depresión” que considera que tiene desde los 8 años, cuando recuerda haberle dicho a su madre que quería morirse, y que con el tiempo fue aumentando en intensidad.

A los 11 años comenzó a cortarse para aliviar el dolor cuando estaba triste. Comenzó su primer tratamiento con psiquiatra y psicólogo 8 meses antes de su primer acercamiento al Centro Privado de Psicoterapias, y manifiesta que ese tratamiento le sirvió aunque no sabe cómo.

Clara relata que desde el tiempo que se corta, ha tenido periodos donde no lo hacía porque “quería dejar de hacerlo”. Al inicio del tratamiento no se cortaba hacia aproximadamente tres meses, pero su alternativa era hacerse bolita en la cama y llorar, o cachetearse o golpearse contra algo de superficie filosa. Dos años atrás tuvo una sobre ingesta medicamentosa con

fluoxetina y la última vez fue con clonazepam y lorazepam mezclado con alcohol; Señala que en esta última su intención era matarse, mientras que en las anteriores solo quería terminar con la angustia del momento, sin la finalidad suicida. Esto está en línea con lo que dice Walsh (2007) en relación a la finalidad de las autolesiones, donde la intención no es terminar con la vida, sino que es la de reducir la angustia y el malestar emocional.

Refiere que no confía en su visión en relación a lo que le sucede, porque cuando ella considera que las cosas están bien, para sus padres están mal y viceversa. En muchas situaciones sus padres le han expresado que lo que sentía era incorrecto o inapropiado. Las situaciones donde Clara es reprendida por sus respuestas y reacciones inadecuadas o exageradas por parte de sus padres generan nuevamente una invalidación; de acuerdo con Aramburu Fernández (1996) esto favorece la aparición de respuestas emocionales de mayor intensidad para poder ser validados.

Clara canta en eventos de anime, y relata que le gusta mucho hacerlo. Es allí donde conoció a su novio, por quien se siente apoyada y animada. También tiene amigos, aunque comenta que son pocos, pero puede hablar con ellos sobre lo que le sucede y sentir que la entienden.

En relación a su novio, un joven de su edad, uno de sus miedos es que si ella no supera estas “cosas”, su novio se va a hartar de ella.

En cuanto al tratamiento, expresa que si bien no tiene ganas de hacer nada, siente que tiene que hacerlo porque quiere “salir de la depresión”. Clara siente que sin no comienza a avanzar, va a morir por la angustia. Es importante señalar, que en el transcurso del tratamiento Clara revela a su terapeuta un abuso sufrido en su niñez por parte de su abuela, del cual sus padres no estaban enterados. Esta información es de gran relevancia, ya que como se ha mencionado en el apartado anterior del presente trabajo, el Trastorno Límite de Personalidad ha sido considerado como un posible Trastorno de Estrés Postraumático, ya que se encuentra en los

antecedentes de la mayoría de los pacientes diagnosticados, el haber padecido experiencias traumáticas graves durante la infancia como el abuso sexual (González Vives, Díaz-Marsa, Fuentenbro, Lopez-Ibor Aliño & Carrasco, 2006).

El tratamiento con el equipo de Terapia Dialéctica Conductual inicia con una evaluación psicodiagnóstica que arroja que Clara cumple con los criterios del Trastorno Límite de Personalidad según el DSM-5 (American Psychological Association, 2013).

Se considera que un paciente tiene Trastorno Límite de Personalidad al cumplir con 7 de los 9 criterios cuando se le administra la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad SCID-II (First et al., 1995).

A partir del análisis de las mismas, se evidencia que Clara cumple con algunos criterios para el diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad.

Los criterios con los que cumple son los siguientes:

- *Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre las extremas idealización y devaluación:* Admite el rasgo y cumple con el criterio. Le paso tanto con su pareja como con su ex pareja.
- *Alteración de la identidad, autoimagen o sentido de si:* Admite el rasgo y cumple con el criterio. Indica los cambios en los proyectos de vida así como con su carrera, y se comporta diferente con distintas personas.
- *Impulsividad:* Admite el rasgo y cumple con el criterio. Consumía alcohol dos o tres veces por semana. También tiene atracones y vomita.

- *Comportamientos, intentos o amenaza suicida recurrente, o comportamiento de automutilación:* Admite el rasgo y cumple con el criterio. Indica que ha tenido cuatro intentos de suicidio, el único de mayor gravedad fue el que desencadenó la internación, y además se produce cortes desde los 11 años para aliviar su dolor. Al momento del diagnóstico expresó no cortaste pero si pincharse con lo que estuviera a su alcance cuando lo necesita.
- *Inestabilidad debida a notable reactividad en el estado de ánimo:* Admite el rasgo y cumple con el criterio. Explica que tiene cambios de humor todos los días, y los estados pueden durar media hora.
- *Sentimientos crónicos de vacío:* Admite el rasgo y cumple con el criterio. Refiere que es una situación desesperante ya que el vacío no le permite respirar.
- *Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves:* Admite el rasgo y cumple con el criterio. Refiere a esto como algo que le ocurre con frecuencia, ya que tiene miedo que la gente la vea.

No cumple con los criterios de: Esfuerzos frenéticos por evitar el abandono real o imaginario ni con el criterio de Ira.

Luego de la evaluación, los profesionales de la institución consideran que Clara se beneficiaría con el Tratamiento de Terapia Dialéctica Conductual, ya que este tipo de terapia está avalada empíricamente en su eficacia para tratar patologías relacionadas con la desregulación emocional (Soler, Eliges,& Carmona, 2016).

5.2 Analizar las estrategias terapéuticas utilizadas para el manejo de las conductas disfuncionales de autolesiones e ideación suicida.

Como se indica en el apartado anterior, Clara comenzó el tratamiento luego de una internación donde intento suicidarse con una sobreingesta medicamentosa.

Con el objetivo de indagar sobre soluciones intentadas en tratamientos anteriores, la paciente indico algunas de las causas por la cual atribuía al abandono de los tratamientos anteriores: refirió que con una terapeuta decidió abandonar porque no le gustaba el trato que mantenía con ella, el segundo terapeuta “le gritaba” y le decía que no podía abandonar el tratamiento con maneras imperativas y agresivas para Clara; y uno de los terapeutas, según el relato de la paciente, no recordaba nada de lo expresado por esta en sesiones anteriores. Esto era percibido por la paciente como desinterés por parte de los terapeutas que la habían tratado, ya que sentía que no podían comprender como se sentía. En la Terapia Dialéctica Conductual, Marsha Linehan (1993b) resalta la importancia en la aceptación y validación del terapeuta para con el paciente para cimentar la relación terapéutica, destaca la validación como pilar fundamental para favorecer el proceso dialectico.

También, es imprescindible señalar que el ambiente de crianza de la paciente, como postula Marsha Linehan (1993b) en la teoría biosocial, alude a un ambiente invalidante. El ambiente invalidante favorece la desregulación emocional, tiene la tendencia a responder errática e inapropiadamente a la experiencia privada y a ser insensible frente a la experiencia privada del individuo. Además, tienen la tendencia a responder de manera extremada a la experiencia privada que sí es compartida por el grupo. En la experiencia de la paciente, esta era invalidada por su familia y también se sentía invalidada por los terapeutas que la habían tratado.

Durante la primera entrevista, la madre de Clara se queja con la terapeuta de que tener que abonar la entrevista de admisión “es un gasto más” que les ocasiona Clara, así como que la

paciente “juega con nuestra sensibilidad, y a mí eso me hace enojar”. El padre, por su parte, ha confesado haber sido violeto con Clara, pero ya no serlo desde el último episodio de intento de suicidio. Al comienzo del tratamiento, los padres ignoraban el abuso cometido hacia Clara por parte de la abuela de esta. Es aquí, nuevamente, donde la terapeuta observa la dinámica invalidante de la familia de la paciente, como exponen Apfelbaum y Gagliesi (2004), este estilo de interacción caótica familiar favorece el desarrollo del Trastorno Límite de Personalidad ya que la persona en su niñez, aprenden a no confiar en sus emociones y a sentirse defectuosos en su desarrollo con el mundo.

Para crear el lazo terapéutico, la terapeuta consideró imprescindible generar un vínculo con Clara, así como empatizar con ella y fundamentalmente, validarla. Clara es una paciente a la que le cuesta pedir ayuda, teme ser una molestia a la vez que se siente incómoda si su terapeuta trata de acercarse demasiado a ella. En un principio es reacia a confiar en la terapeuta, y durante las primeras sesiones insistió en requerir la presencia de alguno de sus padres.

Es por esto que la terapeuta de Clara identificó como primordial lograr una alianza terapéutica sólida con la paciente para ayudarla a adquirir nuevos recursos y habilidades a fin de evitar las conductas de riesgo. El énfasis de la terapeuta está puesto en el cumplimiento de las pautas del tratamiento, el compromiso de no lastimarse y la importancia de poder pedir ayuda a fin de disminuir las conductas de riesgo. También, en lograr que Clara pueda respetar el encuadre de las sesiones, donde es habitual que la paciente acuda con 20 minutos de demora y sin haber completado las planillas. Es por ello que se toman unos minutos de la sesión para completar juntas las planillas, y se remarca la importancia de estas y de la relevancia de los datos que aporta a la terapeuta para el desarrollo de las sesiones individuales así como información de cómo transcurrió la semana para la paciente. Estos datos son de suma relevancia para la terapeuta, ya que le permiten observar si la paciente tuvo altibajos

emocionales, detalles sobre estos y si la paciente hizo uso de alguna habilidad aprendida durante las sesiones.

La terapeuta entiende que debe insistir en generar un vínculo sólido con Clara, pero que debe evitar hacerlo de forma apresurada a fin de respetar los tiempos de la paciente para que esta no se sienta avasallada e incómoda.

No obstante, ante la incomodidad de la paciente en pedir ayuda antes de autolesionarse, la terapeuta pauta con Clara llamarla diariamente para saber cómo se siente, y luego acuerdan utilizar diariamente mensajes de texto porque de esta forma Clara se siente más cómoda ya que expresa mucha vergüenza en pedir ayuda. Se refuerza la importancia de pedir ayuda.

Tanto en las sesiones grupales como en las individuales, se le enseñan a la paciente habilidades para evitar lastimarse, como el uso de bandas elásticas y hielo, así como también se trabaja con los padres de Clara sobre la importancia de la validación y el uso de habilidades que puedan ayudarla a implementarlas en caso de una crisis.

Las sesiones en grupo le permiten a la terapeuta observar la interacción de Clara con otros pacientes, donde puede observar las conductas interpersonales de Clara; y si bien en las sesiones de grupo están pensados para que los pacientes puedan aprender unos de otros, se evidencia que a Clara le cuesta mucho interactuar y abrirse para compartir sus experiencias. Sin embargo, si bien Clara no es una paciente que le guste involucrarse con el grupo, al notar que todos los demás pacientes utilizan las llamadas telefónicas para pedir ayuda, y después de comprender que no es “anormal” la utilización de llamadas, cuando acepta comunicarse diariamente por mensajes de texto con su terapeuta.

También se charla con los padres sobre la importancia de que la paciente tome la medicación correctamente, ya que en general las crisis que derivan en autolesiones o intentos de suicidio coinciden con el cese previo de la toma de medicación o la administración incorrecta de esta.

Es importante destacar, aunque parezca una obviedad, que dado los incidentes con el manejo de la medicación por parte de Clara, esta le es administrada por sus padres, específicamente por su madre, quien en ocasiones de que la medicación se acaba, no vuelve a adquirirla. En este caso, los padres de la paciente actuaron negligentemente, ya que al no asumir la seriedad de la patología de Clara con los riesgos que conlleva que esta esté privada de su medicación, es un nuevo acto de invalidación.

5.3 Describir las conductas disfuncionales de autolesiones e ideación suicida de la paciente.

Clara ante la angustia que le provocan las discusiones con sus padres, o peleas con su novio a causa de celos, se siente desbordada. Ante la frustración y la angustia que le provoca una pelea con su madre, siente un malestar intolerable y busca “encontrar alivio” llorando, en un principio, y autolesionarse al no encontrar otra forma de disminuir el dolor.

Es entonces cuando realiza las conductas riesgosas para su vida, donde el malestar disminuye pero luego vuelve a subir debido a la culpa que estas conductas le generan. Serrani (2011) postula que las conductas autodestructivas son intentos errados de solución de problemas, ya que en un principio causan un alivio temporal de sentimiento que se quiere disipar, pero a su vez aumentan otras emociones negativas como la culpa y la vergüenza. La solución intentada resulta en un nuevo problema en lugar de una solución eficaz.

Marsha Linehan (1993a) explica que la función de la autolesión, como se observa en el caso de Clara, es un tipo de solución intentada ante la emoción intolerable, y el paciente recurre a esta por la sensación de alivio de tensión al realizarla. Esta solución desadaptativa fue aprendida por Clara porque la ha ayudado a disminuir el malestar anteriormente y es por ello que vuelve a recurrir a ella como una solución en posteriores sucesos que le generen

malestar. En el caso de la paciente, ha manifestado que en la mayoría de los casos en los que se autolesiona, lo hace de forma impulsiva, dejándose llevar por la emoción de ese momento.

A su vez, estas conductas son interpretadas por los padres de Clara y su entorno como actos de manipulación de su parte, y estos también manifiestan, que los sentimientos que provocan estas conductas en Clara son inapropiados. Como señala Apfelbaum y Gagliosi (2004) los pacientes con Trastorno Límite de Personalidad son impulsivos y de reacciones inapropiadas y erráticas, lo cual les lleva a ser interpretados por el entorno como manipuladores.

Las conductas autolesivas que realiza Clara son, como refiere Walsh (2007) de baja letalidad; cortarse, golpearse, darse atracones e ingesta de alcohol desmesurada, hasta conductas de alta letalidad como la ingesta de psicofármacos y, durante el tratamiento, un intento fallido de ahorcamiento con la correa de su mascota. Clara ha manifestado cortarse los brazos y piernas, golpearse así misma o pincharse el cuerpo contra superficies o mobiliario filoso.

Las conductas disfuncionales que realiza Clara tienen, principalmente, el objetivo de disminuir el malestar, antes que la finalidad de terminar con su vida, aunque anteriormente al tratamiento y en una ocasión durante este, la intención de la paciente fue la de suicidarse mientras que en los intentos anteriores no lo fue. Como indica Walsh (2007) la conducta autolesiva no tiene, en general, el fin del suicidio, pero, no obstante; puede derivar en posteriores intentos de suicidio.

Referido a la ideación suicida, Clara niega haber tenido ideas de ideación suicida en el intento suicida sucedido durante el tratamiento, posteriormente en la terapia se ha reprochado su conducta, y adjudica al intento suicida a dejarse llevar por el impulso emocional que la embargaba.

También, una de las conductas disfuncionales que lleva a cabo la paciente es privarse de la comida o tener atracones, se ve “gorda” y decide no comer hasta que se da un atracón, principalmente con pan, y vomita todo lo que ingirió. Alterna entre periodos donde se restringe la ingesta de alimento y otros donde realiza estos atracones. En ocasiones también ha consumido grandes cantidades de alcohol (whisky). Walsh (2007) define a estas conductas disfuncionales como de baja letalidad, ya que en si no representan un riesgo de vida, no obstante, para Serrani (2011), estos son intentos infructuosos de aliviar el malestar, ya que lo hacen solo en forma temporal, generando un nuevo problema y aumentando en el individuo sentimientos de culpa y vergüenza.

5.4 Describir qué estrategias utiliza la terapeuta para modificar las conductas disfuncionales de autolesiones e ideación suicida de la paciente.

La terapeuta hace énfasis en comunicarse con Clara, sin esperar que ella la contacte, porque sabe que le es muy difícil solicitar ayuda. Se comunica con ella por teléfono, inicialmente, y por mensajes, después, por pedido de Clara.

Se trabaja sobre la motivación de la paciente a fin de afianzar el vínculo paciente-terapeuta, para evitar la deserción al tratamiento, ya que muchas veces acude sin ganas pero señala que se va mucho mejor, y que en las ocasiones que no asiste a las sesiones por falta de voluntad, manifiesta arrepentirse ya que siente que “le hacen bien”.

Se pone énfasis en el cumplimiento del tratamiento, pero la terapeuta busca evitar ponerse expulsiva, ya que a Clara le cuesta respetar el encuadre. En reiteradas ocasiones falta cuando se siente mal, no completa las planillas o llega tarde a las sesiones en forma habitual. Es por ello que la terapeuta pretende que la consecuencia de no seguir el encuadre y respetar el tratamiento sea la de retirar el vínculo terapéutico.

Se trabaja con el psiquiatra tratante para que converse con los padres y la paciente sobre el cumplimiento de las pautas del tratamiento, asistencia, así como la toma de la medicación y las consecuencias de no tomarla. En este sentido, se realiza una psicoeducación tanto con el paciente como con sus padres. En las sesiones grupales se enseñan habilidades de mindfulness, así como el desarrollo del uso de las habilidades ya aprendidas durante la terapia individual. Marsha Linehan (1993b) propone que, mientras que la terapia individual busca motivar y fortalecer al paciente en la regulación de sus emociones, la terapia grupal facilita el aprendizaje en habilidades y permite al individuo el poder aprender de las experiencias de otros pacientes. Las habilidades que se aprenden en el grupo de habilidades son las básicas de conciencia, de efectividad interpersonal, regulación emocional y tolerancia al malestar.

Las habilidades básicas de conciencia son las primeras que se aprenden y se trabajan mediante las planillas que el paciente debe completar cada semana, por eso es importante el hincapié de que Clara complete las mismas ya que es necesario utilizar la información que brinda la paciente, y es también un medio de registro consciente para el propio paciente, para identificar lo que le sucede, como y cuando le sucede.

Luego de las discusiones con sus padres, la terapeuta trabaja con Clara en el análisis de contingencias, donde se analiza la cadena de discusión, así como que se podría haber hecho diferente y que habilidades usar en esos momentos de tensión para la paciente.

Y por último, pero indispensablemente importante, la validación y normalización de los sentimientos de la paciente, enseñándole a aceptar lo que siente sin juzgar.

5.5 Analizar si la paciente utiliza habilidades aprendidas en el tratamiento para evitar las conductas disfuncionales luego del primer año de tratamiento.

Uno de los logros más importantes en el tratamiento, es que Clara pudo pedir ayuda a su terapeuta sin sentir vergüenza, sin bien es que todavía se está trabajando en reforzar el vínculo terapéutico, y la comprensión por parte de la paciente en respetar las pautas del tratamiento y encuadre de la terapia. Se disminuyó considerablemente en número de inasistencias al grupo de habilidades así como a las sesiones de terapia individual.

Fue necesario reforzar el cumplimiento de las reglas que indica el tratamiento, ya que este estipula que ante reiteradas ausencias consecutivas, el paciente quedaría afuera del tratamiento por considerarse que ha abandonado la terapia (Linehan, 1993a)

También, se redujeron las conductas autolesivas. Clara utiliza cubitos de hielo o bandas elásticas para evitar cortarse a sí misma o pincharse, como hacía con anterioridad. Aramburu Fernández (1996), en la misma línea que Marsha Linehan, señala que la prioridad fundamental de la Terapia Dialéctica Conductual es evitar la conducta de riesgo para el paciente, es el punto principal que se debe establecer en el contrato de tratamiento, ya que lo principal es mantener al paciente con vida. En este caso, satisfactoriamente, se ha logrado que las conductas desadaptativas disminuyan.

La paciente pudo contar a sus padres, por primera vez, el abuso que sufrió por parte de su abuela, siendo niña, sin ser invalidada por sus progenitores. Díaz Benjumea et al. (2003) señalan que una vez que se erradican las conductas que atentan contra la vida del paciente, se busca la reducción de la angustia post traumática por vivencias anteriores que haya podido tener el paciente. El terapeuta se focaliza en que el individuo pueda aceptar la experiencia traumática sin sentirse estigmatizado por esto, reduciendo la culpa que pudiera sentir frente a un hecho que no puede cambiar. En el caso de Clara fue importante que pudiera hablar del hecho de abuso por parte de su familiar, y que pudiera hablarlo con sus padres.

Clara ya no reacciona con tanto enojo y angustia ante las discusiones con su madre, sino con aceptación de que su madre tiene un modo de ser diferente, y antes de “engancharse” en una discusión trata de utilizar técnicas de mindfulness, como el uso de la respiración, para serenarse y evitar recurrir a las autolesiones. Luego de las discusiones, Clara aprendió a analizar la cadena de contingencias que llevaron al desenlace de la situación, y muchas veces puede evitar entrar en estas discusiones o enfrentarlas desde un lugar no emocional. También comprende que el no estar todos de acuerdo es parte de ser todos diferentes individualmente, y puede, de a poco, validarse a sí misma en sus sentimientos y emociones. De esta forma puede comunicarse más asertivamente desde el encuentro y el entendimiento.

Respecto a las conductas de riesgo referidas a la restricción alimenticia y atracones, es un aspecto en el que paulatinamente esta ordenándose. Ha comenzado tratamiento con una nutricionista, la cual le ha prescrito una dieta, con la cual puede cuidar su peso de forma equilibrada sin someterse a restricciones, y por ende, sin la necesidad de darse atracones con la comida. Todavía persisten atracones ocasionales, pero han disminuido en su frecuencia.

Tampoco comete excesos con el alcohol, debido a la interacción que se produce con los psicofármacos que debe tomar. Actualmente, continúa trabajando en lograr auto regularse y ha decidido terminar el secundario online.

5.6 Analizar la evolución de las conductas autolesivas y la ideación suicida dentro del primer año de tratamiento.

Las conductas autolesivas, que al comienzo del tratamiento eran desde cortes en extremidades, golpes autoinfligidos, y pinchazos con superficies filosas, fueron reemplazadas con las habilidades aprendidas de mindfulness, específicamente ejercicios de respiración y la utilización de cubitos de hielo y bandas elásticas en sustitución de los cortes.

Durante el tratamiento no hubo, en ningún momento, sobre ingesta medicamentosa; la cual fue el motivo inicial por el cual comienza el tratamiento luego de la internación previa de intento de suicidio. Marsha Linehan (1993a), refiriéndose a las conductas desadaptativas, indica que es primordial erradicar aquellas que puedan afectar la terapia, ya que la finalidad de la terapia es mantener al paciente con vida, y es por ello que no se aceptan las conductas parasuicidas. Por esto, el aprendizaje en habilidades busca remplazar las conductas problemáticas por otras de mayor efectividad, y que no representen en manera alguna una situación de riesgo de vida para el individuo.

Referido a la ideación suicida, Clara ha manifestado no haberla tenido en su intento de suicidio durante el tratamiento, sino que este fue la respuesta al impulso que le genero la intensa emoción del momento crítico. La paciente expresa no tener ideación suicida, pero si la necesidad intensa e imperativa de cortarse o golpearse, lo cual ha podido remplazar paulatinamente con las habilidades aprendidas en el grupo de habilidades. Vega Piñero et al. (2002) señalan que, al considerar la ideación suicida como un paso anterior al suicidio, es importante distinguir entre los intentos de suicidio, el parasuicidio y la ideación suicida dentro de las conductas de los pacientes. En este caso, muchas de las conductas de Clara han coincidido con parasuicidio, donde la intención no era terminar con su vida sino su reacción ante el conflicto.

6 Conclusión

El presente trabajo final, ha tenido como objetivo describir como se aborda un caso clínico del Trastorno Límite de Personalidad desde la perspectiva de la Terapia Dialectico Conductual, con énfasis en las conductas autolesivas del paciente, así como la utilización de las habilidades aprendidas para evitar las mismas.

El objetivo principal fue analizar las estrategias terapéuticas utilizadas en el manejo de las conductas disfuncionales de autolesiones e ideación suicida. Dicho objetivo se cumplió satisfactoriamente, ya que Clara abandono el uso de conductas autolesivas para regularse emocionalmente.

Además de la implementación de las intervenciones principales utilizadas en la Terapia Dialéctica Conductual, el entrenamiento en habilidades fue central para que la terapeuta pudiera enseñarle a Clara a que herramientas recurrir en caso de crisis y malestar, a fin de evitar que la desregulación emocional desencadenara en autolesiones e ideación suicida. Se hizo hincapié en la utilización de los llamados telefónicos para pedir ayuda, adaptándolos a mensajes de texto de acuerdo a las necesidades de Clara en algunas ocasiones, para que pudiera recordar y poner en práctica las habilidades aprendidas en los momentos que el malestar le resultara intolerable y en la vida cotidiana en general.

La utilización de mindfulness fue un recurso de vital importancia para la regulación emocional, dedicando la atención al momento presente que se estuviera vivenciando sin juzgar, a fin de que el paciente pueda sobrellevar las crisis.

El segundo objetivo fue describir las conductas disfuncionales de autolesiones e ideación suicida de Clara. Este objetivo pudo ser cumplido; en el desarrollo del presente trabajo se describe específicamente cuales fueron las conductas disfuncionales que llevaba a cabo la paciente y que ponían en peligro su vida.

El tercer y cuarto objetivo fue describir qué estrategias utiliza la terapeuta para modificar las conductas disfuncionales de autolesiones e ideación suicida de la paciente y analizar si esta utiliza habilidades aprendidas en el tratamiento para evitar las conductas disfuncionales luego del primer año de tratamiento. Estos objetivos pudieron ser cumplidos ya que se pudo notar como la joven puso en práctica las habilidades aprendidas, a fin de evitar las autolesiones como técnica de autorregulación emocional. También, se destacó como esto favoreció la relación conflictiva entre madre e hija, quienes aprendieron a vincularse de una forma mucho más sana, desde la comunicación y la comprensión.

Más allá del cumplimiento un poco más lento de lo esperado, de la evolución de la paciente, la posibilidad de observar, mediante las sesiones grabadas en cámara Gesell, los datos aportados por la terapeuta y la historia clínica, resultó una experiencia sumamente enriquecedora, ya que realmente se pudo comprobar en este caso en particular, que la Terapia Dialéctica Comportamental funciona en la modificación de las conductas desadaptativas y disfuncionales en su fin de ayudar a mejorar la vida de los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

El quinto y último objetivo fue analizar la evolución de las conductas autolesivas y la ideación suicida dentro del primer año de tratamiento. Este último objetivo también pudo ser cumplido, ya que luego de casi un año de tratamiento, pudo corroborarse en el análisis evolutivo de la terapia que las conductas autolesivas e ideación suicida en la paciente habían mermado considerablemente y habían sido remplazadas como solución al problema por conductas más adaptativas, aprendidas mediante la terapia individual y grupal.

Entre las dificultades que se pudieron observar, se destaca lo precario de la solidez de la relación terapéutica. No debe tomarse esto como una crítica, ya que la terapeuta tratante, se focalizó constantemente en fortalecer el vínculo con la paciente, no obstante, esto se evidenció como un obstáculo. Sería injusto no destacar, que los pacientes con Trastorno

Límite de Personalidad no se consideran pacientes dóciles para encarar un tratamiento terapéutico.

También es importante señalar, el esfuerzo por parte del terapeuta en acompañar a la paciente, quien comenzó el tratamiento con una mínima colaboración con el mismo; y que durante el transcurso de este, le costó mucho poder respetar el encuadre. En este sentido, el entorno del paciente, en especial por parte de la madre, fue sumamente invalidante; ya que la paciente no tenía medios económicos para procurarse la medicación por sí misma, y ante la imposibilidad de seguir con la medicación por habersele acabado y de su madre no haber vuelto a comprarla, cesó de tomarla. El padre se enteró de esta situación luego del intento de suicidio de Clara, después de haber estado durante un lapso prolongado sin tomar la medicación, y de no asistir a terapia por excusa de enfermedad.

La motivación en la terapia es, quizá, uno de los puntos críticos que pueden observarse en la relación terapéutica. Marsha Linehan (1993b) destaca que no son los pacientes quienes fracasan sino las terapias, no obstante, pese a las dificultades y la poca motivación de la paciente en un principio, la terapeuta logra que Clara se mantenga en la terapia, con resultados positivos ya que paulatinamente fue abandonando conductas desadaptativas como primera opción ante la desregulación emocional, por otras más positivas donde no pone en riesgo su vida.

Gagliesi (2007), señala que la falta de motivación o colaboración por parte del paciente, ya sea por incumplimiento de las tareas pautadas o reiteradas ausencias a las sesiones, implica lo mismo que la no terapia, es decir, si el paciente no asiste o no colabora, no existe el tratamiento. La motivación está relacionada con la adherencia al tratamiento, ya que es esta la base para el éxito del tratamiento.

Es entonces, que quizá hubiese sido provechoso la posibilidad de derivar a la paciente a otra/o terapeuta desde el momento que se evidenció que la alianza terapéutica entre paciente

y terapeuta era muy débil. A pesar de esto, fue destacable la habilidad de la terapeuta para tratar de fortalecer esta alianza y poder entrar en sintonía con la paciente, ya que por lo que se pudo observar, es una paciente a la que le ha costado mucho abrirse y relacionarse con el afuera.

Otra dificultad con la que se encontró la terapeuta, refiere a la reestructuración del ambiente familiar de Clara, a fin de facilitar los cambios positivos. La madre de la paciente, tiene la tendencia a reaccionar agresivamente en forma verbal en las discusiones, dificultando la regulación emocional de esta; se hizo hincapié en que los padres pudieran establecer límites sin reaccionar de forma disruptiva, a fin de evitar las respuestas emocionales intensas por parte de Clara y las posteriores situaciones de autolesión.

Gagliesi (2007) destaca la importancia de reestructurar el ambiente, con la finalidad de no reforzar las conductas problemáticas, y promover, en cambio, otras más adaptativas y efectivas para la paciente; y es en este caso, donde las dificultades en la reestructuración del entorno se evidenciaron en la terapia.

En todo momento donde la terapeuta observó a la paciente salirse del cauce de la terapia, se solicitó supervisión en cámara Gesell e interconsulta con el psiquiatra tratante, así como con los padres, a fin de encausar la terapia para evitar la deserción al tratamiento.

A pesar de los avances logrados en el proceso terapéutico, al concluir la práctica realizada en la institución, la paciente y terapeuta continuaban trabajando en el fortalecimiento del vínculo terapéutico.

El paciente con Trastorno Límite de Personalidad no suele ser un paciente fácil, y es, en general, el tipo de paciente que los psicólogos no desean tratar debido a la dificultad y los riesgos que conlleva tratarlos.

Se estima que todos los psicólogos al momento de comenzar a ejercer la profesión, imaginan ante ellos a un paciente ideal: colaborativo, motivado, predispuesto; pero en la

realidad pocas veces se presenta el paciente ideal; y el paciente con Trastorno Límite de la Personalidad representa un desafío a los terapeutas. Gagliesi (2007) señala que este tipo de pacientes son considerados como el estilo de pacientes que un terapeuta desearía no tratar, ya que es muy trabajoso lograr una alianza terapéutica con ellos.

Un factor muy importante a destacar en el paso por la institución, es sobre la empatía y comprensión que deben tener los terapeutas acerca de estos pacientes, ya que son considerados “difíciles”.

La Terapia Dialéctica Conductual se caracteriza por estar muy especificada, cada paso está pautado para evitar contingencias que pudieran resultar de riesgo para el paciente, donde cada maniobra terapéutica está focalizada para que el profesional evitara dar un paso en falso en la terapia, que pudiera perjudicar al paciente. La finalidad de la estructura del tratamiento es la de mejorar la calidad de vida del paciente y, poder ayudarlo a aprender que puede tener, en palabras de Marsha Linehan (1993 a):“una vida que valga la pena ser vivida”.

Después de ahondar brevemente en este tipo de terapia y observar su eficacia, se concluye debería considerarse que todos los terapeutas debieran formarse, o al menos tener una mínima noción, en este modelo terapéutico, ya que es una herramienta eficaz para tratar a los pacientes que padecen este trastorno (y otros Trastornos de la Personalidad); mejora notablemente la calidad de vida de estos pacientes y que incluso puede salvarles la vida, debido al alto índice de suicidios de las personas con Trastorno Límite de la Personalidad.

Es inherente a la formación de los terapeutas, también, poder trabajar con la Terapia Dialéctica Comportamental no solo en el ámbito privado, sino en espacios hospitalarios y centros de salud; para que el tratamiento pueda llegar a la comunidad de una forma accesible, ya que los costos del mismo son elevados para los pacientes que no disponen de medios para acceder a este económicamente.

Se ha disfrutado mucho en la realización del presente trabajo, investigando y analizando información inherente a este Trastorno, el presente trabajo ha representado un valioso aprendizaje de cómo ser un buen profesional, porque más allá de la vocación de querer ayudar al otro, para poder hacerlo es necesario forjarse adecuadamente para poder ser un terapeuta eficaz y asertivo.

7 Referencias

- American Psychiatric Association. (2005). *Diagnostic and statistical manual* (4th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Apfelbaum, S., & Gagliosi, P. (2004). El Trastorno Límite de la Personalidad: Consultantes, familiares y allegados. *Revista Argentina de Psiquiatria*, 15(58), 295-302.
- Aramburu Fernandez, B. (1996). La Terapia Dialéctica Conductual para el Trastorno Límite de la Personalidad. *Psicología Conductual*, 4(1),123-140.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. New York: Oxford University Press Inc.
- Caballo, V., & Camacho, S. (2000). El Trastorno Límite de Personalidad: Controversias actuales. *Psicología desde el Caribe*, (5), 33-55.
- Díaz Benjumea, M., Lineham, M., Cochran, B., & Kehner, C. (2003). El enfoque terapéutico de Marsha Linehan en los trastornos borderline. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de psicoanálisis*, (13).
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B., Davies, M., Borus, J., & Rounsaville, B. (1995). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). Part II: Multisite Test-Retest Reliability Study. *Journal of Personality Disorders*, 9(2), 92-104.

- Gagliesi, P. (2007). Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento del Desorden Límite de la Personalidad. *Revista Persona. Buenos Aires: Fundacion Foro.*
- Gagliesi, P., Pechon, C., Boggiano, J., Stoewsand, C., & Mombelli, M. (s/f). Manual de Entrenamiento en Habilidades. *Manuscrito Inédito. Buenos Aires: Fundacion Foro.*
- Gagliesi, P., Pechon, C., Boggiano, J., Stoewsand, C., Teitelbaum, J., Fabris, V. (2008). Programa Psicoeducativo dirigido a personas con Desorden Límite de la Personalidad, sus familiares y allegados. *Manuscrito Inédito. Buenos Aires: Fundación Foro.*
- García Palacios, A. (2006). La Terapia Dialéctico Comportamental. *Revista de psicología y psicopedagogía, 5(2), 255-272.*
- González Vives, S., Diaz-Marsa, M., Fuentenebro, F., Aliño, L.-I. A., & Carrasco, J. (2006). Revisión histórica del concepto de trastorno limítrofe de la personalidad (borderline). *Actas Españolas de Psiquiatría 34(5), 336-343.*
- Gunderson, J., & Hoffman, P. (2005). *Understanding and Treating Borderline Personality Disorder: A Guide for Professionals and Families.* Washington: American Psychiatric Publishing Inc.
- Hoffman, P., & McGlashan, T. (2003). *A developmental Model of Borderline Personality Disorder. Understanding Variations in Course and Outcome.* Washington: American Psychiatric.
- Lineham, M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder.* New York: The Guilford Press.
- Lineham, M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder.* New York: The Guilford Press..
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10).* Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Organización Mundial de la Salud, OMS. (1999). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*. Ginebra.
- Padilla, R., Gallardo-Pujol, D., & Pereda, N. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(2), 131-9.
- Pechon, C., & Stoewsand, C. (2008). *Temas básicos para familiares y allegados de personas con desorden de regulación de las emociones*. Buenos Aires: Fundación Foro.
- Serrani, D. (2011). Terapia dialéctica comportamental en el tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17(2), 169-188.
- Soler, J., Eliges, M., & Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17(2), 169-188.
- Vega Piñero, M., Blasco Fontecilla, H., Baca García, E., & Diaz Sastre, C. (2002). El suicidio. *Salud Global*, (4), 1-15.
- Vega, I., & Sánchez Quitero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*, 10(1), 45-60.
- Walsh, B. (2007). Clinical Assessment of Self-Injury: A Practical Guide. *Journal of Clinical Psychology: In Session*. 63(11), 1057-1068. doi: 10.1002/JCLP.20413