



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN

***Abordaje del Trastorno Límite de
Personalidad desde el Modelo DBT***

Estudiante: Micheli María Paula

Tutora: Dra. Nora Gelassen

Noviembre 2017

Índice

1	Introducción.....	2
2	Objetivos.....	2
2.1	Objetivo general:.....	2
2.2	Objetivos específicos.....	2
3	Marco teórico.....	3
3.1	Trastorno Límite de la Personalidad.....	3
3.1.1	Definición, diagnóstico y prevalencia.....	3
3.1.2	Teoría biosocial del TLP.....	5
3.1.3	Sintomatología: dimensiones cognitiva, interpersonal, afectiva y conductual.....	6
3.1.4	Comorbilidad.....	7
3.1.5	Tratamientos.....	8
3.2	Terapia Dialéctica Comportamental (DBT).....	9
3.2.1	Origen y antecedentes.....	9
3.2.2	El programa de tratamiento.....	12
3.2.3	Estrategias de Intervención.....	15
3.2.4	Formación en habilidades.....	16
3.2.5	Coaching telefónico.....	18
4	Metodología.....	21
4.1	Tipo de estudio: Descriptivo. Caso único.....	21
4.2	Diseño: Cualitativo.....	21
4.3	Participantes:.....	21
4.4	Instrumentos:.....	21
4.5	Procedimiento:.....	22
5	Desarrollo.....	22
5.1	Sintomatología y comorbilidad de un paciente con TLP: dimensiones cognitiva, interpersonal, afectiva y conductual.....	22
5.2	Estrategias de intervención y entrenamiento en habilidades sociales en el marco de la DBT.....	25
5.3	El coaching telefónico como estrategia especial de tratamiento ante una situación de crisis.....	34
6	Conclusiones.....	39
7	Referencias bibliográficas.....	43

1 Introducción

Este plan de TFI corresponde a la Práctica y Habilitación profesional que se realizó en una institución ubicada en el barrio de Belgrano que se dedica a la formación, asistencia, prevención e investigación en el campo de la salud mental. El marco adoptado se basa en los aportes de las neurociencias y las ciencias sociales, especialmente los realizados por las escuelas cognitivas, conductuales y sistémicas, así como los propios de la psicología positiva. Entre las escuelas cognitivas se especializa en terapias de tercera generación, en particular la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT) creada por Marsha Linehan.

Durante la práctica se participó en los talleres grupales de formación en habilidades sociales, en las reuniones de supervisión y en las del equipo terapéutico DBT. En el área de formación de la institución se asistirá a diversos cursos para profesionales sobre DBT, psicoterapias cognitivas contemporáneas, Formación Mindfulness y psicoterapia.

A partir de los primeros contactos con el trabajo de los profesionales en la institución con pacientes que padecen TLP surgió la idea de describir la sintomatología y características particulares de estos pacientes, así como las estrategias y técnicas de intervención que se aplican desde la perspectiva DBT. Para ello se realizará un análisis de caso único con una metodología cualitativa, incluyendo el análisis de la historia clínica, observación y entrevista al profesional a cargo del tratamiento.

2 Objetivos

2.1 Objetivo general:

Analizar el caso de un paciente con Trastorno Límite de Personalidad (TLP) y las intervenciones realizadas en el marco de la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT)

2.2 *Objetivos específicos*

OE1: Describir la sintomatología y comorbilidad de un paciente con TLP en las dimensiones cognitiva, interpersonal, afectiva y conductual.

OE2: Describir las estrategias de intervención y el entrenamiento en habilidades que recibió la paciente en el marco de la DBT.

OE3: Indagar la utilización del coaching telefónico como estrategia especial de tratamiento ante una situación de crisis de la paciente.

3 Marco teórico

3.1 Trastorno Límite de la Personalidad

3.1.1 Definición, diagnóstico y prevalencia

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se caracteriza por un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la imagen de sí y la afectividad, además de una tendencia a la impulsividad. Típicamente se inicia antes de la edad adulta y se presenta en diversos contextos de la actividad vital (APA, 2013).

En otro momento de la historia de la salud mental el término Límite se usó para poder designar de alguna manera a aquellos pacientes difíciles de diagnosticar en términos de neurosis o psicosis. Se postulaba entonces la teoría de que los pacientes estarían entre la neurosis y la psicosis, que ha sido descartada desde los años ochenta, aunque los términos *Borderline* o *Límite* han perdurado (Beck y Freeman, 1995).

Por otra parte, Millon (1998), autor de reconocido prestigio en el estudio de los Trastornos de Personalidad propone otras denominaciones para este trastorno que resultarían más adecuadas en tanto aportan más información descriptiva que el término *límite*, ya superado teóricamente. Entre ellas están *personalidad lábil*; *trastorno ambivalente de la personalidad*, *trastorno impulsivo de la personalidad* o *trastorno inestable de la personalidad*.

En el psicoanálisis existen posiciones diferentes respecto del estatuto de este trastorno. Algunos autores consideran que se trata de una forma de neurosis que se encuentra cercana al límite con la psicosis, y que se caracterizaría por la falta de confianza en el orden de lo significativo (Ulanosky, 2009) y otros como Kernberg (1967) que sostienen una postura clara acerca de la distinción de la personalidad límite como una forma de organización de pleno derecho, es decir, con una estructura particular y diferente tanto de la neurosis como de la psicosis. requerían de enfoques terapéuticos adaptados a su condición. En ambos casos las características de las personalidades borderline en términos psicoanalíticos son una acentuada debilidad del Yo, un débil control de la impulsividad, así como baja capacidad sublimatoria.

El mecanismo de defensa predominante es la escisión psíquica, que está en el origen de posicionamientos dicotómicos extremos. y de canales sublimatorios desarrollados, así como una acentuada presencia del mecanismo de defensa de la escisión que lleva a posicionamientos extremos.

En términos descriptivos, el TLP se caracteriza por la inestabilidad en las relaciones interpersonales y afectivas, así como por la autoimagen negativa. Al mismo tiempo es un rasgo típico la impulsividad, que se explica por la incapacidad para procesar las emociones (Gunderson 2002).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – 5) (APA, 2013), describe en sus aspectos diagnósticos el conjunto de conductas típicas de quienes padecen TLP. En relación con el primero de los criterios diagnósticos, estas personas realizan grandes esfuerzos para alejar cualquier amenaza percibida de abandono, rechazo o pérdida de la estructura que le ofrece su entorno. Por otra parte, sus relaciones interpersonales son inestables y muy intensas, yendo desde la idealización hasta la desvalorización. Estos cambios pueden reflejar la desilusión pasada con un cuidador a quien se idealizó, o de alguien de quien se teme el abandono o rechazo. Las alteraciones en la autoimagen se relacionan por lo general con un alto grado de autoexigencia, que determina una gran inestabilidad que depende de las características de las situaciones que deban enfrentar. Esta inestabilidad tiene como consecuencia cambios repentinos en cuanto a diversos aspectos vitales, tales como planes laborales, amistades, objetivos profesionales. Otro de los aspectos que se destacan en el diagnóstico es la impulsividad de las conductas. Estas pueden adoptar diversas formas, tales como abuso de sustancias, atracones de comida, gastos excesivos y otras por el estilo. También existe ideación suicida en muchos casos, y esto llega a consumarse en alrededor de un 8-10% de los mismos. Finalmente, pueden mencionarse otros aspectos, como la inestabilidad afectiva, la sensación crónica de vacío, la dificultad para controlar la ira y la presencia de ideas paranoides.

La prevalencia del TLP se estima en alrededor de un 1,6% en la población general, en la atención primaria se registran tasas de un 6% y en los centros especializados en salud mental un 10%, según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA 2014). Distintos estudios han realizado estimaciones de la prevalencia, con resultados que van del 0.5% al 5,9% en población general y entre un 15% a 25% entre pacientes ingresados a centros de salud mental (Elices & Cordero, 2011). En estudios realizados en la Argentina, sobre población carcelaria,

adictos, y graduados universitarios, se encontró una prevalencia entre el 6 y el 8% (Koldobsky, 2005).

3.1.2 Teoría biosocial del TLP

Las teorías de la personalidad vigentes en la actualidad tienden a reconocer al mismo tiempo la influencia de factores genéticos y ambientales. La genética se expresa a través de la heredabilidad de ciertos rasgos de personalidad que implican actitudes características, predisposiciones y aquello que puede llamarse temperamento. Por otra parte, el ambiente, que incluye las relaciones sociales, afecta esos rasgos o temperamentos, introduciendo diferencias en la forma en que se manifiestan esos rasgos (Carver & Scheier, 2014).

Según la perspectiva de la *teoría biosocial* del TLP, la desregulación emocional explicaría muchos de los síntomas y comportamientos de los individuos con ese trastorno. Esta desregulación sería el resultado de la suma de una vulnerabilidad emocional, probablemente de origen biológico, más un ambiente invalidante.

La vulnerabilidad emocional se puede definir como una sensibilidad particular frente a los estímulos emocionales, lo que predispone a una respuesta muy intensa ante los mismo con una gran activación y un retorno más lento al nivel basal (Apfelbaum & Gagliesi, 2004).

Cuando un niño ha nacido con esta vulnerabilidad biológicamente determinada y crece en un ambiente que responde de forma errática o exagerada a sus eventos internos (emociones, sensaciones, preferencias...), negándolos («deja de llorar»; «¿cómo vas a tener sed, si acabas de beber?») o atribuyéndolos a rasgos negativos de la personalidad («eres un llorón»; «no seas cobarde») dicha vulnerabilidad se potencia.

Linehan (2003) afirma que la invalidación especialmente de emociones negativas, se encuentra fundamentalmente en sociedades caracterizadas por el individualismo, el autocontrol individual y el logro individual. Si bien al momento de educar a un niño se necesita cierta invalidación de las emociones, se estimaría que tales estrategias tendrían un efecto muy negativo en los niños emocionalmente vulnerables. El Trastorno Límite de Personalidad sería producido por esa interacción entre la biología y el contexto. Se cree que sufrir abuso sexual en la infancia es una de las experiencias más invalidantes y un factor esencial a la hora de desarrollar TLP.

3.1.3 Sintomatología: dimensiones cognitiva, interpersonal, afectiva y conductual.

Beck y Freeman (1995) proponen incluir otras posibles características para la identificación de estos pacientes, aunque no pretenden sumarlas como criterios diagnósticos adicionales. Una de las más notables es la forma en que se presentan los síntomas, con una profusión de emociones mezcladas y variables de una semana a otra o incluso de un día para otro, tal como si fuera un ciclado hiper rápido de un trastorno bipolar. También se destacan las reacciones desproporcionadas y la vulnerabilidad emocional, con hipersensibilidad frente a estímulos mínimos. También se debe destacar la tendencia a invalidar las propias emociones, pensamientos y conductas con un intenso sentimiento de vergüenza e ira dirigida hacia sí mismos.

En cuanto a las relaciones interpersonales se caracterizan por ser confusas y carecer de finalidad. Las personas con este trastorno suelen desconcertar por su incapacidad para establecer límites en lo personal y para respetar los límites ajenos. Tienden, por ejemplo, a confundir la intimidad con interés sexual. Esto los lleva a tener conflictos tanto en sus familias como en los lugares que frecuentan (Beck & Freeman, 1995).

En el aspecto conductual, las personas con TLP se caracterizan por la impulsividad y la violencia autoinfligida. La DBT considera a las conductas suicidas o autolesivas como intentos fallidos de responder frente a la incapacidad para tolerar el malestar emocional mientras se despliegan estrategias más efectivas para lograr soluciones adaptativas. En el tratamiento existe un módulo de formación de habilidades específicamente orientado a enseñar a los pacientes habilidades de tolerancia al malestar (Linehan, 2003).

Finalmente, en lo cognitivo, encontramos un sesgo de clasificación dicotómica, que estas personas aplicando indiscriminadamente a las personas (están de su lado o en su contra), a las situaciones (son desastrosas o ideales) y a su propia conducta (es despreciable o perfecta), sesgo que está relacionado con sus reacciones emocionales extremas. Por otra parte, tienden a fundar sus creencias en sensaciones más que en hechos concretos. En este sentido, una de las creencias básicas de las personas con TLP es que el mundo es un lugar hostil y que ellos son incapaces de afrontar las amenazas del ambiente (Beck & Freeman, 1995).

Considerando estas cuatro dimensiones en las cuales se manifiestan las características del trastorno, Linehan considera que la desregulación emocional es el factor principal, ya que es responsable de la desorganización y disfuncionalidad de los otros aspectos: desregulación

interpersonal, desregulación conductual, desregulación cognitiva y desregulación del self (Linehan, 2003).

3.1.4 Comorbilidad

La comorbilidad en TLP ha sido muy investigada. Se encuentra una elevada comorbilidad con trastornos del Eje I y con trastornos del Eje II.

Eaton y colaboradores (2011) estudiaron la comorbilidad con el TLP a partir de una entrevista diagnóstica aplicada a una muestra de 35.000 sujetos mayores de edad no institucionalizados de los Estados Unidos. La entrevista reflejaba los criterios del DSM IV para varios trastornos, tales como depresión mayor, distimia, y otros, además del límite. Allí encontraron que quienes presentaban los criterios para el diagnóstico de TLP mostraban también síntomas para otros cuadros clínicos, clasificándolos en internalizantes y externalizantes. En cuanto a los trastornos internalizantes comórbidos con el TLP se encontraron el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico, el trastorno de pánico con agorafobia, la fobia social, la fobia específica, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de estrés post - traumático. Los trastornos externalizantes fueron principalmente la dependencia de sustancias (alcohol, nicotina y marihuana) y el trastorno antisocial de la personalidad.

Medina y Moreno (1998) plantean que la comorbilidad entre los Trastornos de la Personalidad y los trastornos mentales puede deberse a que los primeros actúan como factor predisponente de los segundos, sin embargo, Echeburúa y De Corral (1999), sugieren que los Trastornos de la Personalidad son una secuela de los trastornos mentales.

Algunos investigadores se plantean la posibilidad de que el trastorno límite de la personalidad sea una variante de los trastornos bipolares, dada la estrecha relación que presentan ambos tipos de pacientes. Cuando aparecen los síntomas psicóticos es también difícil hacer la distinción observando únicamente los síntomas clínicos.

En cuanto a las comorbilidades con los trastornos del Eje II, es decir, con otros trastornos de personalidad, el TLP comparte algunos de los rasgos que corresponden a los tipos negativista y masoquista. En los casos en que la incapacidad de soportar las emociones se expresan predominantemente a través de conductas hostiles impulsivas, el cuadro se acerca a lo que puede observarse en los trastornos antisocial e histriónico. En el otro extremo, los

sujetos con tendencia a la introversión y el aislamiento se encuentran más cercanos a los trastornos depresivo, evitativo y esquizotípico de la personalidad.

A pesar del consenso expresado en el DSM - 5, que en sí mismo es relativo, el TLP genera debates entre los profesionales de la salud mental, particularmente en torno de la clasificación general del mismo, entre quienes sostienen lo que se ha establecido finalmente, es decir que se trata de un trastorno de la personalidad, y los que lo consideran un trastorno del control de impulsos y aún aquellos que lo ubican dentro del espectro bipolar. Además, existen varias teorías explicativas acerca de la etiología y mantenimiento del trastorno y, por ende, diversas formas de intervención (Gagliesi & Regalado 2008). En cuanto a las posibilidades de intervención, la alta comorbilidad de estos pacientes (adicciones, control de los impulsos, ideación suicida, depresión, pánico, otros trastornos de personalidad, entre otros) resulta una complicación importante a la hora de diseñar un tratamiento (Gagliesi, 2010).

3.1.5 Tratamientos

Las psicoterapias basadas en principios del psicoanálisis en su versión anglosajona definen al TLP como un trastorno evolutivo del yo, que afecta a su propia integración al mismo tiempo que perturba las relaciones objetales (Rodríguez y Murias, 2006). Kernberg (1996) desarrolló un modelo denominado psicoterapia focalizada en la transferencia (PFT) que se focaliza en la contención del paciente y en el análisis de los intentos de separación de los demás que tienen en su base el temor al abandono, consecuencia de la dificultad para separarse de la madre en la infancia. En términos teóricos se supone que el rechazo se debe a que los otros son identificados al objeto malo y percibidas negativamente. A través del manejo de la transferencia, esta terapia intenta superar los conflictos, las emociones y las conductas que se derivan de estas formas de relación de objeto. .

Otra modalidad de tratamiento psicodinámico es la psicoterapia basada en la mentalización (MBT) (Bateman & Fonagy, 2009). Básicamente se trata de entrenar al paciente para que llegue a manejar sus impulsos a partir de un mejor conocimiento de sí mismo y de los demás, creando un contexto en el cual se sienta seguro. De esta manera el paciente puede manejarse más efectivamente frente a los cambios en la afectividad y a los problemas en las interrelaciones, reduciendo además las conductas autodestructivas.

En el campo de las terapias se puede destacar la terapia cognitiva de Beck orientada al

TLP. Lo que la distingue de la terapia cognitiva de base es que los pacientes con este trastorno tienen serias dificultades para identificar creencias y esquemas cognitivos disfuncionales. En consecuencia, es necesario iniciar el tratamiento con un entrenamiento focalizado en la identificación de pensamientos automáticos y creencias disfuncionales para luego poder avanzar a su cuestionamiento (Beck & Freeman, 1995).

Dentro de las terapias cognitivas se encuentra también la Terapia centrada en esquemas de Young (SFT). Especializado en la relación entre las creencias nucleares y los trastornos de personalidad, su autor ha diseñado este tratamiento para identificar y modificar los esquemas desadaptativos tempranos, establecidos durante la infancia, que estarían en la base de las alteraciones del TLP (Young, Klosko & Weishaar, 2003). El contenido de tales creencias gira en torno de la vergüenza, la soledad, la dependencia, la incompetencia y la indeseabilidad. Se hipotetiza que sólo a partir de la modificación de tales creencias el paciente sería capaz de superar las alteraciones propias del TLP.

3.2 *Terapia Dialéctica Comportamental (DBT)*

3.2.1 Origen y antecedentes

Dentro de las intervenciones psicoterapéuticas para TLP, una de las más estudiada y con mayor evidencia científica es la DBT, la que ha demostrado efectividad en la disminución de las conductas impulsivas, autolesiones y conductas suicidas, así como el número de internaciones y visitas a servicios de emergencia (Gagliesi, 2010).

En un estudio dirigido por Linehan con una muestra de 47 pacientes con diagnóstico de TLP que habían tenido varios intentos de suicidio, se compararon DBT con un tratamiento ambulatorio de apoyo durante 12 meses realizando asignación aleatorizada de los sujetos a los grupos. Los pacientes tratados con DBT tuvieron menos intentos de suicidio y menor tasa de abandono (84% permanecieron durante todo el tratamiento), tuvieron mayores reducciones en el uso de medicación psicotrópica y tuvieron mejores ajustes al final de los 12 meses. Además, la mayoría de los pacientes mantuvieron la mejoría después de 12 meses de terminar el tratamiento. Los resultados se mantuvieron aún controlándolos por la cantidad de tiempo con los psicoterapeutas, y después de excluir los pacientes del grupo de comparación que no recibieron psicoterapia individual (Linehan & Armstrong, 1991).

En relación a los antecedentes, primeramente debe comprenderse que La Terapia

Dialéctico Conductual (DBT) es una modificación de la Terapia Cognitiva Clásica estándar, creada por Linehan (2003) como una alternativa a partir del trabajo con pacientes difíciles, ya sea por su cronicidad o por las múltiples comorbilidades con diagnósticos de los ejes I y II.

El objetivo de mantener a estos pacientes en tratamiento comenzó a alcanzarse únicamente cuándo se incorporaron a las clásicas estrategias de cambio cognitivo-conductual, otras orientadas a la aceptación. De este modo, se consiguió que los pacientes muestren adherencia al tratamiento y expresen tener la sensación de entendimiento por parte de los terapeutas, mejorando el vínculo. La DBT pertenece a la Tercera Generación de Terapias Conductuales, destacándose por ser sus tres principales influencias: el cognitivismo, el conductismo y la Filosofía Budista.

Esta terapia está centrada en la búsqueda de cambio conductual; aunque a diferencia de la terapia cognitiva clásica y la terapia basada en esquemas de Young, no se focaliza en cambiar los pensamientos y creencias. En cambio, incluye estrategias de aceptación o de validación que buscan transmitir a los pacientes la idea de que ellos son aceptables tal como son y que sus comportamientos tienen sentido y pueden ser comprendidos. Para el cambio a nivel comportamental recurre a técnicas de entrenamiento en habilidades sociales y tareas programadas, pero el núcleo es que a partir de la aceptación los pacientes puedan desarrollar una vida con sentido para ellos (Gempeler, 2008).

En la terapia DBT se combinan el paradigma de la terapia conductual con el pensamiento dialéctico y prácticas milenarias relacionadas con la espiritualidad oriental. Lo primero resulta claro en la medida en que es una terapia que se ocupa de las conductas, pero al mismo tiempo aborda los aspectos cognitivos buscando un equilibrio dinámico, dialéctico, entre la aceptación y el cambio. Por otra parte busca facilitar la aceptación a través de la práctica de la conciencia plena (Mindfulness) y el estar aquí y ahora, contemplando el momento presente sin emitir juicio alguno (Gagliesi, 2010).

De las terapias cognitivas y conductuales se han tomado un conjunto de técnicas para incorporarlas a la DBT, tales como solución de problemas, exposición, formación en habilidades, gestión de la contingencia y reestructuración cognitiva. Sin embargo, aunque estos componentes son considerados importantes en la promoción del cambio, no se focaliza en la modificación cognitiva de la misma manera en que se trabaja en la terapia cognitiva pura. Un componente fundamental de la DBT reside en la validación de los pensamientos,

emociones y acciones del cliente. El marco de esta aprobación es una relación interpersonal marcada por la empatía y la colaboración, que ubica al profesional en el rol de consultor al servicio de su cliente (Linehan, 2003).

DBT integra sus antecedentes psicológicos en un repertorio variado de técnicas. Según Gempeler (2008) las técnicas básicas de origen cognitivista utilizadas en DBT son:

- el entrenamiento en habilidades,
- técnicas de resolución de problemas
- manejo de contingencias

Por otro lado, se puede decir que el acento también está puesto a nivel conductual. La idea principal es que la conducta es controlada por sus consecuencias, es decir, por lo que sucede después. Según esta teoría propuesta por Skinner, es posible entrenar a un animal o un humano para que realice prácticamente cualquier comportamiento; el factor que determine la conducta será el tipo de reforzamiento que siga después (Schultz & Schultz , 2010).

Aquellas de corte más conductual son:

- Terapia de exposición (para el afrontamiento),
- Desensibilización sistemática.
- Entrenamiento en relajación
- Construcción de jerarquías de ansiedad.
- Métodos operantes (condicionamiento, reforzamiento , extinción, moldeamiento, generalización y control de estímulos)

Este tipo de técnicas están muy presentes en todas las áreas de DBT. Se orientan básicamente a reforzar las conductas deseadas y adaptativas y reducir las conductas disfuncionales. Sostiene Linehan (1993) que los reforzadores son consecuencias de una conducta, que a su vez tienen el resultado de aumentar la frecuencia de la conducta que refuerzan y le brindan información a la persona sobre aquello que es deseable. Aquello que refuerza la conducta cambia según cada individuo. Existen reforzadores positivos que son aquellos que incrementan la frecuencia de la conducta al proveer una consecuencia agradable. Por ejemplo una felicitación “qué bueno que viniste puntual a terapia”. También existen reforzadores negativos los cuales aumentan la frecuencia de las conductas al eliminar o

disminuir una consecuencia negativa. Por ejemplo, que el paciente pierda minutos de una sesión de terapia “ya no vamos a tener una sesión más corta porque dejaste de llegar tarde a terapia”.

Según plantean Schultz y Schultz (2010) es preferible no utilizar estímulos aversivos para modificar la conducta, ya que las consecuencias no son tan previsibles como en el caso del reforzamiento positivo. Además, el reforzamiento negativo no siempre funciona, mientras que el reforzamiento positivo posee mayor efectividad.

La tercera fuente de la DBT no es una corriente psicoterapéutica, ni siquiera es una tradición filosófica propia de Occidente, se trata de la Filosofía Budista. Linehan (1993) toma de Kabat-Zinn (2009) una práctica basada en la meditación zen adaptada a las formas de la cultura occidental a la que llamó Mindfulness, traducido al castellano como Conciencia Plena. Las formas de práctica, formales e informales son variadas, la gran mayoría tienen en común la observación de la realidad en el momento presente con aceptación y sin juzgar. Con Mindfulness, el paciente aprende a abrirse a la experiencia, aceptarla tal cual es, sea esta dolorosa o no, y a desprenderse de ella para no quedarse atrapado con el malestar (Vázquez-Dextre, 2016).

3.2.2 El programa de tratamiento

Se compone de cinco modalidades de tratamiento: entrenamiento en habilidades, terapia individual, terapia de familia, reuniones de equipo y coaching telefónico. Este tratamiento está destinado a pacientes con problemas de desregulación emocional, conductas suicidas y autolesivas.

Las características del vínculo terapéutico distinguen a la psicoterapia individual dentro del programa DBT, ya que el paciente debe poder contar con el terapeuta y éste debe aportar un contrapeso al ambiente invalidante que el paciente viene experimentando. De esta manera se busca lograr un equilibrio dialéctico entre la aceptación de las emociones y las conductas, sostenida por la validación que ofrece el terapeuta, y el esfuerzo por lograr un cambio (Vega & Sánchez Quintero, 2013).

La DBT presenta una etapa de pretratamiento, que es fundamentalmente de orientación y compromiso, y cuatro etapas de tratamiento con sus respectivos objetivos que se describen a continuación según las describe Gagliesi (2010).

Pretratamiento:

Antes del inicio del tratamiento propiamente dicho es necesario realizar una evaluación del caso, así como brindar información orientativa al paciente acerca del trastorno y de las características del tratamiento para mejorar la adherencia al mismo. La psicoeducación, como en muchos modelos terapéuticos derivados de la Terapia Cognitiva Conductual, es importante; y en este caso se diferencia por la inclusión de la validación propuesta por el tratamiento, que implica aspirar a una explicación razonable de lo que significa vivir con TLP.

El uso del *Manual de Psicoeducación para Personas con Desorden Límite de la Personalidad y sus Allegados* es una de las formas estandarizadas de manejo de la información que permite consultarla en distintos momentos del tratamiento. También suelen socializarse con el paciente y su familia los principios del modelo de tratamiento para completar *un acuerdo* de objetivos clínicos, tiempos (duración), modos (grupo, individual, familiar), y de los límites personales del terapeuta (llamados telefónicos, crisis). Todas las contingencias que pudieran surgir durante el periodo del tratamiento deben ser consideradas durante esta etapa, con la finalidad de acordar un programa de tratamiento de manera realista, que sirva como una guía, aún cuando se tendrá en cuenta la individualidad del paciente.

Tratamiento:

El tratamiento propiamente dicho se puede dividir en etapas, cada una de las cuales tiene sus objetivos particulares, que se alinean en la estrategia global de la DBT (Linehan, 2003).

- **Etapa 1:**

El primer objetivo de esta etapa es disminuir las conductas que interfieren con la vida del paciente. En el caso de personas con TLP el foco principal estará en las tendencias suicidas y las conductas autolesivas. El terapeuta apelará a distintas estrategias con probada eficacia en pacientes suicidas deben ser aquí desplegadas. No puede avanzarse en el tratamiento si este punto no ha sido debidamente atendido.

El paso siguiente se orienta a controlar las conductas que interfieren con la terapia. Es

fundamental evitar el abandono temprano del tratamiento y estimular la adherencia, por esto la motivación es un blanco central en esta etapa del tratamiento y, en este caso particular, se relaciona con la validación. Si en lugar de validar la experiencia del paciente, el terapeuta asume una postura crítica, es posible que el paciente no adhiera a los objetivos del tratamiento. Por último, esta primera etapa deberá disminuir las conductas del paciente que interfieren con su calidad de vida y aumentar las habilidades conductuales que la potencian.

- **Etapa 2**

Considerando que la comorbilidad con TEPT es elevada, la segunda etapa del tratamiento puede estar orientada a reducir las consecuencias del estrés postraumático. Focalizar en estrategias que faciliten la recuperación es una tarea compleja a desarrollar y para la cual es imprescindible que, previamente, las habilidades necesarias para la regulación del malestar hayan sido instaladas y las crisis no puedan llevar a conductas letales.

- **Etapa 3:**

El tercer estadio pretende ayudar al paciente a construir una vida propia, resolviendo los problemas que esto implica y buscando mayor estabilidad. Surgirán aquí problemas puntuales, tales como los conflictos interpersonales con su pareja o sus compañeros de trabajo, o familiares, la insatisfacción con el trabajo, la necesidad de plantearse metas en su carrera profesional, etc. Este estadio, orientado al desarrollo personal, no necesariamente tiene que darse en el interior de un proceso terapéutico, pero dadas las características de las personas con TLP puede ser necesario hacerlo así (Gempeler, 2008).

- **Etapa 4:**

En esta última etapa, el tratamiento deberá resolver el problema que representa para el paciente con TLP la sensación de vacío o incompletud. En este sentido, el trabajo se plantea como un movimiento de esa sensación de estar incompleto a la de sentirse completo y conectado con la vida. Este es un objetivo que se da al final del proceso, y se centra en el momento en el cual el paciente ya tiene una vida propia, pero aún debe enfrentar esa sensación de vacío. Gempeler (2008) sostiene que la terapia debe asistir al paciente, colaborando para que sea capaz de encontrar la libertad y la alegría en la vida a pesar de tener que enfrentar el peso de esa sensación. De alguna manera, este cambio implica un crecimiento

espiritual

3.2.3 Estrategias de Intervención

DBT es un tratamiento que tiene diferentes estrategias a la hora de intervenir, entre estas encontramos las *estrategias nucleares*.

- Validación (énfasis en la aceptación)

La búsqueda del cambio del comportamiento se convierte para algunos pacientes en un elemento perturbador. Reportan sentirse presionados, invalidados. Esta razón motivó a Linehan a utilizar estrategias de validación en las que se parte de un planteamiento de comprensión y aceptación del comportamiento, para luego moverse entre éste y el cambio de los comportamientos que van siendo identificados como inapropiados. Todo el tiempo se está validando a lo largo del tratamiento, durante la sesión particular, durante el grupo de habilidades y durante el coaching telefónico.

La validación no implica estar de acuerdo con el o los comportamientos analizados, sino la posibilidad de entender porqué tienen sentido dada la historia de vida de la persona. Hay varios tipos de validación en TCD. Una básica es estar alerta frente al paciente, prestarle atención de manera respetuosa. Otra forma de hacerlo es la de encontrar el sentido al comportamiento de la persona, y tratarlo como a un igual, no como a un enfermo mental.

- Resolución de problemas

El énfasis en la solución de problemas es la segunda estrategia nuclear como complemento de la validación. El terapeuta considerará todos los síntomas, incluso aquellos graves como las agresiones y los intentos de suicidio, como un problema a resolver. En este sentido, utilizará el análisis conductual y el análisis de soluciones como herramientas para buscar formas alternativas, y saludables, de resolver problemas. Las técnicas cognitivo conductuales clásicas, por ejemplo el uso de contingencias, pueden ayudar también a este propósito (Gempeler, 2008)

- Dialéctica:

Asumir una perspectiva dialéctica significa ante todo considerar que dos ideas o hechos que en apariencia se presentan como contradictorios pueden ser reintegrados en una síntesis que implica una resolución superadora de esa contradicción original, en donde se recuperan

elementos de ambos polos en una visión nueva (Gagliesi, 2010).

Poniendo en juego la dialéctica entonces, el terapeuta DBT deberá buscar constantemente el equilibrio entre tensiones contradictorias, la síntesis de los opuestos (por ejemplo: aceptación vs. cambio, énfasis en los déficit vs énfasis en las fortalezas). Se ha señalado ya que la persona con TLP tiende a presentar un sesgo cognitivo hacia el pensamiento dicotómico; a través de la dialéctica, el terapeuta aspira a que el paciente abandone esa forma de pensamiento y acepte que la realidad es compleja y que las contradicciones forman parte de ella, pero no son eternas, sino que constituyen momento del cambio permanente, que es el estado natural. Una de las técnicas a las que puede recurrir el terapeuta es la del "abogado del diablo", en la que defiende el síntoma o conducta que realmente pretende cambiar. También se usan, con este propósito, metáforas, parábolas, mitos, cuentos y lemas. Uno de los más comunes, "aprender a hacer limonada cuando la vida te da limones", refleja precisamente este equilibrio entre aceptar la vida tal como se nos presenta y hacer un esfuerzo por cambiar las cosas (Linehan, 2003).

También propone la estrategia de *activar la mente sabia*. En la teoría se postula la existencia de tres estados mentales primarios: la mente racional, la mente emocional y la mente sabia. La mente racional es aquella que se activa cuando la persona está pensando de forma intelectual y lógica, atendiendo a los hechos empíricos. La mente emocional, representa el estado opuesto, en el que los comportamientos y pensamientos están guiados por las emociones. La mente sabia es una integración de la mente emocional y racional (Elices & Cordero 2011).

3.2.4 Formación en habilidades

El entrenamiento de habilidades es un aspecto central de la DBT. Consiste en reuniones grupales semanales de dos horas y media divididas según el sexo en las cuales se les enseña las diferentes habilidades que los pacientes TLP necesitan aprender. Estas habilidades son practicadas tanto dentro como fuera del grupo y también en la terapia individual. Los pacientes deben llenar una hoja de registro semanal de la práctica de las mismas siendo esta una forma de organizar la información y observar los logros o las dificultades para poder trabajar en la terapia individual (Linehan, 2003).

El formato grupal del entrenamiento permite al terapeuta ser lo bastante directivo como

para lograr los objetivos formativos en cada sesión sin tener que responder a los reclamos individuales de los pacientes, preocupados cada uno por sus problemas urgentes. Además, se bloquean las interferencias que podrían provenir de los estados de ánimo de algunos de los pacientes, por el efecto que produce la presencia del conjunto y la puesta en juego del interés del resto del grupo. Por otro lado, el trabajo en grupo ofrece una buena oportunidad para observar y trabajar las conductas interpersonales entre los participantes, proporcionando apoyo y permitiendo que los pacientes aprendan unos de otros, lo cual aumenta las posibilidades de aprendizaje. Por lo general, los pacientes con TLP suelen encontrar este formato educativo más útil y menos estresante que otros grupos destinados a la descarga emocional. Lo ideal es que el entrenamiento sea guiado por dos terapeutas. Contar con un segundo terapeuta de apoyo en el grupo de entrenamiento minimiza el desgaste asociado a este tipo de grupo. Es muy importante que los responsables del grupo se reúnan con frecuencia con el terapeuta individual, para garantizar el avance del tratamiento (Vega & Sánchez Quintero, 2013).

- **Mindfulness o conciencia plena:** Es una adaptación en términos psicológicos y conductuales de prácticas espirituales orientales muy antiguas, como la meditación zen. En términos psicológicos, cognitivos, implica también adoptar una actitud no crítica frente a los propios pensamientos y sensaciones, sin juzgar las cosas como buenas o malas. Es un componente fundamental de la DBT. Las habilidades de conciencia plena se enseñan desde el principio mismo del tratamiento y se practican de manera constante a lo largo del mismo, evaluándolas al inicio de cada uno de los módulos.(Gagliesi, 2008).

- **Habilidades de efectividad interpersonal:** se pone el foco en la enseñanza de estrategias efectivas para poder obtener los cambios que la persona desea, para mantener las relaciones a lo largo del tiempo y para conservar el respeto personal. El objetivo de este módulo es llegar a aplicar habilidades específicas de resolución de problemas interpersonales, sociales y de asertividad con el propósito de modificar ambientes aversivos (Linehan, 1993b).

- **Habilidades de tolerancia al malestar:** Este tipo de habilidades se basa en la aceptación radical. Ésta está íntimamente relacionada con las habilidades de conciencia plena y consiste en experimentar las situaciones tal cual son, aceptando la realidad de una manera abierta y flexible, sin oponerse a ella ni emitir juicios. Puede considerarse una progresión natural de las habilidades de conciencia plena que resultan claves para tolerar las crisis. Frente a la imposibilidad de soportar el dolor y las emociones negativas, la tolerancia al malestar implica

aceptar que el dolor es parte de la vida, y que no se trata de evitarlo, sino de aprender a manejarlo y a control que no afecte los procesos de cambio.

- Habilidades de modulación de emociones: Buscan entrenar al sujeto en sentir y tolerar emociones negativas como parte de su experiencia.

El paciente con TLP se caracteriza por experimentar con frecuencia emociones negativas como ira, frustración y tristeza. Además, su vivencia ha determinado que sean incapaces de movilizar recursos personales que les permitan hacer frente a esas emociones de una manera adaptativa, por el contrario suelen sentirse abrumados y sobrepasados por la intensidad con que las experimentan, que les resulta intolerable. En consecuencia, actúan de manera disfuncional, por ejemplo, a través de gestos autolíticos o del consumo de sustancias. Este módulo del tratamiento pone en juego particularmente el valor otorgado por la DBT a la validación. Como parte de sus estrategias desadaptativas, las personas con TLP suelen evitar todo tipo de emociones y se consideran a sí mismos profundamente inadecuados por sentir lo que están sintiendo. De hecho, gran parte del sufrimiento que estas personas experimentan tiene su origen en las respuestas secundarias (por ejemplo, vergüenza o ansiedad) ante sus emociones primarias. A través de la validación el paciente debe aprender a observar su respuesta emocional de una forma neutral y no sentenciosa. El terapeuta anima a los pacientes a tolerar sus emociones para que sean capaces de cambiar la respuesta emocional y conductual que dan a ellas, que en muchos casos es dañina y causa más sufrimiento (Linehan, 2003).

3.2.5 Coaching telefónico

El contacto telefónico entre terapeuta y paciente puede ser una herramienta útil en los tratamientos ambulatorios, mejorando la adherencia al tratamiento, reduciendo el abandono y mejorando la eficiencia, en tanto se puede acortar el tiempo de terapia y se la utiliza apropiadamente. Muchas de las terapias desarrolladas en las últimas décadas consideran la inclusión del contacto telefónico como parte del tratamiento. En el caso de la DBT se trata de algo más que un recurso auxiliar del tratamiento, ya que se lo considera uno de los cuatro componentes fundamentales del mismo. Por esta razón se instruye a los terapeutas para que sean ellos quienes inicien el contacto llamando primero a sus pacientes y animándolos para que ellos los llamen ante cualquier eventualidad. Marsha Linehan (2003) recomienda que el contacto telefónico sea breve (no debe superar los 20 minutos), directivo y enfocado en el uso

de las habilidades.

El contacto telefónico no se concibe como una forma alternativa de llevar a cabo una sesión extra de corta duración, sino que está pensado para establecer un contacto más cercano con el paciente, para evitar que pueda dañarse a sí mismo o a terceros en un arranque de impulsividad o que se deje llevar por sus vaivenes emocionales y abandone el tratamiento. El acuerdo puede ser cambiado en caso que el paciente haga un uso indebido de la herramienta, aunque puede decirse que incluso los pacientes más perturbados aprenden a respetar las reglas de juego. (Serrani, 2011).

La asistencia telefónica se propone cumplir con cuatro funciones que resultan claves para el éxito del tratamiento. En primer lugar, se trata de darle al paciente la oportunidad de reducir las conductas suicidas, parasuicidas y desadaptativas a las que recurre para regular su estado de ánimo, un objetivo primordial desde la primera etapa del tratamiento. Además se busca enseñarle al paciente a buscar ayuda de una forma más adaptativa que a través de sus conductas sintomáticas. El tercer objetivo tiene que ver con el trabajo en la generalización de las habilidades aprendidas, es decir que en este caso la herramienta se pone al servicio de la facilitación del uso de dichas habilidades en contextos cotidianos. Por último, el contacto telefónico es un medio para mejorar o incluso reparar la relación terapéutica en caso de que fuera necesario, sin tener que esperar a la siguiente consulta (Lencioni y Gagliosi, 2008).

Con respecto a esto último, cabe recordar que el paciente con TLP tiende a abandonar los tratamientos prematuramente, debido al sentimiento de rechazo por parte de los otros que experimentan. Una llamada telefónica en momentos de incertidumbre puede ser clave para evitar el abandono, sobre todo si el terapeuta sabe manejar la frustración del paciente a través de ese medio (Vega & Sánchez Quintero, 2013).

Durante la primera etapa del tratamiento es cuando más probablemente un paciente con TLP recurra a realizar llamadas telefónicas de emergencia o para reclamar de algún modo una atención especial por parte del terapeuta. Esto puede funcionar como un modo que tiene el paciente de cerciorarse de qué tan confiable es el terapeuta y si está de verdad interesado en él. Esto no significa que no se puedan producir crisis en los primeros tiempos del tratamiento, algo que de hecho ocurre, pero también hay que contar que los pacientes hagan este tipo de pruebas con su terapeuta. Es importante que éste maneje con eficacia las llamadas telefónicas para que el paciente se sienta contenido en las emergencias y que recibe el trato esperado, de

esta manera se previene que abandone el tratamiento. Por supuesto que eso no implica que el profesional tenga que acceder a todos los pedidos del paciente o darle un trato especial al punto de alentar las llamadas telefónicas después de la medianoche (Beck y Freeman, 1995).

Lencioni y Gagliesi (2008) sostienen que con aquellos pacientes que llaman demasiado se puede establecer una agenda estructurada para las llamadas, enfocada en la asistencia telefónica sólo con respecto a lo estrictamente pautado. Si la conducta no puede ser extinguida o modelada, quizás deba recurrirse a la interrupción temporal de las comunicaciones por teléfono, para evitar que el terapeuta se estrese o incurra en errores durante la asistencia telefónica.

A continuación, se describen algunos puntos que parecen importantes al momento de dar marco a las llamadas telefónicas y hacerlas realmente útiles en el ciclo de vida de un proceso terapéutico:

- Para evitar malentendidos que podrían tener consecuencias negativas para el tratamiento, es necesario hacer explícitos desde el principio los límites personales del propio profesional, considerando que el paciente no necesariamente los conoce y que negar su existencia no facilitará el proceso terapéutico, sino que por el contrario lo obstaculizaría en muchos casos.

- Clarificar también los horarios en los que el profesional estará disponible para atender los llamados del paciente, estableciendo una categorización de las llamadas como administrativas, importantes y urgentes, previendo soluciones alternativas en caso de que sea imposible en un momento determinado realizar la llamada.

- Como complemento de la posibilidad del contacto telefónico, es aconsejable preparar a los pacientes para que desarrollen recursos que les permitan reducir el malestar y controlar mejor sus emociones. De no actuarse de esta manera, el profesional se verá reducido a las posibilidades de su discurso durante el llamado, sin poder recurrir a herramientas que le ayuden al paciente en momentos de crisis. Esto puede resultar estresante para el terapeuta.

- Comentar abiertamente lo ocurrido antes, durante y después de la llamada en la sesión siguiente, analizando la necesidad de realizar ajustes en el tratamiento o en el uso del contacto telefónico, así como de las conductas que interfieren con los resultados deseados.

Hasta aquí se ha realizado una descripción de las características del TLP, sus signos y síntomas más relevantes, y también se presentaron las distintas modalidades de abordaje que

reúne la DBT y a través de las cuales aspira a ayudar al paciente a superar los efectos de la desregulación emocional y su impacto en la calidad de vida, comenzando por aquellas conductas que ponen en riesgo la vida misma y conduciéndolo a comenzar a construir *una vida que valga la pena ser vivida* (2003).

4 Metodología

4.1 Tipo de estudio: Descriptivo. Caso único.

4.2 Diseño: Cualitativo.

4.3 Participantes:

Se analizó el caso clínico de una paciente de 25 años de edad llamada Celeste, con Trastorno Límite de Personalidad. Fue derivada por su psiquiatra externa a Foro y comenzó su tratamiento en la Institución en Enero de 2017. Además de la terapia individual, asiste actualmente al mismo Taller de Habilidades en el que se realizaron las observaciones.

También participó de esta investigación la terapeuta de Celeste, miembro del equipo terapéutico de DBT de la Institución desde hace 8 años a quien se le realizó una entrevista.

4.4 Instrumentos:

Análisis de documentos (Historia clínica, evaluación, la tarjeta de registro diario (DBT). La tarjeta de registro diario consiste en una grilla diseñada para registrar diariamente distintas vivencias (conductas, pensamientos y emociones) que indican malestar, agregando un valor subjetivo de 0 a 5 para señalar la frecuencia o persistencia de la vivencia.

Entrevista semidirigida a el/la terapeuta a cargo del tratamiento. En la entrevista se relevó información sobre los siguientes ejes: 1) Sintomatología del paciente; 2) Presencia de otros trastornos (Comorbilidad); 3) Estrategias generales de abordaje; 4) Elección de técnicas y herramientas de intervención; 5) Implementación de estrategias y procedimientos; 6) Cambios registrados en la sintomatología; 7) Cambios registrados en habilidades sociales.

Observación no participante en taller de habilidades para personas con desregulación emocional. Diariamente se realizan talleres sobre Mindfulness, habilidades interpersonales, regulación emocional y tolerancia al malestar, a los cuales los clientes acuden semanalmente.

Utilización del manual de habilidades.

4.5 Procedimiento:

Como punto de partida se analizó el contenido de la historia clínica de la paciente para identificar la sintomatología presente al inicio del tratamiento, incluyendo técnicas empleadas para el diagnóstico y la tarjeta de registro diario. A partir de allí se consideró la información acerca de las estrategias y técnicas de intervención utilizadas y los cambios registrados a lo largo del tratamiento.

Esta información se complementó con la observación no participante de talleres de habilidades en los cuales participaba la paciente durante los meses de septiembre a noviembre. Estos encuentros tienen lugar semanalmente los días jueves de 18 a 20.30 hs, además se realizó una entrevista semidirigida de media hora de duración a la terapeuta individual a cargo del tratamiento.

Se asistió a las reuniones del equipo de supervisión de casos del equipo de DBT, en donde la terapeuta individual de la paciente supervisó el caso, ya que ella se encontraba terriblemente perturbada. Según Linehan, estas reuniones semanales son parte del tratamiento de DBT, ya que para el terapeuta también es necesario recibir ayuda para poder tratar a sus pacientes, obteniendo por parte del grupo de supervisión apoyo y sostén.

5 Desarrollo

5.1 Sintomatología y comorbilidad de un paciente con TLP: dimensiones cognitiva, interpersonal, afectiva y conductual

De la historia clínica se desprende que cuando comenzó a hacer tratamiento, Celeste presentaba varios de los síntomas que forman parte de los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013). Los más importantes eran las amenazas de suicidio, que incluían planes específicos, y las autolesiones. Ambas manifestaciones se incluyen como criterio número 5 en el manual. En cuanto a los planes de suicidio, la paciente había manifestado en más de una oportunidad que consideraba la posibilidad de recurrir a la ingesta de psicofármacos para quitarse la vida. Según la historia clínica la paciente no deseaba realmente hacer esto y sus ideas religiosas se lo impedían, pero estos pensamientos existían. Las conductas autolesivas

de Celeste tuvieron una evolución variable. Al inicio de su tratamiento eran bastante frecuentes, luego disminuyeron con la adquisición de habilidades a través de la terapia individual y los talleres hasta prácticamente desaparecer por completo, para posteriormente reaparecer a raíz de una pelea importante que tuvo con sus padres.

Linehan (1993) sostiene que este tipo de comportamientos como ingerir psicofármacos, cortarse o quemarse también pueden funcionar como reguladores emocionales. Todas estas conductas mencionadas, además, resultan ser efectivas, puesto que la persona recibe apoyo y atención por parte del entorno.

Además, la paciente presentaba una inestabilidad con respecto al área afectiva, manifestada por episodios de irritabilidad, ansiedad y angustia, sumados a un sentimiento crónico de vacío. Este último era experimentado como una sensación de desesperanza en cuanto al futuro y de una ausencia del sentido de la vida. A nivel conductual, esta desesperanza se manifestaba en la escasa actividad de la paciente, especialmente después de que la habían echado de su trabajo. Aunque presentaba ansiedad acerca de si iba a conseguir trabajo o no, se levantaba tarde y se pasaba gran parte del día en cama, rumiando. Su terapeuta describe que durante una sesión, Celeste se encontraba furiosa, mientras contaba que sentía mucho enojo porque sabía que la Responsable de Recursos Humanos le había mentido al despedirla del trabajo hace 6 días. Relataba que sus compañeros también eran todos unos falsos porque un día antes de perder el trabajo la saludaban como si nada pasara, pero ellos ya estaban enterados de lo que iba a suceder. Cómo continuaba hiper nerviosa y no paraba de insultar a su ex empleadora, Patricia debió intervenir pidiéndole que describa su emoción; luego midiendo su nivel de ansiedad, ella debía decirle del 1 a 10 cuál era su nivel de malestar. Como su nivel de ansiedad y bronca era al principio 10 realizaron juntas ejercicios de conciencia plena utilizando mucho la respiración. Luego de respirar varias veces profundo Celeste debía volver a decir cuál era su nivel de enojo, y ella respondió que 8. Esto coincide con el planteo de Beck y Freeman (1995) destacando entre los síntomas de estos pacientes la vulnerabilidad emocional, la alta sensibilidad a estímulos mínimos y las reacciones desproporcionadas.

Una consecuencia de este estado afectivo fue la disfuncionalidad respecto de las relaciones interpersonales, su aislamiento. En la entrevista realizada a la terapeuta surge que a nivel interpersonal estaba con pocas amigas y con problemas en la relación que mantenía con un chico hace 3 años, al cual le costaba dejar, a pesar de que con él se aburría, porque

pensaba que no iba a conseguir a alguien más que la quisiera. Finalmente pudo dejarlo como consecuencia del tratamiento. Según Linehan (1993) las relaciones de los sujetos con trastorno de personalidad límite suelen ser caóticas e intensas, encontrando muy difícil abandonar estas relaciones.

A nivel cognitivo tiende a rumiar bastante, a *engancharse* con un pensamiento que empieza a ramificarse y seguir pensando en eso. Además presenta creencias desadaptativas (distorsiones cognitivas) acerca de ella misma que distaban enormemente de la realidad. A pesar de esa distancia, la paciente estaba convencida de esas creencias y de que representan su realidad. Esto se ve sustentado por el discurso de los padres que es la fuente principal de los pensamientos negativos de la paciente. Algunos de los ejemplos dados por ella misma son: *-Tenés un trastorno, no podemos confiar en tu opinión o en lo que vos pensás. Siempre arruinas todo. Sos psiquiátrica, y con los pacientes psiquiátricos nunca se sabe si salen para la derecha o para la izquierda.* Este discurso invalidante y terminante refuerza las creencias negativas de Celeste y la mantiene en su situación de desesperanza. Esto concuerda con lo mencionado por Beck y Freeman (1995) acerca de que los pacientes con este trastorno poseen serias dificultades para identificar sus creencias disfuncionales, y tienen la creencia básica de que el mundo es un lugar hostil y que no tienen los recursos necesarios para enfrentarse a sus amenazas. Siguiendo con lo registrado en su historia clínica, también se observa que a nivel cognitivo en momentos de crisis piensa que ya tiene 25 años y que no puede hacer nada bien, que es patética y totalmente inútil; a pesar de contar con una gran capacidad intelectual y ser muy aplicada, habiéndose recibido rápidamente de maestra jardinera.

Celeste experimenta situaciones de invalidación en su casa, por parte de padres y hermanas, desde hace mucho tiempo. En el caso de los padres, las citas anteriores son una muestra de comentarios hirientes recibidos por la paciente en diversas situaciones. Cada vez que esto sucede ella reacciona con alta activación emocional y generalmente en esas situaciones ella se encierra en su habitación y se queda tendida en la cama rumiando las frases que sus familiares le dicen. Por ejemplo, según la paciente cuenta y figura en su historia clínica, es común que sus padres le digan que está loca y que todo lo que piensa y siente está mal. Esto remite a lo señalado por Linehan (2003) acerca del papel de la invalidación en educación y en la génesis del TLP. Si bien acepta la necesidad de recurrir a la invalidación en algunas situaciones para formar a un niño, señala que su uso más allá de lo necesario podría tener un impacto negativo en aquellos niños que son emocionalmente vulnerables. Puede

suponerse, aceptando la teoría biosocial, que Celeste tenía una predisposición biológicamente determinada que se activó a partir del ambiente invalidante.

Cabe aclarar que la invalidación no proviene exclusivamente de los padres, también su hermana menor tiene este tipo de actitudes con ella. Por ejemplo, cuando le contó a ésta que sus padres le habían dicho en la última pelea que ella siempre arruinaba todo, la hermana le dijo “no hace falta que exageres para entender que te duele, nunca te pueden haber dicho eso, no te creo”.

Algunas de las frases invalidantes que los padres de Celeste le han dicho alguna vez son:

- “Si dios te lo puso en el camino por algo será”
- “Siempre necesitas atención, ¿quieres que te alumbremos con una luz?”
- “La biblia dice que no se deben tener relaciones pre matrimoniales, esa es la verdad absoluta, lo que vos pensás no es adecuado”
- “Sos demasiado sensible, no se te puede decir nada”
- “No podes ver las cosas claramente”
- “Tenés que cumplir las reglas de la casa te sientas como te sientas”

Con respecto a la comorbilidad, su terapeuta manifiesta que padece Trastorno depresivo mayor y Trastorno de Ansiedad Generalizada. Esto coincide con el estudio realizado por Eaton et al. (2011) el cual refleja que el TLP es comórbido con trastorno depresivo mayor, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de estrés post-traumático, entre otros.

Al momento de iniciar este trabajo Celeste estaba transitando un episodio depresivo, lo que resultó en complicaciones para el tratamiento. Sus altibajos emocionales eran, y siguen siéndolo, un problema para cumplir con los objetivos, aunque ella entiende lo que tiene que hacer conductualmente. Por otra parte a raíz de su trastorno de ansiedad duda constantemente, se preocupa mucho por los demás y por lo que pueda pasar con otras personas. Este estado de preocupación le genera angustia porque quiere resolver todos los problemas y en general eso es algo que le trae conflictos. Por otra parte, realiza pocas actividades que le den placer. En algunas ocasiones, relata, fumó marihuana para distraerse y relajarse de sus preocupaciones. Según sus propias palabras, *así me escapo un poco de los problemas con mi familia.*

5.2 Estrategias de intervención y entrenamiento en habilidades sociales en el marco de la DBT

Las estrategias de intervención en DBT se dividen en Nucleares o Centrales y Especiales. Las primeras se consideran la base del tratamiento, e incluyen la validación y la resolución de problemas. Las segundas se refieren a estilos de comunicación contrapuestos, la comunicación recíproca por un lado y la irreverente por el otro. Es importante que ambas se equilibren mutuamente. Las estrategias se aplican de acuerdo con las distintas etapas (Gempeler, 2008) y el tipo de conductas que es necesario modificar, ya sea que atenten contra la vida del paciente (las más urgentes), contra la terapia o contra su calidad de vida. En todos los casos se recomienda equilibrar ambos tipos de estrategias a lo largo de la terapia.

Patricia, terapeuta de Celeste menciona que al inicio hubo que hacer mucha validación con ella, debido a que hace poco había recibido el diagnóstico de TLP y le costaba entender sus emociones. Como intervención fue significativa la validación de su malestar emocional y trabajar la parte de aceptación. Por ejemplo, tenía pensamientos del estilo de que era una loca y que nunca lograría alcanzar cosas. Permanecía estancada con su diagnóstico y no podía actuar de manera efectiva. La terapeuta intervino a través de una forma de validación que, al mismo tiempo, presenta a la paciente la perspectiva de un cambio: *es comprensible cómo te sentís ahora, pero si me das una chance de ayudarte estoy segura que juntas vamos a lograr varias cosas*. Gempeler (2008) afirma la validación es una estrategia central en DBT que busca transmitir a los pacientes la idea de que ellos son aceptables tal como son y que pueden ser comprendidos. Pero, además, en esta intervención el terapeuta intenta iniciar un movimiento en el sentido del cambio, como parte del equilibrio dialéctico al que aluden (Vega Sánchez Quintero, 2013).

Este intento dio resultado, ya que a las dos semanas Celeste dejó a su novio y comenzó a verse con su mejor amigo de la secundaria con quien no estaba en contacto desde hacía años. Muy pronto había establecido una relación amorosa con él. A pesar de que esta nueva relación puede considerarse un notable cambio para la paciente, la reacción negativa fue casi inmediata y se manifestó como sentimientos de culpa y vergüenza: “soy mala, recién pasaron dos semanas desde que terminé con Gabriel y ya estoy saliendo con otro chico”. Este patrón de autoinvalidación y sentimientos de culpa/vergüenza se repetirá en varias situaciones durante el tratamiento.

La joven siguió diciendo que era inútil, que ya venía haciendo otros tratamientos y ninguno había resultado. Patricia insistía en la validación, diciéndole que era perfectamente lógico que se sintiera desilusionada después de tantas terapias fallidas, pero, que para poder ayudarla necesitaba compromiso de su parte. Más de una vez tuvo que volver a pedirle que se diera una oportunidad para tener una vida mejor. Celeste estuvo dispuesta y comenzó el tratamiento con ella. Con este ejemplo se puede observar cómo la terapeuta escucha, clarifica y valida las emociones sin juzgarlas, dándoles lugar. Esto implica lo contrario a intentar controlar las emociones del paciente; intentar calmar las emociones rápidamente envía el mensaje de que son algo que no tendría que estar ahí, algo de lo que hay que deshacerse, justamente lo contrario a lo que se intenta al validar (Linehan, 2003). En la misma línea, Gagliesi (2010) afirma que otros niveles de validación implican ayudar a recuperar confianza afirmando que su conducta tiene perfecto sentido (ejemplo: por supuesto que estás enojada o enojado con el dueño del negocio porque intentó cobrarte de más y luego mentir al respecto), tratándola como una semejante (en oposición a tratar al consultante como un paciente débil mental).

Las intervenciones anteriores constituyen ejemplos, no sólo de validación, sino también de intervenciones dialécticas, en particular aquella que se plantea entre aceptación y cambio. Por otro lado, también se intervino en función de la oposición competencia aparente y pasividad activa, consistente en sentirse capaz para hacer muchas cosas y resolver los problemas de todos y después darse cuenta de que no podía, que era demasiado y terminar en una crisis. Por ejemplo, cuando comenzó un nuevo trabajo, ella pensó que lo podía manejar bien y después se dio cuenta que era mucha cantidad de horas y decidió bajar las horas y seguir con su trabajo en forma part time.

Otra de las estrategias dialécticas consiste en ACTIVAR LA MENTE SABIA, que pone en equilibrio a la mente emocional y la racional (Elices & Cordero, 2011). Celeste llegó al tratamiento con un alto grado de impulsividad; sus actos estaban vinculados principalmente a sus emociones, ella sentía el impulso o la necesidad de hacer o decir algo, y lo llevaba a cabo sin intervención de su mente racional. Esto cambió con el tratamiento: *Yo siempre veía todo del lado negativo, era muy mente emocional, especialmente durante las peleas que tengo con mis padres. Pero a medida que vengo al grupo en donde aprendo cosas y me desahogo, empecé a encontrar mi mente sabia.*

Hoy en día está más focalizada en sus objetivos y muy comprometida con el desarrollo de

las habilidades para cambiar sus conductas disfuncionales. Una importante estrategia es que los instructores y los co-instructores del taller grupal validen todo el tiempo las acciones de los participantes

Es primordial que el instructor sea consistente en su conducta a fin de que resulte convincente: por ejemplo, si pide mindfulness a los participantes, él no debe estar distraído; o si propone hacer descripciones sin emitir ningún juicio, no va a ser eficaz si él mismo no lo ejerce. Aquí también el co-instructor, en tanto observador, ayudará a detectar esas inconsistencias.

Una importante estrategia en DBT es la Resolución de Problemas. Antes de empezar a trabajar con ésta, según lo observado en las reuniones de supervisión, el terapeuta busca una conducta problema y realiza un ANÁLISIS EN CADENA de la misma. El objetivo de este análisis es clarificar cuáles fueron los factores intervinientes, antes, durante y después de que la conducta ocurriera. Con la utilización de esta técnica se logra recabar una cantidad suficiente de información respecto a los eventos conductuales y ambientales asociados a la conducta problemática. De esta forma, se identifican cuáles podrían haber sido las respuestas alternativas y por qué el paciente no pudo comportarse de forma más habilidosa. Al igual que en otros enfoques de naturaleza cognitivo-conductual, la ausencia de comportamientos adaptativos es vista como consecuencia de: falta de entrenamiento en ciertas habilidades, falta de exposición, manejo de contingencias o pensamientos disfuncionales. Por lo tanto el análisis en cadena muestra al terapeuta qué estrategia debe usar para ayudar al paciente (Elices & Cordero, 2011).

En relación a las conductas suicidas y parasuicidas, la TDC entiende dichas conductas como un repertorio de resolución de problemas aprendido por el paciente. De esta manera, se focaliza en una resolución de problemas activa en equilibrio con la validación de las emociones, pensamientos y conductas del paciente (Linehan, 1993).

Por otra parte, la autora refiere que el mismo terapeuta debe procurar que el paciente se enfoque en las consecuencias a largo plazo de sus acciones, ya sea en términos de su efectividad para el logro de objetivos, para mantener relaciones interpersonales o para sentirse mejor, y no en las ganancias a corto plazo.

En el caso de Celeste, al comenzar tratamiento poseía Refuerzos inadecuados (reforzar

adecuadamente). Tanto ella como sus familiares desvalorizaban cualquier conducta proveniente de ella, sea positiva y negativa, y la paciente no había aprendido a valorar pequeñas cosas o avances que tenía. Para disminuir sus autocortes (conducta problema) se trabajó mucho sobre las relaciones interpersonales, con sus pares, y especialmente con su familia, –relación que derivó en un intento de suicidio–.

Ante la problemática planteada el terapeuta intervino con el objetivo de lograr que Celeste hiciera una lista de soluciones posibles. La paciente confeccionó una lista que incluía los siguientes ítems: buscar trabajo para tener dinero propio para poder mudarse; hablar con sus padres sobre los problemas en lugar de callar sus emociones, realizar salidas o actividades placenteras, aumentar relaciones de amistad. Cabe destacar la importancia de que Patricia trabajó reforzando las conductas deseadas en Celeste, por ejemplo felicitándola cuando ella le contó que había comenzado a ver a sus amigas frecuentemente. Paralelamente, se trabajó con los padres recomendando quitarle la excesiva atención que le daban sólo cuando ella incurría en una conducta problema, ya que esto servía para reforzar de manera positiva sus autocortes o el hecho de tomar medicación. Esto remite a lo señalado por Schultz y Schultz (2010) acerca de que la persona que controle los reforzadores, también controlará la conducta humana.

- **Formación en habilidades:**

Una importante táctica es que los instructores y los co-instructores validen todo el tiempo las acciones de los participantes.

Al inicio de cada sesión individual o reunión grupal, se realiza un ejercicio de conciencia plena de cinco minutos, aproximadamente. También se observaron, a través del grupo de habilidades, muchos de los ejercicios que se emplean para reducir los comportamientos disfuncionales. En el grupo se comienza con un ejercicio de conciencia plena para comenzar con la atención focalizada en ese momento presente, se corrige la tarea perteneciente a la semana anterior y luego se plantea el tema por desarrollar, al inicio de manera teórica y posteriormente de forma práctica.

Es primordial que el instructor sea consistente en su conducta a fin de que resulte convincente: por ejemplo, si pide mindfulness a los participantes, él no debe estar distraído; o si propone hacer descripciones sin emitir ningún juicio, no va a ser eficaz si él mismo no lo

ejerce. Aquí también el co-instructor, en tanto observador, ayudará a detectar esas inconsistencias.

Celeste pone en práctica muchas habilidades. Le cuesta usarlas en momentos de terquedad. Necesarias a aumentar actualmente: disposición abierta y flexible (va a comenzar a registrar terquedad en la planilla), conciencia plena de emociones y pensamientos.

LA HABILIDAD DE DISPOSICION ABIERTA Y FLEXIBLE se encuentra en el Manual de Entrenamiento que utilizan las pacientes en los talleres, dentro del módulo de aceptación radical. La misma consiste en estar listo para hacer lo que sea necesario en cada situación... voluntariamente...sin juzgar...sin reservas ni reticencia. Es prestar atención a tu MENTE SABIA, actuando desde tu ser profundo.

Disposición es ABRIR TU CORAZÓN a tu conexión con el universo.

- A la tierra, al cielo y a las estrellas;
- Al piso el que estás parado, a la silla en la que estás sentado;
- A las personas con quienes estás y con quienes no estás;
- A cada ser vivo y cada cosa.

Reemplazar TERQUEDAD por DISPOSICIÓN ABIERTA Y FLEXIBLE

Terquedad es:

- Quedarte sentado cuando se necesita actuar, mientras rechazás hacer los cambios necesarios;
- Rendirte;
- Lo opuesto de "hacer lo que funciona";
- Tratar de arreglar cada situación;
- Negarte a tolerar el momento;

- Insistir en controlar;
- El apego a yo, yo, yo y lo que quiero ya mismo.

Llevar a cabo la ACCIÓN OPUESTA. Es una estrategia para cambiar o regular una emoción actuando de una forma que se oponga o sea incoherente con dicha emoción. De esta manera, se logra cambiar la respuesta conductual-expresiva, lo que incluye tanto acciones como expresiones faciales o posturales (Linehan, 1993). La consigna de este ejercicio es la de seleccionar una reacción emocional reciente dolorosa o que se quiera cambiar y describirla siguiendo los pasos para realizar la acción opuesta:

1. Identificar los hechos para estar seguro que la reacción emocional no esté justificada.
2. Identificar los impulsos de acción.
3. Actuar de forma opuesta a los impulsos. Identificar las acciones opuestas, llevarlas a cabo, en la postura, en la expresión facial, en el pensamiento, en el discurso, etc.
4. Continuar hasta que la emoción disminuya y se pueda percibir.
5. Repetir una y otra vez hasta que tu sensibilidad emocional a ese evento desencadenante disminuya.

Para ejemplificar lo anterior, se transcribe lo relatado por la paciente en el taller grupal.

Hace dos días tuve una pelea con mis padres cuando estábamos almorzando en mi casa. Comencé a sentirme muy molesta, sentía que tenía toda la cara caliente, tenía taquicardia y me dieron ganas de romper un vaso o un plato, quería salir corriendo y no volver ahí nunca más; también pensé en ir al baño y tener una conducta problema (cortarse), pero recordé todo lo que estaba aprendiendo en el grupo y lo bien que venía con el terapeuta, así que me opuse a mis impulsos y fui a mojarme la cara con agua fría durante un rato. Ahí decidí llamar a mi novio para hablar de cualquier tema como para distraerme y olvidarme de lo sucedido. Nos fuimos a tomar sol a la plaza toda la tarde. Luego de un rato noté que la bronca era menor y disfrutaba ese momento con mi novio, había bajado la taquicardia... incluso ya me estaba riendo. Me di cuenta que mi emoción bajó de intensidad y mis pensamientos habían dejado de perturbarme por un tiempo.

Celeste logró cumplir con el ejercicio de manera efectiva. La emoción que estaba

experimentando era el enojo, la acción de esa emoción era la de romper cosas o lastimarse, la acción opuesta fue la de salir de su casa e ir a tomar sol con su pareja, alejándose por un rato de sus padres. De esta manera la paciente logró regular su emoción en esta situación.

- MODULO DE REGULACIÓN EMOCIONAL

Para poder ejemplificar las estrategias utilizadas para evitar las autolesiones, se seleccionaron ciertos ejercicios del Manual realizados por la paciente y se describirán a continuación.

Ejercicio I: Habilidades para Sobrevivir a las Crisis y manejar emociones extremas

En el primer ejercicio la paciente debía observar y describir una reacción emocional reciente. Celeste describe una situación que le provocó enojo/bronca, otorgándole una intensidad de 80 puntos, en una escala de 0 a 100. El relato en el cuál describe por qué fue provocada la emoción es el siguiente: “Esta semana estaba descompuesta, no podía levantarme de la cama y por lo tanto no podía lavar los platos ese día; así que le pedí a mi hermana que lo hiciera por mí. Me respondió que yo era una vaga y que siempre inventaba alguna excusa para no hacer las tareas de la casa.

En ese momento sentí mucha bronca porque siempre sucede lo mismo en casa y yo debo hacer todo.

Sus interpretaciones al respecto se basaban en ciertos pensamientos negativos, tales como “otra vez atrapada en este lugar”; “nunca van a cambiar” “no soporto más a mi familia”. En relación a los cambios corporales, manifiesta haber tenido “palpitaciones, sudoración, temblor, sensación de dolor”, acompañados por tensión en el cuerpo, y gestos de ira en su cara. Celeste comenta que automáticamente sintió ganas de lastimarse, siendo éste el impulso de acción ocasionado por la ira que experimentaba. Se confirma aquí lo planteado por Linehan (2003) en relación a que las emociones llaman a emprender acciones urgentes (por ejemplo, luchar si estamos enojados, huir ante el miedo).

Sin embargo, para contrarrestar dicho impulso, la paciente menciona haber recordado lo aprendido en el grupo de habilidades y describe lo siguiente: “salí a correr unas cuadras, llevé mis auriculares para relajarme y empecé a intentar hacer conciencia plena de lo que estaba

ocurriendo en ese momento presente. Sentí el aire fresco en mi cara, los sonidos a mi alrededor, etc.

Cuando estaba más tranquila, pude llamar a una amiga y contarle sobre la situación, quien a su vez me contó acerca de un recital al cuál iba a ir. Como consecuencia de la emoción experimentada, la paciente menciona haberla desregulado ante el comentario hiriente de su hermana pero, a su vez, logró movilizarla para hacer algo por su bienestar. Al finalizar la lectura la instructora la felicita por haber sido efectiva buscando otras opciones para tranquilizarse y no recurrir a las conductas problema. Según lo establecido por la paciente, la función de la emoción fue darse cuenta que había algo que no le estaba haciendo bien y que debía actuar para resolverlo de la mejor manera posible.

- **MÓDULO DE TOLERANCIA AL MALESTAR**

-Ejercicio I: Estrategias para Sobrevivir a las Crisis

Otra habilidad realizada y compartida por Celeste en el Taller Grupal fue la de **experimentar otras sensaciones intensas** que cambien su fisiología, sosteniendo dos cubos de hielo en sus manos, hasta que los mismos se derritan. Tal como menciona Linehan (1993) esta actividad logra distraerse de la emoción negativa experimentada, lo cuál se refleja en lo relatado por la paciente, manifestando que a través de dicho ejercicio su malestar disminuyó de una manera significativa.

Asimismo aporta que luego de realizar el ejercicio de los cubos de hielo, puso en práctica la habilidad de **calmarse a través de los cinco sentidos**, resultándole muy beneficiosa. La paciente menciona haber perfumado su habitación con esencia de vainilla, escuchar una canción que logra calmarla, beber un vaso de jugo frío y tocar a su gata . Luego de esto se sintió relajada y agregó: *lo voy a hacer más seguido*. Los individuos con trastorno de personalidad límite suelen tener dificultades para relajarse y proporcionarse estímulos positivos. Algunos creen que no se merecen ser bien tratados, sienten culpa al respecto (Linehan, 2003).

Celeste menciona que, mientras se calmaba a través de los cinco sentidos, puso en práctica las habilidades **de mejorar el momento de una cosa por vez y de relajación** (tomando un baño caliente), realizando ejercicios de conciencia plena. A través de estos ejercicios, pudo correr el foco de los pensamientos y emociones negativas experimentadas, dejar las

preocupaciones y poder centrarse en el presente. Otra actividad que realizaba frecuentemente era **hacer un alto** yendo al parque y quedarse allí disfrutando del aire fresco. Como plantea Linehan (1993), estas actividades poseen gran utilidad en los momentos de crisis, ya que permiten que la paciente se distraiga y logre calmarse, centrándose en el aquí y ahora y evitar pensar en el pasado y futuro, lo cuál puede aumentar el malestar experimentado.

Patricia refiere que la aceptación sirvió bastante para generar grandes cambios en la sintomatología de la joven. Una de las cosas que cambió bastante es la forma de relacionarse de forma efectiva con la familia, por ejemplo antes trataba mal a todos y eso sirvió para cambiar los problemas interpersonales. Después fue entendiendo mejor lo que le pasaba en relación a las autolesiones, e incorporó habilidades para el manejo de crisis que ya las tiene automatizadas. Aunque a veces gana la terquedad y la no aceptación y no quiere ponerlas en práctica, pero en líneas generales las tiene incorporadas. Uno de los problemas principales es que está inserta en un ambiente muy rígido, muy invalidante. Es difícil para ella poder buscar la forma efectiva de funcionar en su casa, y por ahora no puede irse de allí.

Respecto a sus conductas problema fueron disminuyendo bastante, de acuerdo a lo mencionado por su terapeuta en la entrevista, desde que empezó el tratamiento desde febrero hasta mayo estuvo sin autolesiones y a partir de esto que paso en la casa comenzó nuevamente con conductas problema (autocortes).

Luego de cortarse, la mayoría de las pacientes menciona experimentar tristeza y, en menor medida, culpa o ansiedad. La autoinvalidación que suelen manifestar dichas pacientes, lleva a que experimenten emociones negativas luego de realizar diferentes conductas. Sin duda, el terapeuta no debe validar dicha conducta desadaptativa, pero debe validar la vulnerabilidad emocional y el contexto en el que se encuentra el paciente, así como también la falta de habilidades, los cuáles lo llevan a implementar dichas conductas (Linehan,1993). También a veces tiene ideación suicida, piensa que nada tiene solución, se desesperanza , cree que le va a costar mucho resolver sus problemas, y desde el tratamiento tuvo solo una situación en la que no pudo pedir ayuda y no lo controló, pero ahora está entendiendo que tiene que no seguir este pensamiento cuando tenga una crisis.

Habilidades: Celeste **adquirió** la mayoría de las habilidades, y las que están **en déficit** son la no aceptación (terquedad, se queja mucho de sus problemas) y se queda rumiando con la situación. También le cuesta lo referido a lo interpersonal, tiene una demanda excesiva: manda muchos mensajes con el celular a sus amigos o terapeuta y se queja y refuerza más la emo-

ción, donde se queja e insulta y eso agota al equipo de los terapeutas que creen que deben bajarlo como conducta que atenta contra el tratamiento.

5.3 El coaching telefónico como estrategia especial de tratamiento ante una situación de crisis

Otra estrategia importante dentro de la TDC y utilizada por la paciente fue la asistencia telefónica, mayormente al inicio del tratamiento, pues le brindaba un tiempo de terapia adicional especialmente en momentos de crisis, en donde Celeste no podía transitar esas situaciones sola. Durante la primera etapa del tratamiento es cuando más probablemente un paciente con TLP recurra a realizar llamadas telefónicas de emergencia o para reclamar de algún modo una atención especial por parte del terapeuta (Beck & Freeman, 1995). Su terapeuta dejó estipulado que las llamadas se iban a realizar con el fin de implementar las habilidades que estuvo aprendiendo en el grupo y en terapia individual. Celeste llamaba cuando sentía ganas de cortarse o de morirse, siempre antes de realizar la conducta problema, como especifica la DBT. De esta manera, Patricia según relata en la entrevista, tenía la oportunidad de guiarla para la realización de algún ejercicio con el fin de calmar su malestar. Uno de ellos consistía en sostener un cubito de hielo en cada mano hasta que estos se derritieran; otro era mojarse la cara con agua fría o comer algo picante. Esta técnica fue explicada y experimentada con anterioridad en el consultorio; es muy utilizada en los pacientes con TLP ya que reemplaza una conducta desadaptativa por otra funcional (Linehan, 1993). Era una forma en la que la joven lograba distraerse, a la vez que cambiaba su fisiología produciéndole alivio.

Patricia continúa describiendo una situación a mediados de este año en la que Celeste no la llamó en crisis y se cortó. Comenta que eran los últimos días antes de que comiencen las vacaciones, refiere que estaba más cansada de lo usual porque sus alumnos del jardín estaban exaltados y ella se tiene que ocupar de muchas cosas a la vez. Estaba enojada con sus padres por una conversación que habían mantenido durante la cena el día anterior junto con sus hermanas en donde defienden no tener relaciones pre matrimoniales y le dicen a Celeste que la equivocada es ella.

A la noche piensa en que varias veces decide ver o no ver a su novio de acuerdo a si él la pasa a buscar o tiene que tomarse un colectivo. Siente culpa. Se va a dormir para no seguir rumiando. Se duerme, sueña que está con varios chicos. Se despierta y piensa “encima de egoísta sueño que lo engaño, soy mala, soy mala, soy mala”. Esta última frase confirmaría lo planteado por Beck y Freeman (1995) respecto al sesgo de clasificación dicotómica que estos pacientes aplican a su propia conducta, basándose en sensaciones más que en hechos concretos.

No se puede dormir, intenta volver a dormirse, da vueltas en la cama, no puede borrar de su mente lo que acaba de soñar. Siente ansiedad, sensaciones de tensión, inquietud. Aparece la idea de cortarse porque siempre la ayuda a relajarse. Finalmente incurre en la conducta problema: se realiza un corte superficial en el abdomen. Al día siguiente la paciente se mira al espejo y experimenta rechazo y vergüenza. Dice: *¡qué feo, no quiero hacer esto!*”

Durante la siguiente sesión de terapia individual, según indica el reglamento de DBT, repasan juntas las causas que llevaron a Celeste a autolesionarse en vez de resolver su malestar buscando otra alternativa.

La paciente relata: *Primero pensé en usar habilidades. Quería llamarte (refiriéndose a su terapeuta) pero me pareció que no era tan grave lo que me pasaba, que podía sola y que ya era tarde. Si el malestar hubiera sido más intenso te hubiese llamado. Al principio estaba dispuesta a usar las habilidades que había aprendido, intenté distraerme un rato contando colores y jugando con el celular, pero estaba ansiosa e impaciente. Sentí que iba a tardar mucho en volverme a dormir y no quería pensar más, ya había sido un día de mucha rumiación. No estaba dispuesta a esperar hasta que bajara el malestar o hasta dormirme.* Patricia interviene preguntándole por qué decidió tan fácilmente rendirse y no intentar utilizar habilidades; a lo que Celeste responde : *No tenía ganas de practicarlas y esperar más tiempo hasta que me relaje. Siento que pensé con mente racional en ese momento: cortarme va a ser más rápido porque siempre me duermo enseguida, prioricé eso. También creo que estaba terca con no querer sentir malestar y dejar de pensar.* Se puede observar en este caso, cómo se actúa de acuerdo a lo propuesto por Lencioni y Gagliesi (2008) en la Asistencia Telefónica: el terapeuta debe, utilizar habilidades de resolución de problemas para identificar y evaluar el problema inmediato. Para ello tiene en cuenta la evaluación de las habilidades ya utilizadas y dentro de ellas cual fueron exitosas y por lo tanto reforzarlas. Al evaluar cuales han sido las habilidades que fracasaron debería poder identificar cuál fue el problema que impidió su éxito.

Otro dato que surge de la entrevista a la terapeuta es que la misma refiere que algunas veces Celeste escribe en vez de llamar en situación de crisis y esto es un problema, pero en líneas generales llama y si llama está bastante dispuesta a usar habilidades. A veces está más terca y cuesta sacarla de ahí, y dice esto no me va a servir para resolver el problema cuando la terapeuta le dice sostené hielos o salí a dar una vuelta, pero sabemos que eso hará que se calme en el momento.

En general la paciente respeta los protocolos del Coaching Telefónico, no quebranta los límites en cuanto a los horarios de las llamadas, pero sí los sobrepasa en cuanto a mandar muchos mensajes, y ya sabe cuáles mensajes van a ser contestados y cuáles no (se dejó en claro con antelación). Asimismo, los pacientes deben evitar enviar mensajes y en su lugar se los alienta a llamar por teléfono.

Cabe aclarar que, como menciona Serrani (2011) en la consulta telefónica el terapeuta puede decidir ser más o menos accesible según el grado de dependencia que esté dispuesto a tolerar en el paciente, pero en todo caso es importante que mantenga límites bien definidos para poder trabajar eficazmente con los pacientes más demandantes y no sufrir un agotamiento por ese motivo.

Algo que Patricia indica como una Conducta en contra del Tratamiento es la de enviarle mensajes por fuera de lo acordado. Al no ser dichos mensajes un pedido de ayuda, el hecho de que se le responda son refuerzos negativos para su ansiedad.

Ejemplifica lo dicho anteriormente a continuación con otra situación:

Celeste está en momento de crisis implacables, siente enojo con las reglas rígidas que le imponen sus padres y por tener que vivir ahí. Todo esto la sobrepasa y recurre al aislamiento. No está trabajando por receso de vacaciones, lo cual hace que tenga más tiempo libre y menos actividades, empeorando sus desregulaciones emocionales.

Luego de almorzar se va a su habitación. Comienza a pensar en todo lo que le está pasando mientras fuma en la ventana de su cuarto. Piensa que tiene demasiados problemas juntos rumiando con lo sucedido con sus padres. Siente enojo, tensión en el cuerpo, no puede parar de pensar. Se queja de todo lo que le pasa.

Comienza a sentir emociones como la ansiedad y el miedo, sumando sensaciones físicas de taquicardia, dolor de panza. Aparece el pensamiento de ponerse en contacto conmigo.

Toma su celular y me escribe este mensaje: *“lo que debo, lo que quiero, lo conveniente, lo saludable, el hartazgo. Estoy encerrada. En todo eso, mezclado con la soledad que yo misma me proporciono al aislarme”*.

Después de escribirme refiere sentir alivio al ponerme al tanto de lo que le pasa, saber que yo lo sé la tranquiliza, piensa que no se va a olvidar de decírmelo la próxima vez en sesión, que la voy a entender más y que lo vamos a poder trabajar. Luego vuelve a experimentar más ansiedad porque no le contesto. A la hora siguiente vino a sesión e hicimos análisis en cadena de esto, y le resultó aversivo para ella que lo conceptualicemos como conducta que atenta contra el tratamiento. Puede notar que lo hace conmigo y con su novio, y que esto puede traer problemas en las relaciones.

Si el paciente falló en pedir ayuda de manera adaptativa (llamadas excesivas, amenazas durante la llamada, llamar por motivos que no estarían acorde con los límites personales del terapeuta), esto se tomará como conductas que interfieren en la terapia y serán objeto de la sesión siguiente (Lencioni & Gagliosi, 2008)

Durante las reuniones de equipo en la Institución, los terapeutas reciben DBT entre sí, en los grupos de consulta organizados para tal fin, con el objetivo de aprender a mantener una posición dialéctica y a apoyarse en las dificultades que pueden aparecer al implementar este tipo de tratamiento. Estos grupos son considerados esenciales para los terapeutas que utilizan la DBT para el tratamiento del TLP (Gempeler, 2008). Las mismas son espacios muy coordinados en el que los profesionales supervisan sus casos de una manera eficaz, se busca que la exposición de dichos casos sea breve y que el supervisado formule preguntas puntuales sobre su caso. Las reuniones son de 2.30 horas de duración y se asistió a 15 reuniones de frecuencia semanal. Esta actividad además, sirve para tratar casos complejos y evita en los terapeutas el síndrome del “burn out”.

En la novena reunión a la que se asistió, la psicóloga ya mencionada anteriormente Patricia, expone su problema con una de sus pacientes, la cuál casualmente se trataba de Celeste, la paciente estudiada en este trabajo. La joven, quién había mejorado notablemente hasta ese día, tuvo un intento de suicidio realizando una sobreingesta de pastillas; Patricia, su

terapeuta comenta que el viernes la paciente faltó a la sesión y agrega que recibió por celular una foto que le envió el padre con graves cortes en las piernas y abdomen de la paciente. Por supuesto esto le provocó una gran angustia y frustración, debido a que según continuaba relatando ella era una paciente muy comprometida con el tratamiento y que podía salir de toda esta situación. La decisión que tomaron junto con su psiquiatra de la Institución, es que la mejor opción es dejarla internada por unos días, ya que los padres necesitan entrenamiento individual pero ellos no se comprometen a hacerlo y por lo tanto si permanece en su casa con ellos la joven estará poco contenida. Por ahora permanece internada en una clínica privada.

La terapeuta se quiebra y llora en la reunión, producto del gran estrés que refiere sentir porque según relata es una paciente que quiere mucho y por eso también decidió dejarla internada priorizando su bienestar y con el fin de tomar distancia. Los compañeros como forma de brindarle apoyo se ofrecieron a escucharla durante toda esa semana y le recordaron en esta reunión que lea el reglamento de DBT que se expone a continuación:

Principios de DBT sobre el terapeuta (Linehan, 1993)

1. La mejor forma que un terapeuta tiene de asistir a un cliente es ayudarlo a cambiar de tal forma que lo lleve más cerca de sus objetivos personales a largo plazo.
2. La claridad, la precisión y la compasión son de la mayor importancia a la hora de trabajar en DBT.
3. La relación terapéutica es una relación real entre iguales.
4. Los principios del aprendizaje son universales, afectan al terapeuta tanto como al cliente.
5. Los Terapeutas DBT pueden fracasar.
6. DBT puede fracasar incluso cuando el terapeuta no lo haga.
7. Los terapeutas que tratan clientes con TLP necesitan sostén.

Patricia cree que lo que desencadenó la sobreingesta fue que Celeste le envió mensajes durante el fin de semana a su psiquiatra y él no le contestó. Esto generó mucha ansiedad en la joven y la hizo desregularse emocionalmente, causando la crisis que tuvo.

6 Conclusiones

El tratamiento del TLP representa un desafío debido a la complejidad de los síntomas, la elevada comorbilidad y el impacto que tiene sobre la calidad de vida de aquellos que lo padecen, por las conductas suicidas y parasuicidas, las autolesiones y las consecuencias que en la vida diaria tiene la inestabilidad emocional característica del mismo.

El presente trabajo tuvo como objetivo principal describir la aplicación del modelo DBT en el caso de una paciente TLP, y como objetivos específicos la descripción de la sintomatología propia del trastorno y de las comorbilidades diagnosticadas, las estrategias de intervención y técnicas de entrenamiento de habilidad aplicadas y, focalizar en el coaching telefónico como estrategia especial característica de la DBT. Todos los objetivos pudieron cumplirse satisfactoriamente, e incluso se dio la oportunidad de observar en funcionamiento a este último dispositivo ante una crisis. En cuanto a la sintomatología, el caso analizado reúne la mayoría de los criterios indicados en el DSM 5 (APA, 2013) para el diagnóstico de TLP, además de los correspondientes a los trastornos depresivo mayor y de ansiedad generalizada. La comorbilidad presente significó, de acuerdo con lo señalado en el marco teórico, una complicación para el tratamiento. La paciente desarrolló un episodio depresivo que tuvo un momento crítico cuando intentó suicidarse tomando una sobredosis de psicofármacos. A pesar de estas complicaciones se pudo observar la forma en que la terapeuta implementó las diversas estrategias de la DBT para lograr el equilibrio necesario entre aceptación y cambio.

Por último, para el tercer objetivo se logró, tal como ya se mencionó, tener registro de la forma en que se aplica el coaching telefónico cuando se trata de pacientes con riesgo suicida. En el momento de terminar el presente trabajo Celeste es dada de alta de la internación en la que estaba después del episodio mencionado para reincorporarse al tratamiento.

En cuanto a las limitaciones, cabe señalar que, si bien el abordaje terapéutico analizado es reconocido como la forma de tratamiento más eficaz para el TLP, existe aún un nivel importante de controversia entre los autores especializados en esta patología en relación a la

conceptualización, es decir la relación entre los diversos síntomas, y por lo tanto también en torno de los medios más adecuados para tratarlos. En relación con el primer objetivo, orientado a describir la sintomatología y comorbilidad, la limitación radicó en que no se registró en la historia clínica la descripción detallada de los síntomas de los dos trastornos comórbidos con el principal, razón por la cual no se pudo profundizar en las características que se agregan en un caso de esta naturaleza al cuadro de base incluido en el DSM 5. En la misma línea se puede mencionar que, en contra de lo que se preveía en base al plan original del trabajo, no se pudo acceder a la tarjeta de registro diario DBT de la paciente, ya que la terapeuta responsable del tratamiento consideró que la información que contenía merecía quedar bajo el secreto profesional.

A pesar de ello, el trabajo realizado permitió confirmar la relación entre síntomas centrales como la desregulación emocional y la existencia de un ambiente invalidante en el origen. Así mismo, el análisis de los datos obtenidos con los distintos instrumentos (historia clínica, entrevista, observación) puso en evidencia que el programa establecido por Linehan es capaz de producir cambios en la sintomatología, aún cuando la evolución en un trastorno de la complejidad del que se observó nunca sea lineal y sin contratiempos.

Por otra parte, la observación dentro del grupo de habilidades proporcionó conocimientos sobre la forma en la que los terapeutas trabajan la interacción con cada uno de los pacientes, y de esta manera se pudo comprender mejor la forma de abordaje en el marco de la institución y así aportar una mejor descripción sobre cómo este tipo de terapia influye en los aspectos disfuncionales.

Se concibe que el alto índice de deserción en el tratamiento usual en comparación con la DBT puede deberse a que las psicoterapias habituales estén apuntadas únicamente al “cambio”, en lugar de combinarlas con estrategias de “aceptación y validación”, las cuáles son clave para mantener la adhesión de los pacientes.

Una dificultad que presenta la Institución, es que debido al alto costo económico que presentan los tratamientos que allí brindan para pacientes con TLP, existe una gran parte de la población que no puede acceder a ellos. Esto surge debido a varias derivaciones a las que asistí durante la Práctica, dónde se mencionó que una gran mayoría de los pacientes no podían pagar el tratamiento en forma privada.

Por ende, como aporte personal se destaca la importancia de que las instituciones públicas (hospitales y centros de salud mental) incluyan esta práctica para pacientes con bajos recursos económicos.

En líneas generales, puede considerarse que el tratamiento brindado en la Institución fue efectivo pero no suficiente. El hecho de seguir el protocolo DBT en forma tan manualizada limitó la posibilidad de recurrir a otros tipos de intervenciones que, tal vez, hubieran complementado o enriquecido el tratamiento.

Respecto a la internación repentina de la paciente ya mencionada en el Tercer Objetivo y la importancia del Coaching Telefónico como un componente fundamental en esta terapia, se abre un debate a la hora de trabajar como profesional utilizando dicho dispositivo. Se cuestiona hasta dónde es efectivo ofrecerle al paciente disponibilidad telefónica de su terapeuta para evitar conductas autolesivas, siendo que al contar con esta posibilidad se fracasó en el intento de prevenir el comportamiento suicida de la paciente. Según plantean Lencioni y Gagliesi (2008) el quid de esta situación es que la atención brindada al paciente en este momento se presente cuando aparece una conducta adaptativa, por ejemplo, un pedido de ayuda “anterior” a una autolesión. En este caso, no se cumplió con el protocolo de Asistencia Telefónica, generando una grave consecuencia.

Por otro lado, para poder conocer en profundidad la evolución de los pacientes luego de finalizado el tratamiento, es que se cree necesaria la realización de mayores estudios de seguimiento; así como también la continuación de estudios en cuanto a las distintas modalidades de la DBT y a su efectividad.

Para finalizar se transcribe un fragmento de una entrevista realizada por uno de los Directores de la Institución a la Doctora Marsha Linehan, la cual invita a reflexionar sobre este trastorno tan complejo.

Entrevistador: En DBT la importancia en el entrenamiento de habilidades conductuales es vital, pero también es un aspecto criticado.

Linehan: Alguien una vez me dijo, estas habilidades son las que tu madre te ha enseñado. Y yo respondí, sin duda, el único problema es que mucha gente no ha tenido madres que

les han enseñado. Y creo que esto es una metáfora de un mundo que en su currícula de enseñanza no incluye herramientas básicas como la regulación emocional o la eficacia interpersonal. La investigación sostiene que este entrenamiento es vital para el proceso de cambio.

7 Referencias bibliográficas

- Apfelbaum, S., & Gagliesi, P. (2004). El Trastorno Límite de la Personalidad: consultantes, familiares y allegados. *VERTEX. Revista Argentina de Psiquiatría*, 15, 295-302.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5a edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Beck, A. y Freeman, A. (1995) *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Caballo, V. E. (2001). Tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 9(3), 579-605.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (2014). *Teorías de la personalidad*. D. F. México: Pearson Educación.
- Cuevas Yust, Carlos; López Pérez-Díaz, Ángel Gustavo; (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, Sin mes, 97-114.
- Eaton, N. R., Krueger, R. F., Keyes, K. M., Skodol, A. E., Markon, K. E., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2011). Borderline personality disorder co-morbidity: relationship to the internalizing–externalizing structure of common mental disorders. *Psychological medicine*, 41(5), 1041-1050.
- Elices, M. & Cordero, S. (2011). Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3, 132 -152.
- Gagliesi, P. (2010). *Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento del Desorden Limite de la Personalidad*. Recuperado el 12 de Septiembre de 2017, de <http://www.fundacionforo.com>.
- García López, Mª T., Martín Pérezb, Mª F. & Otín Llop, R. (2010). Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30 (106), 263-278.
- Gempeler, Juanita; (2008). Terapia conductual dialéctica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Sin mes, 136-148.

- Guerrero, L. G., & Sánchez, J.I.R. (2005). Agresividad y delictología en el trastorno límite de la personalidad. *Psicopatología clínica legal y forense*, 5(1), 107-126
- Gunderson, J. (2002). *Trastorno Límite de Personalidad : Guía Clínica*. Barcelona: Ars Médica.
- Kabat-Zinn, J., & Hanh, T. N. (2009). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. Delta.
- Kernberg O (1996). A Psychoanalytic theory of personality disorders. En J Clarkin y M Lezzenweger (eds.), *Major Theories of Personality Disorders* (pp. 106-140). New York: Guilford Press.
- Koldobsky, N. (2005). Histrionic and borderline personality disorders: a view from Latin America. En Maj, M., Akiskal H, Mezzich J. y Okasha, A. (ed.) *Personality Disorders*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Lencioni, Guillermo; Gagliosi, Pablo; (2008). Asistencia telefónica: una aproximación desde la terapia dialéctico-conductual en pacientes con trastornos límites. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Sin mes, 216-226.
- Millon, Th. & Davis, R.D (2001). *Trastornos de la Personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastorno de personalidad límite*. Barcelona: Paidós ediciones.
- Linehan M, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Ortiz-Tallo, M., & Ferragut, M. (2010). Análisis Cualitativo de la Personalidad de una Actriz. Estudio de Caso y Trastorno de Personalidad Límite. *Clinica Y Salud*, 21(2), 167-182.
- Serrani, D. (2011). Terapia dialéctica comportamental en el tratamiento del trastorno límite de personalidad. *ALCMEON*, 17, 169-88.
- Schultz, D., & Schultz, S. (2010). *Teorías de la Personalidad*. Sydney: Cengage Learning
- Ulanosky, P. (2009). Fronteras, bordes, límites.. En Lerner, H. y Sternbach, S.(2009).

Organizaciones fronterizas. Fronteras del psicoanálisis (pp. 91-111). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Vásquez-Dextre, Edgar 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.

Vega, I. D. L., & Sánchez Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción psicológica*, 10 (1), 45-56.