

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN

Tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad desde la Terapia Dialéctico
Conductual (DBT)

Autor: Silvina Sánchez

Tutora: Dra. Nora Gelassen

Buenos Aires, Argentina

Índice

1- Introducción	3
2- Objetivos	5
2.1- Objetivo general.....	5
2.2- Objetivos específicos.....	5
3- Marco teórico	6
3.1- Trastorno Límite de la Personalidad.....	6
3.1.1- Antecedentes.....	6
3.1.2- Sintomatología.....	8
3.1.3- Prevalencia/Comorbilidad.....	10
3.1.4- Teoría biosocial.....	11
3.2- Terapia Dialectico Conductual.....	14
3.2.1- Características generales.....	14
3.2.2- Etapas del tratamiento.....	20
3.2.2.1 Terapia Individual.....	22
3.2.2.2 Entrenamiento en habilidades.....	24
3.2.2.3 Contacto telefónico.....	24
3.2.2.4 Equipo de supervisión.....	26
3.2.2.5 Grupos de psicoeducación y entrenamiento en habilidades para familiares y allegados (solo en adolescentes).....	27
3.2.3- Evolución del tratamiento.....	28
4- Metodología	29
4.1 Tipo de estudio.....	29
4.2 Participantes.....	29
4.3 Instrumentos.....	29
4.4 Procedimiento.....	30
5- Desarrollo	30
5.1 Presentación del caso.....	30
5.2 Objetivo 1: Describir síntomas del trastorno límite de la personalidad que presenta la paciente.....	31
5.3 Objetivo 2: Intervenciones aplicadas por el terapeuta.....	36
5.4 Objetivo 3: Evaluación de cambios y avance del tratamiento.....	42
6- Conclusiones	45

7- Referencias.....48

1. Introducción

El siguiente trabajo final de integración se desarrolla dentro del marco de la Práctica y habilitación profesional con el objetivo de articular los conocimientos incorporados durante la cursada de la carrera de Licenciatura en Psicología, de la Universidad de Palermo.

La Institución elegida se dedica a la asistencia psicológica de todos los grupos etéreos y a la formación de profesionales de la salud mental desde el modelo de la terapia sistémica estratégica focalizada en resolución de problemas, en donde sus profesionales han sido entrenados en el modelo estratégico y cognitivo.

Semanalmente se realizan reuniones de supervisión, en las que se evacúan las dudas y se participa de actividades de actualización profesional brindadas por el Departamento de Docencia Interna.

Así también, esta Institución les ofrece a sus miembros la posibilidad de participar en la supervisión en vivo de casos clínicos a través de Cámaras Gesell.

La institución cuenta con un equipo de profesionales que trabaja con pacientes que padecen de Trastorno Límite de Personalidad (TLP) a través de un tratamiento psicoterapéutico especializado para esta problemática como es la Terapia Dialéctico Conductual (DBT). Estos terapeutas están formados en el modelo de tratamiento DBT tanto dentro como fuera de la institución, algunas de estas formaciones son financiadas por la Institución.

El objetivo del presente trabajo es describir la aplicación de la DBT en una paciente de 21 años, la cual fue diagnosticada con un cuadro de Trastorno Límite de la Personalidad, la paciente realiza por primera vez este tratamiento luego de salir de una internación por conductas autolesivas. Dicha paciente obtuvo una mejoría considerable en el transcurso del tratamiento, para lo cual se revisó la historia clínica, se realizó observación de cámara Gesell, se participó de espacios de supervisión y se entrevistó a la terapeuta que realizó el tratamiento.

Muchas investigaciones ponen de manifiesto que el Trastorno Límite de la Personalidad supone uno de los retos más complejos a los que puede enfrentarse un psicólogo clínico ya que la principal característica del trastorno es la inestabilidad persistente en todas las áreas de funcionamiento, lo que se traduce en un deterioro importante tanto del propio afectado como de su entorno.

Este trabajo se centra en explicar las principales características de dicho trastorno y en la relevancia de encontrar un tratamiento eficaz. Para ello, se describen

los componentes de la Terapia Dialéctica Conductual, y se revisan algunas de las investigaciones que dan apoyo empírico a su efectividad.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General:

Describir los primeros 12 meses del tratamiento psicoterapéutico de un caso de Trastorno Límite de la Personalidad en una joven de 21 años a través de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) en una institución con enfoque sistémico.

2.2 Objetivos específicos:

- Describir los síntomas del trastorno límite de la personalidad que presenta la paciente al inicio del tratamiento.

- Analizar las intervenciones aplicadas por la terapeuta para modificar las lesiones auto-lesivas y la desregulación emocional de la paciente a través de la Terapia Dialéctica Conductual.

- Evaluar los cambios de la paciente en los síntomas como autolesiones y desregulación emocional durante los primeros 12 meses de tratamiento.

3. Marco teórico

3.1 Trastorno límite de la personalidad

3.1.1 Antecedentes

Sería interesante comenzar con la pregunta ¿Qué es la personalidad?, siendo la misma fácil de plantear pero muy difícil de responder, sobre todo teniendo en cuenta que la personalidad como constructo tiene miles de años de antigüedad. Desde un origen histórico la palabra personalidad nos remite al griego como persona, que en sus orígenes representaba la máscara de los actores en el teatro, esta significación ha cambiado a lo largo de la historia, con el tiempo esta máscara se convirtió en las características aparentes de la persona, y por último se consideró como las características psicológicas más internas, es decir menos aparentes de la persona. Este último significado es el más cercano al uso actual, como un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que en su mayoría son inconscientes y difíciles de cambiar y están expresadas en la mayoría de las áreas en donde se desarrolla la persona (Millon & Davis, 1998).

De acuerdo con el modelo de Millon y Davis (1998), se entienden la normalidad y la patología como conceptos relativos, como puntos representativos dentro de un continuo, no como categorías nominales discretas, no hay una línea divisoria tajante entre las dos. La personalidad normal y la patológica comparten los mismos principios y mecanismos de desarrollo, las personalidades del mismo tipo sean normales o patológicas, son esencialmente las mismas en cuanto a los rasgos básicos que las componen. La diferencia fundamental es que las personalidades normales son más flexibles cuando se adaptan a su entorno, mientras que las personalidades con trastornos de personalidad según el modelo de Millon, muestran conductas mucho más rígidas y muy poco adaptativas (Cardenal, Sánchez, & Ortiz-Tallo, 2007).

Aaron Beck, Freeman y Davis (1990), desde un punto de vista cognitivo, entiende a la personalidad como un conjunto particular de *esquemas cognitivos* con el que el individuo selecciona y organiza la experiencia y que se plasman en una serie de estrategias emocionales y de conducta habituales que caracterizan cada una en particular.

Los factores internos que componen la personalidad, se los considera como un proceso particular que se caracteriza por cambiar con poca frecuencia, y propone un estilo singular de respuesta que suele manifestarse con una entidad rígida y estática (Koldobsky, 1985).

Entonces siguiendo la misma línea podemos decir que los trastornos de la personalidad se caracterizan por patrones de funcionamiento desadaptativos en áreas como la afectividad, las relaciones sociales, y la cognición. Una característica esencial de estos trastornos es que pese a los graves problemas vitales que acarrearán estos patrones de funcionamiento, algunas veces son difícilmente modificables (Sarmiento Suarez, 2008).

Si resulta problemático encontrar una definición satisfactoria y aceptada universalmente en relación con el concepto de personalidad, aún lo es más hacerlo con sus trastornos, en los que ni siquiera hay consenso sobre el término que los debe denominar. El concepto de personalidades patológicas tiene, en realidad, un doble origen: según el primero se las considera como una exageración de los rasgos normales de toda personalidad, se trataría así de una desviación cuantitativa, según el segundo una configuración de personalidad hace las veces de una configuración de enfermedad, tratándose, de esta manera, de una desviación cualitativa (Conti y Stagnaro, 2004).

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

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

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

Según Otto Kernberg (1985) existe un intento de analizar los aspectos descriptivos, estructurales y genético-dinámicos de la organización límite de la personalidad, con una consideración especial de la patología característica de las relaciones objetales, se basa en el trabajo de muchos autores con diferentes posiciones teóricas y con diferentes enfoques terapéuticos. La literatura inicial consiste

principalmente en descripciones clínicas de pacientes que ahora se considerarían "límitrofes" o "borderline".

La inflexibilidad, la rigidez hace muy complicado el cambio. La forma de comportarse, de sentir, de pensar, características de la persona generan malestar en el individuo o en los demás e interfieren significativamente en la vida social, familiar, laboral y otras áreas vitales importantes (Palacios, 2006).

Este patrón en el comportamiento se traduce en una importante inestabilidad del estado de ánimo, impulsividad extrema, sentimientos crónicos de vacío, comportamientos autolesivos recurrentes o intentos de suicidio, y relaciones interpersonales caóticas e intensas (Caballo, Gracia, López-Gollonet & Bautista, 2004)

3.1.2 Sintomatología

Si tenemos que pensar en una palabra clave para definir el Trastorno Límite de la Personalidad es la inestabilidad, lo que en un primer momento resulta paradójico, si se tiene en cuenta que una de las condiciones básicas para diagnosticar un Trastorno de Personalidad es que cumpla unos criterios determinados de forma estable. Esto, que en el caso del Trastorno Límite de la Personalidad podría parecer contradictorio, puede entenderse si asumimos que lo estable en este trastorno es precisamente esa inestabilidad. Dicha inestabilidad se aplica a cualquier aspecto de la vida del paciente: afectiva (afecto intenso, sentimientos crónicos de vacío, anhedonia, etc.), interpersonal (superficialidad de las relaciones, dependencia, etc.), conductual (impulsividad con autolesiones, tentativas autolíticas, abuso de tóxicos, promiscuidad, etc.) y cognitiva (la menos frecuente pudiendo presentar episodios psicóticos breves). Como puede suponerse no todos los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad presentan toda la clínica descrita, sino que predominan unos rasgos sobre otros y dependiendo del momento vital, cualquiera de ellos puede presentar mayor o menor intensidad (García López, Pérez, & Llop, 2010).

Según el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5), entre los criterios para catalogar a un paciente con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), se pueden encontrar (American Psychiatric Association, 2013):

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

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

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

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

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

7. Sensación crónica de vacío.

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

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

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (OMS, 1999), el Trastorno Límite de la Personalidad constituye una condición de sufrimiento psicológico en la que a menudo los objetivos y las preferencias suelen ser confusos o se encuentran alterados. Existen serias dificultades para controlar las propias emociones, las relaciones son intensas e inestables y el descontrol de impulsos puede llevar a la persona a reaccionar de manera explosiva, produciéndose un elevado riesgo en comportamientos autolesivos (los más frecuentes, cortes superficiales en los antebrazos) o incluso serios intentos de suicidio (Leichsenring, Leibing, Kruse, New & Leweke, 2011).

Estas personas encuentran serias dificultades para tolerar el sentimiento de soledad y el miedo que sienten al abandono, y cuando lo hacen, tienden a experimentar un gran vacío emocional que en ocasiones desencadenan en intentos de autolesiones potencialmente letales (Gunderson, 2009).

Lo que podemos ver es que hasta ahora la OMS (1999) ha diferenciado dos subtipos de TLP, por un lado describe aquellos de tipo impulsivo, en el que además de los criterios generales para el diagnóstico de un trastorno de personalidad, deben cumplirse al menos dos criterios de entre los siguientes: predisposición a actuar de manera impulsiva sin tener en cuenta las consecuencias de los actos, frecuentes conflictos con los demás, especialmente cuando se oponen a los deseos personales, arrebatos de ira y violencia y dificultad para el autocontrol, dificultades para implicarse

en actividades duraderas sin obtener recompensas inmediatas y estado de ánimo inestable y caprichoso; por otro lado, describe el tipo límite, para el que se requieren al menos tres de las siguientes características: alteraciones o dudas acerca de los objetivos o de la imagen de uno mismo, implicación en relaciones tormentosas e inestables, esfuerzos excesivos para evitar ser abandonado, amenazas o actos de agresión hacia uno mismo y por último sensaciones crónicas de vacío.

3.1.3 Prevalencia y comorbilidad

Los datos disponibles sobre la prevalencia de los trastornos de la personalidad parecen ser dispares y, en algunos de los casos, poco fiables. Esto puede deberse en parte, a la compleja tarea que supone definir un trastorno de la personalidad mediante una breve lista de síntomas específicos, y con una escasez de preguntas, la mayoría de ellas susceptibles del juicio del evaluador (Nieto, 2006).

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

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

Otros estudios de Barrera, Navarrete, Flores, Uribe, y Solís, (2008) se considera que el 75% de los pacientes diagnosticados con el trastorno son mujeres y que frecuentemente comienza al final de la adolescencia o al inicio de la adultez, con episodios severos de descontrol afectivo e impulsividad, asimismo, el riesgo de suicidio es mayor en los jóvenes adultos con TLP. Algunas de las razones que explican esta prevalencia son el abuso sexual, muy común en los historiales de TLP, muchas veces por el hecho de que las mujeres suelen educarse para ser más dependientes o la tendencia de éstas a buscar más ayuda psiquiátrica.

El trastorno límite de la personalidad presenta una alta comorbilidad con otros trastornos mentales, principalmente trastornos del estado de ánimo, abuso o dependencia de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno de estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad (De Girolamo & Dotto, 2000).

Algunos estudios demuestran que los comportamientos autolesivos se observan entre el 60 y 80% de los pacientes con TLP y que, además, son la causa más frecuente

de hospitalización en esta categoría clínica, los riesgos suicidas constituyen con frecuencia la presentación del padecimiento. La tasa de suicidio consumado se sitúa alrededor del 10%, especialmente en menores de 30 años (Espinosa, Grynberg, & Mendoza, 2009).

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

En una investigación de Crowell, Beauchaine y Linehan (2009) se conceptualiza al Trastorno Límite de la Personalidad desde una perspectiva de desarrollo de vida. Mientras que la desregulación de la impulsividad y la emoción están casi invariablemente unidas por el tiempo en que se canaliza la patología límite, la impulsividad y la desregulación emocional pueden surgir de forma independiente y secuencial durante el desarrollo y contribuir así a diferentes aspectos del funcionamiento. Además, una revisión de los mecanismos etiológicos revela además que muchos correlatos biológicos del Trastorno Límite de la Personalidad son similares a los observados en los trastornos de control de los impulsos. Por lo tanto, también es posible la superposición etiológica entre la patología límite y el trastorno por déficit de atención / hiperactividad (TDAH), el trastorno de conducta (TC), el uso de sustancias y la patología antisocial. Aunque el TLP es distinto de muchos (aunque no todos) los trastornos del control de los impulsos en el grado en que la labilidad emocional predomina en la presentación clínica, la exploración de la extensa literatura sobre el desarrollo de trastornos del control de impulsos permite una mejor comprensión de las posibles vías del TLP.

La compleja problemática que presentan estos pacientes, los altos niveles de deserción del tratamiento y los altos costos para los sistemas de salud mostraron la necesidad de crear tratamientos específicos para el TLP, en este caso la Terapia Dialéctico Conductual (DBT), desarrollada por Marsha Linehan (2003), es concebido para tratar pacientes con suicidabilidad crónica y autolesiones (Elices & Cordero, 2011).

3.1.4 Teoría Biosocial

Con el objetivo de explicar la etiología de este trastorno, Linehan se sirvió de la teoría biosocial, esta sostiene que las inadecuadas respuestas emocionales de las personas con Trastorno Límite de la Personalidad se deben a la combinación de una vulnerabilidad genética y diversos factores ambientales (eventos traumáticos en la infancia y ambientes invalidantes), que se van produciendo durante el desarrollo de la persona. Esta desregulación sistémica se produce por la vulnerabilidad emocional y el uso de estrategias que modulan las emociones de manera inadecuada y poco adaptativas (Linehan, 1993).

Cuando se menciona la vulnerabilidad biológica tiene que ver con la relación entre una alta sensibilidad a los estímulos emocionales, alta sensibilidad de la respuesta emocional y el lento retorno al estado de emoción de base (Teti, Boggiano & Gagliesi, 2015).

Entonces los pacientes con TLP tendrían una vulnerabilidad biológica a la desregulación emocional que se combinaría con la crianza en un ambiente invalidante, siendo la vulnerabilidad emocional definida por Linehan (1993) como la tendencia a responder a los estímulos ambientales con una alta reactividad, es decir rápidamente y con una alta intensidad, y una vuelta lenta a la línea de base de la emoción. El ambiente invalidante le enseña al niño que sus respuestas emocionales son incorrectas o inapropiadas, por ejemplo: trivializando sus pensamientos y emociones. De esta forma el individuo no aprende a etiquetar las experiencias privadas de una manera aceptable para la comunidad social, a regular efectivamente las emociones, o a confiar en sus experiencias como respuestas válidas para los eventos, lo que provoca un patrón de respuesta emocional que oscila entre la inhibición emocional y una respuesta emocional extrema (Linehan, 1993).

Esto tiene como consecuencia directa el aumento de la respuesta emocional negativa, y el predominio de estrategias de regulación emocional o reacciones a sus propias emociones con consecuencias negativas a largo plazo. Ejemplos de estas conductas aprendidas son: invalidarse a sí mismo, es decir, rechazar la validez de su propia experiencia, tener expectativas no realistas sobre sí misma, sobre otros, o la situación en general, lo cual conlleva ineffectividad en resolución de problemas y dificultades en relaciones interpersonales, y la inhabilidad de nombrar correctamente su propia experiencia emocional y de tolerar el malestar emocional, lo cual se relaciona con las conductas impulsivas frecuentemente observadas, o de inhibición o bloqueo de la experiencia emocional, entre otras (Linehan, 1993).

Además, desde la perspectiva de Linehan, la construcción de la emoción (y por lo tanto de la desregulación de la emoción) es muy amplia e incluye procesos cognitivos vinculados a la emoción, bioquímica y fisiología, reacciones faciales y musculares, impulsos de acción y acciones relacionadas con la emoción. La desregulación de las emociones posteriormente conduce a patrones de respuesta disfuncionales durante eventos emocionalmente desafiantes. Linehan sugirió varios posibles sustratos biológicos de desregulación emocional (por ejemplo, disfunción límbica). Sin embargo, la literatura sobre la biología de los trastornos psicológicos fue extremadamente limitada cuando Linehan articuló por primera vez su teoría (Crowell, Beauchaine & Linehan, 2009).

La investigación sobre la disfunción biológica en el TLP se ha centrado en las vulnerabilidades estructurales, neuroquímicas y genéticas. Varios sistemas de neurotransmisores, que incluyen serotonina, dopamina, vasopresina, acetilcolina, noradrenalina y ácido gamma-aminobutírico, han recibido recientemente atención en la literatura empírica. Los investigadores también han explorado las relaciones entre la patología límite y la disfunción del sistema nervioso periférico. Finalmente, la evidencia sugiere que el TLP tiene un componente hereditario (Vollrath & Torgersen, 2000).

Esto es consistente con investigaciones que indican que la impulsividad, como la que se observa en el TLP, es aproximadamente 80% hereditaria, tiene correlatos neuroanatómicos claros y predispone a una serie de trastornos psiquiátricos (Beauchaine & Neuhaus, 2008).

En síntesis, Crowell, Beauchaine y Linehan (2009) mencionan que el modelo de desarrollo biosocial presentado se basa en la evidencia teórica y empírica, que sugiere lo siguiente:

1. El control deficiente de los impulsos probablemente surja en edades tempranas en el desarrollo de la patología límite, y esto puede explicar las vulnerabilidades biológicas superpuestas para el TLP y otros trastornos del control de los impulsos.
2. El desarrollo de la extrema labilidad emocional característica del TLP es modelado y mantenido por el entorno de cuidado y se basa en las características del niño (por ejemplo, sensibilidad emocional de referencia) y el contexto del desarrollo.
3. Los refuerzos realizados entre las vulnerabilidades biológicas y los procesos de riesgo ambiental potencian la desregulación de la emoción y el descontrol conductual más extremo y, de esta manera, contribuyen a resultados cognitivos y sociales negativos.

4. A mediados o finales de la adolescencia, existe una constelación de características identificables y estrategias de afrontamiento desadaptativas que indican un mayor riesgo de TLP posterior.

5. Estos rasgos y comportamientos pueden exacerbar el riesgo de TLP en el desarrollo, debido a los efectos evocadores sobre las relaciones interpersonales y el funcionamiento social y a través de la interferencia con el desarrollo emocional saludable.

3.2- Terapia Dialéctico Conductual (DBT)

3.2.1- Características generales

Para comenzar a desarrollar la DBT, primero debemos poner en evidencia que se entiende por dialéctica, siendo ésta un modo de comprender la naturaleza de la realidad y el cambio conductual, como el método orientado a la persuasión. Esta visión dialéctica provee un marco ontológico y epistemológico para la teoría y el tratamiento, dando lugar, así, a aplicaciones y estrategias de intervención específicas. En consecuencia, según esta perspectiva, la conducta sólo puede ser considerada en su contexto y en el del observador que intenta comprenderla. Así, por cada tesis acerca de la causa de una conducta dada, habrá una o más alternativas de explicación (antítesis), que señalan las limitaciones de la tesis, pero que también incrementan el poder explicativo de la visión original. Esta transacción debe dar lugar a nuevas tensiones a ser resueltas en integraciones de nivel superior. De este modo, las explicaciones de la conducta del paciente pueden darse desde una perspectiva histórica o desde los factores presentes, factores biológicos versus factores ambientales, familiares versus individuales, paciente versus terapeuta, bien versus mal, aceptación versus cambio. Esto debe continuar hasta que se logre una explicación eficaz, que no es analizada en términos de correcta o incorrecta, sino en función de su valor para generar algún tipo de intervención que pueda resolver la situación problema. Terapeuta y paciente utilizan las contradicciones implícitas en posiciones opuestas, más que intentar utilizar la lógica para refutar puntos de vista opuestos. Ambos deben plantearse continuamente qué otros elementos pueden ser incluidos en la formulación presente del problema, más que intentar decidir lógicamente entre tesis y antítesis (Keegan, 2004).

Para alcanzar este objetivo, la terapia de Marsha Linehan equilibra las intervenciones orientadas a la aceptación y la validación con intervenciones orientadas a la resolución de problemas y al cambio, la Dialectical Behavior Therapy (DBT), se inició en la década de 1980 a partir de las investigaciones de Marsha Linehan y su equipo en la Universidad de Washington. Ellos empezaron a estudiar pacientes con alto

riesgo suicida y múltiples conductas autolesivas, que posteriormente fueron agrupadas bajo el rótulo de TLP, realizando intervenciones desde la orientación conductual. Las técnicas conductuales funcionaban para algunas pacientes, pero otras abandonaban el tratamiento porque se sentían incomprendidas y criticadas (Gagliesi, 2009).

Las estrategias de validación y solución de problemas, junto con las estrategias dialécticas, constituyen el núcleo de la DBT y son el corazón del tratamiento, en torno al cual se construyen el resto de las estrategias de tratamiento. Las estrategias de validación son las estrategias de aceptación más evidentes, mientras que las de solución de problemas son las estrategias más obvias de cambio. Ambas se usan en cada interacción con el paciente, aunque la relativa frecuencia de cada una depende del paciente en particular, la situación actual y sus vulnerabilidades. Sin embargo, a lo largo de toda la sesión debe darse un equilibrio general entre las estrategias de aceptación y las estrategias de cambio (Barlow, 2018).

Cuando un terapeuta se enfoca sólo en el cambio conductual puede hacer sentir invalidado al paciente y de esta manera deteriorar el trabajo terapéutico, en cambio cuando el terapeuta reconoce y valida la experiencia del paciente hace que el cambio sea más fácil y más probable. Entonces, mientras que las estrategias de cambio se centran en la modificación conductual, validación implica comunicarle inequívocamente al paciente que sus conductas (observables y no observables) tienen sentido y son comprensibles en el contexto actual. Validar no es estar de acuerdo con el paciente, sino comunicar que sus respuestas, emociones, pensamientos y acciones, tienen sentido dado el contexto en que se presentan (puedo estar en desacuerdo con una conducta, pero aún así comunicar que tiene sentido) (Swenson, 2016).

En el manual de tratamiento de la DBT, se explican las distintas estrategias utilizadas en el programa, las mismas son, las estrategias dialécticas y nucleares forman los componentes esenciales de la terapia, las estilísticas describen cuales son los estilos comunicativos e interpersonales necesarios para llevar la terapia a buen término, las estrategias de gestión de casos indican cómo va a interactuar y responder el terapeuta a la red social en la que esta inmerso el paciente y por último las integradoras hablan de cómo se deben manejar las distintas situaciones problemáticas que suelen surgir cuando se trabaja con individuos de TLP. Estas estrategias son actividades, tácticas y procedimientos coordinados que emplea el terapeuta para conseguir los objetivos del tratamiento (Linehan, 2003).

La DBT es una modalidad de tratamiento psicológico descrita por primera vez como tratamiento estructurado para el TLP por la psicóloga Marsha Linehan en 1993. Se trata de una modalidad de tratamiento que incluye sesiones individuales y sesiones grupales para el entrenamiento de diversas habilidades. Se trata de un enfoque de origen cognitivo-conductual que incorpora la filosofía dialéctica y la práctica del Zen (Linehan, 1993).

Esta es una terapia ampliamente organizada que además de incluir trabajo durante las sesiones también los propone fuera de ellas, entonces la directividad de los terapeutas es mayor al inicio del tratamiento ya que justamente estos pacientes carecen de control conductual (de la Vega-Rodríguez & Sánchez-Quintero, 2013).

En contraste con muchos enfoques de tratamientos comportamentales, la DBT también enfatiza la relación terapéutica como uno de los factores principales de cambio, siendo éste un tratamiento integral que combina enfoques cognitivo-conductuales con prácticas basadas en la aceptación de uno mismo extraídas de la filosofía Zen. La gran originalidad del tratamiento propuesto por Linehan es que se convirtió en la primera en introducir el budismo a su práctica clínica, siendo la esencia de la enseñanza budista ayudar al ser humano a llegar a su propio potencial de iluminación (Matusevich, Ruiz & Vairo, 2010).

La meditación se define como el proceso a través del cual, la persona observa y se hace consciente de lo que está sucediendo a cada instante en su cuerpo y en su mente, aceptando las experiencias que se van presentando tal y como éstas son. Esta práctica, enseñada por Buda, tiene como fin la eliminación del sufrimiento y demás emociones destructivas, ya que, desde el punto de vista budista, tanto la felicidad como el sufrimiento no dependen fundamentalmente de las circunstancias externas, sino de la propia mente.

Mindfulness es el denominador común que se encuentra en la base de diferentes corrientes

de meditación derivadas de la tradición budista y que actualmente se han incorporado a diversos modelos de tratamiento en psicoterapia como la DBT (Vásquez-Dextre, 2016).

Muchos investigadores, apuntan a que el mindfulness es una parte esencial del desarrollo de toda psicoterapia, que la práctica del mindfulness puede considerarse el entrenamiento básico para la mente del terapeuta, no estamos rígidos ni cerrados sino flexibles y abiertos a lo que pase, por lo tanto, estamos en presencia. Esta presencia es necesaria para que la relación terapéutica sea tal, dirigimos la presencia hacia el

paciente y estamos con él o ella abiertos a su experiencia de manera incondicional (Vásquez-Dextre, 2016).

Como veremos más adelante, las técnicas de mindfulness están integradas en la DBT como una de las cuatro habilidades principales del programa de tratamiento. En un principio, Linehan entrenaba a sus pacientes suicidas en meditación formal y prolongada. Sin embargo, la experiencia no tuvo buenos resultados porque a los pacientes les resultaba muy difícil seguir el entrenamiento debido a sus problemas de desregulación emocional y comportamental y porque no entendían las ventajas que podía reportarle un entrenamiento tan largo y costoso, es entonces que a partir de esas primeras experiencias, Linehan y su equipo ha ido desarrollando y depurando las tácticas de mindfulness que pueden ser aprendidas y practicadas de forma eficaz por los pacientes con TLP (Palacios, 2006).

En su manual de tratamiento de trastorno de personalidad límite, Linehan (2003), explica que la DBT, al tratar un trastorno de gran complejidad, se compone por cuatro diferentes modalidades. La primera modalidad, según Linehan (2003), está constituida por las supervisiones de caso, las cuales cumplen una función de soporte y acompañamiento del terapeuta. Un grupo conformado por sus propios pares puede, a través de observaciones sobre el caso, ayudar al profesional en lo que requiera. La segunda modalidad es la terapia individual e implica que un terapeuta se hace responsable del tratamiento de un paciente y establecerá la cantidad de sesiones por semana que se consideren necesarias en relación con el caso. Al comienzo del proceso la frecuencia puede ser de una a dos veces por semana y de entre 60 a 90 minutos de duración, esto depende tanto del paciente y el terapeuta como de los temas y objetivos que se estén trabajando. Durante la sesión se busca hacer énfasis en la práctica de las habilidades adecuadas para cada conducta que se identifique como problemática, es decir, las ideas suicidas, las autolesiones, el consumo de sustancias, etc. Durante los encuentros el terapeuta puede recurrir a estrategias comunes de la DBT como las estrategias dialécticas, de validación, resolución de problemas, de comunicación irreverente, entre otras (Linehan, 2003). Además, se incluye, como tercera modalidad, las llamadas telefónicas con el fin de ayudar al paciente a incorporar las habilidades y generalizarlas en situaciones del día a día. En particular, al principio del tratamiento los pacientes pueden utilizar este recurso para recibir una guía de su terapeuta en momentos de crisis, recordando que el llamado debe responder a un pedido de ayuda y no al relato de la conducta problema realizada, como por ejemplo llamar cuando ya se realizó la

autolesión. Finalmente, la última modalidad es el taller de entrenamiento en habilidades el cual consiste en una terapia grupal con un formato psicoeducativo, de frecuencia semanal de 2 horas y media aproximadamente. El mismo es un requisito de al menos el primer año de terapia, o el tiempo suficiente para que el paciente llegue a ver todos los temas.

Las habilidades que se enseñan se dividen en cuatro módulos:

(1) las habilidades de conciencia plena (mindfulness) son prácticas orientadas a mantener una completa presencia en el aquí y ahora, este módulo se dirige a acceder a la sabiduría inherente en cada persona. Esto se define como la síntesis de la dialéctica entre razón y emoción. También apunta a desarrollar control atencional para poder observar y describir eventos o experiencias sin poner juicios ni evaluaciones de ellos, las habilidades que incluye este módulo son dos: mente sabia y mindfulness (observar, describir, participar, sin juzgar, una cosa a la vez, y efectividad), las técnicas de mindfulness se introducen con el concepto de mente sabia. Este concepto es la base lógica del entrenamiento. Se plantea un ejercicio a los pacientes en el que se les pide que describan dos conceptos: la mente emocional y la mente racional. Estos conceptos se presentan como polos opuestos, como tesis y antítesis de un dilema dialéctico. Los pacientes con TLP se suelen identificar con la mente emocional. Es el estado en el que las emociones controlan otras experiencias como los pensamientos o el comportamiento. La mente racional es el estado en el que la lógica, la razón, es la que controla a las emociones y a las conductas. La mente sabia es la integración de ambos conceptos, se trata del conocimiento profundo e intuitivo de algo. Es difícil definir la mente sabia, se podría decir que no es un lugar a donde queramos llegar, sino el camino que recorreremos, lo que experimentamos en un momento dado, es decir, la esencia de la atención plena o mindfulness. Una vez introducido el concepto de mente sabia se introducen las técnicas de mindfulness para ejercitarla, las cuales se dividen en dos tipos de estrategias, éstas son las técnicas Qué y las técnicas Cómo. La meta de las técnicas Qué es desarrollar una actitud de participar con los “ojos totalmente abiertos”, con atención plena. Son tres tácticas: observar, describir y participar de nuestras experiencias. Observar hace referencia a atender a las experiencias en un momento dado sin dejarse atrapar por los conceptos o categorías. Es una forma de volver la atención a un nivel básico, al nivel de las sensaciones, utilizando todos los sentidos. Uno de los ejercicios es observar las experiencias que acudan a la mente en el momento presente, cualquier experiencia. Las experiencias se observan y se dejan pasar sin hacer nada, sin

aferrarse a ninguna de ellas. Describir trata de poner palabras a lo que observo, de ponerle nombre a las experiencias. Por ejemplo, nombrar a la sensación que noto en el estómago como dolor o a la emoción que siento como tristeza o alegría. La última de las técnicas Qué es participar. Es claramente un complemento a las anteriores. Se trata de entrar en las experiencias y vivirlas, no quedarse al margen. Se trata de tomar conciencia de que yo soy el agente de mis pensamientos, de mis sentimientos, de mis acciones. No soy ajeno a mis experiencias, no me escapo de ellas, sino que participo de las mismas (Palacios, 2006).

(2) las habilidades de efectividad interpersonal, en las que se estudia el cómo pedir y negar algo de forma efectiva, manteniendo el auto-respeto y buenas relaciones con los demás, este módulo apunta a entrenar habilidades de asertividad y resolución de problemas o conflictos interpersonales. Este módulo enseña a manejar situaciones conflictivas, a obtener lo que se desea o se necesita y a decir no a peticiones y demandas indeseadas, es decir que es crucial para la efectividad interpersonal dominar la habilidad para analizar la situación y determinar objetivos (Linehan, 2003).

(3) las habilidades de regulación emocional, donde se trabaja para cambiar las emociones que no son efectivas, en este módulo se trata de aprender a identificar, nombrar, y describir las emociones, relacionarlas con el contexto, reducir la vulnerabilidad a emociones negativas, resolver los problemas, construir una vida en congruencia con los valores personales, incrementar la posibilidad de experimentar emociones positivas y saber cuándo actuar en congruencia con una emoción y cuándo no es efectivo actuar según la emoción y por lo tanto actuar en oposición de ella. Este módulo se centra en aumentar el control de las emociones, aprendiendo a identificar y etiquetar las emociones actuales, aunque no se pueda conseguir un control emocional completo, sin embargo, se puede aprender a modular algunas emociones (Linehan, 2003).

(4) las habilidades de tolerancia al malestar, se enseñan estrategias para tolerar y sobrevivir una crisis usando estrategias para el corto plazo, para inhibir conductas impulsivas que conllevan consecuencias negativas. Estas habilidades se describen en cuatro categorías que son: distracción (llevar a cabo actividades distractoras, ayudar a los demás, hacer comparaciones, generar emociones opuestas, dejar de lado la situación negativa, tener pensamientos distractores, experimentar sensaciones intensas), proporcionarse estímulos positivos (vista, oído, olfato, tacto y gusto), mejorar el momento (usar la fantasía, hallar significado, practicar la oración, practicar la

relajación, vivir el presente en cada momento, tomarse vacaciones, darse ánimo), y pros y contras para tolerar el malestar. Aquí se habla de la conexión entre la incapacidad para tolerar el malestar y la conducta impulsiva, la cual tiene como función frecuentemente reducir el malestar intolerable (Linehan, 2003).

La DBT se enmarca en la terapia de conducta, su principal objetivo es que el paciente aprenda a modular la emocionalidad extrema, reduciéndose las conductas desadaptativas dependientes del estado de ánimo y que el individuo aprenda a confiar y validar sus propias experiencias, emociones, pensamientos y comportamientos (Palacios 2006).

3.2.2- Etapas del tratamiento

En teoría, el tratamiento de todos los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad debe ser organizado y determinado con base en el nivel de su trastorno, y se considera que ocurre en etapas. Primero, en una etapa previa al tratamiento, se prepara al paciente para la terapia y se obtiene su compromiso de trabajar para alcanzar varias metas del tratamiento. Es probable que en todas las etapas se retomem la orientación a metas y estrategias específicas de tratamiento y el compromiso para trabajar por la obtención de estas (Barlow, 2018).

Menciona Gagliesi (2009) que, hasta ahora, ni la medicina, ni la psicología han logrado soluciones definitivas, sin embargo, los tratamientos como DBT mejoran notablemente la calidad de vida de los pacientes, de sus familiares y allegados, la psicoterapia individual, los grupos de entrenamientos en habilidades, los grupos de psicoeducación y entrenamiento para familiares y allegados y tratamiento farmacológico si fuera necesario, son herramientas para implementar con este trastorno.

El tratamiento se divide en una etapa de pretratamiento y cuatro etapas de tratamiento, cada cual con sus metas específicas:

- Pretratamiento (orientación y compromiso): es una etapa primordial, en la cual se deben conseguir tres objetivos antes de iniciar el tratamiento: evaluación de los pacientes, orientar al paciente sobre la naturaleza del tratamiento (la Teoría Biosocial y las características de la DBT) y obtener el compromiso; y, por último, establecer objetivos (de acuerdo con las áreas de desregulación y conductas disfuncionales) y llegar a acuerdos sobre qué es lo que se brinda y se ofrece. Las estrategias de compromiso y orientación, equilibradas con estrategias de validación, son las estrategias más importantes en esta fase del tratamiento. Antes de que el cliente salga de la sesión, el terapeuta hace un gran esfuerzo por lograr que se comprometa a no cometer

conductas suicidas o autolesivas no suicidas durante un periodo específico que puede ser de un año, seis meses, hasta la siguiente sesión o hasta el día siguiente (Barlow 2018).

Se empieza la terapia luego de la firma del contrato en el que se aceptan los compromisos, es fundamental que para la etapa del pretratamiento se tomen la cantidad de sesiones que sean necesarias para que terapeuta y paciente confirmen que tienen el compromiso necesario para iniciar la terapia, se explicita al paciente que aún no ha comenzado el tratamiento formalmente. Si bien el terapeuta sabe que forma parte de este (Linehan, 2003).

- Etapa I (adquisición de las capacidades básicas): busca ir de un descontrol conductual a un progresivo control de conductas. Tiene como metas: reducir conductas que atentan contra la vida (de sí mismo y de terceros), la terapia (como faltas o tardanzas) y la calidad de vida (como problemas de salud, faltar al estudio o trabajo) y aprender habilidades como centrarse en el presente, mantener relaciones interpersonales adecuadas, entender las emociones y tolerar el dolor. Las estrategias que tengan probada eficacia en pacientes suicidas deben ser aquí desplegadas. No puede haber otro foco de atención clínica antes que este.

- Etapa II (desesperación silenciosa): tiene como meta experimentar los sentimientos en forma adecuada sin disociarse o tener síntomas de estrés postraumático. Aquí se trata el trauma. Focalizar en estrategias que faciliten la recuperación es una tarea compleja que desarrollar una vez que las habilidades en la regulación del malestar hayan sido instaladas y las crisis no impliquen conductas letales. Aunque pueden explorarse y advertirse las conexiones entre la conducta actual y sucesos traumáticos previos (incluyendo los de la niñez), el tratamiento se concentra, sin lugar a duda, en analizar la relación entre pensamientos, sentimientos y conductas actuales, así como en la aceptación y cambio de los patrones actuales.

- Etapa III (resolver problemas de vida y aumentar el autorespeto): tiene como meta aumentar el autorespeto e incrementar la calidad de vida, ayudar a construir una vida propia, alcanzando logros personales. Los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad ubicados en esta etapa ya realizaron en las dos etapas anteriores el trabajo necesario para resolver problemas o su alteración nunca fue lo suficientemente grave para necesitarlo. Aunque los problemas en esta etapa pueden ser todavía de consideración, el individuo es funcional en los principales dominios de la vida. En este

caso la meta es que el paciente logre un nivel común de dicha y desdicha, así como un respeto independiente por sí mismo. Para este fin, se ayuda al paciente a valorar, creer, confiar y validarse a sí mismo. Se pretende que el cliente sea capaz de evaluar su conducta de manera no defensiva, que pueda confiar en sus respuestas y sostenerse en las autoevaluaciones, con independencia de las opiniones de otros

- Etapa IV (adquirir la capacidad de ser libre y experimentar alegría de forma sostenida): la meta es el trabajo espiritual para eliminar la sensación de vacío o incompletud, encontrar la libertad y la alegría. Las metas son la ampliación de la consciencia, la culminación espiritual y avanzar en el flujo de la experiencia. Para los pacientes que se encuentran en la cuarta etapa pueden ser de gran beneficio la psicoterapia orientada al insight, prácticas o dirección individual, y otros tratamientos organizados alrededor de la experiencia y, o experiencias de vida.

3.2.2.1 Terapia Individual

En la terapia individual dentro de la DBT se tiene como principal objetivo ayudar al individuo en la desregulación emocional y con las conductas desadaptativas que este tuviera mediante la enseñanza de habilidades. Dichas habilidades buscan reemplazar las conductas desadaptativas, las conductas problema, con otras más adaptativas. Para que la terapia individual pueda llevarse a cabo es necesario que los factores ambientales personales del paciente sean tenidos en cuenta, pues estos pueden impedir las conductas asertivas en el paciente y reforzar las conductas inadaptadas. El terapeuta trabaja para establecer una relación interpersonal fuerte y positiva con el individuo desde el comienzo de la terapia, esto es de suma importancia ya que puede ser que el terapeuta sea el único refuerzo positivo en la motivación terapéutica del paciente y que sea la relación terapéutica la que mantiene la vida del paciente cuando todo lo demás falla (Linehan, 2003).

Según estudios de Gagliesi, Lardani, y Salgueiro (2005) durante las primeras sesiones del tratamiento, el terapeuta debe dedicar al menos la mitad del tiempo al desarrollo de la relación terapéutica. Generar una relación cálida, de aceptación y seguridad es fundamental para lograr y mantener tanto la colaboración como la motivación durante el tratamiento para aumentar la probabilidad de cambio.

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

medicación en exceso) o que expongan al paciente a situaciones de riesgo vital. De acuerdo con lo estipulado por Linehan (2003), la terapia individual puede desarrollarse en una o dos sesiones semanales, de acuerdo con las situaciones de crisis del paciente. La duración de las sesiones puede oscilar desde los 50-60 minutos hasta 90-110 minutos.

Para poder trabajar durante la sesión se le explica al paciente que el registro diario es un componente fundamental de la terapia y que se espera que lo traiga completo cada semana al terapeuta, esto requiere que el paciente automonitoree las conductas objetivo, emociones y habilidades. Esta es una intervención que ayuda a reducir problemas comportamentales a la vez que sirve como un ejercicio de práctica de las habilidades y funciona como un pantallazo general de la semana del paciente (Linehan, 2003).

El registro funciona como un diario que ayuda al paciente a tener un recuerdo apropiado de las emociones y de las conductas. Permite al paciente y al terapeuta percibir potenciales conexiones entre emociones y conductas desadaptativas así como con conductas adaptativas. Es una herramienta primordial usada al principio de cada sesión individual para ayudar a focalizar el contenido de la sesión y probablemente ese será el contenido para poder trabajar con el paciente (Linehan, 2003).

Este registro beneficia y ayuda a establecer la relevancia de las conductas que hay que trabajar, estas fichas de automonitoreo se revisan al principio de cada sesión. Como mencionábamos antes en ellas el paciente escribe cada incidente de conductas parasuicidas, ideación suicida, tristeza, consumo de drogas (tanto lícitas como ilícitas), y la práctica de habilidades conductuales que haya realizado. Si el paciente no completa la tarjeta esto se considera una conducta que interfiere con la terapia (Díaz-Benjumea, 2003).

3.2.2.2 Entrenamiento en habilidades

El objetivo de la participación de un grupo para el entrenamiento en habilidades tiene que ver con una intervención didáctica, que está diseñada para reforzar las capacidades del paciente. Es un formato psicoeducativo y estructurado para el aprendizaje de nuevas habilidades. El entrenamiento en habilidades se divide en cuatro módulos básicos: conciencia plena, efectividad interpersonal, regulación de emociones y tolerancia al malestar (Linehan, 2003), que ya fueron mencionados en detalle anteriormente.

En el módulo de conciencia plena se enseñan habilidades para integrar la experiencia emocional y los pensamientos lógicos a través de observar, describir, participar activamente, no criticar, centrarse en una cosa en el momento y ser efectivo (Linehan, 2003).

El entrenamiento en efectividad interpersonal está diseñado para ayudar al paciente a relacionarse con los otros en una vía que permita fortalecer la relación sin perder los valores y el respeto, se incluyen estrategias efectivas para pedir lo que se necesita, para decir “no” y para manejar un conflicto interpersonal (Linehan, 2003).

Según Linehan (2003) enseñar habilidades para la regulación de emociones en los pacientes con TLP resulta difícil, ya que por lo general estos pacientes resisten cualquier intento de controlar sus emociones, y esto sólo es posible en un contexto de autovalidación emocional, donde se pueda enseñar al individuo a identificar y etiquetar las emociones, y entonces poder ser consciente de sus emociones actuales sin juzgarlas, inhibirlas, bloquearlas o distraerse de ellas y a incrementar la frecuencia de acontecimientos emocionales positivos.

Las habilidades de tolerancia al malestar están dirigidas a tolerar y sobrevivir a la crisis aceptando la vida tal como es en un momento determinado, es decir, aceptando aquello que no se puede cambiar. Lo ideal es que cada paciente reciba, al menos, dos horas a la semana de entrenamiento en habilidades (Linehan, 2003).

3.2.2.3 Contacto telefónico

A todos los pacientes que comienzan un tratamiento DBT se les permite el llamado telefónico a sus terapeutas para favorecer el uso en su vida cotidiana de las habilidades que se están aprendiendo en la terapia, de hecho, queda registrado en el contrato que firma el paciente al inicio del tratamiento, inclusive con los días y horarios en los que puede realizar los llamados. En este contexto, la asistencia telefónica ayuda al terapeuta a brindar al paciente el soporte necesario para poder sobrevivir durante los períodos de crisis, aumentando la probabilidad de ocurrencia de las conductas adaptativas (Linehan, 2003).

Como menciona Linehan en su manual de tratamiento, la asistencia telefónica persigue cuatro objetivos o funciones primordiales, estos son, por un lado proveer al paciente la oportunidad de reducir las conductas suicidas, parasuicidas y desadaptativas que le sirven para regular su estado de ánimo, por otro enseñarle al paciente como pedir ayuda en forma más efectiva y adaptativa, y de esta manera facilitar los procesos de generalización de las habilidades aprendidas en el contexto terapéutico hacia contextos

cotidianos, y cuando sea necesario, proveer la oportunidad de reparar la relación terapéutica.

El principal objetivo de la asistencia telefónica es reducir la ocurrencia de la conducta problema que, en la primera fase del tratamiento, son aquellas conductas que atentan contra la vida del paciente, la asistencia telefónica solo se brindará si y solo si el paciente llama antes de incurrir en la conducta problema. El terapeuta deberá durante la llamada telefónica utilizar las estrategias de resolución de problemas que fueron aprendidas en el grupo de habilidades, cuyo objetivo será, siempre que estemos hablando de las conductas que atenten contra la vida, evaluar el grado de destructividad de las conductas y las soluciones más adaptativas que podrían ponerse en práctica (Díaz-Benjumea 2003).

En consecuencia, dentro de este modelo de tratamiento el paciente tiene terminantemente prohibido llamar al terapeuta después o durante esta incurriendo la conducta problema, ya que la capacidad de maniobra del terapeuta de poder evitar la conducta problema no podría ser efectiva. Ya que el hecho de que el paciente llame antes de la conducta problema es parte del aprendizaje y no tiene que funcionar como refuerzo de las conductas desadaptativas (Lencioni & Gangliesi, 2008).

Marsha Linehan en su manual de tratamiento recomienda que el contacto telefónico sea breve y no superar los 20 minutos, directivo y enfocado en el uso de las habilidades. Es esencial que esto se respete porque en caso de que la asistencia telefónica se convirtiera en una charla cálida y contenedora se estaría reforzando la aparición de las crisis a cambio de contención y atención.

En la DBT se enfatiza el hecho de que lo que se ofrezca en los distintos tipos de llamadas de ayuda sea lo más similar posible, es decir, tanto si el paciente llama diciendo que está a punto de cometer suicidio, como si llama para pedir una orientación sobre cómo comportarse ante un problema familiar, o para tener una charla tranquilizadora, lo que el terapeuta esté dispuesto a darle debe ser similar. Y esto es para que el paciente no asocie la conducta suicida a un incremento de contacto telefónico. Como para evitar esto el terapeuta sólo puede hacer dos cosas, o bien rehusar recibir ninguna llamada o bien hacer que el paciente lo llame no sólo entonces sino también en otras situaciones, Linehan (2003) opta por lo segundo. Por eso sostienen que en DBT es considerada una conducta que interfiere con la terapia tanto el llamar al terapeuta demasiado poco como llamarlo con demasiada frecuencia.

3.2.2.4 Equipo de supervisión

Estas reuniones son la manera que tiene la DBT de cuidar al terapeuta o terapeutas responsables del tratamiento de sus pacientes, de esa manera se evita el “Síndrome de burnout” como así también para discutir sobre casos complejos, o solicitar supervisión en caso se tenga problemas con algún paciente. Son una manera de cuidar al terapeuta encargado de un paciente, sirviendo de apoyo y ayuda al mismo (de la Vega-Rodriguez, & Sánchez-Quintero, 2013).

Tratar a pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad es sumamente estresante y mantenerse en el marco de la DBT implica una enorme dificultad (función 4 ya mencionada anteriormente), de ahí que el tratamiento del terapeuta sea una parte integral de la terapia. Se requiere que cada terapeuta participe en un equipo de consulta, sea con otra persona o con un grupo. En la DBT se realizan reuniones de consulta cada semana a las que asisten terapeutas que en la actualidad ofrecen dicha terapia. En ocasiones el escenario clínico requiere que la reunión del equipo sea parte de una reunión administrativa por restricciones de tiempo y espacio. Cuando eso ocurre, es importante establecer una agenda específica y limitaciones temporales para cada parte de la reunión para asegurar que se abordan los problemas de consulta del terapeuta (Barlow, 2018).

Según Barlow (2018) las funciones de la consulta son mantener al terapeuta en el marco terapéutico y abordar los problemas que surgen durante el tratamiento. Este equipo de consulta se ve como una parte integral de la DBT, es decir, se considera una terapia grupal entre pares en que cada integrante es al mismo tiempo terapeuta y paciente para los otros terapeutas.

La atención se centra en aplicar las estrategias de la DBT para incrementar las conductas de adhesión a la DBT y disminuir las conductas que se alejan de la misma. Existen tres funciones principales de la consulta para los terapeutas en la DBT. Primero, un equipo de consulta ayuda a mantener a cada terapeuta individual en la relación terapéutica, la función consiste en animarlo y apoyarlo. Segundo, el equipo de supervisión o consulta da equilibrio al terapeuta en sus interacciones con el paciente. Al brindar equilibrio los asesores pueden acercarse al terapeuta y ayudarlo a mantener una posición fuerte, o pueden alejarse de él y pedirle que se acerque al paciente para mantener el equilibrio. Tercero, dentro de la aplicación programática de la DBT, el equipo proporciona el contexto para el tratamiento (Barlow, 2018).

Las reuniones del equipo de la DBT pueden realizarse de múltiples formas, cada uno de los equipos de terapia dialéctica conductual tiene un líder identificado, que suele

ser el terapeuta con más experiencia del equipo, cuya función es explicar los principios de la terapia cuando sea necesario para garantizar la fidelidad del tratamiento ofrecido. El punto de esas observaciones no es asignar culpas, sino enfocar la atención del equipo en la conducta y seguir adelante (Barlow, 2018).

3.2.2.5 Grupos de psicoeducación y entrenamiento en habilidades para familiares y allegados (solo en adolescentes)

Apfelbaum & Gagliesi (2004) han realizado talleres para familiares y allegados en donde se brinda información sobre las características clínicas evolutivas y pronósticas del trastorno límite de personalidad, haciendo hincapié en las experiencias internas de los pacientes, en la desregulación emocional como base de las conductas impulsiva (como medios para controlar el dolor y la sensación de desesperación). También se focaliza en las reacciones emocionales y conductuales características de los familiares o convivientes, así como en las formas de enfrentar algunas de estas dificultades.

3.2.3- Evolución del tratamiento

Las investigaciones de Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, (1991) demostraban que existían una serie de limitaciones, por ejemplo, desde la selección de la muestra que pudiera estar representada por grupo relativamente homogéneo, crónicamente parasuicida y de sexo femenino, en ese momento no estaba claro si todos los nuestros resultados se podrían generalizar a personas limítrofes menos gravemente disfuncionales, si la DBT era adecuada para pacientes no suicidas, o si el tratamiento demostraría ser efectivo para los hombres. Tampoco podían afirmar que el tratamiento en DBT se mantendría después de un año de terapia, como así tampoco que la efectividad de la terapia sea igual en terapeutas menos experimentados.

Posteriormente, sin embargo, la DBT fue la psicoterapia que mostró ser más efectiva en ensayos clínicos controlados (Feigenbaum, 2007). Este tipo de psicoterapia se basa en la teoría de Linehan que centraliza el problema de los pacientes con TLP en la desregulación emocional, combinación de déficits biológicos y ambientes emocionalmente inestables e invalidantes en la infancia. El objetivo de la DBT es ayudar al paciente a adquirir habilidades que disminuyan la desregulación emocional y permitan un adecuado manejo de emociones intensas mejorando los vínculos interpersonales (Linehan, 1993).

Según estudios actuales realizados, se encuentra que existe una mayor reducción de la frecuencia y la gravedad de las conductas parasuicidas en los pacientes tratados

con la terapia DBT en comparación con los que se les administró la terapia tradicional. Además, se observa en estos mismos pacientes mayor adherencia al tratamiento, lo cual resulta especialmente importante, ya que la tasa de abandono de los pacientes con esta patología suele ser muy elevada como consecuencia de la impulsividad que presentan. También encontramos una mejora en el funcionamiento global de los sujetos. Cabe resaltar una notable mejoría en la sintomatología depresiva, así como una reducción de la ira, la impulsividad y la desesperanza. Por otro lado, en cuanto a las ideas suicidas, las autolesiones y los intentos de suicidio también se observa una gran mejoría reduciéndose el número de ocasiones que estos sujetos llevan a cabo estas conductas (Ansón López & Ripollés Colomer, 2015).

Otros estudios de Marco, García-Palacios, Navarro, & Botella en 2012 demuestran que los resultados indican que la DBT ha resultado eficaz en la reducción de la sintomatología más impulsiva y conductual, sintomatología suicida y parasuicida, de la sintomatología depresiva y sintomatología ansiosa. Ha producido la eliminación de conductas de escape emocional (abuso de sustancias y medicación) y por otro lado ha producido un aprendizaje de habilidades para el manejo de las emociones y la impulsividad (habilidades de regulación emocional), así como ha generado cambios en el estilo de vida de la paciente que le ha llevado a una mejor calidad de vida clínicamente significativo. Estos resultados se han mantenido en el seguimiento a los 24 meses.

Los datos indican que la DBT ha resultado eficaz globalmente ya que se ha producido una disminución en la sintomatología más grave, en concreto la que tiene que ver con la impulsividad patológica y dañina, aspecto clave en el TLP y objetivo fundamental de la creadora de la DBT (Palacios, Haro, Guillén, Marco, & Botella 2010).

La evidencia proveniente de estudios cuasi-experimentales y con diseños pre-post indica que la DBT puede ser útil para reducir días de hospitalización, ideación suicida y abandonos del tratamiento. La evidencia que da soporte en la reducción de autolesiones no suicidas es limitada. La DBT para adolescentes ha demostrado efectividad en 13 estudios que valoran intentos autolíticos (7 estudios la miden en un contexto clínico comunitario y 6 en un contexto residencial). Así, han demostrado una disminución de las autolesiones, con o sin intencionalidad suicida, disminución en la tasa de hospitalización psiquiátrica, disminución de síntomas asociados TLP y trastorno depresivo mayor durante el tratamiento. Se ha observado un mantenimiento

significativo de la disminución de las autolesiones, de la ideación autolítica y de la sintomatología depresiva a los 12 meses. También destaca, sobre todo, por la dificultad de retención en la población adolescente, la elevada aceptabilidad y la baja tasa de abandono. Por último, implica una mejoría del funcionamiento general del adolescente y de la sintomatología depresiva en los cuidadores (Mollà, Vila, Treen, López, Sanz, Martín, & Bulbena 2015).

Existe una gran cantidad de investigaciones que demuestran que la evaluación del progreso en el tratamiento (también conocido como monitoreo de resultados) mejora los resultados a lo largo del tiempo, sin embargo, la mayoría de los terapeutas no incorporan de manera rutinaria la evaluación del progreso en su tratamiento. Esta falta de evaluación continua es problemática por muchas razones, pero quizás lo más obvio porque impide la capacidad del terapeuta para cambiar el curso del tratamiento si éste no funciona (Rizvi & Sayrs 2017).

Método

4.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo. Caso único.

4.2 Participantes

Fueron participantes del siguiente trabajo: paciente, la terapeuta personal y el equipo de profesionales donde se realizó la supervisión del caso.

Paciente: Rocío tiene 21 años estaba cursando segundo año de una carrera universitaria, la misma presentaba un cuadro de Trastorno Límite de la Personalidad, en tratamiento de DBT dentro de una institución sistémica. Presentaba síntomas autolesivos, comenzó a cortarse desde los 12 años. Comenzó con el tratamiento de DBT en mayo del 2017 luego de salir de una internación psiquiátrica por cortes en sus muñecas con fines autolíticos.

Terapeuta: Licenciada en psicología, miembro del equipo especializado en pacientes con TLP llevando adelante la terapia DBT desde hace 5 años. En este caso es la terapeuta individual de Rocío, pero también coordina los talleres de grupos.

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

4.3 Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron son la entrevista de admisión, la historia clínica y cuestionario (SCID -II) para trastorno de la personalidad, sesión grabada de Cámara Gesell, entrevista semiestructurada a la terapeuta y observación no participante de las reuniones de supervisión y Cámara Gesell.

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

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

Cuestionario (SCID-II). La Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM IV TR (SCID-II) (First, Gibbon, Spitzer & Williams, 1999) es una entrevista diagnóstica para la evaluación de los diez trastornos de la personalidad descritos en el Eje II del DSM IV TR, uno de los objetivos en la elaboración de la SCID fue el promover un instrumento eficiente y de fácil manejo, de tal forma que las ventajas de la entrevista estructurada pudieran ser aplicadas en el ámbito clínico. Esta información fue brindada por la terapeuta y se accedió a ella por el sistema informático del centro.

Videos: Cada sesión que se realiza en Cámara Gesell es grabada para su posterior análisis. En este caso se pudo contar con la grabación de dos sesiones de Rocío con su terapeuta y con la psiquiatra, supervisada por el equipo.

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

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

4.4 Procedimiento

Se accedió a la historia clínica de la paciente mediante el sistema informático de la Institución con previa autorización, asimismo se realizó la desgravación de dos sesiones de la paciente en Cámara Gesell en supervisión con el equipo de terapeutas.

También se realizaron dos encuentros de 1,30 hs cada uno aproximadamente con la terapeuta a fin de realizar una entrevista semiestructurada para conocer técnicas diagnósticas administradas, tratamiento, y las intervenciones realizadas con la paciente.

Por último, se tomó registro escrito de la observación de las reuniones de supervisión que realiza el equipo de profesionales donde asiste la terapeuta de Rocío, que se realizaban de manera quincenal dentro de la institución.

5. Desarrollo

5.1 Presentación del caso

En el presente apartado se expondrá el caso de Rocío, una joven de 21 años, a la que se le solicitó su evaluación para considerar la posibilidad de su inclusión en el grupo de tratamiento para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, en la Institución donde se realizó la práctica profesional.

La paciente al momento del tratamiento vive con su madre y su hermana en la ciudad de Buenos Aires, esto sucede desde hace dos años, ya que antes vivía sola en otra provincia del interior, de donde es oriunda, por trabajo de sus padres, cambió de lugar de residencia varias veces, de más pequeña ha vivido en el exterior del país y otras provincias del interior. Su padre falleció cuando ella tenía 12 años, era alcohólico, pero no lo veía desde los 8 años, lo detuvieron varias veces por diversos delitos, podemos pensar en un componente hereditario como sugieren en sus estudios Vollrath y Torgersen (2000), aunque no disponemos de información suficiente del padre de esta paciente ya que éste, falleció siendo muy pequeña.

Como se mencionó anteriormente la DBT es una modalidad de tratamiento que incluye sesiones individuales y sesiones grupales para el entrenamiento de diversas habilidades, se trata de un enfoque cognitivo-conductual que incorpora la filosofía dialéctica y la práctica del Zen (Linehan, 1993).

A fin de desarrollar los objetivos propuestos se utilizaron los instrumentos antes mencionados dentro de la Práctica Profesional.

5.2 Objetivo 1: Describir síntomas del Trastorno Límite de la Personalidad que presenta la paciente.

Con la finalidad de describir los síntomas que presentaba la paciente, se mencionará información extraída de la entrevista de admisión a la que asiste Rocío

junto con su madre, de la misma se extrae que la paciente semanas atrás había ingresado a la guardia de una Clínica Privada por autolesiones en sus muñecas, donde permaneció internada por una semana, algunos de los síntomas mencionados en esta entrevista son, que estaba fuera de sí misma, que no se sentía que era ella misma, que su novio le dijo que se sacaba un peso si ella lo dejaba, y que fue entonces que decidió cortarse para morirse, también agrega que desde que murió su padre siempre tuvo muchos problemas, podemos ver en la conducta antes mencionada, como menciona Gunderson (2009) existe una gran dificultad de quienes padecen el Trastorno Límite de la Personalidad para tolerar el sentimiento de soledad y miedo al abandono que pueden desencadenar en intentos de autolesiones potencialmente letales.

Otros de los síntomas presentados están relacionados con la sensación de desmotivación, cansancio por sus ataques de ira, de querer romper todo, sentirse muy presionada en su casa, sobre todo por su madre que le exige de manera constante sobre su rendimiento en la facultad y que a la vez busque un trabajo, esto provoca en la paciente conductas impulsivas constantes de gritos y peleas en su casa. Sobre esto la OMS (1999) describe subtipos de TLP, uno de tipo impulsivo, como este caso, con una predisposición a actuar de una manera impulsiva sin tener en cuenta la consecuencia de sus actos, frecuentemente conflictivos con los demás, sobre todo cuando se oponen a los deseos personales.

Sumado a esto en la misma entrevista de admisión, Rocío manifiesta un sentimiento de vacío desde que es niña, que vivía por inercia, como desconectada de las cosas, no importaba lo que hiciera iba terminar mal, según Linehan (1993) estos sentimientos surgen temprano en el desarrollo de la patología límite contribuyendo a resultados cognitivos y sociales negativos, rechazando la validez de sus emociones, de su propia experiencia y de tolerar el malestar.

Siguiendo en la misma línea, los estudios de Sarmiento Suarez (2008) nos hablan de los patrones disfuncionales de comportamiento rígidos en el área de la afectividad suelen mantense a la largo del ciclo vital. En cuanto a las lesiones que se provocó la paciente podemos hacer referencia a algunos estudios que demuestran que estos comportamientos se observan entre el 60% y 80% de los pacientes con TLP, siendo ésta la causa más frecuente de hospitalización (Espinosa, Grynberg, & Mendoza, 2009).

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.

También en la entrevista de admisión está registrado que su madre menciona, que esta situación de practicarse cortes en las muñecas se repite desde hace ya muchos años y que suele ser una conducta recurrente en la paciente, por lo general según Linehan las familias o entornos tienden a minimizar o invalidar estas conductas, probablemente Rocío aprendió a rechazar la validez de su propia experiencia y a ser inefectiva en la resolución de sus problemas. Algunos autores como García López, Martín Perez y Otín Llop (2010) plantean que el contexto social inadecuado, experiencias de separación, pérdida o cuidado disfuncional por parte de los padres o cuidadores pueden ser considerados como factores de riesgo para la aparición del trastorno límite de la personalidad.

Siguiendo con la lectura de la admisión, ya finalizando la misma la paciente cuenta que luego de la internación se siente mejor y más motivada a seguir, menciona que aprendió en la clínica donde estuvo internada a poner límites a su familia, eso la ayudó mucho, ahora pide que no le hablen mal y que la traten mejor, dice sentirse mejor. Esto favorecería la adhesión al tratamiento, ya que se muestra dispuesta a comenzar y refiere que quisiera estar mejor, ya que después de la internación tocó fondo y cree que tiene que salir adelante. Cerrando esta entrevista se coordina una próxima sesión donde la terapeuta comenzará la evaluación de la paciente para saber si se beneficiaría con el tratamiento DBT según la sintomatología manifestada.

La terapeuta realizó una entrevista focalizada sobre trastornos de la personalidad en donde aparecen mencionados los siguientes síntomas (DSM-5) correspondientes al Trastorno Límite de la personalidad:

1. *Esfuerzos frenéticos por evitar un abandono real o imaginario*: Admite el rasgo y cumple con el criterio. Cuenta que esto le sucede con su novio y con la madre, suele ponerse muy triste cuando cree que alguien puede dejarla.
2. *Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos idealización y devaluación*: No cumple con el criterio. Refiere que no suele pensar que la gente es “lo peor”, en momentos donde no cumplen con sus expectativas intenta pensar en lo positivo de esa persona y por qué está en su vida.
3. *Alteración de la identidad, autoimagen o sentido de sí*: Admite el rasgo y cumple con el criterio. Refiere que cambia el concepto que tiene de sí misma en función de lo

que los demás le dicen. Por ejemplo, la hermana le dice que no está haciendo su mejor esfuerzo para mejorar y ella se lo cree, aunque luego evalúa que no es así.

4. *Impulsividad*: Admite el rasgo y cumple con el criterio. Refiere que compra cosas que no necesita para llenar el vacío o sentirse mejor por un rato, también refiere que cuando se siente mal come de manera descontrolada y siente que lo hace impulsivamente, sin poder frenar (esto le ocurre una vez a la semana aproximadamente).

5. *Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación*: Admite el rasgo y cumple con el criterio. Refiere que el episodio de intento de suicidio que derivó en internación fue el único que concretó, pero otras veces anteriormente ha tenido la idea de hacerlo. También cuenta que ha tenido varios episodios autolesivos a los 12, a los 15 y a los 17 años con intención de alivio, en momentos críticos: cuando murió su padre, cuando vivía sola, cuando no tenía para comer.

6. *Inestabilidad afectiva debida a notable reactividad en el estado de ánimo*: Admite el rasgo y cumple con el criterio. Refiere que le sucede que por la mañana se siente llena de energía y de buen ánimo, y a la noche más desanimada. El malestar puede durarle horas o días. Suele ponerse mal ante algún pensamiento o recuerdo que le viene, no considera que se pone mal “de la nada”.

7. *Sentimientos crónicos de vacío*: Admite el rasgo y cumple con el criterio. Refiere que siente como si fuera “la nada”. Relata que siente que hay algo que no la conecta con la vida o las cosas.

8. *Ira*. Admite el rasgo y cumple con el criterio. Cuenta que, por la bronca o impotencia, tiene episodios en los que golpea cosas, la puerta. Refiere que ahora no le pasa tanto, desde que salió de internación.

9. *Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves*. No cumple con el criterio.

A partir de la evaluación realizada, se concluye que Rocío cumple con 7 de los 9 criterios necesarios para el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad. Se considera que actualmente se beneficiaría con un tipo de tratamiento como DBT para incorporar herramientas en el manejo de su problemática.

Una vez que la paciente ya es parte del grupo de pacientes de DBT, comienza con sus sesiones individuales con la terapeuta, de las primeras sesiones se extraen los siguientes síntomas manifestados por Rocío, dice que la angustia comenzó a sus 12 años cuando su papá falleció, que en ese momento empieza a lastimarse a sí misma, y es

entonces cuando su madre decide dejarla en la casa de una tía en una provincia del interior, ellas en ese momento vivían en otra provincia del sur. En este caso como en muchos otros pacientes con este trastorno, las conductas autolesivas suelen estar relacionadas con experiencias traumáticas tempranas y un contexto social inadecuado, considerados como factores de riesgo para el desarrollo de la persona (García López, Martín Perez & Otín Llop, 2010).

La paciente sigue relatando su historia, y menciona que luego a los 16 años la madre la busca y la lleva a vivir a con ella, Rocío no quería mudarse ya que perdería a todos sus amigos y tenía mala relación con su madre, en consecuencia, ella relata que vuelve a cortarse. Siguiendo lo expuesto por Linehan (1993) esta disfunción del sistema de regulación emocional es producto de la interacción entre los factores biológicos y los ambientales (ambiente invalidante). Retomando lo desarrollado previamente, el patrón de crianza que reciben los pacientes TLP, donde se castiga o censura la manifestación de los problemas emocionales que se van presentando, hace que a medida que se desarrolla la personalidad se desconozcan las emociones que se experimentan y que se las denomine, vivencie y manifieste de manera errática.

También relata que a sus 17 años sufrió una violación por parte de quien entonces era su pareja, menciona que ella estaba alcoholizada y posteriormente queda embarazada y aborta, días después del aborto su madre se entera de la situación y le dice que pronto estará mejor y que ya se le va a pasar. Podemos pensar este episodio como causa de estrés postraumático, sumando a esto la reacción de su madre minimizando la situación, provocando una invalidación a la situación vivida, trivializando la situación, sus pensamientos y emociones (Linehan, 1993).

Luego del episodio del aborto se vuelve a vivir con su tía donde comienza a estudiar una carrera universitaria, como no consigue trabajo vuelve a cortarse, sin embargo, relata que no se quería matar, quería vivir, pero la angustia la desbordaba. Sobre esto se observa que existe un patrón en el comportamiento de Rocío que provoca una importante inestabilidad del estado de ánimo, una impulsividad extrema, sentimientos crónicos de vacío, comportamientos autolesivos recurrentes y relaciones interpersonales intensas y caóticas (Caballo et.al. 2004).

Para cuando Rocío tenía 20 años, su madre estaba viviendo en Buenos Aires y es cuando vuelve a vivir con ella y con su hermana menor. Consiguió un trabajo en un call center, pero después de la violación sentía que todos se reían de ella, que el mundo era un lugar inmundo y que la lastimarían. Es inevitable pensar que las condiciones y

experiencias psicológicas traumáticas y adversas constituyen la presentación del padecimiento del trastorno de la paciente, constituyendo un patrón de conducta desadaptativo (García López, López y Llop, 2010).

En otra de las sesiones con la terapeuta individual, Rocío considera que es más sensible que el resto de la gente desde siempre, cuando se siente triste la mamá suele decirle que ya va a pasar y ella siente que minimiza lo que le pasa, es imprescindible señalar que el ambiente de crianza de la paciente, como postula Linehan (1993) en la teoría biosocial, alude a un ambiente invalidante. El ambiente invalidante favorece la desregulación emocional, tiene la tendencia a responder errática e inapropiadamente a la experiencia privada y a ser insensible frente a la experiencia privada del individuo.

En la experiencia de la paciente, ésta era invalidada por su familia y también se sentía invalidada por el último terapeuta que la había tratado, con quien estaba en tratamiento desde hace un año (anteriormente hizo otras terapias, pero tenía que dejarlas porque se mudaba de un lugar al otro). Relata que su último terapeuta tenía ideas moralistas, actuaba de manera juiciosa ante lo que ella le decía, es decir cuestionaba sus pensamientos y conductas. Diferentes estudios muestran que por lo general los pacientes con TLP realizan varios tratamientos a lo largo de su vida, cambian sus médicos y terapeutas con frecuencia (Suárez, 2008), sin embargo, podemos pensar que ese terapeuta con ideas moralistas contribuía a que Rocío se siguiera sintiendo cuestionada y juzgada.

En definitiva, experiencias traumáticas en la infancia como muerte del padre alcohólico, abandono de la madre a corta edad en la casa de su tía, violación por parte de un novio, embarazo no deseado y aborto, contribuyeron a la vulnerabilidad de la paciente y favorecieron a los patrones de respuesta disfuncionales durante eventos emocionalmente desafiantes como consecuencia del contexto invalidante (Crowell, Beauchaine y Linehan, 2009).

5.3 Objetivo 2: Intervenciones aplicadas por la terapeuta

Como fue mencionado con anterioridad, en el manual de tratamiento de Linehan (1993), a lo largo de las primeras entrevistas, terapeuta y paciente llegan a un acuerdo y un compromiso de trabajar juntos. Pero para esto se trabaja primero con las expectativas que el paciente tiene, estudiándose si son o no realistas. Se aclara que este tratamiento no es un programa de prevención de suicidio, sino que pretende, a través del trabajo en equipo, crear una vida que merezca la pena vivirse (aquí vemos la importancia que se da

no sólo a la conducta, sino a las vivencias del paciente). Además, se exponen las bases del tratamiento, describiéndolo como una terapia cognitivo-conductual, que pone especial énfasis en el aprendizaje de habilidades.

Para Barlow (2018) el tratamiento de todos los pacientes con TLP debe ser organizado y determinado con base al nivel de su trastorno, y esto se considera que ocurre en etapas. En una etapa previa al tratamiento se prepara al paciente para obtener el compromiso de permanecer en el programa, sin embargo, la orientación a metas y estrategias del tratamiento serán parte de todo el tratamiento.

Al inicio del tratamiento (Linehan, 2003), se la cita a Rocío con su madre para hablarles de cómo será el tratamiento, del compromiso que deberá tomar la paciente para no ponerse en riesgo evitando las conductas autolesivas, de la participación en los grupos de habilidades y las llamadas telefónicas en caso de crisis. Entonces sucede que en medio de la sesión Rocío se desregula, se levanta y quiere irse a raíz de descripciones que comienza a hacer la madre sobre cómo la ve a ella y a la relación con la hermana, estas descripciones son en forma de crítica y menosprecio. En ese momento la terapeuta le pide a la paciente que realice ejercicios de respiración (que ya habían practicado en las primeras sesiones) que logren relajar a la paciente, y entonces la misma logra retornar a la calma. La madre presencia el momento, pero no interviene de ninguna manera después de su crítica, probablemente el comentario de la mamá funcione como un disparador generando una reacción intensa y automática (Linehan, 1993).

Gagliesi (2009), menciona en un estudio sobre el programa DBT, que, si bien la terapeuta trabaja directamente con la paciente en validarla y motivarla a realizar sus ejercicios de respiración en sesión, sería valioso el reconocimiento de esos disparadores, como la crítica de la madre, para afrontar las situaciones conflictivas de forma eficaz.

Los objetivos generales durante la primera etapa se centraron en la psicoeducación del trastorno límite de la personalidad, tanto con la paciente como con su madre, y la detección de situaciones concretas y reales que le provocaban inestabilidad, tanto emocional como conductual. Así como en el control de conductas impulsivas y estrategias de regulación emocional, la mejoría y control de hábitos, el restablecimiento y cumplimiento de rutinas diarias, y el entrenamiento, puesta en práctica de las estrategias básicas de tratamiento y cumplimiento de las tareas para casa.

Como se había mencionado anteriormente, las primeras sesiones deben servir para generar el compromiso de la paciente a través de la firma del contrato, esto se produjo a los 2 meses de iniciado el tratamiento, según información brindada por la

terapeuta. Posteriormente se le explica a la paciente que próximamente iniciará el grupo con otras pacientes, de habilidades de DBT, del que podemos saber por medio de su terapeuta que hasta la actualidad y desde el comienzo de la terapia, asiste con regularidad, comprometida con la actividad y participativa de los talleres.

La segunda etapa de tratamiento se centró en reforzar el uso de las habilidades trabajadas durante la primera etapa y aplicarlas a situaciones concretas de la paciente, así como alcanzar la máxima estabilidad emocional y conductual en su día a día.

Linehan (1993) resalta de manera particular que para poder trabajar durante la sesión el registro diario del paciente es un componente fundamental de la terapia y que se espera que lo traiga completo cada semana al terapeuta, esto requiere en este caso en particular que Rocío automonitoree sus conductas objetivo, emociones y habilidades. Esta es una intervención que ayuda a reducir problemas comportamentales a la vez que sirve como un ejercicio de práctica de las habilidades y funciona como un pantallazo general de la semana de la paciente.

En una de las sesiones ya iniciado el tratamiento, comenzando por la lectura del registro semanal la paciente lee en el mismo, que tuvo un desborde de angustia, estrés y presiones que desembocó en una pelea con su novio en donde llegó a tirarle un objeto por la cabeza, la paciente agrega verbalmente que se sentía vacía, es entonces que la terapeuta interviene diciendo que es lógico que se sienta así, y que es muy difícil para ella todo lo que le está pasando, y esto le ha sacado toda la energía. En este caso la validación es una estrategia que la terapeuta utilizará durante todo el tratamiento y comunica a la paciente que sus relatos tienen sentido en ese contexto en donde se desarrollaron (Swenson, 2016).

También en esa misma sesión, relata la terapeuta que plantea un ejercicio a Rocío y le pide que realice una de las actividades de habilidades básicas de conciencia y que describa los conceptos de mente emocional y mente racional, de la situación planteada anteriormente de pelea con su novio, y como lograría encontrar la mente sabia, utilizando la descripción de su propia experiencia. La paciente pone en palabras describiendo la situación, nombra la sensación que noto en el estómago como tristeza ya que su novio no escuchaba sus pedidos y esto le provocó un desborde de angustia que terminaron en conductas impulsivas y agresividad.

Una de las técnicas utilizadas para el control de conductas impulsivas fue el análisis conductual, con el objetivo de identificar aquellas situaciones que desencadenaban la desregulación emocional y sustituir las estrategias inadecuadas que

la paciente utilizaba, por otras alternativas eficaces y no perjudiciales. En este sentido, la terapeuta trabajó sobre acciones con las que pudiera experimentar sensaciones intensas para interferir en el componente fisiológico de la emoción y centrar la atención en algo diferente al malestar, salir a caminar contando los pasos o darse una ducha con agua fría o apretar fuertemente hielo con la mano.

De la observación de las reuniones de supervisión que se llevaban a cabo cada 15 días durante una hora y media, se discutía sobre los casos más complejos, o solicitaba supervisión en caso se tenga problemas con algún paciente, sirviendo de apoyo y ayuda al mismo, en el caso de Rocío, la terapeuta utilizaba este espacio para consultar sobre como seguir avanzando con el tratamiento, algunas veces relacionado con las reacciones de la madre que afectaban tanto a la paciente, entonces el supervisor le propone traer el caso a cámara Gesell para así poder hacer una devolución más efectiva.

Entonces en la sesión de cámara Gesell, en donde la terapeuta decide supervisar el caso debido a un episodio ocurrido en la semana que la preocupó, ya que Rocío tuvo una conducta de riesgo sentándose en el balcón con las piernas hacia afuera de la baranda, este episodio fue asistido telefónicamente para ayudarla en este evento crítico. Una vez en sesión dentro de la cámara Gesell, la terapeuta le pide a Rocío que vuelva a relatar el episodio para el equipo de terapeutas presentes.

La paciente comienza el relato y refiere que su mamá siempre saca el tema que ella tiene que trabajar o el tema que se sacó un 7 en un examen de la facultad y que se sintió muy angustiada, ella trataba siempre de cerrar la discusión con su madre, pero volvía y seguía, esta suele ser un patrón que se repite en la vida de Rocío. La paciente no se siente comprendida ni valorada y esto provoca una profunda angustia, como se menciona en otro apartado es fundamental que la familia aprenda a comunicarse de manera validante (Gagliesi, 2009).

Continuando con el relato menciona que, además, su hermana le estaba usando su computadora, y se suma a la discusión y comienza a gritarle, le decía que se tranquilice, que no era para tanto, sin embargo, para la paciente si era importante porque le costó mucho comprar una computadora y la tenía para estudiar. Rocío menciona que su hermana ya le rompió otras computadoras. Y eso fue demasiado. Posteriormente su mamá empezó a discutir con su hermana, y era todo un griterío eterno que no se podía aguantar.

Como Rocío estaba en pijama no podía salir a la calle, entonces se fue al balcón, puso las piernas del otro lado de la baranda, y había decidido que iba a saltar, decía que se sentía como desvalorada, que era injusto y no sabía cómo expresarlo. Menciona que se sentía triste y con impotencia.

Es entonces que en el momento en el que está en el balcón, llama a la terapeuta para pedirle ayuda, esto es algo que se venía trabajando en sesión individual sobre las llamadas telefónicas, al cabo de unos minutos la terapeuta logra ayudarla para que vuelva a entrar a su casa, se cambie y salga a caminar. El principal objetivo de la asistencia telefónica es reducir la ocurrencia de la conducta problema que, en la primera fase del tratamiento, son aquellas conductas que atentan contra la vida del paciente, la asistencia telefónica solo se brindará si y solo si el paciente llama antes de incurrir en la conducta problema como fue en este caso.

La terapeuta durante la llamada telefónica utilizó las estrategias de validación diciendo a la paciente que entendía que se sienta frustrada, que era muy difícil lo que estaba pasando, luego utiliza estrategias del módulo de tolerancia al malestar pidiéndole a Rocío que podría entrar a su casa, cambiarse y salir a la calle, estas habilidades habían sido aprendidas en el grupo de habilidades (Linehan, 1993).

Cuando, como en este caso hablamos de conductas suicidas, la prioridad de la terapia es mantener al paciente vivo. Lo más significativo en este enfoque es que este objetivo se hace explícito al paciente, entonces la intervención de la terapeuta es decirle que cuando su mamá y su hermana empiezan con las discusiones, ella debería armar un plan o una estrategia para que pueda activar otro plan antes que ese, es decir poder preveer la situación y no esperar a que se desencadene. Entonces de esta manera poder encontrar una intervención que logre resolver la situación problemática (Keegan, 2004).

La terapeuta insiste en algunos conceptos como, la anticipación de la conducta problema, es decir que tiene que ser apenas empieza ya que si la paciente lo hace a lo último es muy difícil, es decir antes debería recordar lo que ella piensa sobre sí misma cuando no está en esa situación, que piense que tiene cosas para vivir y quiere vivir, entonces que todo esto le recuerde eso en contraste con lo otro. Aquí la terapeuta utiliza estrategias de validación y aceptación con intervenciones orientadas a la resolución de problemas (Linehan, 1993). Además, es importante destacar la calidez en la relación terapéutica, ya que resulta fundamental para lograr la colaboración y motivación durante el tratamiento para aumentar la probabilidad de cambio (Gagliesi, Lardani, y Salgueiro 2005).

Finalmente, como cierre de la sesión de cámara también se propone a la paciente, validando sus recursos para el dibujo, que podría hacer un cuadro con una frase, al cual ella pueda recurrir ante situaciones que pudieran desestabilizarla emocionalmente, aquí se busca profundizar en el aprendizaje de habilidades de tolerancia al malestar como las habilidades para mejorar el momento (Linehan, 1993). Según Barlow (2018) a lo largo de cada sesión debe darse un equilibrio entre las estrategias de aceptación y las de cambio.

Unos meses después de la sesión de cámara, Rocío se comunica por teléfono con la terapeuta, la misma refiere que quería lastimarse, que se peleó con su mamá, pero salió de su casa y se fue a caminar como habían acordado en sesiones individuales con la terapeuta. En este sentido la importancia de la llamada telefónica como menciona el manual de tratamiento de Linehan (1993) solo se brindará si y solo si el paciente llama antes de incurrir en la conducta problema.

También relacionado con la experiencia anterior mencionada, Palacios (2006) dice que estos pacientes están constantemente escapándose de sus experiencias, sobre todo de sus experiencias emocionales debido a que han aprendido que son muy dolorosas, entonces cuando el paciente es capaz de tomar conciencia de sus experiencias es un primer paso para, por una parte, validar lo adaptativo y, por otra, identificar aquellas experiencias problemáticas que tienen consecuencias muy negativas en sus vidas. Tomar conciencia es el primer paso para aceptar la realidad y cambiar aquello que es disfuncional. Sólo desde la aceptación será posible el cambio (Palacios, 2006)

En el medio de una sesión de terapia individual, Rocío recibe una llamada de su madre, la paciente atiende porque piensa que es algo urgente, su mamá le dice que por qué no quiere ir al teatro ese día con ella, Rocío le explica que no puede, la madre parece no entender, y entonces discuten. Rocío se queda muy enojada y triste, la terapeuta trabaja sobre eso con la siguiente intervención, le dice que es entendible que la enoje que su mamá no la entienda y entonces realiza la siguiente pregunta: *¿qué vas a hacer ahora cuando vuelvas a tu casa?*, entonces la respuesta de Rocío fue: *no voy a ir directamente, voy a dar una vuelta para calmarme antes, voy a ir caminando contando los pasos y atendiendo a mi respiración.*

Si bien en este ejemplo parece que al atender el teléfono Rocío no puede evitar enojarse con su madre, luego con la ayuda de la terapeuta puede ser más efectiva que en tiempos anteriores, realizando actividades de distracción como por ejemplo dar una vuelta antes de volver a su casa. Además, en relación con esto, Apfelbaum y Gagliesi

(2004) señalan que la gente que está expuesta al comportamiento de una persona con TLP puede convertirse en parte del trastorno, aún sin saberlo. Al no poder interpretar los comportamientos, tratan de afrontar la situación de maneras ineficientes, que empeoran o refuerzan la conducta como, por ejemplo, la reacción que tuvo su madre en la situación descrita.

En otra sesión la paciente refiere que su mamá no le pagó la facultad y le da miedo que no lo haga y no pueda continuar sus estudios. Refiere angustia por esta situación. La terapeuta con una reformulación interviene, diciendo: *seguramente la situación es realmente angustiante y además de una vulnerabilidad muy alta, entonces le pregunta, ¿Qué cosas te ayudan a tolerar esto, que cosas que ya venís haciendo podrías implementar?* La Paciente responde: *las técnicas de respiración, no juzgar, buscar la mente sabia, el reconocimiento de la emoción, ser más efectiva al momento de pedir ayuda me dan ánimos para seguir.*

Otra de las intervenciones realizadas por la terapeuta está relacionada con la implementación de las habilidades de mindfulness siendo este el módulo de mayor relevancia en el tratamiento, es decir, que la paciente pueda ver las cosas tal cual son en el momento presente, dejar de negarse o resistirse a lo que ya está pasando, cultivando la aceptación, creando las condiciones para el cambio. Se lo considera el módulo más importante de los cuatro y atraviesa todo el tratamiento.

Además de participar en el módulo grupal de habilidades en mindfulness, al inicio y finalización de cada sesión individual la terapeuta invita a la práctica y ejercitación siguiendo la propia respiración, e introduciendo a la paciente en un clima de bienestar donde poder trabajar en conjunto. El objetivo principal fue desarrollar y motivar un estilo de conducta consciente y reflexivo, observando, describiendo sin juzgar y actuar con atención. De esta forma, la terapeuta trabajó en atender a sus emociones, a los hechos y a las respuestas conductuales, sin la intención de cambiarlos y sin juzgarlos como “buenos o malos”, así como centrar la atención sólo en la actividad que se está realizando en ese preciso momento y en la efectividad de la acción.

Una de las quejas de la paciente durante el tratamiento, han sido los problemas relacionados con su interacción con los demás, ya sea con sus relaciones de pareja, como con la madre y la hermana. La participación en los grupos de habilidades interpersonales entrena a la paciente a través de ensayos conductuales o role playing y tareas de práctica en situaciones reales, según relato de la terapeuta este módulo es el que más les cuesta en general a todas las pacientes.

5.4 Objetivo 3: Evaluación de cambios y avance del tratamiento.

El presente apartado propone realizar un recorrido por la evolución de la sintomatología de Rocío en relación con el tratamiento pautado al cabo de un año. Cabe mencionar que la joven continúa actualmente en tratamiento en la Institución y aún no había terminado la participación de los cuatro módulos de habilidades, siendo esto de fundamental importancia para la mejoría en la sintomatología. De todas maneras el tratamiento no estaría finalizado solo al completar los talleres, de hecho la terapeuta comenta que suele ocurrir que algunas pacientes deban recursar algunos de los módulos para lograr mejores resultados en el tratamiento.

Para poder arribar al desarrollo de la evolución además de la propia observación de las sesiones de cámara Gesell, se utilizó el registro de la entrevista realizada a la terapeuta, en donde la misma pudo describir los cambios y desafíos que presenta la paciente.

Según testimonios de la terapeuta en la entrevista realizada, menciona que, al momento, Rocío comienza a aprender a confiar y validar sus propias experiencias, emociones, pensamientos y comportamientos, por ejemplo, comenzó a utilizar un nuevo mantra que colocó en la pared de su cuarto que dice: STOP AND SCAN, y que a través de esta frase puede identificar la emoción que la atraviesa en ese momento y si no puede sola, poder contactarse con la terapeuta. En relación con los llamados telefónicos, observa la terapeuta, que la paciente logró incorporar esta herramienta con cierta dificultad, en sesión individual se trabaja y refuerza este tema.

Uno de los objetivos en la DBT, según Linehan (1993), es que los pacientes adquieran habilidades que disminuyan su desregulación emocional y permitan un adecuado manejo de las emociones intensas mejorando sus vínculos personales, en este caso Rocío le dice a la terapeuta en una de sus sesiones individuales que pone en marcha ejercicios de respiración y meditación, también recurre a habilidades de distracción, como salir a caminar, enfocarse en su futuro, como terminar su carrera y poder conseguir un trabajo.

Otro relato de la terapeuta es acerca de cómo su nuevo mantra la ayudó en determinadas situaciones en su casa. La terapeuta sigue trabajando sobre la idea de practicar esto con sus amigos y su novio, para poder después aplicarlo con la madre, validando lo que esta logrando para poder luego generalizarlo en otros contextos.

Recordemos como menciona Linehan (1993) que la validación es algo que atraviesa todo el tratamiento, en todas las intervenciones, es no tratar al paciente como

un problema a resolver sino como a otro ser humano, es lo opuesto a tratarlo como si fuera frágil o tratarlo de manera condescendiente.

Se extrae también de la entrevista con la terapeuta que en las sesiones individuales la paciente refiere sentirse más estable en cuanto a su impulsividad, le cuenta que está estudiando para rendir finales, enfocada en eso, intentando no engancharse cuando la incitan a pelear en su casa, y poner en práctica las habilidades de conciencia plena, como no juzgar y atender a la experiencia presente. También se toma algunos ratos para descansar porque está de vacaciones. En esos ratos, volvió a reconectarse con su parte "artística" que había dejado de lado y volvió a cantar, según la terapeuta estas conductas ayudan a la autovalidación y confianza de la paciente.

Por otro lado, de la observación de los videos y de los datos obtenidos en la cámara Gesell con apoyo de la información brindada por la terapeuta, se sostiene que la paciente se ve imposibilitada muchas veces de mantener vínculos sanos y estables, en especial con su madre y su hermana, de la que relata muchas peleas y malos tratos, estas conductas son planteadas en futuros objetivos del tratamiento. Sin embargo, los episodios de peleas de Rocío con su madre y hermana fueron disminuyendo y resolviéndose con mayor efectividad, buscando la aceptación de las circunstancias para poder cambiarlas en el futuro.

Siguiendo dando cuenta de su evolución, en la última cámara observada, ya casi finalizando la práctica profesional, Rocío asiste con su novio (a pedido de la terapeuta), ya que la paciente había manifestado en la sesión individual que estaba muy desmotivada y que quería tomar pastillas el fin de semana y que como había estado muchos días en la casa de su novio había evidenciado el contraste con el que vive en su casa, y el disparador para su desregulación emocional fue un llamado que su madre le hizo diciendo que mejor no vuelva a su casa. Rocío relata todo este episodio en la cámara, pero no menciona que estaba pensando en tomar pastillas el fin de semana cuando estuviera sola, ya que estaba en presencia de su novio. Entonces la terapeuta hace salir al novio y le pregunta directamente a Rocío si tiene un plan, en ese momento la paciente se pone a llorar y la terapeuta valida su emoción diciendo que es muy difícil toda la situación pero que ha avanzado mucho hasta ahora y le recuerda el compromiso que ambas tienen con la terapia, y le menciona todo el trabajo y esfuerzo que la paciente ha demostrado. Finalmente, Rocío se compromete a no hacer nada el fin de semana, y acuerdan verse en la próxima sesión en el consultorio de la terapeuta.

Es fundamentalmente importante resaltar cómo la terapeuta debe trabajar para establecer una relación interpersonal fuerte y positiva con la paciente desde el comienzo de la terapia, teniendo en cuenta sus antecedentes contextuales. Esto es de suma importancia ya que como fuimos viendo en este caso presentado, la terapeuta puede llegar a ser uno de los únicos refuerzos positivos en la motivación terapéutica del paciente y que sea la relación terapéutica la que mantiene la vida del paciente cuando todo lo demás falla (Linehan, 1993), además de los recursos con los que cuenta la paciente como su agrado por escribir poemas y pintar, siendo conductas que colaboran con su mejora sintomática.

Como muestran los estudios de Marco, García-Palacios, Navarro, & Botella en 2012 indican que la DBT ha resultado eficaz en la reducción de la sintomatología más impulsiva y conductual, sintomatología suicida y parasuicida, de la sintomatología depresiva y sintomatología ansiosa, así como también ha generado cambios en el estilo de vida del paciente que le ha llevado a una mejor calidad de vida clínicamente significativo.

La terapeuta menciona en la entrevista que se realizó, que la buena evolución de la sintomatología del trastorno de la paciente está relacionada, fundamentalmente, con la buena adherencia al tratamiento, siendo esta sumamente importante y al inicio relativamente precoz de este, ya que la tasa de abandono de los pacientes con esta patología suele ser muy elevada como consecuencia de la impulsividad que presentan (Ansón López & Ripollés Colomer, 2015).

6- Conclusiones

El presente trabajo surgió de la realización de las Prácticas de Habilitación Profesional en una Institución que se dedica al ejercicio de la psicoterapia y tuvo por objetivo describir la aplicación de la DBT en una paciente de 21 años, la cual fue diagnosticada con un cuadro de Trastorno Límite de la Personalidad. Dicha paciente obtuvo una mejoría en el transcurso del tratamiento, para lo cual se revisó la historia clínica, se observó dos sesiones de cámara Gesell, se participó en la reunión del grupo de supervisión de DBT y se entrevistó a la terapeuta que realizó el tratamiento. Cabe aclarar que la paciente, actualmente sigue en tratamiento.

Para tales fines se plantearon tres objetivos específicos relacionados con diferentes aspectos del tratamiento que contiene la DBT creada por Linehan en la década del 80.

Como se mencionó previamente, la DBT presenta modalidades de tratamiento que se llevan adelante en forma paralela. La terapia individual, el entrenamiento en habilidades y la consulta telefónica son modalidades para el paciente, mientras que la reunión de equipo y supervisión en cámara gesell, son modalidades que favorecen a los terapeutas, y los grupos de psicoeducación y entrenamiento en habilidades para familiares y allegados, este último para los casos de adolescentes en tratamiento.

Los objetivos planteados están en relación con la sintomatología que presentaba la paciente, las intervenciones aplicadas por la terapeuta y la evolución de la paciente, permitiendo tener una visión panorámica del tratamiento.

En cuanto al primer objetivo, la sintomatología, se pudieron describir las conductas disfuncionales de autolesiones y desregulación emocional que llevaba a cabo la paciente y ponía en riesgo su vida, también se pudo dar cuenta del contexto invalidante de la paciente, en cuanto a su madre y hermana, y como a partir de la autovalidación, Rocío debe aceptar esas condiciones para poder cambiar y mejorar su calidad de vida. En palabras de Linehan (1993), tener una vida que valga la pena ser vivida.

En relación con el segundo objetivo, en cuanto a la implementación de las intervenciones de la terapeuta utilizadas en la DBT, el entrenamiento en habilidades fue central para que la terapeuta pudiera enseñarle a Rocío a que herramientas recurrir en caso de crisis y malestar, a fin de evitar que la desregulación emocional desencadenara en autolesiones e ideación suicida, se hizo hincapié en la utilización de los llamados telefónicos para pedir ayuda, para que pudiera recordar y poner en práctica las habilidades aprendidas en los momentos que el malestar le resultara intolerable y en la vida cotidiana en general. La utilización de mindfulness fue un recurso de vital importancia para la regulación emocional, dedicando la atención al momento presente que se estuviera viviendo sin juzgar, a fin de que la paciente pueda sobrellevar las crisis.

Y vinculado al tercer objetivo, la evolución hasta el momento de la paciente se pudo observar que Rocío, según palabras de su terapeuta individual, continúa comprometida con el tratamiento, y como sostiene Linehan (1993) sostenida principalmente por la relación fuerte y positiva que tiene con la terapeuta desde el comienzo de la terapia.

Como muestran algunos estudios al momento, el Trastorno Límite de la Personalidad como menciona Gagliesi (2009), ni la medicina, ni la psicología han

logrado soluciones definitivas, sin embargo, los tratamientos como DBT mejoran notablemente la calidad de vida de los pacientes, la psicoterapia individual, los grupos de entrenamientos en habilidades, y tratamiento farmacológico si fuera necesario, son herramientas para implementar con este trastorno.

En cuanto a las limitaciones del presente trabajo, se puede mencionar que se hallaron algunas limitaciones teóricas en cuanto a la diversidad de autores ya que al tratarse de un programa específico de tratamiento la mayoría de las fuentes citan a la creadora del tratamiento. También por otro lado, debido al cumplimiento de las horas necesarias para llevar adelante la Práctica Profesional no fue posible seguir el curso del tratamiento hasta su finalización. Se considera que para cumplir con los objetivos propuestos por la DBT se necesita como mínimo un año de tratamiento intensivo para cumplir la asistencia a los módulos de habilidades, por lo tanto, se debe tener en consideración que quedaron por fuera varios meses de la aplicación del programa y que se trató solo de un recorte en el curso de éste.

Por otro lado, se pudo observar como la paciente realiza el tratamiento para adultos y en consecuencia los familiares no se ven beneficiados con el taller psicoeducativo de habilidades, esto se vió reflejado en la poca colaboración que se recibió por parte del entorno familiar, en este caso su madre y hermana, si bien es cierto que lo que se busca en el tratamiento con adultos, es que los pacientes logren su propia autovalidación independientemente del contexto.

También un obstáculo al momento del desarrollo de las intervenciones fue no haber tenido acceso a las planillas de control diario, ya que esta información es confidencial y no se pudo tener acceso a la misma, al igual que el registro de actividades y participación en los talleres de habilidades de los que solo se obtuvo información a través de la terapeuta.

Una pregunta que surge del análisis de lo descripto anteriormente, es si al incorporar la modalidad de taller psicoeducativo para padres y allegados en el tratamiento para adultos, los mismos pacientes podrían verse más beneficiados, ya que se afirma que la DBT es un tratamiento que apunta a trabajar sobre la regulación de las emociones, donde se combinan diferentes técnicas y se abordan no solo los problemas del paciente, sino que también se tienen en cuenta los del entorno, y que ha demostrado ser la psicoterapia más eficaz en la reducción de diferentes conductas desadaptativas.

También podríamos pensar en la posibilidad de implementar del tratamiento DBT, por ejemplo, en hospitales públicos, y en los cuales la respuesta a las consultas de

los pacientes está condicionada por determinantes contextuales y normalmente no existe la posibilidad de ofrecer tratamientos personalizados, sin embargo esto se contrapone con que la formación de los terapeutas en este tratamiento suele ser muy costosa y muchas veces queda a cargo del propio profesional o de las instituciones privadas para las que trabajan, como es el caso de la Institución donde se realizó la práctica, en consecuencia una alternativa posible sería que la formación este a cargo de las instituciones públicas como parte del desarrollo profesional del terapeuta interesado en este tipo de tratamientos.

Para finalizar me gustaría compartir una anécdota que Swenson (2016) cuenta:

Una vez, en un taller en que estaba trabajando con Marsha Linehan, un participante hizo una pregunta interesante. Marsha, si fueras una de dos sobrevivientes de un naufragio, y vos y el otro sobreviviente terminarían en una isla remota, con pocas probabilidades de ser rescatados durante varios años, y solo se te permitiese llevar una estrategia de DBT para utilizar en esa isla, ¿cuál sería?. A Marsha le gusto la pregunta, y dijo ¿entonces querés conocer cuál es la aspirina de DBT?, y respondió: Validación. Validación ayudaría a nuestra relación, la cual podría ser quizá lo más importante. Ayudaría a mi compañera en la isla a regular sus emociones. Podría mejorar su resolución de problemas. A veces podemos sentirnos bastante confundidos, y si tan solo somos validados, podemos descifrar qué hacer.

Surge de esta anécdota, la siguiente reflexión, la validación en psicoterapia tiene la cualidad de poder generar cambios, es entonces que, a partir de la validación, que el terapeuta ve lo que su paciente ve, para que se sienta reconocido, apreciado y valorado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ansón López, L., & Ripollés Colomer, L. (2015). Una revisión sobre la eficacia de la terapia dialéctica conductual en pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad. doi.org/10.6035/AgoraSalut.2015.1.12
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Apfelbaum, S., & Gagliesi, P. (2004). El Trastorno Límite de la Personalidad: consultantes, familiares y allegados. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría* 15(58), 295-302.
- Barlow, D. H. (2018). Manual clínico de trastornos psicológicos: *Tratamiento paso a paso*. Capítulo 10: Trastorno Límite de la Personalidad. Ciudad de México: Artmed Editora.
- Barrera, A. M. P., Navarrete, J. J. C., Flores, M. J. R., Uribe, M. P. O., & Solís, F. O. (2008). Evaluación de las funciones ejecutivas, inteligencia e impulsividad en mujeres con trastorno límite de la personalidad (TLP). *Revista Colombiana de Psicología*, (17), 105-114.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beauchaine, T. P., & Neuhaus, E. (2008). Impulsivity and vulnerability to psychopathology. *Child and adolescent psychopathology*, 129-156.
- Cardenal, V., Sánchez, M., & Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y salud*, 18(3), 305-324.
- Elices, M., & Cordero, S. (2011). La terapia dialéctica conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(3), 132-152.
- Caballo, V., Gracia, A., López-Gollonet, C. & Bautista, R. (2004). El trastorno límite de la personalidad. En V. Caballo (Ed.), *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento* (págs. 137-160). Madrid: Síntesis
- Conti, N. A., & Stagnaro, J. C. (2004). Personalidad normal y patológica y trastorno borderline de la personalidad: Un enfoque histórico-nosográfico. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 15(58), 267-273.

- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological bulletin*, *135*(3), 495.
- De Girolamo, G., & Dotto, P. (2000). Epidemiology of personality disorders. *New Oxford textbook of psychiatry*, *1*, 959-964.
- de la Vega-Rodríguez, I., & Sánchez-Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite [Dialectical behavioral therapy in borderline personality disorder]. *Acción psicológica*, *10*(1), 45-56.
- Díaz-Benjumea, M. D. (2003). El enfoque terapéutico de Marsha Linehan en los trastornos borderline. *Revista Aperturas Psicoanalíticas*. N°13, www.aperturas.org.
- Espinosa, J. J., Grynberg, B. B., & Mendoza, M. P. R. (2009). Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud mental*, *32*(4), 317-325.
- Feigenbaum J. (2007) Dialectical Behaviour Therapy: An Increasing Evidence Base. *J Ment Health*, *16*: 51-68.
- Gagliesi, P., & Argentino, D. F. (2007). Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento del Desorden Límite de la Personalidad. *Revista Persona*, *7*(1), 6-17.
- Gagliesi P. (2009) Terapia Conductual Dialéctica (DBT) para consultantes con Desorden Límite de Personalidad. En: Koldobsky N. *Trastornos de Personalidad: Aspectos Generales para su tratamiento*. Buenos Aires: Editorial Polemos 101-21.
- Gagliesi, P., Lardani, A., & del Carmen Salgueiro, M. (2005). Selección Sistemática de Tratamiento, un modelo de psicoterapia basada en la evidencia. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, *16*(62), 251.
- García López, M., Martín Pérez, M., & Otín Llop, R. (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *30*(2), 263-278.
- Gunderson, J. G. (2009). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Marco, J. H., García-Palacios, A., Navarro, M., & Botella, C. (2012). Aplicación de la Terapia Dialéctica Comportamental a un caso de Anorexia Nerviosa y Trastorno Límite de la Personalidad resistente al tratamiento: seguimiento a los 24 meses. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *21*(2), 121-128.

- Matusevich, D., Ruiz, M., & Vairo, M. C. (2010). La evolución del diagnóstico Borderline: pasado, presente y futuro. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 21, 274-285.
- Millon, T. y Davis, R. (1998). Trastornos de la personalidad. *Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Mollà, L., Vila, S. B., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L. M., ... & Bulbena, A. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(1), 51-61.
- Nieto, T. E. (2006). Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento. *Intelligo*, 1(1), 4-20.
- Keegan, E. (2004). Abordaje cognitivo del trastorno límite de la personalidad. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*. 15(58), 287-294.
- Kernberg, O. F. (1985). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Maryland: Rowman & Littlefield.
- Koldobsky, N. (1985). La personalidad y sus desordenes. Buenos Aires: Editorial Salerno. (Cap. 1: Generalidades)
- Lencioni, G., & Gagliesi, P. (2008). Asistencia telefónica: una aproximación desde la terapia dialéctico-conductual en pacientes con trastornos límites. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1).
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry*, 48(12), 1060-1064.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). *Borderline personality disorder*. *The Lancet*, 377(9759), 74-84.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (1999). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Ginebra: OMS.
- Palacios, A. G. (2006). La terapia dialéctico comportamental. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 255-272.
- Palacios, A. G., Haro, M. V. N., Guillén, V., Marco, H., & Botella, C. (2010). Estudio preliminar sobre la eficacia de la terapia dialéctico-comportamental en

- personas diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad y bulimia nerviosa. *Psicología Conductual*, 18(1), 197.
- Rizvi, S. L., & Sayrs, J. H. (2017). Assessment-Driven Case Formulation and Treatment Planning in Dialectical Behavior Therapy: Using Principles to Guide Effective Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.06.002>
- Selva, G., Bellver, F., & Carabal, E. (2005). Epidemiología del trastorno límite de la personalidad. G. Cervera, G. Haro y J. Martínez-Raga (2005). *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Swenson, C. R. (2016). *DBT® Principles in Action: Acceptance, Change, and Dialectics*. New York: The Guilford Press.
- Sarmiento Suárez, M. J. (2008). Terapia conductual-dialéctica para pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 149-163.
- Teti, G. L., Boggiano, J. P., & Gagliosi, P. (2015). Terapia Dialéctico Conductual (DBT): un tratamiento posible para pacientes con trastornos severos. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 16(1), 57-64.
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(2), 108-118.
- Vollrath, M., & Torgersen, S. (2000). Personality types and coping. *Personality and Individual Differences*, 29(2), 367-378.