

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Intervenciones psicoterapéuticas en paciente
con desregulación emocional desde la Terapia Dialéctico
Comportamental

Alumno: Mariano Ernesto Petean Gioffre

Tutora: Gabriela Ramos Mejía

Buenos Aires, 10 de agosto de 2020

Índice

1. Introducción.....	4
2. Objetivo General.....	4
2.1. Objetivos específicos.....	4
3. Marco Teórico.....	4
3.1. Criterios Diagnósticos del Trastorno Límite de Personalidad (TLP).....	5
3.2. Terapia Dialéctico Comportamental o Conductual.....	8
3.3. Tratamiento estipulado por la Terapia Dialéctico Comportamental.....	13
3.4. Taller de Habilidades.....	18
3.4.1. Habilidades de Conciencia Plena o Mindfulness.....	21
3.4.2. Habilidades de Efectividad Interpersonal.....	23
3.4.3. Habilidades de Regulación Emocional.....	25
3.4.4. Habilidades de Tolerancia al Malestar y Aceptación Radical.....	26
4. Metodología.....	29
4.1. Tipo de estudio.....	29
4.2. Participantes.....	29
4.3. Instrumentos.....	30
4.4. Procedimientos.....	30
5. Desarrollo.....	31
5.1. Describir los síntomas que presenta la consultante al momento del ingreso al tratamiento.....	31
5.2. Describir las intervenciones psicoterapéuticas basadas en entrenamiento en habilidades realizadas durante el tratamiento individual y grupal.....	34

5.3. Analizar los cambios producidos en la sintomatología de la paciente al momento de la finalización del tratamiento de tipo Dialéctico Comportamental.....	41
6. Conclusiones.....	47
7. Referencias Bibliográficas.....	50

1. Introducción

El presente trabajo se desarrolló en el marco de la Práctica y Habilitación Profesional perteneciente a la Licenciatura en Psicología. En la Institución clínica en la que se llevó a cabo la práctica se realizan distintas actividades durante toda la semana, como ser admisiones de nuevos pacientes, supervisiones de casos llevados adelante por profesionales integrantes de los equipos Clínicos y de Terapia Dialéctico Comportamental. Asimismo, se efectúan talleres grupales de entrenamiento de habilidades tanto para pacientes como para padres como así también charlas de orientación para padres. Por otra parte, se desarrollan cursos en Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), en Terapia Dialéctico Comportamental, en Psicoterapias Cognitivas Contemporáneas, de Mindfulness en psicoterapia, en entrenamiento en habilidades y de Psicología Positiva, entre otras. Por último cabe destacarse que tienen un equipo que genera investigaciones en psicoterapias de tercera generación.

Particularmente se analizó el tratamiento llevado adelante por los profesionales pertenecientes a la Institución en relación a la paciente D. que ingresó a la misma con un diagnóstico de trastorno límite de personalidad.

2. Objetivo General

Analizar el tratamiento de una paciente de 23 años de edad con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad (TLP) desde la perspectiva Dialéctica Comportamental.

2.1. Objetivos Específicos

Describir los síntomas que presenta la consultante al momento del ingreso al tratamiento.

Describir las intervenciones psicoterapéuticas basadas en entrenamiento en habilidades realizadas durante el tratamiento individual y grupal.

Analizar los cambios producidos en la sintomatología de la paciente al momento de la finalización del tratamiento de tipo Dialéctico Comportamental.

3. Marco Teórico

3.1. Criterios Diagnósticos del Trastorno Límite de Personalidad (TLP)

De acuerdo al DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013) el trastorno límite de personalidad (TLP) se define como patrón de conductas o de experiencias que son inflexibles y persistentes a lo largo del tiempo y que causan sufrimiento y malestar dentro del contexto cultural donde se encuentra inmerso el sujeto. El mencionado trastorno representa el 60% de todos los desórdenes de personalidad diagnosticados, y a la vez, se calcula que constituye el 10% de todas las consultas en salud mental (Gagliesi, 2007). Particularmente, el TLP se presenta entre un 2% al 5% de la población general (Vázquez, 2016) y del total de afectados tres de cada cuatro personas son mujeres (Gunderson & Links, 2008). El comienzo suele exteriorizarse durante la adolescencia y se extiende en la edad adulta, mostrando una remisión en los síntomas en la cuarta década de vida, en especial, en el control de los impulsos (Gagliesi et al, 2007; Miller, Muehlenkamp & Jacobson, 2008).

En cuanto al origen del término *borderline*, límite o limítrofe, puede afirmarse que proviene a partir de la consideración histórica (paradigma psiquiátrico con influencia del psicoanálisis) que ubicaba al fronterizo o *borderline* entre las psicosis y las neurosis, asemejándolo a los trastornos esquizoafectivos y la esquizofrenia (Gunderson, 2009). Actualmente, gran parte de la comunidad científica y profesionales proponen revisar la denominación límite o *borderline* y proponen sustituirla por términos como trastorno o desorden de inestabilidad emocional (OMS, 1995) o de regulación emocional (Gagliesi, 2007, 2009; Linehan, 1993a).

Las características que presenta este trastorno son patrones de relaciones interpersonales intensas e inestables con una variabilidad que comprende desde la idealización a la devaluación; esfuerzos por parte del sujeto para evitar un abandono ya sea real o imaginario; una alteración de la autoimagen; comportamientos de automutilación e intentos o amenazas de suicidios; sentimientos de vacío o inutilidad; inestabilidad afectiva; ira inapropiada no controlada; impulsividad potencialmente dañina para sí mismo e ideación paranoide relacionada con el estrés (American Psychiatric Association, 2013). Siguiendo la misma línea argumental puede situarse a la CIE-10 (OMS, 1995) donde se denomina a este trastorno como Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad y

lo caracteriza por una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin considerar las consecuencias, junto a un ánimo inestable, impredecible y caprichoso. A su vez, la capacidad de planificación es mínima, y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas, especialmente cuando reciben críticas o cuando son censurados en sus actos impulsivos.

Por su parte, Linehan (1993a) considera que cada uno de los criterios diagnósticos DSM-5 que se utilizan para diagnosticar TLP tiene como idea central la desregulación emocional y desde la cual puede explicarse el mencionado trastorno. En publicaciones posteriores se observa que la autora ratifica sus consideraciones (Linehan, 2003).

En este sentido, Linehan ha destacado seis características principales del TLP:

a. La denominada vulnerabilidad emocional se observa cuando en la persona se activan fácilmente emociones en determinadas situaciones donde no era esperable que surgieran y que, durante la cual, aparece la vivencia de un dolor insoportable teniendo la necesidad de apaciguarlo rápidamente (conductas impulsivas).

b. La auto-invalidación, la cual consiste en invalidar las respuestas emocionales propias, los pensamientos y las conductas conjuntamente con expectativas hacia uno mismo excesivas.

c. La crisis impredecibles, referidas a un patrón de reacciones frecuentes que aparecen espontáneamente, por estilos individuales disfuncionales o por situaciones en el contexto social y que generan un significativo malestar en la persona.

d. El duelo inhibido es otra de las características se observa en los pacientes con TLP, ya que los mismos realizan un esfuerzo denodado para controlar las emociones que los inundan producto de pérdidas o frustraciones ya sea inhibiendo, evitando o controlando de forma desmedida.

e. La pasividad activa hace referencia a la tendencia a esperar que un tercero resuelva el problema evitando la persona resolverlo por sus propios medios. Es por ello que la misma recurre a los demás frente a las dificultades que se le presentan.

f. Por último, aparece la llamada competencia intermitente en los pacientes con TLP, ello sucede cuando los mismos aparentan ser más hábiles de lo que realmente son, se

muestran más eficaces o dicen tener más capacidades de las que en realidad poseen para ciertos aspectos o situaciones de su vida (Gagliesi et al., 2007).

Es interesante mencionar que el TLP presenta varios componentes como son la herencia genética y las experiencias adversas o traumáticas en la infancia, cuyos factores al interactuar entre sí pueden propiciar el origen de la desregulación emocional, la impulsividad y, en consecuencia, los comportamientos disfuncionales, los conflictos y déficits psicosociales (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004).

Una de las características que aparece habitualmente en una persona con el mencionado desorden es el sentimiento de temor, desesperación, inadecuación y defecto personal. En varias oportunidades sus manifestaciones se definen por conductas impulsivas y reacciones desproporcionadas e inapropiadas, las cuales quedan a la vista como agresivas y manipuladoras (Apfelbaum & Gagliesi, 2004). Por otra parte, resulta apropiado indicar que otra de las características que presentan las personas con TLP son los comportamientos autodestructivos, los cuales son formas aprendidas para lograr manejar emociones negativas intensas e intolerables que ellos sienten (Linehan, 1993a). De la misma manera, según Serrani (2011) los comportamientos autodestructivos son intentos errados de solución a los problemas. En este sentido, el autor plantea que si bien en un primer momento dichos comportamientos proveen un alivio temporal del sentimiento, también aumentan otras emociones como ser la culpa y la vergüenza, y por lo tanto, la solución elegida se transforma en el problema.

De este modo, cabe destacarse que los pacientes que sufren este desorden presentan esas conductas las que funcionan como reguladores de las emociones y además resultan efectivas, ya que consiguen recibir la atención y el apoyo de su entorno. Estos comportamientos pueden ser: ingerir psicofármacos, causarse cortes, golpes o quemaduras lo que le producen una sensación de descarga o liberación de la tensión y, como resultado de ello, hace que se vuelvan a repetir (Linehan, 1993a).

En cuanto a las relaciones interpersonales en los pacientes con TLP suelen verse afectadas ya que se observa una tendencia a interpretar cualquier comentario de otras personas como un ataque directo hacia ellos (Mosquera & González, 2013). Asimismo, pueden aparecer reacciones violentas o conductas agresivas producto de la impulsividad

frente a situaciones difíciles o estresantes. Las mismas no suelen ser planificadas y aparecen ante la incapacidad de pensar en el momento en las consecuencias de dichas conductas (Guerrero & Sánchez, 2005).

En este sentido, dado que desarrollan signos u síntomas como la impulsividad, falta de confianza, hipersensibilidad, miedo al rechazo y la crítica de los demás se considera que dichos pacientes carecen de una “piel emocional” lo que obstaculiza el desarrollo de relaciones duraderas y el desempeño exitoso en las distintas esferas de su vida. Todo ello, conlleva a acentuar los sentimientos de rechazo, impulsos autodestructivos o suicidas y humor depresivo (Oldham, 2004).

En este punto, puede mencionarse otra particularidad relacionada a los cambios de humor y sus relaciones interpersonales tumultuosas, pasando de una dependencia absoluta al maltrato extremo sin un motivo aparente, lo que podría derivarse de la falta de habilidad para comunicar las frustraciones de un modo argumentativo y tolerar el malestar que ellas provocan (Sadock & Sadock, 2008).

Por último, otra característica de los pacientes con TLP es que comienzan la psicoterapia por presión familiar y/o legal en lugar de por su propia iniciativa y una vez en el consultorio suelen manifestar quejas relacionadas a la depresión y a la ansiedad sin mencionar como problema su trastorno de personalidad (Beck, Freeman & Davis, 1995).

3.2. Terapia Dialéctico Comportamental o Conductual

En el presente apartado se explicarán brevemente los orígenes y los pilares fundamentales que sostienen el modelo DBT desarrollado para el tratamiento de pacientes con TLP. En un comienzo Linehan (1993a) ha trabajado con pacientes con intentos de suicidio desde la modalidad terapéutica cognitiva conductual (TCC) encontrándose con ciertas dificultades para generar cambios en personas con esta problemática, debido a que las herramientas que brindaba la mencionada psicoterapia eran insuficientes, por lo que consideró la necesidad de desarrollar un nuevo modelo explicativo de psicoterapia que genere cambios de manera más satisfactoria implementando nuevas estrategias y herramientas para el tratamiento de esta población. El enfoque psicoterapéutico fue

denominado por Linehan como Terapia Dialéctico Comportamental o conductual (DBT por sus siglas en inglés *Dialectical Behavior Therapy*).

La propuesta psicoterapéutica desarrollada por Linehan se encuentra agrupada dentro de las psicoterapias de tercera ola o tercera generación donde el foco está puesto en el contexto donde las personas se encuentran insertas y en la función que las experiencias internas cumplen con el fin de cambiar las percepciones y la relación del sujeto con sus pensamientos en lugar de buscar cambiar el contenido de los mismos (Hayek, 2004). No obstante ello, Linehan (2003) considera a su tratamiento como una modificación de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) y que a su vez incluye estrategias de aceptación, validación y mindfulness. En este sentido, cabe destacarse que DBT tiene como meta fundamental ayudar a los pacientes a “*construir una vida que valga la pena ser vivida*” (Gagliosi, 2007, p. 18).

La DBT tiene como base a la Teoría Biosocial, la cual parte de la hipótesis de que en una persona con TLP posee una *vulnerabilidad biológica* en el sistema emocional que frente a estímulos emocionales aumenta la tendencia a reaccionar de forma intensa en contextos de interacción en los que existe un predominio de invalidación (Linehan, 2003). Este modelo transaccional o dialéctico asume que tanto el individuo como el ambiente son mutua y continuamente interactivos, recíprocos e interdependientes (Linehan, 1993a). Cabe destacarse que la mencionada teoría se origina como consecuencia de la necesidad de poder explicar de manera acabada la etiología de esta disfunción. En este sentido se afirma que la desregulación es el resultado de la combinación y transacción en el tiempo entre una vulnerabilidad biológica o emocional y un *ambiente invalidante* (Linehan, 1993a). La vulnerabilidad emocional sería el componente biológico relacionado con el temperamento del paciente (Vásquez Dextre, 2016). En el mismo sentido, Linehan (1993a) hace referencia a tres características, a saber: alta sensibilidad a los estímulos emocionales, alta intensidad de la respuesta emocional y el lento retorno al estado emocional basal.

En primer lugar, la alta sensibilidad la cual es expresada con un umbral bajo a los estímulos y una reacción rápida a los estímulos emocionales. En segundo lugar, la alta intensidad significa que la reacción emocional es intensa y desregula el procesamiento

cognitivo. Por último, el retorno lento al estado emocional basal que se manifiesta con expresiones emocionales de larga duración (Teti, Boggiano, & Gagliesi, 2014).

En relación al ambiente invalidante, Vásquez Dextre (2016) indica que refiere a un entorno que responde de una manera extrema e inapropiada con respecto a las experiencias internas y/o externas de los sujetos. Siguiendo la línea argumental, el ambiente invalidante sería aquel en el que la comunicación de los eventos privados, como las respuestas emocionales, son tomadas por el contexto ya sea como errónea, inapropiadas, patológicas; o simplemente no son tenidas en cuenta. En este punto, la invalidación le muestra al individuo que su descripción o análisis de su propia experiencia es incorrecto y a su vez, atribuye esas características a rasgos de personalidad que son socialmente inaceptables (Dimeff & Koerner, 2007 citado en Boggiano et al., 2014). Por lo tanto, el ambiente produce aprendizajes disfuncionales y la persona, en esa situación, solamente puede elegir entre distintas estrategias extremas de regulación, esto es, disociarse o escalar la expresión emocional (Boggiano et al., 2014).

En consecuencia, Linehan (2003) sostiene que, en los consultantes que padecen TLP, de la interacción de los dos factores previamente mencionados se produce la desregulación emocional con inestabilidad en diversos niveles tales como el emocional, el cognitivo o el conductual. En función de ello divide los criterios en cinco categorías:

a. Desregulación y labilidad emocional: Son respuestas emocionales reactivas tales como episodios de ansiedad, depresión, dificultad en el manejo de la ira o irritabilidad.

b. Desregulación interpersonal: Hace referencia a las relaciones intensas y caóticas, como así también a los esfuerzos desesperados a fin de evitar que las mismas concluyan.

c. Desregulación del sentido del yo (*Self*): Alteración de la autoimagen o identidad (desconocimiento de sí mismo) y sentimiento de vacío.

d. Desregulación conductual: Refiere a conductas impulsivas y extremas que incluyen las autolesiones y los intentos de suicidio.

e. Desregulación cognitiva: Las mismas pueden emerger en situaciones estresantes y desaparecer cuando la tensión disminuye. Pueden aparecer síntomas disociativos e ideación paranoide (Linehan, 2003).

Otro de los conceptos fundamentales que presenta DBT es el de validar. La validación es comunicar que los comportamientos o acciones, las sensaciones físicas, las emociones o los pensamientos del paciente son comprensibles y además tienen sentido en el contexto actual (Boggiano & Gagliesi, 2018). En palabras de Linehan (1993a), validar sería poder encontrar cual podría ser la causa de la conducta y luego comunicarlo. No obstante ello, no implica estar de acuerdo. De esta forma, el terapeuta debe aceptar de forma activa al consultante y además comunicarlo, tomando su respuesta de manera seria, es decir, sin trivializarla ni subestimarla (Boggiano & Gagliesi, 2018). En este sentido, el psicólogo debe centrarse en lograr sostener un equilibrio entre poder validar los sentimientos de injusticia que pesan sobre los pacientes y al mismo tiempo, no asumir que la realidad es tal como los mismos la plantean en ese momento (Gunderson & Chu, 1993).

Linehan (1997) menciona seis niveles de validación:

a. Escuchar y observar; el primer nivel supone estar atento, presente, mostrar interés, es decir, observar y escuchar con atención lo que el paciente piensa, siente o hace.

b. Reflejar con precisión; el segundo nivel implica comunicar al paciente comprensión repitiendo o parafraseando sin agregar interpretación alguna a lo que el mismo exprese. El terapeuta refleja al consultante sus pensamientos, emociones y conductas, de una forma no juiciosa.

c. Expresar las emociones, pensamientos y conductas no verbalizadas; en el tercer nivel “leemos la mente” del consultante, es decir, que en este caso el terapeuta lee entre líneas, esto es, verbalizando emociones no expresadas o imaginando lo que piensa, desea o hace el paciente. El mismo comunica que comprende aspectos que no han sido comunicados directamente a través de la utilización de supuestos.

d. Validar en términos de la historia de aprendizaje del paciente; la conducta tiene sentido por los antecedentes no justificados, por los eventos o por la biología. Por su parte, el terapeuta refleja al paciente que sus pensamientos, emociones o conductas son entendibles o que tienen sentido en relación a su historia de aprendizaje.

e. Validar en términos del contexto presente; el terapeuta comunica al paciente que sus emociones, pensamientos o conductas son justificables, entendibles, razonables, significativa, eficaz o que tienen sentido en función de las circunstancias actuales.

f. Autenticidad radical; el terapeuta responde en forma genuina al paciente, lo trata como a un igual, cree en sus capacidades y fortalezas y es empático frente a las dificultades e incapacidades. Por último, Linehan (1993a) afirma que la validación contribuye a que los consultantes se sientan comprendidos y aumenta la adherencia a la terapia.

El tercer elemento significativo que destaca DBT es la perspectiva dialéctica. Este concepto se encuentra asociado a la dialéctica enunciada por filósofos como Hegel o Marx. No obstante ello, miles de años antes el mencionado concepto se encontraba presente en la tradición budista Zen (Dimeff & Koerner, 2007 citado en Boggiano et al., 2014). La mencionada característica diferencia marcadamente la DBT de la TCC. Por dialéctica puede entenderse evaluar e integrar ideas como así también hechos contradictorios dentro de una visión que resuelva dichas contradicciones. En este contexto, la realidad consiste en oposiciones, es decir, en fuerzas polares que se encuentran en tensión (Gagliesi, 2007). La principal dialéctica en DBT es el balance entre las estrategias de aceptación, validación y Mindfulness combinada con estrategias de cambio conductuales (Koerner, 2012, citado en Boggiano et al., 2014). Por lo tanto, cada fuerza en sí misma se encuentra incompleta y se desplazan hacia una nueva síntesis la cual no es otra cosa que una nueva dialéctica, de modo tal que focalizar exclusivamente tanto en el cambio como en la aceptación son estrategias por sí solas incompletas (Gagliesi, 2007). Particularmente, en DBT se considera que las conductas problemáticas como las autolesiones, el uso de drogas o los intentos de suicidio son la mejor manera que el paciente ha conseguido para atenuar su grado de malestar. Es por ello que el terapeuta debe validar las emociones y los pensamientos que han tenido influencia en el paciente al momento de cometer las mencionadas conductas. Sin perjuicio de ello, es necesario que se tienda a orientar al cambio de dichas conductas mediante la utilización de la dialéctica (Linehan, 1993a).

La perspectiva dialéctica de la conducta humana presenta tres principios fundamentales:

a. El principio de la interrelación y totalidad, entiende a la realidad como un sistema compuesto por partes las cuales se encuentran interrelacionadas y funcionan como un todo. En consecuencia, la conducta de un sujeto debe pensarse como parte de un amplio

repertorio dentro de un ambiente complejo y no simplemente como algo meramente individual.

b. El principio de polaridad explica que la realidad está compuesta por fuerzas opuestas entre sí (tesis y antítesis) y cuya integración (síntesis) evoluciona hacia nuevas fuerzas que se contraponen. Los individuos que presentan desregulación emocional tienen pensamientos, emociones y conductas extremas, quedando atrapados en polaridades sin lograr alcanzar una síntesis.

c. El principio del cambio continuo, hace referencia a que el proceso de “síntesis” va evolucionando en el desarrollo de nuevas fuerzas polares y es por ello que el cambio es continuo. El individuo y el ambiente realizan una transición continua (Linehan, 1993a).

Por lo tanto, la teoría biosocial, con sus respectivos elementos, la validación y la perspectiva dialéctica, incluyendo las estrategias de aceptación y cambio, forman los pilares fundamentales de la psicoterapia estudiada. A continuación se procederá a mencionar algunos de los aspectos fundamentales del tratamiento DBT.

3.3. Tratamiento estipulado por la Terapia Dialéctico Comportamental

El tratamiento DBT se encuentra agrupado dentro de las terapias basadas en la evidencia, es decir, un tratamiento que logre demostrar empíricamente, en este caso, que las personas siguen con vida (Boggiano & Gagliesi, 2018).

Durante finales de la década de los 70 y principios de la década de los 80, Linehan, junto a su grupo de colaboradores comienza sus investigaciones en la Universidad de Washington estudiando las intervenciones psicosociales en consultantes con tendencias suicidas (Boggiano & Gagliesi, 2018).

Desde su primer estudio en 1991, sobre un grupo de mujeres con antecedentes de tentativas de suicidio y conductas autolesivas sin intencionalidad suicida que cumplieran los criterios de TLP, se demostró que la DBT, en comparación con otros tratamientos habituales, reducía de forma más efectiva las conductas autolesivas, las hospitalizaciones y las visitas al servicio de urgencias (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard, 1991). Hasta la actualidad se han desarrollado 20 estudios controlados y randomizados de DBT (Boggiano & Gagliesi, 2018). Los resultados de las investigaciones han demostrado la

eficacia del tratamiento DBT en relación a conductas autolesivas e intentos de suicidio así como también presentaban una mayor adherencia al tratamiento. A su vez, los mencionados logros se sostenían luego del año de finalización del tratamiento (Linehan, Heard & Armstrong, 1993). Posteriormente, los resultados obtenidos fueron replicados en una nueva investigación dando cuenta que la TDC es más eficaz que una terapia no conductual aplicada para reducir intentos de suicidio, automutilaciones, así como las visitas a las urgencias y además muestra la morigeración en el número de hospitalizaciones de pacientes que presentan TLP (Linehan et al., 2006). Sin perjuicio de ello, es menester realizar estudios de seguimiento a largo plazo, que puedan comparar la TDC con otras terapias estructuradas y específicas para el TLP (Kliem, Krogner & Kosfelder, 2010; Paris, 2010).

Asimismo, se ha observado en investigaciones sobre tratamientos de comorbilidades una notable mejoría en la adaptación social (Boggiano & Gagliesi, 2018), como es el caso de pacientes con TLP y trastornos por abuso de sustancias, donde se ha vislumbrado mayores resultados en cuanto a la reducción del consumo de sustancias (Linehan, et al., 1999; 2002). En la misma línea, puede mencionarse buenos resultados en investigaciones en el tratamiento de DBT en trastornos de la conducta alimentaria, específicamente, en casos de bulimia (Telch, Agras & Linehan, 2001).

El modelo de tratamiento de DBT presenta una etapa de pretratamiento y cuatro etapas de tratamiento. Cada una de ellas tiene objetivos, estrategias y tareas específicas. Las etapas son progresivas, de modo tal que solo se pasa a la siguiente etapa una vez que se hayan logrado los objetivos de la etapa preliminar (Boggiano & Gagliesi, 2018). En la etapa de pretratamiento el terapeuta debe realizar una evaluación del paciente, orientar al mismo sobre lo que se ofrece el tratamiento. A su vez, junto al paciente deben clarificar las metas, definir las conductas problemas, obtener un compromiso por parte del paciente de que se mantendrá con vida, abandonará las conductas problemas y aprenderá conductas alternativas. Asimismo, introducir las distintas reglas básicas, la función del coaching telefónico, diseñar un plan de crisis y presentar la primer conceptualización del caso (Boggiano & Gagliesi, 2018; Linehan, 2003; Vásquez Dextre, 2016). Luego de ello, se inicia la etapa 1 donde se busca superar el descontrol conductual y alcanzar una estabilidad y control progresivo conductual. Para ello, el terapeuta solicita al paciente que lleve un

Registro Diario donde vuelque las conductas que aparezcan. Durante la mencionada etapa se busca una reducción de las conductas impulsivas, al mismo tiempo, un aumento de las conductas habilidosas. Los objetivos a alcanzar consisten en reducir las conductas que puedan atentar contra la vida, ya sea la propia o la de terceros, como así también las conductas que atenten contra la terapia y la calidad de vida. A continuación, comienza la etapa 2 donde se intenta pasar de la calma desesperada a la experiencia emocional no angustiante. Si bien en esta etapa los consultantes dejaron varias conductas problema, viven en una calma desesperada. Tiene como objetivo poder experimentar los sentimientos adecuadamente sin disociarse (sensación de ser un *outsider*). Se tratan desordenes residuales como el trastorno de ansiedad, trastorno del estado de ánimo y el trastorno de estrés postraumático. Posteriormente, se inicia con la etapa 3 donde la meta es pasar de los problemas de la vida y los desordenes menos severos a la felicidad e infelicidad ordinaria. Tiene como objetivos que el consultante aumente el autorespeto, incrementar la calidad de vida, el apego a los valores construyendo de esta forma una vida propia. En esta etapa se busca que el paciente se vuelva hábil en la resolución de problemas y de esta manera alcance las metas propuestas. Por último, se emprende la etapa 4 del tratamiento, una vez allí, se busca que el consultante pase de la incompletud a la libertad. El objetivo de la presente etapa es que el consultante realice un trabajo espiritual, expandiendo la conciencia y eliminando la sensación de vacío así como tener experiencias de iluminación y plenitud espiritual (Boggiano & Gagliesi, 2018; Gagliesi, 2009; Gempeler, 2008).

En otro orden de ideas, tal como explica Linehan (1993a), la DBT, trabaja con un trastorno de enorme complejidad como es el TLP y es por ello que la misma, se compone de cuatro diferentes modalidades. Seguidamente se procederá a explicar cada uno de ellas:

a. La terapia individual, es una instancia fundamental del tratamiento y articula el resto de las modalidades. En la misma se pretende que el paciente pueda generalizar las habilidades que adquiere en el entrenamiento en habilidades, es decir, que sea capaz de utilizar las habilidades en las diversas situaciones de la vida diaria y en todos los contextos que sean necesarios (Linehan, 1993a). El terapeuta (puede ser un psicólogo o psiquiatra formado en el presente modelo) es el encargado de planificar y dirigir el tratamiento y de mantener la motivación del sujeto, como así también, ayudar al paciente durante las crisis y

monitorear la integración y aplicación de las habilidades aprendidas. Asimismo, establece la etapa del tratamiento en que se encuentra el paciente (Boggiano et al., 2014; Linehan, 1993a). Siguiendo la lógica dialéctica, el terapeuta debe estar orientado tanto al cambio como a la aceptación, en este sentido, el mismo debe mostrarse exigente y irreverente y a la vez flexible, compasivo y contenedor. (Vazquez Dextre, 2016). A su vez, como responsable del proceso terapéutico determina la cantidad de sesiones por semana necesarios en virtud del caso, y dependiendo de los objetivos y temas a trabajar (Linehan, 1993a). A la par de dicha terapia, el consultante debe asistir a la terapia grupal donde se lleva a cabo el taller de habilidades (De la Vega Rodríguez & Sánchez Quintero, 2013).

b. La supervisión del caso y reuniones de equipo, es una instancia destinada para aquellos terapeutas y coordinadores de grupo que requieran ayuda, aportes y observaciones sobre el caso y respecto al modo de proceder en el tratamiento terapéutico (De la Vega Rodríguez & Sánchez Quintero, 2013; Gempeler; 2008; Serrani, 2011). Tienen una frecuencia semanal y cumplen distintas funciones, a saber; acompañamiento del terapeuta (por los propios pares); soporte a los terapeutas en relación a la implicancia y la carga emocional y como un alivio a las presiones que puede implicar el hecho de trabajar con pacientes complejos (De la Vega Rodríguez & Sánchez Quintero, 2013; Linehan, 1993a; Linehan, 2003). Asimismo, las reuniones son útiles para mantener la motivación y adhesión al modelo de tratamiento por parte de terapeutas (Teti et al., 2014), como así también mejorar la empatía con los pacientes y además tanto prevenir como reducir el burn out (Lynch, Trost, Salsman, & Linehan, 2007).

c. Coaching telefónico, es otra de las modalidades brindadas por el modelo terapéutico con la finalidad de atender las situaciones de crisis (De la Vega Rodríguez & Sánchez Quintero, 2013). El terapeuta debe regular los horarios posibles para el contacto telefónico y cada una de las razones para que ocurra -límites personales- (Gempeler, 2008). El objetivo de este recurso es reducir los intentos de suicidio u otras conductas desadaptadas que funcionan como reguladoras del estado emocional y a su vez le sirve al paciente para pedir ayuda de manera adaptativa (Boggiano & Gagliesi, 2018). Los pacientes tienen la posibilidad de utilizar este recurso en momentos de crisis, donde el terapeuta presta su ayuda a fin de poner en práctica habilidades y, de esta forma, evitar que

llegue a concretar una conducta problema empeorando aún más la situación; a la vez que ofrece apoyo durante el tránsito de la crisis (Boggiano & Gagliesi, 2018; Linehan, 1993a). Del mismo modo, las llamadas telefónicas además de brindar un acompañamiento al consultante, fortalecen el vínculo con el terapeuta (De la Vega Rodríguez & Sánchez Quintero, 2013), como así también disminuye las posibilidades de suicidio (Lincioni & Gagliesi, 2008).

d. Dentro de las intervenciones clínicas en DBT se incluye un grupo de entrenamiento en habilidades, las que fueron seleccionadas en función a las conductas problemáticas observadas en el trastorno límite (Linehan, 1993a). Las habilidades son herramientas fundamentales en el tratamiento de pacientes con desregulación emocional. Muchas de las intervenciones y habilidades intentan ser una guía para que el consultante se acepte a sí mismo, acepte a los demás y al mundo tal cual es (Gagliesi, 2007). Cabe destacarse que se ha demostrado que el entrenamiento en habilidades aplicado solo resulta ser una intervención eficaz en poblaciones clínicas y no clínicas (Neacsiu Rizvi & Linehan, 2010).

Complementariamente a las mencionadas modalidades, se brinda asesoramiento a familiares cercanos y allegados del paciente, ya que se demostró que la familia del paciente con desregulación emocional sufre una “sobrecarga” (Clarkin, Marziali & Munroe-Blum, 1991), el cual consiste en reuniones semanales donde se tratan temas sobre psicoeducación, habilidades, validación, límites personales, afrontamiento de crisis y conductas de riesgo. El taller para familiares es útil ya que las familias son las receptoras de conductas que no entienden de los pacientes con desorden límite de personalidad, y asimismo, pueden tener reacciones inapropiadas y dañinas. Resulta importante indicar que presenciar este taller conlleva diversos beneficios, entre ellos, que los familiares mejoran la comunicación con el paciente, comienzan a entender el TLP, obtienen información científico-técnica, adquieren herramientas adecuadas para mejorar el vínculo y brindan una mejor ayuda a los pacientes (Apfelbaum & Gagliesi, 2004; Gagliesi, 2007).

En relación al tratamiento farmacológico, Boggiano y Gagliesi (2018) sostienen que la evidencia farmacológica en pacientes con TLP es escasa y en algunos casos hasta contraproducente. En este sentido, las intervenciones farmacológicas prestan ayuda

solamente en los aspectos sintomáticos como puede ser la inestabilidad emocional, la impulsividad-agresividad, la ansiedad-inhibición y distorsión cognitiva (Diaz-Marsa et al., 2008). Cabe destacarse que el tratamiento farmacológico puede ser útil ante la presencia de lo que se denomina como “comorbilidad”, no obstante ello, es menester aclarar que no existe una medicación específica para el TLP, sino que suelen utilizarse varios en simultáneo. Algunos de los antidepresivos que suelen utilizarse para reducir síntomas depresivos, la angustia, la ansiedad, el pánico o las fobias y la agresividad son fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram, escitalopram, venlafaxina o bupropion (Gagliesi et al., 2007). Sin perjuicio de ello, según los resultados arrojados por distintas investigaciones, no es recomendable la utilización de los IRSS como tratamiento de primera elección para la desregulación afectiva. Solamente aconsejan la utilización de IRSS en caso de comorbilidad. Asimismo, indican que los estabilizadores del estado de ánimo tales como el valproato semisódico, topiramato y lamotrigina muestran resultados favorables (Lieb, Völlm, Rücker, Timmer & Stoffers, 2010; Stoffers & Lieb, 2015). En consecuencia, los antirrecurrenciales parecen estabilizar y mejorar el estado de ánimo y la impulsividad. Por último, se han sugerido como estabilizadores del ánimo el uso de sustancias como los ácidos grasos ricos en omega 3 (Gagliesi et al., 2007).

Además de estas modalidades, también se coordina con otras especialidades de ser necesario atención en otras especialidades de la salud, como pueden ser nutricionistas, ginecólogos, neurólogos, así como el uso de otras instituciones, y de ser necesario la internación (Boggiano & Gagliesi, 2018; Vazquez Dextre, 2016).

Si bien cada una de las modalidades son sustanciales para el tratamiento desarrollado en DBT, se ahondará particularmente en una de las intervenciones clínicas propuestas por DBT denominada entrenamiento en habilidades, diseñada para tratamiento de pacientes con desregulación emocional.

3.4. Taller de Habilidades

Las habilidades sociales son un conjunto de pensamientos, emociones y conductas observables que sirven para la creación y mantenimiento de vínculos interpersonales satisfactorios (Roca, 2003). Estos comportamientos comienzan a ser adquiridas durante la

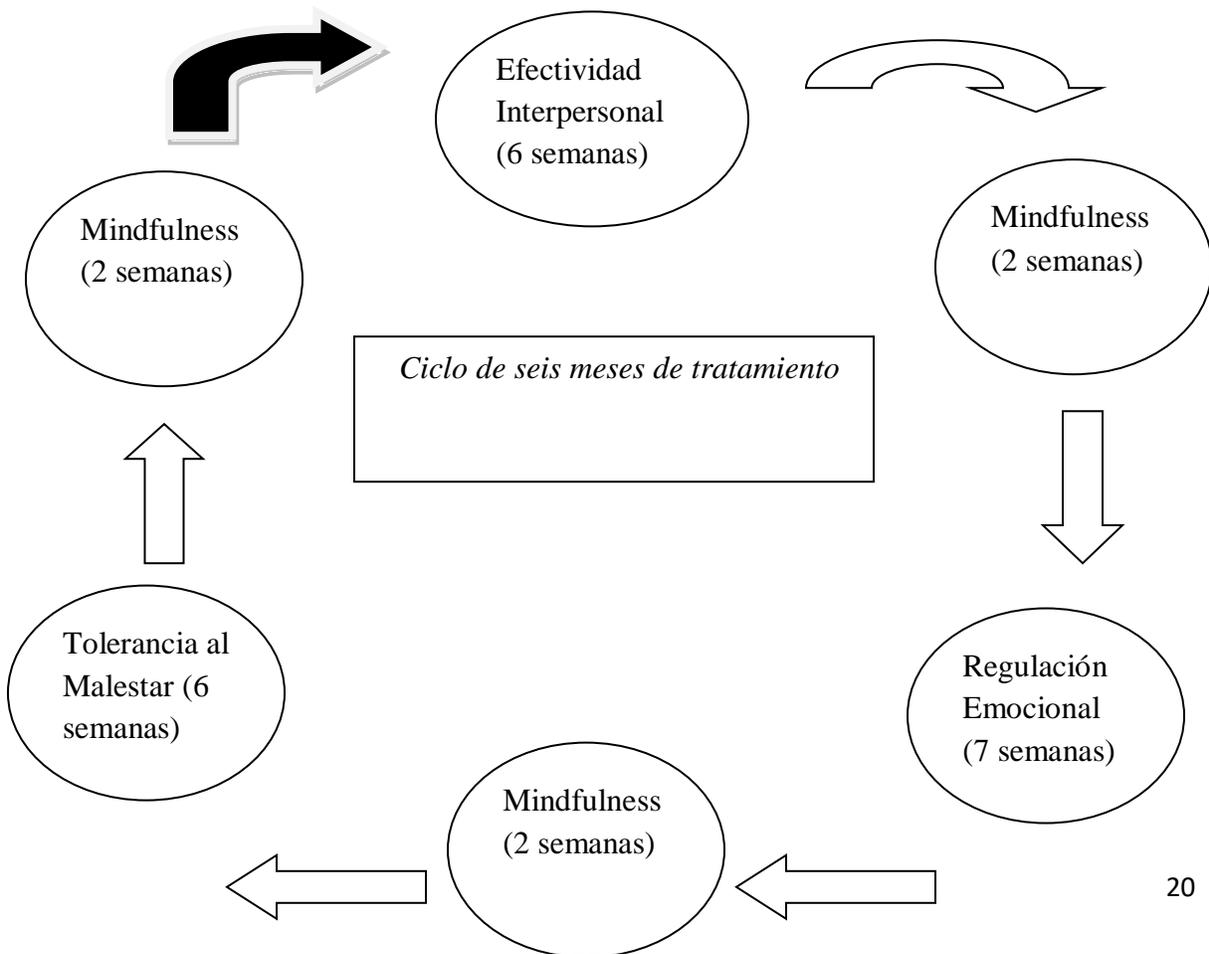
infancia de las personas a fin de adaptarse al contexto social en que se encuentran inmersas, contribuyendo de esta manera a alcanzar resultados satisfactorios en la vida cotidiana (Del Arco & García, 2005; Del Prette & Del Prette, 1999). Dentro de DBT existen un conjunto de habilidades sociales específicas para enseñar a pacientes con desregulación emocional (Boggiano & Gagliesi, 2018). Estas habilidades pueden definirse como una capacidad que incluye habilidades cognitivas, emocionales y conductas manifiestas así como también la integración de las mismas para el logro de un desempeño efectivo. En este sentido, el objetivo es reemplazar las conductas ineficaces, desadaptativas y poco habilidosas por otras eficaces, adaptativas y habilidosas (Linehan, 1993a).

Entre las dificultades que encuentran las personas que sufren desregulación emocional se puede mencionar la sobresimplificación que realizan los demás respecto a las conductas que se les solicita que se comporten de una determinada manera sin enseñarles lo pedido y sin validar la dificultad que representa para ellos (Boggiano & Gagliesi, 2018; Linehan, 1993a). Para enseñar una nueva conducta compleja (más habilidosa) resulta necesario describir de forma precisa cuales conductas se espera que los consultantes realicen en cada situación, denominado técnicamente como instrucción. Asimismo, será menester mostrarle la manera en que lo debe hacer (Boggiano & Gagliesi, 2018). En palabras de Linehan (1993a) se debe indicarle cómo hacerlo, ello es conocido como modelado. Al mismo tiempo, se deberá pedirle al consultante que ensaye la conducta delante del terapeuta y este último brindar un feedback (devolución en el mismo momento) respecto a si lo está haciendo de manera correcta o incorrecta, y a la vez, validar al consultante frente a la dificultad y los errores que pueda cometer. Por último, luego de que el consultante practique suficientemente se requerirá que lo haga en los diversos escenarios de su vida, a ello se lo denomina generalización. En efecto, cada una de las nuevas conductas que forman parte del repertorio de habilidades debe enseñarse siguiendo esta serie de pasos (Boggiano & Gagliesi, 2018).

Ante lo expuesto, cabe destacarse que las habilidades presentan un formato psicoeducativo y se aprenden dentro de un grupo de entrenamiento en habilidades (terapia grupal), el cual está conformado por entre seis a diez participantes y dos coordinadores. El mismo tiene una frecuencia de una vez por semana y cuya duración es de dos horas y media

-dos horas si los consultantes son adolescentes- (Boggiano & Gagliesi, 2018). Los dos psicólogos que coordinan el taller deben ser distintos al terapeuta que se encuentra al frente de la terapia individual (Marco, García Palacios, Navarro & Botella, 2012). En este sentido es dable destacar que la formación de habilidades en este modelo se lleva adelante en talleres grupales debido a que resulta más factible adaptar las técnicas grupales al trabajo individual y no a la inversa (Linehan, 1993a). Asimismo permite, a los integrantes del taller, observar las interacciones propias y ajenas en un ambiente que les brinda apoyo constantemente (Beck et al., 1995). La finalidad de los mencionados talleres es que los consultantes puedan aprehender nuevas técnicas que les permita sustituir los comportamientos autolesivos por otros más funcionales (Elices & Cordero, 2011).

En el marco del tratamiento DBT se incorporan distintas habilidades concentradas en cuatro grandes grupos, estos son: el mindfulness o conciencia plena, la efectividad interpersonal, la regulación emocional y, por último, la tolerancia al malestar o aceptación radical (Linehan, 1993).



Figural. Ciclo de seis meses de tratamiento. (Boggiano & Gagliesi, 2018; Linehan, 1993)

3.4.1. Habilidades de Conciencia Plena o Mindfulness

El Mindfulness es el denominador común, del que se desprenden las diferentes corrientes de meditación provenientes de la filosofía Zen y la tradición budista, y que en la actualidad ha sido incorporado en diversas psicoterapias siendo parte del tratamiento (Kabat-Zinn, 2003) como es el caso de DBT. No obstante ello, en la actualidad se la utiliza como estrategia psicológica sin ninguna intencionalidad religiosa (Gempeler, 2008). Dado que desde oriente ha asegurado desde hace mucho tiempo que la práctica de Mindfulness puede conducir al aumento de bienestar y a la reducción del sufrimiento se ha incorporado el Mindfulness distintos tratamientos de la salud mental en occidente (Baer, 2015). En la mayoría de las terapias de tercera ola, esta práctica es un elemento fundamental (Boggiano & Gagliesi, 2018).

Cabe destacarse que Mindfulness es una práctica, y no un discurso, la cual es entendida como una experiencia emocional, física y perceptual (Germer, Siegel & Fulton, 2005), la misma puede ser practicada de manera formal o informal. La primera consiste en tomarse 15 minutos para poder centrarse en la respiración, las sensaciones, pensamientos y emociones mediante el uso de técnicas de relajación muscular progresiva o de respiración diafragmática, a través de diferentes prácticas y/o ejercicios. La segunda consiste en focalizarse en las actividades que se realizan en la vida cotidiana sin importar el lugar ni el contexto del momento (Stahl & Goldstein, 2011).

El Mindfulness comienza a ejercitarse con la técnica de meditación-concentración, es decir, intentar focalizar la mente de manera ininterrumpida en un determinado estímulo, el cual se denomina objeto, y que en un comienzo es la propia respiración (Mañas, 2009).

En relación a las Habilidades de Conciencia Plena (Mindfulness), las mismas consisten en una práctica que se orienta a estar atento de manera intencional a los pensamientos y acciones en el momento presente, ya sea atendiendo y observando sin emitir juicios de valor, describiendo los hechos, las experiencias o situaciones o experimentar del presente prestando atención a una sola cosa por vez (Elices & Cordero, 2011; Gagliesi, 2007). Asimismo, la atención consciente puede, además de experimentar el

presente de manera más plena, ayudar a centrarse menos en las experiencias dolorosas del pasado o en las posibilidades amenazadoras del futuro. En ese sentido, también proporciona herramientas para superar los juicios negativos habituales sobre uno mismo y sobre los demás (McKay, Wood & Brantley, 2017). Por lo tanto, dicha práctica va generando progresivamente distintas experiencias que pueden contribuir a cambiar la relación con los miedos propios que tienen las personas, intentando aceptarlos y explorarlos en lugar de evitarlos (Delgado Pastor & Kareaga, 2011). Asimismo, ayudar a evitar la fusión cognitiva a través de la cual las personas se vuelven indistinguibles de las experiencias internas pasajeras como las sensaciones, imágenes, pensamientos o emociones (Hayes, 1999, citado por Boggiano & Gagliesi, 2018).

Los objetivos establecidos a conseguir de la práctica de Mindfulness en DBT son tres:

a.- Reducir el sufrimiento, reduciendo la tensión, el dolor y el estrés, y al mismo tiempo aumentar la felicidad.

b. Incrementar el control de la mente, ya sea controlando nuestra atención y de esta manera controlar las emociones; diferenciando hechos de pensamientos y emociones; o estando con los eventos sin hacer nada que duren más o para que duren menos.

c. Experimentar la realidad tal cual es, esto es, experimentando el momento presente dejando ir las ideas, juicios o constructos mentales (Boggiano & Gagliesi, 2018).

Linehan (1993b), por su parte, explica que cada persona mediante el Mindfulness tiene la posibilidad de acceder a su sabiduría inherente, la cual la define como una síntesis de la dialéctica entre la razón y la emoción. Es decir que la autora incluye, además de la atención y observación sin emitir juicios de valor, a la denominada *mente sabia*. La misma es una integración de la mente racional por un lado y la mente emocional por el otro (Linehan, 2003). Mientras que la mente racional se focaliza en los hechos, la razón, los objetivos y las tareas, en cambio, la mente emocional se basa en las emociones, sentimientos y los impulsos de hacer o decir cosas (De la Vega Rodríguez & Sánchez Quintero, 2013; Elices & Cordero, 2011; Linehan, 1993b). Boggiano y Gagliesi (2018) agregan que la intuición forma parte de mente sabia, ya que esta última posee las cualidades del conocimiento inmediato, la experiencia directa y puede sentirse en determinada parte

del cuerpo. La mente sabia trae cierta paz ya que cuando se está en la mente sabia la persona se libera de conflicto.

Otra del las habilidades que componen el módulo de Minfulness son las habilidades “qué” y “cómo”. Los “qué” hacen referencia a la observación con los sentidos lo que se experimenta pero sin apegarse a nada, luego describir, es decir, colocar etiquetas a lo que se observa manteniéndose apegado a los hechos y por último, es participar y volverse uno con la experiencia. En cuanto a los “cómo” puede indicarse que son las formas de hacer los “qué”. En primer lugar, se debe mantener la atención a una cosa a la vez, es decir, eligiendo un evento determinado, ya sea externo o interno y prestar toda la atención a ese único evento. En segundo lugar, se debe describir la realidad tal como es, sin juzgar lo que supone evitar evaluaciones de bueno o malo, justo o injusto o los debería o no debería. En tercer lugar, se debe hacer lo que funciona, es decir, centrarse en la conducta eficaz (Boggiano & Gagliesi, 2018). Por todo ello, el sentido no es descubrir algo nuevo sino la práctica de un tipo de conciencia (Linehan, 1993b). La conciencia plena promueve una mirada curiosa y abierta (mente de novato) a la experiencia. Asimismo ayuda a aceptar que el pasado ya sucedió y el futuro no existe aún y en consecuencia, traer a la mente el suceso actual (Boggiano & Gagliesi, 2018). Por último, Linehan (1993b) establece una distinción entre el dolor y el sufrimiento, expresando que el primero es aquello que queda una vez que se aceptan las cosas tal como son, y en cambio, el segundo es el propio dolor sumado a la dificultar para aceptarlo.

3.4.2. Habilidades de Efectividad Interpersonal

Considerando el segundo grupo, las Habilidades de Efectividad Interpersonal, estas se centran en entrenar la asertividad y la resolución de conflictos o problemas interpersonales. La mencionada habilidad enseña a poder balancear el auto-respeto, la relación y los objetivos personales, como decir no o como hacer pedidos a otros para lograr cumplir con las propias necesidades (Gagliesi, 2007; Kunnanatt, 2004; Linehan, 1993b). Por su parte, la eficacia interpersonal brinda nuevas herramientas para expresar las propias creencias y necesidades, logrando establecer límites claros y poder negociar soluciones a los problemas que se presentan, protegiendo al mismo tiempo tanto la relaciones como así

también el trato respetuoso hacia los demás (McKay et al., 2017). En este sentido, una relación interpersonal es considerada efectiva cuando se logra un sentido estable del yo, y al mismo tiempo se tiene la capacidad para poder expresar espontáneamente las emociones que previamente fueron reguladas (Linehan, 2003).

Los objetivos de las Habilidades Interpersonales en DBT establecen tres objetivos a alcanzar por parte de los consultantes:

a.- Aprender a ser habilidosos logrando alcanzar aquello que necesita y quieren de los otros, poder decir no de manera efectiva, tomando sus opiniones de manera seria.

b. Lograr construir, mantener y fortalecer relaciones, así como también terminar con aquellas que son perjudiciales o destructivas.

c. Caminar por el sendero del medio de la relaciones, es decir, balancear entre los polos de la aceptación y el cambio (Boggiano & Gagliesi, 2018).

Una de las habilidades planteadas por Linehan (1993b) es obtener los objetivos de manera habilidosa, esta capacidad consiste en pedir algo a otra persona y además decir no al pedido de otro sin ser agresivo ni tampoco inhibirse, esto es, ser asertivo. Para recordar el conjunto de habilidades se utiliza un acróstico, DEAR MAN. La D es describir y refiere a utilizar un lenguaje descriptivo al momento de realizar un pedido dejando de lado el lenguaje juicioso. La E indica expresar los pedidos como necesidades en lugar de quejas o críticas. La A representa ser asertivos, es decir, decir lo que se quiere al otro de la manera más precisa posible. La R expresa reforzar y hace referencia a anticipar los refuerzos y en algunos supuestos los castigos si el otro accede o no a cumplir con lo solicitado. Cuando el pedido se realiza efectivamente es difícil que el otro se coloque en una posición defensiva o esquiva. La M supone mantener la posición, lo cual incluye las habilidades de aceptar las críticas y disco rayado, es decir, expresar en varias oportunidades la propia necesidad al otro. La A es de aparentar e indica ser capaz de observar lo no verbal de la solicitud. Por último, la N expresa negociar y hace referencia a estar apegado a la demanda, es decir, mantenerse en el pedido del inicio; estar dispuesto a dar para recibir, esto es, tener la capacidad de ceder también a lo pedido por el otro; y dar vuelta la mesa en referencia a hacer partícipe al otro de la responsabilidad en la solución del problema (Boggiano & Gagliesi, 2018; Linehan, 1993b).

Otras de las habilidades que se presentan en este módulo son GIVE y FAST. La primera se aprende a fin de mostrarse más gentil e interesado en escuchar al otro (validar), evitando el enojo y manteniendo el buen humor. En cuanto a la segunda refiere a ser sincero, no disculparse excesivamente y mantener los valores (Linehan, 1993b).

3.4.3. Habilidades de Regulación Emocional

En relación al módulo denominado Habilidades de Regulación Emocional, Linehan (1993b) expresa que se trata de aprender a identificar, nombrar y describir las distintas emociones y poder relacionarlas con el contexto verificando los hechos y mirar la función que ellas cumplen. Asimismo, reducir la vulnerabilidad a emociones negativas, resolver los problemas y construir una vida de forma congruente con los valores personales del paciente, incrementando de esta forma la posibilidad de experimentar emociones positivas. Según McKay et al. (2017) las destrezas de regulación emocional ayudan a reconocer de forma más clara lo que el paciente siente, de manera que pueda observar cada una de las emociones sin sentirte abrumado o desbordado por las mismas, logrando modular los sentimientos sin que se comporte de forma reactiva o destructiva. En este sentido, para lograr autorregularse emocionalmente es necesario inhibir las conductas inadecuadas que surgen como consecuencia de las emociones positivas o negativas, asimismo, actuar en pos de las metas evitando depender del estado de ánimo del momento. Para ello será menester poder apaciguar las actividades fisiológicas las cuales son inducidas por las emociones (Linehan, 2003).

Estas habilidades permiten a los consultantes compensar la tendencia a sobreregular, suprimir o escapar de sus emociones siendo más efectivo en cuanto a la regulación de las emociones.

Los objetivos de las habilidades de Regulación Emocional en DBT establecen cuatro objetivos a lograr por parte de los consultantes:

- a.- Aprender a observar, identificar, nombrar y describir cada una de las emociones, así como comprender sus funciones adaptativas y comunicacionales.
- b. Disminuir la frecuencia de las emociones no deseadas detectando a las mismas antes de que comiencen o cambiarlas en el caso de haber empezado.

c. Disminuir la vulnerabilidad emocional aumentando las emociones positivas e incrementando la capacidad para afrontar situaciones difíciles (resiliencia).

d. Disminuir el sufrimiento emocional logrando manejar las emociones extremas (Boggiano & Gagliesi, 2018).

Las emociones son adaptativas ya que organiza y motivan las acciones, comunican a otros el estado de las personas e influyen a las propias personas –función validante- (Linehan, 1993b). Siguiendo esta línea argumental, las emociones se encuentran ligadas a los valores de las personas (Hayes, Barnes Holmes & Roche, 2001, citado por Boggiano & Gagliesi, 2018).

Un grupo de las habilidades incluidas en este módulo son las relacionadas al cambio de la respuesta emocional, ellas son: Chequear los hechos, acción opuesta y resolución de problemas (Boggiano & Gagliesi, 2018; McKay et al., 2017). En primer lugar, chequear los hechos parte de la idea de que las emociones son reacciones a pensamientos o interpretaciones en lugar de a los eventos en sí. Entonces, si se cambian las interpretaciones, supuestos y creencias para que encajen con los hechos y evaluando si esa emoción está justificada o no. En segundo lugar, se encuentra acción opuesta donde se enseña a los pacientes a actuar de forma contraria a los impulsos emocionales cuando la misma no encaja con los hechos o no es efectiva. Cabe enfatizar que no significa que los consultantes deban suprimir las emociones y sensaciones, por el contrario, simplemente dejar que sea la acción opuesta la que realice la tarea. No debe soslayarse que las personas con desregulación emocional escapan de sus emociones, presentan déficits en la resolución de los problemas y cuentan con pocas opciones en su repertorio conductual. En consecuencia, las conductas impulsivas aparecen como alternativa para regular las emociones y resolver los problemas. La habilidad de resolución de problemas consta de una secuencia de acciones: Observar y describir la situación, chequear los hechos, identificar las metas, realizar una lluvia de ideas, elegir una solución que encaje con los objetivos pensados, llevar adelante la solución y por último evaluar los resultados de la solución elegida (Boggiano & Gagliesi, 2018).

3.4.4. Habilidades de Tolerancia al Malestar y Aceptación Radical

El cuarto grupo de habilidades se encuentra integrado por las llamadas Habilidades de Tolerancia al Malestar y Aceptación Radical (o bien denominadas Aceptación de la Realidad). El presente módulo de entrenamiento se divide en dos partes, por un lado explica las habilidades para tolerar y sobrevivir a las crisis y por otro las habilidades para aceptar la vida y la realidad tal como es. Por su parte, se enseñan estrategias para tolerar y sobrevivir a una crisis para utilizar en el corto plazo, inhibiendo conductas impulsivas las cuales conllevan a diversas consecuencias negativas. Para ello se utilizan maniobras de distracción, mejorar el momento, consentirse, observar lo positivo y negativo para tolerar el malestar (Linehan, 1993b). Esto último puede ser útil para enfrentar de manera más eficaz los acontecimientos dolorosos proporcionando nuevos medios para disminuir los efectos que provocan las circunstancias adversas y de esta forma fortalecer la propia resiliencia (McKay et al., 2017). En este sentido, la aceptación radical (aceptación de la realidad) es una herramienta que sirve para poder manejar situaciones negativas y dolorosas que no se pueden cambiar. Aceptar lo que es tal como es desde el fondo de nuestro ser (Linehan, 1993b).

La mencionada habilidad, tal como afirma Linehan (1993b) tiene relación con aceptarse a sí mismo y al contexto sin pelearse con esa realidad, ya que cuando no se acepta, se evade o se niega la misma, ese dolor crea sufrimiento. En este sentido, se debe apuntar a aumentar la capacidad para atravesar la situación dolorosa y de este modo evitar que se empeore la situación (Boggiano & Gagliesi, 2018). La mayoría de las escuelas de psicoterapia se han centrado en el cambio de los eventos que generan un malestar, descuidando de esta manera la aceptación del malestar y encontrarle significado y por lo tanto simplemente tolerarlo (Linehan, 2003). Sin perjuicio de ello, la propia autora reconoce que llegado a un determinado nivel de malestar o punto de quiebre son necesarias y adecuadas las estrategias más dirigidas al cambio (Linehan, 2003).

Los objetivos de las habilidades de Tolerancia al Malestar en DBT establecen tres objetivos a alcanzar por parte de los consultantes:

a.- Sobrevivir a las situaciones de crisis sin realizar acciones que empeoren la situación.

b. Lograr aceptar la realidad aunque no sea como quisiera que sea, reemplazar el sufrimiento y la posibilidad de seguir adelante.

c. Poder se libres de tener que satisfacer demandas ajenas o de los propios deseos, impulsos o emociones (Boggiano & Gagliesi, 2018).

Linehan (1993b) plantea dos grupos de habilidades en el presente módulo; habilidades para sobrevivir a las crisis y habilidades para aceptar la realidad.

El primer grupo está integrado por la habilidad de STOP, acróstico que hace referencia a reconocer el impulso y refrenar las conductas impulsivas. En primer lugar, detenerse, es decir, reconocer que las emociones intentan tomar el control y en este momento frenarse y evitar actuar, luego dar un paso hacia atrás ya sea mentalmente o físicamente, respirar profundamente y evitar que las emociones decidan qué hacer. Seguidamente, observar los hechos sin juzgar, lo que sucede alrededor y en el interior, para conocer las opciones que se encuentran disponibles y por último, proceder con mente sabia o de forma Mindful (Boggiano & Gagliesi, 2018). Otras de las habilidades son los Pros y Contras, que consiste en hacer una lista donde se establezcan los pros y contras y leerla en los supuestos en que aumente el impulso de realizar la conducta problema; y Tip que son formas rápidas que se utilizan para la modulación de las emociones y modificar la activación como ser la respiración pausada, la temperatura (hielos en cara o manos) o el ejercicio intenso. Por último, pueden mencionarse las habilidades de autocalmarse, intentando que el consultante sea un poco más compasivo consigo y a evitar centrarse en la búsqueda de culpables; y la distracción ya que las emociones pueden ser arrolladoras y no pueden ser procesadas en ese momento. La distracción puede ser haciendo actividades agradables, prestando atención a otra persona, con tareas o quehaceres o bien marchándose del lugar (Boggiano & Gagliesi, 2018; McKay et al., 2017; Linehan, 1993b).

Dentro de las habilidades para aceptar la realidad se encuentra la aceptación radical. El dolor es parte de la vida e intentar evitarlo no hace más que aumentarlo y para convertirse en sufrimiento. Asimismo, rechazar la realidad no cambia, es necesario aceptar los hechos y las emociones que genera. Se puede aceptar los hechos del pasado, del presente y las probabilidades que puedan ser razonables del futuro. Es posible que el consultante no acepte los hechos porque carece de la habilidad, porque hay creencias que

pueden interferir o emociones intensas que se activan al momento de ir en esa dirección. Cabe enfatizar que aceptar no es estar de acuerdo con los hechos, ni resignación, lástima, amor o pasividad, sino es soltar las rumiaciones y quejas. Luego de ello, se puede cambiar la mente, es cuando se elige aceptar la realidad, es una elección. Otras de las prácticas de esta habilidad son la buena predisposición, esto es, estar abierto a la experiencia o dicho de otro modo, aceptar las cartas que la vida repartió; y media sonrisa y manos abiertas, que significa aceptar la realidad en principio a través de los gestos de la cara o la postura corporal. Para finalizar, es menester hacer mención a la práctica de Mindfulness de los pensamientos, cuyo objetivo principal no es cambiar los pensamientos negativos o dolorosos sino más bien es poder cambiar la relación que se tiene con ellos recordando que uno no es sus pensamientos (Boggiano & Gagliosi, 2018; McKay et al., 2017; Linehan, 1993b).

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

El presente trabajo es descriptivo, de estudio de caso único y carácter cualitativo de tipo profesional.

4.2. Participantes

Se analizó a una paciente de 23 años, que reside actualmente en la Ciudad de Buenos Aires. D vive junto a su padre, su madre y su hermana menor. Se encuentra estudiando Licenciatura en Nutrición y trabaja para una empresa en el sector de Community Management. La misma realizó la admisión en la Fundación en el año 2018, debido a episodios de agresividad, desregulación emocional y conductas autolesivas. La paciente fue diagnosticada con Trastorno Límite de Personalidad.

La terapeuta que trata a la paciente en forma individual es la Lic. Lara, psicóloga recibida en la Universidad de Buenos Aires. Realizó una especialización en Terapia Dialéctico Comportamental. La misma trabaja en la institución clínica desde hace cinco años.

El psiquiatra que trata a la paciente en forma individual es el Dr. Maximiliano, psiquiatra egresado de la Universidad de Buenos Aires, realizó la especialización en Psiquiatría en la misma Universidad. Asimismo realizó la especialización en Terapia Dialéctico Comportamental. Trabaja en la institución clínica hace siete años.

La terapeuta que coordina la terapia grupal es la Lic. Gimena, psicóloga recibida en la Universidad de Palermo realizó especialización en Terapias Cognitivas Contemporáneas y en Terapia Dialéctico Comportamental. La profesional trabaja en la Fundación desde hace cinco años.

4.3. Instrumentos

- Entrevistas semi-dirigidas con los profesionales tratantes. Con su psicóloga individual se tuvo el fin de detallar las conductas problemas, los objetivos a alcanzar en el tratamiento, los progresos obtenidos y los detalles de las intervenciones llevada a cabo. Respecto al psiquiatra se realizaron para recabar la información respecto a la entrevista de admisión y el tratamiento farmacológico. Por último, a la terapeuta que coordina el grupo de habilidades con el objetivo de obtener mayores detalles respecto a los avances en el tratamiento.

- Observación participante en las actividades de entrenamiento en habilidades de la paciente.

- Observación no participante en las supervisiones de la terapeuta individual respecto a la paciente.

4.4. Procedimientos

Se realizaron entrevistas de 30 minutos con la terapeuta que llevó adelante el tratamiento terapéutico, así como también con el psiquiatra que participó en el proceso y la terapeuta de grupo.

De las reuniones de supervisión de la terapeuta individual se observaron los aportes que fueron mencionados para trabajar en la terapia, una vez por semana, durante tres meses.

Por otra parte, se realizaron observaciones de las actividades que se llevaron a cabo en el taller grupal de entrenamiento en habilidades una vez por semana, dos horas y media, durante tres meses.

5. Desarrollo

5.1. Describir los síntomas que presenta la consultante al momento del ingreso al tratamiento

En el presente apartado se procedió a efectuar una presentación de la paciente y una descripción de los síntomas presentados por la misma. Para ello se realizaron una serie de entrevistas a la terapeuta individual y al psiquiatra que realizó la admisión de la consultante y luego formó parte del equipo de tratamiento. La paciente se llama D., tiene 23 años, vive junto a su papá, mamá y hermano. Se desarrolla laboralmente como *Community Manager*, trabajo que realiza para una empresa y ejerce bajo la modalidad *home office*. Paralelamente se encuentra estudiando la carrera de Licenciatura en Nutrición. Manifiesta tener un grupo de amigas del colegio secundario y otro grupo del barrio donde vive. Por otra parte, refiere estar en pareja con un chico de 29 años desde hace un año. Indica a la terapeuta que “la relación es conflictiva, tenemos muchas discusiones, sobre todo por celos”. En este sentido, puede vislumbrarse síntomas de impulsividad, falta de confianza y miedo al rechazo, lo que configura la falta de “piel emocional” (Oldham, 2004).

De la entrevista a la terapeuta individual surge que la consultante contó que recuerda haber tenido tres episodios donde se efectuó cortes en las venas de sus dos antebrazos con un elemento cortante tomado del baño de la casa. Asimismo, mencionó que tuvo una sobreingesta medicamentosa, sobre la cual expresó a la terapeuta “no quería vivir más, sentía que mi vida era una mierda”. A su vez, creía que sus padres no la entendían. Todo ello, da cuenta del grado de vulnerabilidad en que se encuentra la paciente, dado que frente a la imposibilidad de lograr manejar emociones negativas intensas e intolerables y el sentimiento de incompreensión, llevan a cabo comportamientos autodestructivos los que le producen una sensación de descarga o liberación de la tensión –cortes en los brazos y

sobreingesta de medicamentos- (Linehan, 1993a), como intentos errados de solución a los problemas (Serrani, 2011) y sin pensar en el momento en las consecuencias de dichas conductas (Guerrero & Sánchez, 2005).

La paciente afirma que comenzó a la edad de 15 años con síntomas depresivos, los cuales se alternaban con episodios de irritabilidad y agresividad, con posteriores episodios de llanto y angustia. Asimismo, recuerda momentos de ira donde rompía cosas de la casa o golpeaba la puerta y las paredes de su habitación luego de discusiones con sus padres. Todo ello motivó a sus padres a llevarla a empezar un tratamiento psicológico. Asistió a varios tratamientos sin un resultado fructífero y los abandonó. Previo a la admisión en la actual institución clínica se encontraba realizando un tratamiento farmacológico con un psiquiatra quien le sugirió la posibilidad de hacer una consulta en la presente institución. D. conoce que sus diagnóstico es TLP e informó al psiquiatra admisor de la institución que el tratamiento farmacológico que venía llevando a cabo estaba compuesto por la siguiente medicación: Olanzapina (antipsicótico), Lamotrigina (estabilizador del ánimo) y Clonazepam (Benzodiazepina). Asimismo, tenía una sesión con el mismo una vez por mes para regular la medicación administrada. En relación al tratamiento previo al ingreso a la institución el psiquiatra admisor en una de las entrevistas brindadas indica que muchas veces los psiquiatras suministran una combinación de distintos fármacos a fin de regular las emociones y las conductas. No obstante ello, el mismo manifiesta que tal como surge de los últimos estudios en relación al tratamiento farmacológico de TLP, los estabilizadores del ánimo serían los que mejores resultados han arrojado. En consonancia con lo explicado, y de acuerdo a los estudios realizados por Lieb et al. (2010) y Stoffers y Lieb (2015), los antirrecurrenciales parecen ser los más efectivos para estabilizar y mejorar el estado de ánimo y la impulsividad. Cabe destacarse que el psiquiatra de la institución manifiesta que el tratamiento farmacológico acompaña al tratamiento basado en la evidencia, puntualmente hace referencia a DBT.

La paciente una vez que ingresó a la institución comenzó la fase de pre-tratamiento donde acordó con la terapeuta individual tanto los objetivos como el método de tratamiento. Seguidamente D. firmó un compromiso con la terapeuta sobre el plan de acción estipulado tal como lo expresa Linehan (1993b). De acuerdo a lo referido por el psiquiatra de la

institución, la consultante presenta las características del Trastorno Límite de la Personalidad de modo tal que cumple con los criterios diagnósticos a los que hace referencia el DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013). En este sentido, de acuerdo a lo que surge de la entrevista realizada al psiquiatra, el mismo relata que la paciente presenta desregulación emocional, autolesiones en los brazos como mecanismo de regulación de las emociones y aliviar sentimientos dolorosos (Linehan, 1993a; Walsh, 2006). Además presentaba una inestabilidad con respecto al área afectiva, manifestada por episodios de irritabilidad, ansiedad y angustia, sumados a un sentimiento crónico de vacío. En cuanto a sus relaciones interpersonales, en virtud de lo expresado por (Linehan, 1993b), la paciente revelaba dificultades en determinadas situaciones de mucha activación emocional, donde se exterioriza una oscilación en el estado de ánimo con determinadas personas, más precisamente, con su pareja.

Siguiendo este orden de ideas, en este tipo de trastornos pueden aparecer reacciones violentas o conductas agresivas las que se dan producto de la impulsividad frente a situaciones difíciles o estresantes. Las mencionadas conductas no suelen ser planificadas y aparecen ante la incapacidad de pensar en el momento en las consecuencias de dichas conductas (Guerrero & Sánchez, 2005). Particularmente, de acuerdo a lo procedente de la entrevista con la terapeuta individual, la paciente durante el tratamiento comentó que se daba cuenta que tenía reacciones que no podía controlar, “lo hacía sin pensar, me salía así”, y que cuando pasaba ese momento le agarraba una crisis de llanto incontrolable y pedía perdón a las personas que consideraba que había lastimado o tratado de mala manera.

Por otra parte, cabe destacarse que el psiquiatra, en el marco de la entrevista, explicó que la vulnerabilidad emocional está siempre presente en las personas con TLP, la cual produce que la paciente sienta una emoción con una intensidad mayor que otra persona, incluso puede producir que sus reacciones sean extremas y que se dificulte el regreso al estado previo (Gagliesi, et al. 2007).

En resumen, puede decirse que de acuerdo con lo recogido en la entrevista con el psiquiatra, quien obró como admisor en la institución y luego fue parte integrante del tratamiento llevado a cabo en el lugar junto con las psicólogas de terapia individual y la del taller de grupo de habilidades, la paciente cumple con los criterios diagnósticos

establecidos en el DSM 5 para el TLP en razón de las características que reviste la misma. D. presenta desregulación emocional producto de una combinación de dos factores - vulnerabilidad biológica y ambiente invalidante- (Linehan, 1993a), que como consecuencia se suscitan oscilaciones en el estado de ánimo, situaciones de mucha activación emocional, conductas autolesivas, reacciones violentas o conductas agresivas con episodios de irritabilidad, ansiedad y angustia, sumados a un sentimiento crónico de vacío.

5.2. Describir las intervenciones psicoterapéuticas basadas en entrenamiento en habilidades realizadas durante el tratamiento individual y grupal

A fin de llevar a cabo el presente objetivo se llevaron a cabo distintas entrevistas con dos psicólogas y un psiquiatra quienes se encontraban al frente del tratamiento individual y grupal de la paciente. Asimismo, se observó la supervisión de la terapeuta individual en lo atinente con el caso analizado. Todos los profesionales son coincidentes en la gran importancia del aprendizaje de nuevas habilidades las que le permitieron mejorar las relaciones interpersonales, como así también, regular sus emociones y sus conductas (De la Vega Rodríguez & Sánchez Quintero, 2013). La profesional que trabaja en el taller grupal explica como es la dinámica de los encuentros, los cuales tienen una misma estructura. La duración total del taller es de seis meses y se puede reiterar en caso de ser necesario. La frecuencia de los encuentros es una vez a la semana y cada uno de los mismos tiene una duración de dos horas y media donde se realizan distintas actividades. Comienzan con un ejercicio de Mindfulness, para que los pacientes se conecten con el tiempo y el momento presente, es decir, el aquí y ahora. A continuación, se realiza una revisión de las tareas indicadas la semana anterior. Posteriormente, se explica el tema a desarrollar en la clase, la habilidad a trabajar, en un primer momento de forma teórica y luego en forma práctica. Para finalizar la clase se realiza un cierre y se indica la tarea para el próximo encuentro. Cabe destacarse que de lo que se desprende de las entrevistas, tanto con la terapeuta de grupo como con la terapeuta individual, es menester que previo al comienzo de una habilidad nueva se realice lo que denominan como psicoeducación, es decir, explicarle a la paciente cómo funciona el TLP, en qué consisten las habilidades, para que sirven y cuál es

la evidencia científica que respalda el uso de esas herramientas en la terapia (Boggiano & Gagliesi, 2018; Linehan, 1993a).

La DBT cuenta con diversas estrategias de intervención sobre la base de habilidades específicas para la problemática que presentan los pacientes con TLP. Durante el período de tratamiento la paciente D ha aprendido distintas habilidades las cuales se encuentran agrupadas en cuatro unidades, estos son; Habilidades de Mindfulness, Habilidades de Efectividad Interpersonal, Habilidades de Regulación Emocional y Habilidades de Tolerancia al Malestar y Aceptación Radical (Boggiano & Gagliesi, 2018; McKay et al., 2017; Linehan, 1993b).

Dentro del conglomerado de Habilidades de Mindfulness, una de las que más ha practicado la paciente, no solo en el taller sino en su terapia individual, es la de “mente sabia”, tal como indica Linehan (1993b) consiste en lograr una integración entre la denominada mente racional y la llamada mente emocional. De acuerdo a lo manifestado por la paciente a la terapeuta individual, presenta una clara inclinación a “actuar dejándose llevar por la mente emocional”. Ahondando en esa idea, D. se autopercibe como “muy impulsiva, super ansiosa” y que en determinados momentos se vuelve muy desconfiada. Indica que por momentos es “como si se nubla o ciega y actúa sin pensar, en caliente”. Esta descripción que establece la consultante es coincidente con el tipo de mente emocional, la cual se basa en las emociones, sentimientos y los impulsos de hacer o decir cosas (De la Vega Rodríguez & Sánchez Quintero, 2013; Elices & Cordero, 2011). En consecuencia, la paciente gran parte de su tiempo se encuentra en mente emocional, la cual depende de los humores, los estados de ánimo, emociones e impulsos. Tal como expresa Linehan (1993a), las personas con TLP se inclinan hacia la mente emocional lo que las lleva a incurrir en conductas autolesivas u otras conductas que le generen problemas.

Una de las actividades que la paciente manifiesta haber practicado con frecuencia es la de “preguntar a la mente sabia”, ello se lleva adelante inhalando cuando se pregunta y exhalando cuando se escucha la respuesta. Se debe realizar repetidas veces hasta encontrar una respuesta clara o aceptar que no hay una respuesta en ese momento. Las actividades de mente sabia tienden a que los pacientes alcancen una sabiduría profunda, esto es, un balance entre las dos mentes, un camino del medio (Boggiano & Gagliesi, 2018). Las

profesionales entrevistadas refieren que las habilidades deben aprenderse aún cuando no se necesitan, se comienza a practicarlas en un ambiente más amigable y fácil como es el consultorio del terapeuta o el taller grupal. Con el tiempo, al ser incorporadas al repertorio, se van a encontrar disponibles en los momentos necesarios y serán realizadas automáticamente como por ejemplo durante una crisis o cuando la paciente se encuentra muy activada emocionalmente (Boggiano & Gagliesi, 2018; Linehan, 1993b).

Otra de las habilidades utilizadas y practicadas tanto en la terapia individual como en el taller fue la de “describir”, esto es, colocarle un nombre a cada experiencia. Consiste en experimentar lo que está sucediendo por más doloroso que sea (Linehan 1993b). En este sentido, se debe reconocer y etiquetar cuando aparece un pensamiento, una emoción o una acción. Para llevar a cabo esta actividad las profesionales indican que la paciente debe seguir una serie de consignas donde debe identificar y describir el evento que desencadenó las experiencias físicas, las emociones y las interpretaciones de esas emociones. Asimismo, describir los hechos y separarlos de las opiniones, suposiciones y creencias (McKay et al., 2017; Linehan, 1993b).

Siguiendo dentro de las actividades de conciencia plena, la paciente ha practicado la habilidad denominada “con la mente en una sola cosa a la vez”, la cual consiste en elegir un evento determinado, y prestar toda la atención a ese único evento, por ende, se debe permanecer completamente aferrado al ahora, a ese momento, a esa realidad. Por ejemplo, si la paciente está trabajando, que se focalice solo en trabajar, si está caminando que solo se limite a caminar. En el supuesto en que aparece otro pensamiento o sentimiento que causan distracción, volver todas las veces que sean necesarias a lo que estaba haciendo. Asimismo, si la paciente se encuentra realizando dos cosas en simultáneo parar y volver a hacer solo una cosa a la vez (Boggiano & Gagliesi, 2018). D. le manifiesta a la terapeuta individual que le cuesta mucho distraerse o concentrarse en otra tarea o actividad cuando se le cruza el pensamiento o la imagen de que está haciendo su pareja, en particular, cuando este no le responde los Whats-App o los llamados telefónicos. De lo que surge de la entrevista con la terapeuta puede observarse que la consultante tiende a pensar, en esos momentos, que él la engaña con otra persona.

En cuanto a las Habilidades de Efectividad Interpersonal, la terapeuta individual y la del taller de grupo indican que D. si bien posee ciertas habilidades para relacionarse con sus pares, las dificultades aparecen al momento de aplicar las mismas en determinadas situaciones de mucha activación emocional en consonancia con lo explicado por Linehan, (1993b). Esta clase de habilidades promueve el desarrollo de la asertividad y la resolución de conflictos interpersonales, como así también, balancear el auto-respeto, la relación y los objetivos personales (Gagliesi, 2007; Kunnanatt, 2004; Linehan, 1993b).

Una de las habilidades practicada en varias ocasiones por la paciente es el denominado DEAR MAN, acróstico que hace referencia a un conjunto de habilidades utilizadas al momento de hacer un pedido a otra persona o a decirle no al pedido de otro sin ser agresivo, esto es, ser asertivo (Linehan, 1993b; McKay et al., 2017). La terapeuta individual indicó que para trabajar este grupo de habilidades le hizo hacer un guión imaginario para trabajar DEAR MAN, esto es, la paciente tuvo que describir una situación o problema que se genera en la relación de pareja, luego, expresar los sentimientos y opiniones en relación a esa situación usando frases como “yo siento que” o “yo deseo que”. A continuación, la paciente debe pedir lo que desea de forma asertiva entendiendo que su pareja no puede leer su mente y asumiendo que tampoco se imagina, ni sabe lo que desea si ella no se lo dice. Por último, debe reforzar o premiar a su pareja explicando las consecuencias de conseguir lo que desea. Luego de describir toda la situación, la terapeuta la invitó a practicar la escena con ella para luego llevar a cabo esta actividad en su vida cotidiana.

En el marco de las Habilidades Interpersonales, la paciente también ha practicado el llamado GIVE, la cual se aprende a fin de mantener la relación, en este caso, con su pareja, ya sea mostrándose más gentil e interesada en escuchar al otro (validar) y evitando el enojo y manteniendo el buen humor (Linehan, 1993b). La terapeuta individual, luego de que la paciente hiciera la actividad en el grupo de habilidades, le propuso practicar la habilidad con un integrante de la familia. La actividad consistía en seguir con los pasos estipulados por la palabra GIVE, frente a una situación de conflicto, ser cortés, es decir, no atacar verbal ni físicamente al otro, no amenazar, evitar juzgar al otro ni usar afirmaciones manipuladoras. Asimismo, mostrarse interesada en lo que el otro tiene que decir, escuchar

su punto de vista sin interrumpir ni hablar encima de la otra persona. Seguidamente, validar al otro, reconociendo los deseos y sentimientos y por último sonreír y si es posible utilizar el humor (Boggiano & Gagliesi, 2018).

En relación con las habilidades agrupadas como de Regulación Emocional, Linehan (1993b) explica que consiste en aprender a identificar, nombrar y describir las distintas emociones y poder relacionarlas con el contexto verificando los hechos y mirar la función que ellas cumplen. En este sentido las emociones son adaptativas, organiza y motivan las acciones, se encuentran ligadas a los valores de las personas, así como también comunican a otros el estado de las mismas e influyen a las propias personas –función validante- (Hayes et al., 2001, citado por Boggiano & Gagliesi, 2018; Linehan, 1993b). Las terapeutas individual y de grupo manifiestan haber trabajado con D. mediante distintas actividades en torno a la autoregulación de las emociones. Particularmente, la consultante identifica una emoción que prevalece en ella “el enojo” en relación con su pareja. La terapeuta individual observa que esta emoción aparece reiteradamente y se manifiesta en las conductas que realiza la paciente, como por ejemplo, intenta controlar la libertad de su pareja, aumento de la dependencia, reclamos y quejas frente a la falta de atención de su novio, así como interrogatorios y acusaciones de infidelidad. Asimismo, la paciente espía en todas las redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter) de su pareja para verificar con quienes interactúa.

Con el fin de lograr que D. pueda autorregularse emocionalmente la terapeuta primero explica que son las emociones y cómo funcionan (psicoeducación) y luego la invita a practicar algunas de las habilidades aprendidas en el taller grupal. En primer lugar, puede mencionarse la actividad de “verificar los hechos”, es decir, descubrir cuando las reacciones emocionales y las acciones son justificas y encajan en la situación. Por consiguiente, tal como explica (Linehan, 1993b), si se cambian las interpretaciones, supuestos y creencias para que encajen con los hechos, pueden modificarse las reacciones emocionales a la situación. La terapeuta individual explica que D. tiende a interpretar los hechos de modo tal que generan sentimientos de celos, “él me va a dejar”, “me engañó”, “me mintió”, “no significo nada para él”. La propuesta de la terapeuta es lograr que la paciente comprenda que las emociones son reacciones a pensamientos o interpretaciones y

no a los eventos en sí, por lo cual, cambiando esas creencias, supuestos e interpretaciones se pueden cambiar las reacciones emocionales frente a las situaciones.

Una segunda habilidad que la consultante ha practicado tanto en el taller grupal como en la terapia individual es la “acción opuesta” la cual consiste en actuar de un modo contrario a lo que la emoción impulsa a realizar, sirve para cambiar la respuesta conductual-expresiva, ya sea acciones o expresiones faciales o posturales. La presente habilidad funciona en los casos en que la emoción, su intensidad o duración, no está justificada por la situación o cuando la misma no es efectiva para esa situación (Boggiano & Gagliesi, 2018; Linehan, 1993b). En este sentido, la paciente ha practicado en el taller grupal y reforzó la actividad junto a la terapeuta individual, quien le propuso pensar en una situación hipotética para ensayar como actuaría frente a esa situación utilizando esta herramienta. La paciente identificó un hecho (el novio no le respondió los mensajes por Whats-App), luego realizó un reconocimiento de los impulsos de acción (bronca, enojo, ganas de llamarlo hasta que atienda el teléfono). En ese momento, la paciente debe pensar en actuar en forma opuesta a esos impulsos, para ello requiere identificar las acciones que son opuestas, y seguidamente, llevarlas adelante completamente, es decir, en la postura, en el tono de la voz, en la expresión facial, en el pensamiento y el discurso. La paciente pensó en buscar distracciones (ponerse a trabajar, llamar o visitar a una amiga, ir al gimnasio, ver una serie en Netflix). La terapeuta individual indica que es fundamental que la paciente continúe con algunas de esas acciones opuestas hasta que disminuya la emoción, y la misma debe repetirse una y otra vez hasta lograr que la sensibilidad emocional a ese evento desencadenante disminuya (Linehan, 1993b).

Con respecto al grupo integrado por Habilidades de Tolerancia al Malestar y Aceptación Radical, Linehan (1993b), expresa que son herramientas fundamentales para aprender a manejar el dolor en situaciones que no se pueden cambiar y aceptar la vida tal cual es en un determinado momento. Dentro de este grupo se mencionarán algunas de las cuales fueron practicadas por la paciente tanto en el taller como en la terapia individual.

Una de las habilidades que la terapeuta individual le propuso practicar luego de haberla aprendido en el taller es “decir en voz alta lo que se tiene que aceptar, decirlo una y otra y otra vez, en un tono de voz que comunique aceptación y creencia”. El mencionado

ejercicio, explica la terapeuta, se focaliza en trabajar con las creencias de la paciente en relación a intentar tener el control. Otra de las actividades en este mismo sentido que trabajó con la terapeuta individual es la “práctica de soltar los pensamientos”. La misma consiste en observar los pensamientos como si fueran olas que vienen y van, sin suprimirlos sin analizarlos, sin aferrarse a ellos, recordando que uno no es sus pensamientos. La paciente le expresó a la terapeuta que luego del ejercicio se sintió relajada y más aliviada.

En otra oportunidad, la terapeuta individual, le sugirió practicar la habilidad conocida como “STOP”, la cual como explican (Boggiano & Gagliesi, 2018) hace referencia a poder darse cuenta del impulso, esto es, que las emociones están tomando el control, y refrenar esas conductas impulsivas. En este caso, la paciente debe detenerse, frenarse, evitar actuar, seguidamente, dar un paso hacia atrás y respirar profundamente. La paciente escogió trabajar con la conducta de llamar en reiteradas oportunidades al novio cuando este no responde. A continuación, según lo estipulado por Linehan (1993b) se debe observar los hechos sin juzgarlos, ver las opciones que se encuentran disponibles en ese momento y actuar con mente sabia.

Otro de los ejercicios trabajados con D., tanto en el taller como en la terapia individual, es el denominado “Pros y Contras”, donde se realiza un listado donde se establezcan los pros y contras y leerla en los supuestos en que aumente el impulso de realizar la conducta problema, a fin de que dirija la mente hacia el camino de la aceptación (Boggiano & Gagliesi, 2018; Linehan, 1993b). La terapeuta manifiesta que es una elección que la paciente tiene que realizar una y otra vez.

Por otra parte, cabe destacarse la práctica de las habilidades de “distracción”, donde se busca reducir el contacto con los estímulos emocionales ya que las emociones pueden ser arrolladoras y no pueden ser procesadas en ese momento. Las distracciones pueden ser diversas, ya sea haciendo actividades agradables, teniendo pensamientos distractores, generando emociones opuestas, prestando atención a otra persona, con tareas o quehaceres o bien marchándose del lugar (Boggiano & Gagliesi, 2018; Linehan, 1993b; McKay et al., 2017). La terapeuta individual cuenta que la paciente, luego de una pelea o discusión con su novio, sentía mucha bronca, enojo y dolor y que en varias oportunidades había optado por realizar una conducta autolesiva, y que practicando esta habilidad tenía un abanico más

amplio de conductas alternativas a disposición para distraerse y que contrarrestan los pensamientos, imágenes y sensaciones que activan la emoción negativa. Dentro de ese repertorio, según lo señalado en la entrevista por parte de la terapeuta individual, la paciente le manifiesta que ha ensayado con D. algunas de ellas como por ejemplo llamar o visitar a una amiga, ponerse a trabajar, ver una serie en Netflix, escuchar música o ir al gimnasio.

Para finalizar, es menester hacer mención a la habilidad de “media sonrisa”, la misma consiste en tratar de aceptar la realidad con la cara, en este sentido, se debe relajar el rostro desde la punta de la cabeza hasta el mentón, dejar que las ambas comisuras de los labios se eleven sin necesidad que los otros lo vean y adoptar una expresión serena (Boggiano & Gagliesi, 2018). Linehan (1993b) manifiesta que adoptando una media sonrisa, se puede incrementar el control de las emociones, ya que estas están en cierto modo registradas por las expresiones faciales. La paciente le comentó a la terapeuta individual que intentaba llevar a cabo esta actividad al despertarse por la mañana, antes de comenzar a trabajar y cuando se da cuenta que se está enojando con su novio; inhala y exhala suavemente tres veces mientras mantiene la media sonrisa.

En síntesis, en este apartado se describieron las distintas actividades y ejercicios realizados por la paciente D. durante el período en que se llevó adelante el tratamiento psicoterapéutico en la institución. En la entrevista a la profesional encargada del taller en entrenamiento de habilidades se indagó acerca de las mismas, las que fueron aprendidas por la consultante en el taller grupal. Asimismo, de la entrevista individual se obtuvo información en relación a las habilidades que se practicaron durante las sesiones y que luego se llevaron a cabo en la vida cotidiana de la paciente. Dado que las habilidades se encuentran agrupadas en cuatro temáticas específicas (Habilidades de Mindfulness, Habilidades de Efectividad Interpersonal, Habilidades de Regulación Emocional y Habilidades de Tolerancia al Malestar y Aceptación Radical) se mencionó a las mismas siguiendo el orden establecido. No obstante ello, las actividades realizadas en el taller grupal no necesariamente son coincidentes al orden cronológico seguido durante la sesión individual de la paciente.

5.3. Analizar los cambios producidos en la sintomatología de la paciente al momento de la finalización del tratamiento de tipo Dialéctico Comportamental

En la presente sección se describen los cambios producidos en la sintomatología de la paciente, a lo largo del tratamiento realizado en la institución, a partir de las entrevistas realizadas al psiquiatra y a las psicólogas del taller grupal y la terapia individual de la paciente. En cuanto al tratamiento farmacológico, el psiquiatra indica que durante el tratamiento fue reduciendo la cantidad de psicofármacos, de conformidad con la buena evolución de la paciente, no obstante ello, continúa medicada solamente con Lamotrigina (estabilizador del ánimo) como mantenimiento en virtud de que los estabilizadores del ánimo serían los que mejores resultados han arrojado en el TLP, de acuerdo a los estudios realizados por Lieb et al. (2010) y Stoffers y Lieb (2015). Asimismo, indica que la paciente dejó de realizarse autolesiones (cortes en los brazos) ni conductas autodestructivas (sobreingesta de fármacos). Tampoco presenta conductas problemáticas.

En relación al tratamiento psicoterapéutico cabe destacarse que de acuerdo a lo recabado de las entrevistas la paciente desde el comienzo de su tratamiento, acordó un compromiso con la terapeuta individual y empezó a trabajar sobre las conductas problema. La paciente, según lo que expresan las psicólogas, mostró desde un principio una buena predisposición y colaboración con las profesionales logrando una relación terapéutica de confianza y positiva. Según el relato de la terapeuta individual los episodios de irritabilidad y agresividad (como por ejemplo los momentos de ira donde rompía cosas de la casa o golpeaba la puerta y las paredes de su habitación), con posteriores ataques de llanto y angustia disminuyeron considerablemente en los primeros meses de tratamiento como así también los arrebatos de impulsividad. En este sentido, debe recordarse que las conductas impulsivas aparecen como alternativa para regular las emociones y resolver los problemas (Boggiano & Gagliosi, 2018).

En cuanto a la utilización de habilidades aprendidas en el taller grupal durante el tratamiento, cabe destacarse que la paciente asistió a todas clases cumpliendo con cada tarea que se le fue solicitando durante los encuentros. La paciente le cuenta a la terapeuta individual que ella veía siempre el lado negativo de las cosas y pensaba en lo peor pero el

participar del grupo de habilidades me ayudó a ver las cosas de otra manera, a entenderse y ver que no era la única que le pasaban estas cosas. Cabe recordarse que el taller grupal les permite a los integrantes del mismo observar las interacciones propias y ajenas en un ambiente donde se les brinda apoyo constantemente (Beck et al., 1995).

En relación a las Habilidades de Mindfulness, D. indica que al principio le costaba incluir los ejercicios de Mindfulness en su vida cotidiana, entendiendo que se debía a que nunca antes había hecho ningún tipo de meditación, tampoco había practicado Yoga, por lo que le resultaba muy ajeno a su vida. No obstante ello, luego de varios meses de tratamiento la paciente fue incorporando varias habilidades de conciencia plena. Entre ellas, la paciente manifiesta haber empezado a encontrar la “mente sabia”, empleando el ejercicio de “preguntar a la mente sabia”, inhalando cuando se pregunta y exhalando cuando se escucha la respuesta, integrando la mente emocional con la mente racional (Linehan, 1993b). Si bien en un comienzo no hallaba respuestas pero poco a poco se fue conociendo más. Refiere que este ejercicio le resulta útil al momento de tomar decisiones.

Otra de las herramientas de conciencia plena incorporada es la de “describir”. De la entrevista con la terapeuta individual surge que la paciente fue aprendiendo a identificar y distinguir cada una de las emociones que le suceden sobre todo en los momentos en que discute con su pareja. Asimismo, intenta darse cuenta cuando interfiere una creencia o un juicio para evitar confundirlos con los hechos tal como afirman McKay et al. (2017). Según lo explicado por la terapeuta individual, la paciente presentaba dificultades para focalizar en el momento presente, en particular luego de discutir con su novio, indica que se quedaba rumiando varias horas y días con lo que había pasado. Sin perjuicio de ello, con la practica realizada con la terapeuta de “describir” había podido bajar la intensidad de las emociones, desapegarse de los pensamientos sobre la pelea con su novio y reírse de los mismos lo que le causaba desahogo y cierta paz.

Con respecto a las Habilidades de Efectividad Interpersonal, de acuerdo a lo recolectado de las entrevistas con terapeuta individual y la del taller de grupo, puede indicarse que D. no presenta dificultades para relacionarse con sus pares, ha disminuido notablemente la conflictividad con su pareja en función de la incorporación y desarrollo de la asertividad y el auto-respeto. Una de las habilidades que la paciente cuenta que utiliza en

forma habitual es el uso de frases como “yo siento que” o “yo deseo que”, dejando de lado las frases “yo necesito” o “vos deberías”. La paciente describió una situación a su terapeuta individual, donde se encontraba conversando con el novio y este último se puso a mirar el celular dejando de prestarle la atención que requería D., por lo que decidió expresarle de “buena manera”, pidiéndole por favor que dejara el celular porque estaban charlando y ella deseaba terminar la charla, y que sentía que él no le estaba prestando atención suficiente a la charla, logrando que el novio dejara el celular en la mesa y la escuchara. Finalmente, le agradece a su pareja por cumplir con el pedido. La presente descripción muestra como D. logró ser asertiva con un pedido hacia su pareja utilizando la habilidad conocida como DEAR MAN (Linehan, 1993b; McKay et al., 2017).

En relación con las habilidades de Regulación Emocional, las terapeutas cuentan en las entrevistas realizadas que la paciente a lo largo del tratamiento disminuyó la dependencia hacia su pareja, menguaron los reclamos y discusiones con su pareja en torno a los celos. Asimismo la paciente indica que ya no revisa las redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter) en busca de una hipotética infidelidad. La terapeuta individual manifiesta que mediante distintas actividades en torno a la autoregulación de las emociones D. comenzó a regular los impulsos y las reacciones emocionales. La paciente refiere a su terapeuta que cuando observa que aparecen pensamientos como “él está con otra”, “me engañó”, “me mintió” empieza a ejercitar la actividad de “verificar los hechos”, prestando atención a sus reacciones emocionales y las acciones son justificadas y encajan en la situación (Linehan, 1993b) y que eso la calma y se da cuenta de que esos pensamientos o interpretaciones no son los hechos en sí. Sin perjuicio de ello, dado que en ocasiones no es suficiente ese ejercicio, debe recurrir a otra habilidad para disminuir la intensidad o duración de la emoción ya que la misma no es efectiva ni está justificada (Boggiano & Gagliesi, 2018; Linehan, 1993b), como por ejemplo la “acción opuesta”. La terapeuta individual refiere una situación en la cual la paciente llevó adelante la mencionada habilidad. Relata que D. y su novio habían discutido y que no hablaron más el resto del día. La paciente indica que intentó primero con un ejercicio de Mindfulness y luego con “verificar los hechos” pero no dieron resultado por lo que acudió a la “acción opuesta”, y comenzó a buscar distracciones y terminó yendo a la casa de una amiga donde organizaron

un encuentro con varias amigas más y se quedaron a comer allí. En consecuencia, D. consiguió disminuir la emoción hasta logró que la sensibilidad emocional a ese evento desencadenante disminuya (Linehan, 1993b).

Con respecto a las Habilidades de Tolerancia al Malestar y Aceptación Radical, de acuerdo a lo recabado en las entrevistas con la terapeuta individual y del taller de grupo, la paciente ha podido incorporar y aplicar varias habilidades en su vida cotidiana, aprendiendo que hay situaciones que no pueden cambiarse y hay que manejar el dolor aceptando la vida tal cual es (Linehan, 1993b). Una de las habilidades que la terapeuta individual refiere que fue aplicada por la paciente luego de haberla aprendido en el taller es “decir en voz alta lo que se tiene que aceptar”. Las frases que la paciente manifestó fueron en relación al intento de tener el control sobre la relación con su pareja y sobre aceptarse tal como es. En la misma línea, la paciente aplicó otra de las habilidades denominada “práctica de soltar los pensamientos”, la cual le sirvió para evitar aferrarse a los pensamientos y dejarlos pasar.

Otra de las habilidad puesta en práctica, en la vida cotidiana, por la paciente fue la denominada “STOP”, dado que según lo recabado en la entrevista con la terapeuta individual, la paciente tenía dificultades para controlar y refrenar las conductas impulsivas. Refiere que en distintas oportunidades tenía el impulso de llamar por teléfono al novio, si este no respondía sus mensajes de Whats App, de revisarle las redes sociales a su pareja, así como también el celular (aparato móvil). Esta habilidad le ayudó a darse cuenta cuando las emociones estaban tomando el control y detenerse, dar un paso hacia atrás (sea mentalmente o físicamente) y respirar profundamente (Boggiano & Gagliesi, 2018), evitando de esta forma poner en marcha conductas problemas.

La terapeuta individual informa durante la entrevista que la consultante también contaba con un abanico más amplio de conductas alternativas a disposición para distraerse y contrarrestar de este modo los pensamientos, imágenes y sensaciones que activaban las emociones negativas. Previamente a la incorporación de estas habilidades, D., luego de una pelea o discusión con su novio, sentía mucha bronca, enojo y dolor y optaba por realizar conductas desadaptativas o autolesivas, pero luego de las sucesivas prácticas aprendidas como por ejemplo de “distracción”, la paciente optaba por comportamientos alternativos y funcionales tales como realizar actividades agradables, teniendo pensamientos distractores,

generando emociones opuestas, prestando atención a otra persona, con tareas o quehaceres o bien marchándose del lugar (Boggiano & Gagliesi, 2018; McKay et al., 2017; Linehan, 1993b). Ejemplos de ello pueden ser llamar o visitar a una amiga, ponerse a trabajar, ver una serie en Netflix, escuchar música o ir al gimnasio.

Dentro del repertorio de habilidades llevadas a cabo por la paciente, tal como manifiesta la terapeuta en la entrevista, es la “media sonrisa”, la cual adopta en los momentos en que se enoja con su pareja, sus padres o con su jefe; inhala y exhala suavemente tres veces mientras mantiene la media sonrisa (Boggiano & Gagliesi, 2018; Linehan, 1993b), a su vez suele repetir en forma de broma “tengo que aceptar las cartas que me tocaron aunque no me gusten”, (frase aprendida en el taller grupal de habilidades). En este sentido, la terapeuta individual manifiesta que la “media sonrisa” y la utilización del humor ha contribuido a incrementar el control de las emociones.

Por otra parte, cabe destacarse que D. contó con el acompañamiento de sus padres los cuales se mostraron colaboradores y comprometidos respecto al tratamiento y brindaron el apoyo y cuidado necesario. Asimismo, ambos padres concurren al taller de orientación destinado a padres y particularmente la madre realizó el taller de psicoeducación y entrenamiento en habilidades a fin de obtener la información idónea para poder comprender el TLP y actuar de manera efectiva. Todo ello contribuyó notablemente en el tratamiento de la consultante. Debe recordarse que el mencionado taller enseña habilidades a los padres con la finalidad de mejorar la relación familiar, incrementando la comunicación y disminuyendo el estrés producido, generando de esta manera una mejor calidad de vida de todo el grupo familiar (Gagliesi et al., 2007).

Como corolario, puede observarse que en esta sección se realizó un análisis acerca de los cambios producidos en la sintomatología de la paciente a lo largo del tratamiento en la institución clínica. Asimismo, se mencionaron los cambios producidos por efecto de la incorporación y aplicación de las distintas habilidades aprendidas en el taller grupal, y profundizadas y ensayadas durante la terapia individual. Si bien la paciente aún tiene baja tolerancia a la frustración, ha podido ir regulando sus emociones, como así también consiguió modificar sus conductas autolesivas y desadaptativas, y reemplazarlas por otras más funcionales (Elices & Cordero, 2011). De esta forma logró ampliar su repertorio

conductual y buscar alternativas en las distintas situaciones que se le presentan, alcanzando generalizar las habilidades a su ambiente y a su vida cotidiana.

6. Conclusiones

El presente trabajo se llevó a cabo a partir de la práctica profesional realizada en una institución clínica que se especializa en el tratamiento de personas que padecen TLP y cuyo principal meta es ayudar a los pacientes a “construir una vida que valga la pena ser vivida” (Gagliesi, 2007, p. 18). La institución ofrece como propuesta psicoterapéutica para los mencionados trastornos la DBT, modelo inmerso dentro de las terapias de tercera ola y cuyos resultados tienen como base la evidencia empírica. Asimismo, es uno de los tratamientos que ha mostrado mayor eficacia en relación a la problemática estudiada (Linehan et al., 1991).

En cuanto a los objetivos que fueron planteados en el Trabajo Final Integrador, se considera que han sido cumplidos de manera satisfactoria dado que se logró analizar el tratamiento psicoterapéutico llevado adelante por la paciente D. en la institución clínica. Asimismo, se efectuó una descripción de los síntomas presentados por la paciente, previo al comienzo del tratamiento de la misma. A su vez, se detallaron las intervenciones psicoterapéuticas llevadas adelante por los profesionales intervinientes en el tratamiento y los posteriores cambios producidos en la sintomatología de la paciente. Para desarrollar el proceso llevado a cabo fue menester realizar observaciones participante en las diferentes actividades ejecutadas en el taller grupal de entrenamiento en habilidades, observaciones no participante en las supervisiones de la terapeuta individual respecto a la paciente para tomar conocimiento de las características y desempeño de la misma, asistencia a cursos de posgrado y demás actividades formativas propuestas por la institución. Asimismo, se recabó información de las entrevistas llevadas adelante a los profesionales que estuvieron a cargo y acompañaron en el tratamiento de la paciente, ellos son, la terapeuta individual, cuya información fue de gran utilidad para detallar las conductas problemáticas, los objetivos a alcanzar en el tratamiento, los progresos obtenidos y los detalles de las intervenciones. El psiquiatra cuyo aporte fue de suma importancia para conocer precisiones sobre el tratamiento farmacológico. Por último, la profesional a cargo de la coordinación del taller

grupal en entrenamiento en habilidades cuya información ha servido para obtener mayores detalles respecto a los avances en el tratamiento y las actividades realizadas con los pacientes.

Particularmente, en relación a los objetivos específicos, se cumplió con la descripción del conjunto de síntomas que padece la paciente, revistiendo las características estipuladas para el TLP en función con los criterios diagnósticos establecidos en el DSM 5. La paciente presenta desregulación emocional producto de una combinación de dos factores -vulnerabilidad biológica y ambiente invalidante- (Linehan, 1993a). Asimismo, presenta oscilación del estado de ánimo, conductas autolesivas, reacciones violentas con episodios de irritabilidad, ansiedad y angustia, sumados a un sentimiento crónico de vacío.

Por otra parte, se consiguió describir las distintas actividades y ejercicios realizados por la paciente D. durante el período en que se llevó adelante el tratamiento psicoterapéutico en la institución. En las distintas entrevistas a las profesionales se indagó acerca del conglomerado de habilidades que se enseñan en el taller de acuerdo a las temáticas determinadas -Habilidades de Mindfulness, Habilidades de Efectividad Interpersonal, Habilidades de Regulación Emocional y Habilidades de Tolerancia al Malestar y Aceptación Radical- (Boggiano & Gagliesi, 2018; Linehan, 1993b; McKay et al., 2017), y las intervenciones particulares implementadas durante el tiempo de tratamiento.

En relación a los cambios producidos en la sintomatología de la paciente a lo largo del tratamiento realizado en la institución clínica, puede decirse que se cumplió con el objetivo dado que se mencionaron los cambios producidos por efecto de la incorporación y aplicación de las distintas habilidades aprendidas en el taller grupal, y profundizadas durante la terapia individual, como así también las modificaciones de las conductas autolesivas y desadaptativas, las que fueron progresivamente reemplazarlas por otras más funcionales (Elices & Cordero, 2011).

En cuanto a las limitaciones puede mencionarse la falta de acceso a la historia clínica y los registros diarios de la paciente, elementos que tienen una importancia notable en cuanto a la información que se vuelca respecto a la sintomatología del paciente y aspectos de la personalidad de la paciente. Asimismo, la imposibilidad de realizar una

entrevista con la paciente disminuyó la cantidad de información que podía obtenerse respecto a sus metas, objetivos, valores y proyectos. Por lo tanto, solo se desarrollaron los objetivos tomando en cuenta lo recolectado en la entrevistas a los profesionales.

En segundo término, cabe hacer hincapié que, en relación al desarrollo bibliográfico, se observa la escasa variedad de autores que tratan la temática específica del entrenamiento en habilidades debiendo remitirse a los mismos autores, esto es, a la creadora de la terapia Marsha Linehan y a sus colaboradores o discípulos, para el desarrollo del mencionado apartado, a pesar de que existe una mayor variedad de autores en torno al tratamiento de DBT en su conjunto.

Otro aspecto a remarcar de la DBT es que al ser un modelo con un protocolo estandarizado y rígido puede llevar a limitar los aportes personales de los profesionales al momento de realizar intervenciones, a diferencia de un modelo más flexible que promueve la creatividad y la innovación de la psicoterapia. En este sentido, sin perjuicio de la eficacia de la estructura del tratamiento junto con los protocolos de actuación, el hecho de que fuera tan estructurado (de acuerdo a lo observado en las supervisiones realizadas en el marco de la residencia) puede generar una tendencia a homogeneizar tanto a los terapeutas como a los pacientes los cuales presentan diferentes historias personales así como también diversas problemáticas vitales.

Por otra parte, puede mencionarse como limitación el hecho de no haber podido participar de todas las clases de entrenamiento de habilidades (por la limitante de cupos) lo que hubiera significado obtener mayor información teórica, práctica y experiencial de las habilidades enseñadas.

En lo referente al aporte personal podría proponerse incorporar el entrenamiento en habilidades como actividad de psicoeducación en los colegios secundarios a fin de incorporar herramientas que puedan ayudar a las personas tener un mejor desarrollo en las distintas esferas de la vida y un mayor repertorio conductual para evitar caer en conductas desadaptativas o disfuncionales. Todo ello en función de que el comienzo del desorden en estudio se exterioriza durante el recorrido de la adolescencia y se extiende en la edad adulta (Gagliesi et al, 2007; Miller et al., 2008). Asimismo, es apropiado hacer hincapié en que la paciente D. ha manifestado, tanto al psiquiatra en la entrevista de admisión como a su

terapeuta individual y de acuerdo a lo que surge de las entrevistas a dichos profesionales, que el comienzo de la sintomatología habría acaecido durante la adolescencia. En otro orden de ideas, sería interesante aprovechar el modelo propuesto por Linehan y ampliarlo al sistema de salud público ya que al ser un modelo desarrollado en instituciones privadas y costoso, en términos económicos, muchas personas que padecen TLP quedan por fuera debido a la imposibilidad de costear el tratamiento.

Por último, en cuanto a las nuevas líneas de investigación, sería interesante profundizar las investigaciones respecto a la farmacología utilizada en pacientes con TLP, sin perjuicio de que hasta el momento han sido los estabilizadores de ánimo los que mejor resultado proporcionaron a la población que sufre de TLP (Lieb et al., 2010; Stoffers & Lieb, 2015), los mismos no han sido determinantes, y en consecuencia, podrían ampliarse las investigaciones en este sentido y a su vez a fin de disminuir la combinación de fármacos administrados, así como también, para encontrar el o los fármacos que con mayor precisión y especificidad contribuyan de manera más efectiva con el tratamiento psicoterapéutico.

Por otro lado, en relación con el aprendizaje de las habilidades, es menester enfatizar en la posibilidad de ampliarse las investigaciones para precisar el impacto que las mismas en el mediano y largo plazo, a través de un seguimiento, luego de que los pacientes hayan finalizado el tratamiento, tal como sugieren Kliem et al., (2010) y Paris, (2010). Ello así, a fin de observar la influencia y eficacia del aprendizaje del conjunto de habilidades en el afrontamiento y la resolución de los problemas de la vida diaria. Cabe destacarse que si bien se han realizado diversas investigaciones que demuestran la eficacia del tratamiento de DBT en su conjunto, incluso se sostenían luego del año de finalización del tratamiento (Linehan et al., 1993), las mismas abarcan el conjunto de las intervenciones y no las habilidades de forma concreta y aisladamente.

7. Referencias Bibliográficas

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition DSM-5*. Washington: American Psychiatric Publishing.

- Apfelbaum, S. & Gagliesi P. (2004). El Trastorno Límite de la Personalidad: consultantes, familiares y allegados. *Vertex*, 15, 295-302.
- Baer, R. A. (2015). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. New York: Academic Press.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Boggiano, J. P. & Gagliesi, P. (2018). *Terapia Dialéctico Conductual. Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional*. Buenos Aires: Tres Olas.
- Clarkin, J. F., Marziali, E. & Munroe-Blum, H. (1991). Group and Family Treatments for Borderline Personality Disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 42(10), 1038-1043.
- De la Vega Rodríguez, I. & Sánchez Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción psicológica*, 10(1), 45-56.
- Del Arco, N., & García, C. R. (2005). Habilidades sociales, clima social familiar y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Liberabit*, 11(11), 63-74.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2003). *Psicología de las habilidades sociales: terapia y educación*. Barcelona: Paidós.
- Delgado Pastor, L. C., & Kareaga, A. A. (2011). La ansiedad generalizada y su tratamiento basado en mindfulness. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 99(5), 50-65.
- Diaz-Marsa M., González Bardanca, S., Tajima, K., García-Albea, J., Navas, M., Carrasco, J. L. (2008). Tratamiento biológico del trastorno límite de personalidad. *Actas Esp. Psiquiatr.*, 36, 39-49.
- Elices, M., & Cordero, S. (2011). La Terapia Dialéctico Conductual para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(03), 132-152.
- Gagliesi, P. (2007). Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento del Desorden Límite de la Personalidad. *Revista Persona*, 7(Suplemento I), 1-21.

- Gagliesi P. (2009). Terapia Conductual Dialéctica para consultantes con Desorden Límite de Personalidad. En Koldobsky N. *Trastornos de Personalidad: Aspectos Generales para su tratamiento*. (pp. 101-21). Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Gagliesi, P. Lencioni, G., Pechon, C., Apfelbaum, S., Boggiano, J. P., Herman, L., Stoewsand, C., & Mombelli, M. (2007). Manual de Psicoeducación para Consultantes con Desorden Límite de la Personalidad, sus Familiares y Allegados. Fundación Foro. Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.fundacionforo.com/uploads/pdfs/archivo44.pdf>.
- Gempeler J. (2008). Terapia conductual dialéctica. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 37 (1): 136-47.
- Germer, C. Siegel, R. D. & Fulton, P. R. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Guerrero, L. G., & Sánchez, J. I. R. (2005). Agresividad y delictología en el trastorno límite de personalidad. *Psicopatología clínica legal y forense*, 5(1), 107-126.
- Gunderson, J. G., Chu, J. A. (1993). Treatment implications of past trauma in borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(2), 75-81. Doi: 10.3109/10673229309017062.
- Gunderson, J. G., & Links, P. S. (2008). *Borderline personality disorder: a clinical guide* (2 ed.). Washington D C: American Psychiatric Publishing.
- Gunderson, J. G. (2009). Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *The American Journal of Psychiatry*, 166(5), 530–539. Doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08121825.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies The Waves of Behavior Therapy. *Behavior Therapy*, 35, 639–665.
- Kabat-Zinn J. (2003). Mindfulness based intervention in context: Past, present and future. *Clin Psychol Sci Pract.*, 10, 144-56.

- Kliem, S., Kröger, C. y Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a metaanalysis using mixedeffects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 936-951.
- Kunnanatt, J. T. (2004). Emotional intelligence: The new science of interpersonal effectiveness. *Human resource development quarterly*, 15(4), 489-495.
- Lieb, K., Völlm, B., Rucker, G., Timmer A. & Stoffers, J. M. (2010). *The British Journal of Psychiatry*, 196, 4–12. doi: 10.1192/bjp.bp.108.062984.
- Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M.M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364, 453-461. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6.
- Lincioli G. & Gagliesi P. (2008). Asistencia telefonica: una aproximación desde la terapia dialectico-conductual, en pacientes borderline. Recuperado de: <http://www.slideshare.net/soyborderline/asistencia-telefonica-unaaproximacion-desde-la-terapia-dialectico-conductual-en-pacientesborderline>.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. (1997). Validation and psychotherapy. En A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*. (pp. 353–392). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- 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*. Dec,48(12). 1060-4. Doi: 10.1001/archpsyc.1991.01810360024003.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K. & Lindenboim, M. (2006). Two-year

randomized controlled trial and followup of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757-766.

Linehan M. M., Dimeff L. A., Reynolds S. K., Comtois K. A., Welch S. S., Heagerty P., et al. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend.* 1;67(1), 13-26. Doi: 10.1016/s0376-8716(02)00011-x.

Linehan, M. M., Heard H. L. & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1993, 50(12). 971-4. Doi:10.1001/archpsyc.1993.01820240055007.

Linehan MM, Schmidt H, 3rd, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA Linehan MM, Schmidt H, 3rd, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict. Fall.* 8(4), 279-92. Doi: 10.1080/105504999305686.

Lynch T., Trost W., Salsman N., & Linehan M. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*. 3, 181–205.

Mañas, I. (2009). Mindfulness (Atención Plena): La meditación en psicología clínica. *Gaceta de psicología*, 50(1), 13-29.

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.

McKay, M., Wood, J. C. & Brantley, J. (2017). *Manual práctico de Terapia Dialéctica Conductual*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

- Mosquera, D., & González, A. (2013). Terapia EMDR en el trastorno límite de personalidad. *Acción Psicológica*, *10*(1), 85-96.
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical Behavior Therapy Skills use as a Mediator and Outcome of Treatment for Borderline Personality Disorder. *Behaviour reserch and Therapy*, *48*(9), 832–839. doi: 10.1016/j.brat.2010.05.017.
- Oldham, J. M. (2004). Borderline Personality Disorder: The Treatment Dilemma. *Journal of Psychiatric Practice*, *10*(3), 204-206.
- Organización Mundial de la Salud (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Paris, J. (2010). Effectiveness of different psychotherapy approaches in the treatment of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, *12*(1), 56-60.
- Roca, E. (2003). *Cómo mejorar tus habilidades sociales. Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional*. Valencia: ACDE.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2008). *Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Serrani D. (2011). Terapia dialéctica comportamental en el tratamiento del trastorno límite de personalidad. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, *17*(2), 169-88.
- Stahl, B., & Goldstein, E. (2011). *Mindfulness para reducir el estrés: una guía práctica*. Barcelona: Kairós.
- Stoffers, J. M., Lieb, K. (2015). Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder—Current Evidence and Recent Trends. *Curr Psychiatry Rep* *17*, 534. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0534-0>.
- Telch C. F., Agras W. S., Linehan M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol*. Dec.69(6), 1061-5. Doi: 10.1037//0022-006x.69.6.1061.
- Teti, G. L., Boggiano, J. P., & Gagliesi, P. (2014). Dialectical-Behavior Therapy: A possible treatment for patients with severe disorders. *Vertex*, *26*(119), 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. Doi: 10.20453/rnp.v79i2.2834.
- Walsh, B.W. (2006). *Treating Self-Injury. A Practical Guide*. New York: The Guilford Press.