

UNIVERSIDAD DE PALERMO
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Tratamiento de Terapia Dialéctico-comportamental y seguimiento en trastorno límite de personalidad.

Alumno: Mateo, Gabriel

Tutor: Bulacio, Juan Manuel

Fecha: 17/06/19

Índice

1. Introducción	2
2. Objetivos	2
2.1 Objetivo General	2
2.2 Objetivos específicos	2
3. Marco Teórico	3
3.1 Definición de adolescencia	3
3.2 Trastorno Límite de Personalidad	4
3.2.1 Definición	4
3.2.2 Diagnostico y sintomatología	5
3.2.3 Prevalencia, comorbilidad y diagnósticos diferenciales	6
3.2.4 Teoría biosocial	8
3.2.5 Trastorno Límite de Personalidad en Adolescentes	9
3.3 Conductas Autolesivas	10
3.4 Terapia Dialéctica Conductual (DBT)	10
3.4.1 Origen y características generales	10
3.4.2 Validez del tratamiento	10
3.4.3 Programa de tratamiento	12
3.4.4 Terapia individual	12
3.4.5 Entrenamiento en habilidades	13
4. Metodología	17
4.1 Tipo de estudio	17
4.2 Participantes	17
4.3 Instrumentos	17
4.4 Procedimiento	18
5. Desarrollo	19
5.1 Objetivo 1	19
5.2 Objetivo 2	21
5.3 Objetivo 3	24
6. Conclusiones	25
7. Referencias Bibliográficas	29

1. Introducción

En el marco de la materia Práctica y Habilitación Profesional V de la carrera de Psicología de la Universidad de Palermo se asistió a una institución privada de tratamiento psicológico del barrio de Belgrano. Esta institución se encarga de la asistencia, tratamiento y seguimiento de diversas patologías utilizando estrategias interdisciplinarias entre el tratamiento psicoterapéutico (grupal e individual) y farmacológico. Si bien la institución se caracteriza por un abordaje sistémico se pueden apreciar la utilización de distintas teorías y estrategias en la práctica con el objetivo de lograr un mejor resultado en el tratamiento ante diversas problemáticas. Los pacientes pueden ser derivados de distintas instituciones o bien presentarse por cuenta propia, en ambos casos se realiza primero una entrevista en la que se indaga sobre la problemática que lo trae a consulta. Una vez concluida esa primera entrevista se deriva al paciente al profesional o grupo terapéutico que se considera más adecuado para el problema presentado. La institución cuenta con dos grupos terapéuticos especializados en *Dialéctica Behavior Therapy* (DBT o Terapia Dialéctico-comportamental) enfocados al tratamiento de personas con trastorno límite de la personalidad. Los grupos se dividen entre el grupo de DBT para adolescentes y el grupo de adultos.

El presente trabajo tiene como objetivo detallar el proceso de primera entrevista del centro y paso por los distintos grupos de DBT de una paciente adolescente con trastorno límite de la personalidad.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Analizar el tratamiento grupal de DBT de una paciente adolescente y su evolución en relación a las conductas autolesivas.

2.2 Objetivos específicos

- Describir los síntomas del trastorno de límite personalidad al iniciar el tratamiento y los criterios utilizados para su derivación al grupo de DBT.
- Describir las habilidades específicas de DBT adquiridas por la paciente durante el tratamiento en el grupo de adolescentes.
- Describir y analizar los cambios producidos en la paciente en relación a las conductas autolesivas luego de tres años de tratamiento.

3 - Marco Teórico

3.1. Definición de adolescencia

Las distintas definiciones de adolescencia, ya sean actuales o tradicionales, se basan en el rango de edad que va a aproximadamente de los 12 a los 18 años, los cuales coinciden con la etapa de la secundaria en el sistema educativo. Asimismo, la secundaria es una etapa significativa, generalmente idealizada y romantizada culturalmente dentro de la sociedad occidental. De esta manera se puede decir que la adolescencia comienza con la entrada a la etapa escolar denominada “secundaria” y termina cerca de los 18 al finalizar la misma (Curtis, 2015).

Incluso, Curtis (2015) postula que no hay un constructo correcto del desarrollo transicional de la adolescencia y cualquier definición de la misma es entendida como un continuum altamente variable dependiendo del contexto y sujeto a la cultura e influencias temporales. Como la ciencia del desarrollo humano demuestra, también lo es el entendimiento del desarrollo adolescente. Sin embargo, la apreciación la consistencia de la descripción del término adolescencia es esencial para el estudio de la misma y enfocados en el desarrollo de programas para la salud adolescente.

La adolescencia es un fenómeno que también comprende principalmente, elementos de crecimiento biológico y una transición importante en los roles sociales, los cuales han ido cambiando con el tiempo. La pubertad temprana ha acelerado el inicio de la adolescencia en casi todas las poblaciones, mientras que la comprensión del crecimiento continuo ha elevado el punto final hasta ya entrados los 20 años. Paralelamente, el retraso en el tiempo de transición de los roles sociales, como la finalización de educación, el matrimonio y la paternidad, continúa cambiando las percepciones populares de cuando comienza la edad adulta. Podría decirse que el período de transición de la infancia a la adultez ocupa una mayor parte en el curso de la vida en una etapa en la que fuerzas sociales sin precedentes como el marketing y los medios digitales afectan la salud y el bienestar a lo largo de los años. Por esta razón una definición más amplia e inclusiva de la adolescencia es esencial para el desarrollo de leyes, políticas sociales y sistemas de salud. En lugar de los 12-18 años de edad, una definición de 10 a 24 años comprende más estrechamente el crecimiento de los adolescentes y la comprensión popular de esta fase de la vida (Sawyer, Azzopardi, Wickremarathne, & Patton, 2018).

3.2 Trastorno Límite de Personalidad

3.2.1 Definición

Para tener un mejor entendimiento acerca del Trastorno Límite de Personalidad, es importante primero definir el concepto de personalidad. En primer lugar, según la American Psychological Association (2005) la personalidad puede describirse como patrones persistentes dentro de las formas de percibir, relacionarse y pensar sobre uno mismo y el entorno. Estos patrones, los cuales se ponen en manifiesto en la mayoría de los contextos, pasan a ser patológicos solo cuando son inflexibles, desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo.

A su vez, puede entenderse la personalidad en función de distintos modelos teóricos. En ese sentido, Freud (1923) propone tres tipos de estructuras psíquicas distintas: Neurótico, psicótico y perverso. El sujeto devendrá en alguno de estos tres tipos dependiendo de cómo se forme su aparato psíquico, que a su vez dependerá de cómo atraviese el complejo de Edipo y el complejo de castración. La psiquis humana se divide en tres estructuras. En primer lugar, se encuentra el *ello*, el cual es primitivo y la fuente de los impulsos biológicos y se encuentra dentro del inconsciente. En segundo lugar, se encuentra el *yo*, el cual se encuentra en el consciente y es la parte más racional del sujeto. Por último, el *súper yo* funciona como la “conciencia moral”. Esta última estructura se forma a través de la interiorización de las normas sociales y culturales. En la interacción entre estas tres estructuras psíquicas podemos decir que se genera la personalidad de la personal.

Desde una perspectiva cognitiva, Beck, Freeman y Davis (1990) entienden a la personalidad como un conjunto particular de esquemas cognitivos con el que el individuo selecciona y organiza la experiencia y que se plasman en una serie de estrategias emocionales y de conducta habituales que caracterizan cada una en particular.

El enfoque sistémico define a la personalidad como la dimensión individual de la experiencia relacional acumulada. Es decir, como ya Bateson había establecido en su concepto de *crismogénesis*, las personas son mayormente moldeadas y definidas por la relación con otros y un entorno. Estas experiencias se dan dentro de un espacio temporal, la personalidad se define en base a nuestra historia. Al mismo tiempo la historia es continuamente reescrita y reformulada en el presente, por eso podemos decir que la personalidad también se construye dentro de un dialogo continuo entre el pasado y el presente. Es importante destacar que esta teoría también pone el foco en el aspecto biológico y cultural, ya que el sistema nervioso central es el “hardware” de la personalidad y esta esta en marcada y sobredeterminada por la cultura. Para construir una personalidad madura, desde niño es necesario percibirse y ser reconocido como individuo independiente, que posee necesidades propias diferentes a las de sus padres. Cuando hay una falta de ese reconocimiento por parte de los padres, hay un fracaso de la nutrición relacional en el sector cognitivo que puede afectar la construcción de la personalidad (Linares, 2007).

En el año 1938 se utiliza por primera vez el término límite (*borderline*) para describir a los pacientes que se encontraban entre las categorías neuróticas y psicóticas sin poder ser situados claramente en ninguna de ellas (Stern, 1938). Algunos de los síntomas identificados por Adolf Stern

en esa época siguen formando parte de los criterios en la concepción del Trastorno Límite de la Personalidad.

El trastorno límite de personalidad (TLP) es un trastorno de la vinculación social, está caracterizado principalmente por la impulsividad y el aislamiento, como resultado del fracaso de las relaciones sociales estables (Linares, 2007).

La American Psychiatric Association (2014) define al TLP a través de ciertas características. Por un lado, se pueden observar esfuerzos exasperados para evitar el desamparo o abandono real o imaginario. Esta incapacidad de tolerar la soledad y sentirse abandonados los lleva a reaccionar de manera angustiada o furiosa. Por otro lado, una de las características más vistas en los pacientes con TLP son las relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por ir de extremos de idealización a extremos de devaluación. Otra característica importante es la impulsividad del sujeto en dos o más áreas que son autolesivas, tales como uso de drogas, atracones, gastos exagerados, etc. Esta última característica se relaciona estrechamente con conductas, actitudes o amenazas recurrentes de suicidio o de automutilación que suelen presentar los pacientes. La inestabilidad afectiva que se ve relacionada con un notable cambio del estado del ánimo, que generalmente duran unas pocas horas y rara vez más de unos días, es otra característica que suele presentarse fuertemente. Por último, los enojos inapropiados e intensos o dificultades para controlar la ira junto con ideas paranoides relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves que se dan de forma transitoria, dificultan fuertemente el proceso terapéutico. Podría entonces resumirse como un trastorno de la vinculación social que se caracteriza principalmente por la impulsividad y el aislamiento, como resultado del fracaso de las relaciones sociales estables (Linares, 2007)

3.2.2 Diagnóstico y sintomatología

La característica principal del TLP gira entorno a la inestabilidad. Esta inestabilidad se presenta en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos. Otra gran característica de este trastorno es la impulsividad (American Psychiatric Association, 2014).

Los criterios para diagnosticar a un paciente con TLP de acuerdo a la quinta edición del Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM-5) son (American Psychiatric Association, 2014):

- 1- Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
- 2- Patron de relaciones interpersonales intensas e inestables, que alternan entre extremos de idealización y devaluación.
- 3- Alternancia de la inestabilidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
- 4- Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas.
- 5- Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
- 6- Inestabilidad afectiva debida a reactivación notable del estado de ánimo.
- 7- Sensación crónica de vacío.

- 8- Enfado inapropiado o intenso , o dificultad para controlar la ira.
- 9- Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10; OMS, 1999), los trastornos de personalidad son definidos como trastornos graves de carácter constitutivo que normalmente afectan a varios aspectos de la personalidad, y que alteran considerablemente las partes personales y sociales del individuo.

Estas alteraciones no deben estar asociadas a alguna lesión o enfermedad cerebral, u otros trastornos psiquiátricos, y debe reunir las siguientes características:

- 1- Actitudes y comportamientos marcadamente faltos de armonía, que afectan por lo general a varios aspectos de la personalidad.
- 2- La forma de comportamiento anormal es duradera, de larga evolución y no se limita a episodios concretos de enfermedad mental.
- 3- La forma de comportamiento anormal es generalizada y claramente desadaptativa, para un conjunto amplio de situaciones individuales y sociales.
- 4- Las manifestaciones anteriores aparecen siempre durante la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez.
- 5- El trastorno conlleva un considerable malestar personal, aunque éste puede también aparecer sólo en etapas avanzadas de su evolución.
- 6- El trastorno se acompaña, por lo general aunque no siempre, de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social.

Los trastornos de inestabilidad emocional de tipo límite se caracterizan por una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, así como también un ánimo inestable y caprichoso. También cuentan con una capacidad de planificación mínima y frecuentemente presentan características violentas o manifestaciones explosivas ante frecuentes e intensos arrebatos de ira. Además, la imagen propia, los objetos y preferencias internas pueden ser confusas o estar alteradas. En el aspecto vincular suelen verse implicados en relaciones intensas e inestables las cuales pueden causar crisis emocionales frecuentes acompañadas de amenazas suicidas o conductas autolesivas (OMS, 1999).

3.2.3 Prevalencia, comorbilidad y diagnósticos diferenciales

Según los datos aportados por la American Psychiatric Association (2014) se estima que un 1,6% de la población general padece de TLP. Siguiendo con estos datos se puede observar también una prevalencia de un 10% en los centros de atención primaria, un 10% en los centros especializados en salud mental y casi un 20% en pacientes psiquiátricos internados. De las personas que padecen esta patología un 75% tiene conductas autolesivas y un 10% llega a consumir el suicidio (Vásquez-Dextre, 2016). Otros estudios aportados por Elices y Cordero (2011) estiman que entre un 0,5% y un 5,9% de la población general padece de esta patología, y entre 15% y 25% de pacientes internados en centros de salud mental.

La cuarta edición del Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM-4TR) muestra que un 75% de los pacientes diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad son mujeres. Es decir que la diferencia entre mujeres y hombres es de 3 en 1 (American Psychiatric Association, 2000).

En cuanto a la comorbilidad del Trastorno Límite de Personalidad, el trastorno puede presentarse junto con trastornos alimentarios, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con abusos de sustancias y trastornos del estado de ánimo.

El DSM-5 (APA, 2014) establece una serie de patologías de es importante diferenciar del TLP. En primer lugar, el TLP suele darse asociado a trastornos del estado de ánimo, en caso de que se cumplan los criterios para ambos trastornos deben ser diagnosticados los dos. Es importante destacar que no debe ser diagnosticado el TLP si se presenta solo de manera transversal sin haber detectado que el patrón de comportamiento comienza en una edad temprana y tiene un curso prolongado.

Por otro lado, es importante distinguir entre el TLP y otros trastornos de personalidad, basándose en las diferencias que se presentan dentro de los rasgos característicos. Igualmente es posible que se algún sujeto presente características suficientes para cumplir con los criterios de más de un trastorno, estos pueden ser diagnosticados en conjunto (APA, 2014).

Dentro de los trastornos de personalidad que pueden confundirse con el TLP se puede encontrar al trastorno histriónico de la personalidad. Si bien también se caracteriza por la búsqueda de atención, el comportamiento manipulativo y un rápido cambio de las emociones, se diferencia del TLP ya que este último viene acompañado de conductas autolesivas, relaciones interpersonales conflictivas y sentimientos crónicos de vacío y soledad. El trastorno esquizotípico de la personalidad también puede confundirse ya que también presenta ideas paranoides, pero, a diferencia del TLP, estos síntomas no son pasajeros. En el trastorno antisocial de la personalidad también se dan síntomas como el comportamiento manipulativo. En este caso la diferencia esta en la finalidad de la manipulación, es decir, en el trastorno antisocial la manipulación esta dada en busca de un provecho personal, mientras que en el TLP esta dirigida a lograr el interés de quienes se ocupan de ellos. Otro síntoma característico del TLP es el temor al abandono, el cual se presenta también el trastorno de la personalidad por dependencia. En estos dos últimos la diferencia se encuentra en que las personas diagnosticadas con TLP suelen reaccionar al sentimiento de abandono con un sentimiento de vacío emocional, rabia y demandas, mientras que en el trastorno de la personalidad por dependencia el sujeto aumenta su mesedumbre y sumisión, y busca rápidamente otra relación que remplace la anterior (APA, 2014).

Otra diferencia muy importante a tener en cuenta dentro del ámbito clínico es la de no confundir el TLP con un cambio de personalidad desencadenado por una enfermedad médica, ya que en este los síntomas que pueden prestarse a confusión son dados por una enfermedad que afecta el sistema nervioso. El consumo crónico de sustancias también puede generar síntomas parecidos al TLP (APA, 2014).

Por último, la American Psychiatric Association (2014), plantea que debe diferenciarse el TLP del problema de identidad que se dan dentro de una fase del desarrollo, como la adolescencia, y no es considerado como un trastorno mental.

3.2.4 Teoría biosocial

La propuesta de Linehan (1993) acerca aún más a la etiología del Trastorno Límite de la Personalidad. La autora se basó de la teoría biosocial, proponiendo así que este trastorno surge de una vulnerabilidad genética y factores ambientales como eventos traumáticos infantiles, así como también un ambiente invalidante, esto da como resultado las inadecuadas respuestas emocionales que poseen las personas que padecen de este trastorno. Es decir, es una desregulación sistémica dada por la vulnerabilidad emocional y el uso de estrategias que modulan las emociones de manera inadecuada y poco adaptativas.

Es importante entender que el Trastorno Límite de la Personalidad parte de una predisposición biológica, la cual nace de una disfunción en cualquier parte del sistema de desregulación de emociones. Esto quiere decir que no necesariamente el trastorno se va a presentar de la misma manera en distintas personas, por eso no se puede hablar de una única anomalía física como base en todos los casos de esta patología (Linehan, 1993).

Linehan (1993) establece que esta vulnerabilidad emocional se caracteriza por una muy alta sensibilidad a estímulos emocionales, una respuesta muy intensa a estos estímulos y un retorno lento a la calma emocional una vez ya inducida la excitación emocional. Por otro lado, también establece que la modulación de la emoción tiene como objetivo el poder inhibir la conducta inapropiada relacionada con emociones negativas o positivas, organizarse uno mismo para poder actuar al servicio de un objetivo sin la intervención del estado de ánimo, poder calmarse a uno mismo ante cualquier actividad fisiológica causada por una emoción y conseguir concentrar la atención ante la presencia de una emoción fuerte. Teniendo esto en cuenta se puede decir que la desregulación de las emociones en personas con TLP está dado por la combinación de un sistema de respuesta emocional demasiado reactivo y con una incapacidad de regular las emociones fuertes y las acciones que derivan de la misma.

Como se estableció previamente, se puede identificar al ambiente invalidante como la circunstancia ambiental principal que da lugar a la desregulación de las emociones. Este ambiente invalidante se caracteriza por la tendencia a responder errática e inapropiadamente a la experiencia privada y ser insensible frente a las experiencias personales no compartidas por el grupo. En estos casos se le dan reacciones exagerada o disminuidas a la experiencia privada que sí comparte el grupo. Esto quiere decir que una respuesta parental adecuada hace que los niños sean más capaces de discriminar entre sus emociones y la de los demás (Linehan. 1993).

Las personas que se desarrollan en un ambiente de estas características sufren como resultado la incapacidad de nombrar o moldear sus emociones, e intolerancia al malestar. Mientras que en las familias óptimas las experiencias privadas conllevan una validación pública por parte del entorno, dentro de un ambiente invalidante las preferencias, pensamientos y emociones reciben

respuestas disonantes. Es por eso que este último contribuye directamente a la desregulación de las emociones porque el niño no aprende a nombrar o modular la activación, a tolerar el malestar, a confiar en sus respuestas emocionales como interpretaciones certeras de los acontecimientos (Linehan, 1993).

La invalidación emocional, como bien marca la autora, es característico de la cultura occidental. En cierto grado es necesaria para educar y ayudar al niño a desarrollar el autocontrol. En este caso se puede concluir que las estrategias de control emocional implementadas por las familias invalidantes pueden no tener un efecto negativo, y hasta llegar a ser positivas en algunos niños con las características fisiológicas necesarias para regular sus emociones. Por otro lado, estas mismas estrategias pueden tener un efecto extremadamente adverso en los niños emocionalmente vulnerables. Es por eso que la autora establece una conexión directa entre la predisposición genética y el medio ambiente para entender de donde nace el Trastorno Límite de Personalidad (Linehan, 1993).

Por último, Linehan (1993) aclara que es importante hacer foco también en los ambientes abusivos en la etiología de este trastorno y establece el abuso sexual como una de las experiencias invalidantes más traumáticas de la infancia. Según los datos aportados por la autora un 75% de las personas con Trastorno Límite de Personalidad sufrió algún tipo de abuso sexual en sus primeros años de desarrollo.

3.2.5 Trastorno Límite de Personalidad en Adolescentes

El diagnóstico de TLP en adolescentes ha sido históricamente controversial y discutido en función a sus síntomas y funcionamiento (Chanen, Jovev, & Jackson, 2007). Dada la bibliografía empírica podría decirse que hay evidencia preliminar para sostener la existencia de esta patología en adolescentes. Dicha bibliografía también sugiere que el TLP funciona de manera similar y tiene un curso similar independientemente de la edad y el período de desarrollo, sin embargo es importante destacar que la presentación individual de los síntomas puede variar sustancialmente con el tiempo, particularmente en los adolescentes. Los estudios también indican claramente que si bien hay un subgrupo de adolescentes gravemente afectados para los cuales el diagnóstico permanece con el tiempo, parece existir un subgrupo menos grave que se mueve dentro y fuera del diagnóstico. En consecuencia, puede considerarse beneficioso conceptualizar los trastornos de personalidad desde un enfoque dimensional o continuo en lugar de categórico, ya que un enfoque dimensional puede explicar mejor la variabilidad del desarrollo y la heterogeneidad encontrada entre los adolescentes. Independientemente de la presencia de un trastorno en toda regla, los síntomas de los trastornos límite de personalidad en adolescentes pueden reflejar con precisión una angustia y disfunciones significativas como intentos de suicidio, conductas autolesivas, alteraciones de identidad, fracaso académico, disfunción social y abusos de sustancia, que requieren intervención. (Miller, Muehlenkamp, & Jacobson, 2008).

3.3 Conductas Autolesivas

Las conductas autolesivas pueden identificarse como aquellas conductas que atentan contra la integridad física de una persona. Pueden ser con una intención suicida o con el fin de generar un alivio a una dolencia emocional. Diversos estudios han documentado que las personas que tienen estas conductas presentan un déficit significativo en la resolución de problemas interpersonales y en las atribuciones cognitivas (Spirito, Brown, Overholser, & Fritz, 1989).

Las conductas autolesivas tienen una prevalencia mucho mayor a las conductas suicidas. Al mismo tiempo estudios empíricos específicos de estas áreas han demostrado que ambas conductas tienen mayor prevalencia en pacientes adolescentes y están asociados directamente con un sufrimiento psicológico significativo (Jacobson & Gould, 2007).

Estudios longitudinales demuestran que estas conductas, principalmente la de cortarse y quemarse, descienden en la entrada a la adultez. El pico de las conductas autolesivas se da entre los 15 y los 17 años. Esto muestra una vez más la prevalencia que tiene dentro de los adolescentes (Plener, Munz & Groschwitz, 2015).

3.4 Terapia Dialéctica Conductual (DBT)

3.4.1 Origen y características generales

Dadas las dificultades que se presentan en el proceso terapéutico, sobretodo en la alianza terapéutica, Linehan (2003) propone un abordaje a través del DBT para el abordaje de casos de TLP. Linehan (2003) define el TLP como una desregulación de las emociones, siendo resultado tanto de una disposición biológica como del contexto ambiental que se dan durante el desarrollo del individuo. Cabe destacar que dentro de las intervenciones psicoterapéuticas esta es una de las más estudiadas y con amplia evidencia científica que demuestra su efectividad tanto en la disminución en el número de internaciones como en la disminución de conductas impulsivas, autolesiones y conductas suicidas (Gagliesi, 2010).

El DBT nace a partir de antecedentes como el budismo zen, el concepto filosófico de la dialéctica y de la Terapia Cognitivo Conductual, de la cual toma diversas técnicas como solución de problemas, exposición, formación en habilidades, gestión de la contingencia y reestructuración cognitiva. Al trabajar con paciente con Trastorno Límite de la personalidad que presentaban conductas para suicidas y/o autolesivas, Linehan hace un descubrimiento radical. Estas conductas no tenían como finalidad la muerte, sino lograr lidiar con aquello que los pacientes sentían como intolerable. De esta manera la terapia se enfoca en la enseñanza de habilidades para resolver problemas de manera activa, en la validación de las emociones, en los pensamientos y en las conductas del paciente (Gagliesi, 2010).

Dado que uno de los problemas más importantes presentados en el tratamiento de personas con TLP era que los pacientes sentían que su sufrimiento era subestimado, uno de los puntos más importantes fue la integración de las distintas estrategias de aceptación a las estrategias de cambio. Es decir que el balance entre estrategias de cambio y de aceptación forma la dialéctica fundamental del tratamiento, así como también la relación entre el paciente y el terapeuta. (Gagliesi, 2010).

3.4.2 Validez del tratamiento

El primer estudio que demuestra la eficacia de este tratamiento fue dirigido por Linehan y Armstrong (1991) en el que participaron 47 pacientes con diagnóstico de TLP que habían tenido intentos de suicidio. El estudio demostró que el 84% de los pacientes tratados con DBT permanecieron durante todo el tratamiento (es decir, hubo mayor adherencia al tratamiento que los tratados con una terapia ambulatoria de apoyo) y mostraron menos intentos de suicidio. Los pacientes fueron controlados hasta 12 meses después de terminado el tratamiento en el cual se siguió mostrando indicios de mejoría en la mayoría de ellos. Desde ese primer estudio hasta el 2015 se llevaron a cabo 20 estudios controlados y randomizados que demuestran la eficacia del tratamiento DBT en pacientes con TLP (Boggiano, Gagliesi & Teti, 2015).

Gracias a estudios realizados y recopilados por Groves, Backer Van den Bosch y Miller (2011) se puede establecer que la DBT es el primer tratamiento validado empíricamente para pacientes con conductas suicidas y autolesivas diagnosticados con TLP.

El DBT ha demostrado tener un amplio rango de efectos terapéuticos tanto en adolescentes (Quinn, 2011) como en otras poblaciones (Koons et al., 2001; Linehan, Kanter, Comtois, 1999). Por un lado, los pacientes presentan una reducción significativa en la impulsividad, desregulación emocional, autopercepción y dificultades en las relaciones interpersonales. Al mismo tiempo jóvenes en estado de encarcelamiento han disminuido las conductas agresivas y los intentos de suicidio. Además, se demostró que este tratamiento tiene mucha utilidad clínica en entornos donde el tratamiento integral es a menudo menos factible de implementar como una clínica ambulatoria, un centro de tratamiento residencial o centros de rehabilitación para delincuentes juveniles. Esto demuestra que tanto la parte teórica como el enfoque clínico del DBT es de gran ayuda para los profesionales que trabajan con pacientes que tienen problemas para regular sus emociones y comportamientos (Groves, et al., 2011).

Uno de los aspectos más importantes del DBT es la adhesión y la aceptabilidad del mismo. Varios estudios realizados en los que se comparaban este tratamiento con una terapia habitual o un tratamiento realizado por expertos, demostraron que el DBT es bien tolerado tanto por los pacientes como para los miembros involucrados de las familias. Por lo tanto, aquellos adolescentes y padres que participan en DBT completan el tratamiento más a menudo que los sujetos de control, e informan haberse sentido a gusto con el mismo, y consideran referir a otros necesitados a dicho programa. Esta información proporciona un índice importante en cuanto a la eficacia del tratamiento (Groves, et al., 2011).

Todos estos estudios son de gran ayuda para los terapeutas que deseen psicoeducar a potenciales pacientes acerca de DBT y generar un compromiso dentro de esos que se adentran al tratamiento. Los pacientes con tendencias suicidas y diagnosticados con TLP son los más propensos a abandonar un programa prematuramente, lo que aumenta el riesgo de posibles recaídas como múltiples hospitalizaciones, recurrir nuevamente a conductas autolesivas o llevar a cabo el suicidio. Sin embargo, a pesar de ser este un tratamiento que requiere un alto grado de compromiso e involucración tanto del paciente como de la familia, los participantes frecuentemente lo completan en su totalidad. Las razones más comunes entre los participantes que abandonaron estaban ligadas a

factores externos como dificultad en el transporte o falta de apoyo por parte de las familias. Este hallazgo resalta desafíos inherentes a trabajar con una población inserta en comunidades problemáticas o difíciles (Groves et al., 2011).

Otros estudios importantes a tener en cuenta realizados por Linehan et al. (1991) establecen que el entrenamiento en habilidades de manera grupal únicamente no tenía la misma eficacia que al ser acompañado con una terapia individual. Esto quiere decir que ambas partes del tratamiento son importantes para lograr resultados tangibles y duraderos, así como también para proporcionar una mayor adhesión al tratamiento.

3.4.3 Programa de tratamiento

El programa de tratamiento de DBT se compone de entrenamiento en habilidades, terapia individual, terapia familiar, reuniones de equipo y coaching telefónico. Esta terapia se caracteriza por ser ampliamente organizada e incluye trabajo entre sesiones y tareas para la casa (Gagliesi, 2010). La directivita por parte de los terapeutas es mayor en las etapas iniciales, cuando los pacientes carecen de control conductual y se implican en conductas que ponen en riesgo su propia vida (Linehan, 1993).

Como establece Linehan (1993) en el manual de DBT, el objetivo final y más importante del tratamiento es que el paciente puede incorporar a su repertorio de habilidades nuevas formas de regular sus emociones y conductas. Esta no es una tarea fácil cuando los pacientes presentan frecuentes crisis y una alta intolerancia al malestar, lo cual hace que difícilmente puedan concentrarse en el aprendizaje de nuevas herramientas. Para esto el tratamiento se divide en dos componentes fundamentales: Sesiones grupales enfocadas en el entrenamiento de habilidades específicas y una terapia individual donde el individuo pueda poner en práctica las habilidades aprendidas, así como también trabajar sobre las crisis que puedan surgir de la vida cotidiana o conductas que interfieran con el desarrollo del tratamiento.

Ambas modalidades son terapias de entrenamiento que buscan tratar, controlar y erradicar las conductas problemas del paciente y conforman los pilares fundamentales del DBT. Es importante que ambas partes del tratamiento estén claramente diferenciadas (Linehan, 1993).

3.4.4 Terapia individual

La terapia individual conforma los cimientos del tratamiento. En este espacio se articulan todos los componentes que se van aprendiendo y sin la cual sería imposible el avance. El terapeuta individual es el encargado de mantener la motivación para el inicio y desarrollo del tratamiento, así como también debe generar y fomentar un buen vínculo con el paciente. La psicoterapia individual dialéctico conductual se centra en gran medida en el vínculo terapéutico. El paciente debe tomar al terapeuta como alguien en quien se puede confiar, y el terapeuta debe hacer lo posible para no repetir el ambiente invalidante que el paciente se vio inserto a lo largo de su vida (Linehan, 1993).

Las personas diagnosticadas con TLP presentan un amplio repertorio de conductas disfuncionales, muchas peligrosas, que suelen presentar un gran obstáculo cuando se presentan en la terapia. Por esta razón, los objetivos generales de la terapia individual se centran en mantener al paciente a salvo y asegurar su implicación en el tratamiento. Para esto el proceso se dividió en cuatro etapas y una etapa de pre enteramiento (Linehan, 1993).

En la etapa de pre entrenamiento se evalúa el caso, se le brinda información al paciente acerca del trastorno y de las características del tratamiento. El terapeuta individual es el encargado de mantener la motivación del paciente, así como también hacer las intervenciones necesarias para poder fomentar y mantener las habilidades aprendidas en la terapia en grupo. Es importante en esta etapa crear un acuerdo y un compromiso que permitan alcanzar las metas que sean acordadas durante el tratamiento. El paciente debe comprometerse a participar de manera activa para así eliminar las conductas autolesivas y parasuicidas (Gagliesi, 2010).

La primera etapa se focaliza en tratar de controlar las conductas a través de distintas metas. En primer lugar, se establece como objetivo reducir y eliminar aquellas conductas que ponen en riesgo la vida del paciente. Una vez cumplida el primer meta se continúa tratando de reducir y eliminar las conductas que interfieran con el tratamiento. Una tercera meta está enfocada en disminuir las conductas que afectan la calidad de vida del paciente, y, por último, la cuarta meta se enfoca en el aprendizaje de diversas habilidades que enseñen al paciente centrarse en el presente y una psicoeducación acerca de las emociones y como funcionan, de esta manera poder experimentar dolores emocionales sin llegar a conductas autolesivas o problemáticas (Gagliesi, 2010).

La segunda etapa puede estar orientada al tratamiento del estrés postraumático (TEPT) dada la alta comorbilidad que hay entre el TLP y esta patología. Una vez que las habilidades necesarias para regular el malestar hayan sido instaladas de manera exitosa en la primera etapa, se trata de que los pacientes experimenten sus emociones sin negarlas y de esta manera poder ser guiados y orientados dentro de la terapia (Gagliesi, 2010).

Dadas las características de las personas que padecen de TLP, la tercera etapa se focaliza en ayudar al desarrollo personal del paciente. Esto quiere decir que se pretende que el paciente empiece a construir una vida propia resolviendo conflictos de la vida cotidiana. Los conflictos que puede surgir en esta etapa son mayormente problemas laborales, familiares o interpersonales (Gagliesi, 2010).

La cuarta y última etapa se focaliza en tratar la sensación de vacío que los pacientes con esta patología presentan. Una vez conseguidos los objetivos de las etapas anteriores se pretende lograr un crecimiento espiritual para que la persona pueda encontrar la alegría y el bien estar a pesar de contar con el peso de sentirse incompleto, y de esta manera buscar una conexión con la vida (Gempler, 2008).

Además de los objetivos propuestos en cada etapa, existen otros patrones de conducta que pueden interferir en la terapia. Estos patrones son definidos como "objetivos secundarios" y suelen ser tratados paralelamente con los primarios ya que están directamente relacionados a estos. Los objetivos secundarios más frecuentes que se presentan en la terapia son: La vulnerabilidad emocional y la auto-invalidación. La primera puede definirse como la excesiva respuesta y

reactividad hacia los estímulos de su entorno, y la segunda esta ligada a la adopción o asunción como propias las características de un entorno invalidante (Gempler, 2008).

3.4.5 Entrenamiento en habilidades

En el marco del entrenamiento de habilidades se intenta enseñar nuevas capacidades para que el paciente pueda desenvolverse funcionalmente. Estas habilidades se ensañan de manera psicoeducativa realizándose en un marco de un encuentro semanal con una duración de aproximadamente dos horas y media. Linehan (1993) establece que este debe ser llevado a cabo preferentemente de manera grupal, de lo contrario lo más optimo para un buen resultado es que sea llevado a cabo por un terapeuta distinto al profesional que lleva a cabo la terapia individual. En este último caso es importante que el profesional sepa discernir entre los problemas de urgen de la vida cotidiana de las necesidades a largo plazo del paciente.

Linehan (1993) también establece que es de gran ayuda que el trabajo en grupo sea llevado adelante por dos profesionales en vez de uno ya que minimiza el desgaste que este tipo de grupos presenta. La importancia de esta terapia grupal recae en diversos factores. Por un lado, ayuda al terapeuta a mostrarse más directivo durante las sesiones y no se deja llevar por los problemas urgentes de los pacientes. Otro punto importante es que la terapia no se ve afectada si uno de los pacientes no se encuentra de humor como para trabajar ya que el resto del grupo mostrará interés. Por ultimo los pacientes presentarán conductas interpersonales entre ellos las cuales pueden ser observadas y trabajadas por los profesionales, así como también permite que los pacientes se apoyen y aprendan entre sí.

Esta parte del programa se centra en el aprendizaje de nuevas habilidades que el paciente puede utilizar en momentos de crisis. Es decir que se busca que ante situaciones en que las personas darían lugar a las conductas problemas puedan resolverlas con nuevas estrategias más funcionales. Estas habilidades se serán trabajadas en dentro de la terapia individual, donde el profesional ayudará al paciente a ponerlas en práctica ante problemas cotidianos que general un malestar (Linehan, 1993).

Habiendo estudiado las características principales de las personas diagnosticadas con TLP, el entrenamiento en habilidades desarrollado por la DBT se divide en cuatro módulos en los cuales se desarrolla cada una específicamente. Cada módulo requiere de al menos ocho sesiones de entrenamiento y a su vez presentan un conjunto de fichas que los pacientes deben llevar y presentar cada semana relacionadas a la habilidad que se pretende trabajar (Linehan, 1993).

Los módulos previamente mencionados se dividen según el manual desarrollado por Linehan (1993) de la siguiente manera: Habilidades básicas de consciencia, habilidades de regulación de las emociones, habilidades de eficiencia emocional y por último habilidades de tolerancia al malestar. Cada uno presenta una habilidad determinada que pretende afrontar uno o varios problemas específicos que presentan los pacientes derivados al programa de DBT. A continuación, se desarrollarán brevemente con el fin de comprender más cada uno:

- Habilidades básicas de consciencia:

Estas habilidades son la base del tratamiento, por eso son las primeras en ser enseñadas y estarán presentes durante todo el programa trabajándose a través de fichas que los pacientes rellenan cada semana. Tomando conceptos del budismo zen y combinándolo con estrategias conductuales los pacientes aprenden técnicas de mindfulness para poder tener mayor control sobre la mente. El objetivo principal de este módulo es lograr mayor control sobre la mente y no dejar que la mente domine al individuo. Este control de la mente se puede reducirse en algún punto al control de los procesos atencionales. El paciente aprende a concentrar su atención en el aquí y ahora, dándole control sobre donde poner su atención y por cuanto tiempo. Para lograr este objetivo se enseñan habilidades relacionadas con el *qué* y con el *cómo*. En primer lugar, las tres habilidades relacionadas con el *qué* son: Observar lo que se está experimentando, descubrir lo que se está experimentando y particular de los hechos que se están llevando a cabo. En segundo lugar, las tres habilidades relacionadas con el *cómo* son: No emitir juicios de valor sobre los hechos, concentrarse en una sola cosa a la vez (unicidad mental) y llevar a cabo acciones efectivas. De esta manera, habiendo aprendido estas habilidades, los pacientes pueden lograr un equilibrio entre la *mente emocional* y la *mente racional*. La primera mente es la que actúa o reacciona guiándose únicamente por las emociones del momento, mientras que la mente racional es la que piensa de forma lógica y fría. La integración de las dos mentes da como resultado la *mente sabia*, a la cual se busca llegar por medio de este módulo (Linehan, 1993).

- Habilidades de efectividad interpersonal

Como ya se mencionó previamente, las relaciones interpersonales de las personas diagnosticadas con TLP suelen ser caóticas, inestables y problemáticas; razón por la cual les generan un gran sufrimiento. Al mismo tiempo los pacientes presentan grandes dificultades para tolerar el abandono (real o imaginario) y controlar sus respuestas con respecto a esto. Teniendo esto en cuenta, este módulo busca ser eficaz interpersonalmente. Se busca que el paciente logre tener y mantener relaciones interpersonales estables, que logre expresar sus deseos, opiniones y objetivos, y que pueda decir que no o pedir ayuda sin perder el autorespeto. Para lograr esto el módulo se divide en tres partes. La primera parte se enfoca en que el paciente analice la situación en la que se encuentra y fije objetivos. La segunda se centra en definir cuáles son los aspectos personales que facilitan la efectividad interpersonal y cuáles son los que interfieren en la misma. El tercero busca el desarrollo de habilidades específicas como mantener el respeto a uno mismo, expresar deseos u opiniones, decir que no, etc. Estas habilidades se trabajan mayormente por medio del role playing de situaciones hipotéticas o reales que pueden traer los participantes. A demás de esto, se les proporciona a los pacientes una lista de ejemplos para poder practicar estas habilidades en la vida cotidiana (Linehan, 1993).

- Habilidades de regulación de las emociones

Este módulo es de suma importancia para el tratamiento, ya que desde la perspectiva del DBT, la desregulación emocional es uno de los aspectos nucleares del TLP. Los pacientes diagnosticados con esta patología suelen experimentar emociones intensas como la ira, la frustración, la ansiedad o la tristeza, y no cuentan con los recursos para afrontarlas. Esto termina resultando intolerable y derivando en conductas disfuncionales como las conductas autolesivas o

consumo de sustancias. Estas conductas son intentos de manejar estas emociones desagradables. Esta teoría propone que el sufrimiento relacionado con las emociones de los pacientes se encuentra principalmente en las respuestas secundarias, como la vergüenza o la ansiedad, ante emociones primarias. El terapeuta en este módulo incentiva a los pacientes a identificar sus respuestas emocionales de manera consciente y no sentenciosa, y al mismo tiempo aprender a cambiar la respuesta emocional y conductual con la que responden ante estas (Linehan, 1993).

Para lograr los objetivos propuestos por este módulo, según propone Linehan (1993), se entrenan diversas habilidades como:

- Identificar y etiquetar emociones, y reconocer la función que estas cumplen en el entorno.
 - Identificar qué está impidiendo el cambio, o cuáles son las respuestas que refuerzan las emociones negativas.
 - Reducir la vulnerabilidad que se asocia a un estilo de vida poco saludable con respecto al sueño, la alimentación y el ejercicio entre otras.
 - Identificar y aumentar la frecuencia de los acontecimientos que generan emociones positivas.
 - Experimentar las emociones de manera consciente sin juzgarlas o bloquearlas. De esta manera, si logran atravesarse sin consecuencias negativas irán disminuyendo las emociones secundarias a futuro.
 - Cambiar la respuesta que se dan a las emociones negativas llevando a cabo la acción contraria a la que dicta la emoción.
- Habilidades de tolerancia al malestar

Al igual que el módulo de habilidades básicas de consciencia, este también basando en el mindfulness, el budismo zen y las teorías orientales relacionadas con la aceptación. El objetivo de este último módulo no es el evitar el dolor y el sufrimiento, ya que estos son inevitables y no aceptarlo conlleva a un mayor sufrimiento. Lo importante es aprender a manejarlos de manera habilidosa. Este módulo se divide en dos bloques enfocados en distintas estrategias de afrontamiento: En primer lugar, se aprenden las “habilidades de supervivencia a las crisis”. Esto se basa principalmente en aprender a tolerar el dolor sin recurrir a conductas problema, las cuales mantienen o aumentan el sufrimiento. Las respuestas desadaptativas dadas por los pacientes diagnosticados con TLP suelen ser impulsivas y suponen un alivio a corto plazo, pero empeoran el problema a largo plazo. Para lograr esto se enseñan diversas técnicas dirigidas a aprender nuevas respuestas a las situaciones de crisis. En segundo lugar, se encuentran las “habilidades de aceptación de la realidad” las cuales se centran en aceptar, sin emitir juicio de valor, a uno mismo a la situación en la cual se encuentra. El paciente debe aprender a percibir y experimentar a uno mismo y a su entorno sin buscar modificar nada (Linehan, 1993).

4. Metodología

4.1 Tipo de Estudio.

S

4.2 Participantes.

Ailin es una chica de 18 años que fue derivada al centro en enero del 2015 a los 15 años luego una internación en octubre del 2014 por lo que fue descripto como una tentativa de suicidio por una sobreingesta de pastillas. La paciente vive con su madre y su hermana mayor. Sus padres están separados desde 2011, y tiene un hermano menor por parte de su padre. La relación con ellos es buena pero distante, los padres la definen como introvertida, tranquila.

A los 5 años comienza un tratamiento psicológico derivada por su pediatra, porque no toleraba los límites, se ponía agresiva llegando a revolver objetos. Desde ese momento presenta conductas impulsivas como atracones, las cuales ya no se evidencian. Desde octubre de 2013 presenta cortes en las muñecas y piernas para lograr alivio. Entre las razones se encontraban disgustos con su cuerpo, con su imagen en el espejo. Se veía fea, y luego comenzaron complejos con su personalidad, no le gustaba ser tímida y no poder cambiarlo. Con el tiempo se volvió una costumbre cortarse diariamente como modo de disminuir el malestar.

Luego de administrarle una entrevista focalizada y la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad SCID-II (First, Gibbon, Spitzer, Benjamin & Williams, 1997) se concluye que la paciente cuenta con ocho de los nueve criterios para el trastorno límite de la personalidad, y en mayo del 2015 la paciente comienza con el grupo DBT de adolescentes y tratamiento con psiquiatra.

Actualmente la paciente continúa siendo tratada dentro del grupo de DBT de adultos y sigue siendo atendida en el grupo por la misma psicóloga y por fuera del grupo por el mismo psiquiatra que trabajaron con ella desde el grupo de adolescentes.

Ailin es atendida por un grupo terapéutico que esta conformado por un psiquiatra y dos psicólogos dentro de las sesiones de DBT. La paciente también tiene sesiones individuales con una de las psicólogas que forman parte del grupo. Tanto el psiquiatra como el grupo terapéutico de DBT están en constante interacción y al tanto de toda maniobra que se implemente en el tratamiento.

La psicóloga a cargo de las sesiones individuales, la cual también forma parte del grupo de DBT, es una profesional de 30 años egresada de la Universidad de Palermo en el año 2014. Trabaja en la institución hace 3 años, donde también se especializó en psicología sistémica y en DBT.

4.3 Instrumentos.

Se tomó en consideración la historia clínica de la paciente proporcionada por el centro, tales como diagnósticos, intervenciones y derivaciones, test administrados, psicofármacos administrados y evolución de la paciente.

También se llevó a cabo entrevistas semi estructuradas a la psicóloga que atiende a Ailin tanto de forma individual como dentro del grupo de DBT, y psiquiatra a cargo del caso. Las entrevistas se centrarán en:

1. Evaluación y confección del diagnostico de la paciente

2. Datos relevantes sobre el motivo de derivación al grupo de DBT.
3. Estrategias e intervenciones utilizadas especialmente de DBT durante el tratamiento en el grupo de adolescentes y su efecto en la evolución de la patología.
4. Abordaje psicofarmacológico implementado y su efecto en la evolución de la patología.
5. Evolución de la paciente en relación a las conductas autolesivas.
6. Expectativas planteadas durante el tratamiento en el grupo de DBT de adolescentes.

Por último, se utilizaron los datos obtenidos por el instrumento SCID-II, creado por First et. al. (1997) y administrado por la psicóloga a cargo del caso. Este instrumento fue creado para evaluar categórica o dimensionalmente los trastornos de personalidad según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000).

4.4 Procedimiento.

Se llevó a cabo la recopilación de datos pertinentes presentes en la historia clínica de la paciente durante los meses de septiembre y octubre de 2018. También se llevó a cabo durante el mes de noviembre de 2018 la entrevista semi estructuradas de 20 minutos de duración aproximadamente, de manera presencial, a la profesional a cargo del caso.

5. Desarrollo.

5.1 Describir los síntomas del trastorno de límite personalidad al iniciar el tratamiento y los criterios utilizados para su derivación al grupo de DBT.

El primer signo del que se tiene referencia sucedió a los 14 años de edad cuando llegó al centro luego de haber sido internada por una ingesta de pastillas la cual llevó a cabo por haber manifestado haberse sentido mal. Permaneció internada durante 12 días. La paciente manifestó según se pudo observar la primera entrevista que el día en que decidió quitarse la vida fue por un impulso al sentir que había tenido un buen día y quería “irse sintiéndose bien”. Se encontraba sola en la casa al volver del colegio y tomó la decisión sin pensarlo para no sufrir más.

A nivel interpersonal Ailin le reconoció en varias de sus entrevistas individuales tener muchas dificultades, aspecto que se agudiza luego de la internación. Se empezó distanciar de sus amigas luego de este hecho. Pasó las vacaciones de verano seguidas al hecho sola, ya que sus amigas no querían juntarse con ella. En ese momento mantuvo una relación amorosa con un chico durante 5 meses, el cual al enterarse de que él tenía relaciones con otras chicas le generó un gran malestar que la llevaron a considerar nuevamente el suicidio como una opción. Aquí se puede observar a autores como Linehan (1993) o Gagliesi (2010), los cuales destacan las dificultades para mantener relaciones interpersonales eficientemente.

Según la historia clínica se pudo observar que su terapeuta individual propone trabajar sobre dos puntos esenciales. En primer lugar, la baja tolerancia a la frustración, y, en segundo lugar, la baja autoestima. Esto sigue la línea de lo propuesto por los manuales de diagnóstico DSM-V (American Psychiatric Association, 2014) y CIE-10 (OMS, 1999), los cuales indican que son dos características importantes dentro de los pacientes diagnosticados con esta patología. Esto también se evidenció dentro del relato de los padres los cuales describieron que a los 5 años de edad la paciente comenzó tratamiento psicológico derivado por su pediatra ya que se evidenciaba una clara intolerancia a los límites impuestos, llegando a revolear objetos y ponerse agresiva. Linehan (1993) estableció que estos sentimientos surgen temprano en el desarrollo del TLP contribuyendo así un desarrollo social y cognitivo negativo, a una baja tolerancia al malestar y rechazando la validez de sus emociones.

Desde la primera sesión la terapeuta evidenció cortes en las muñecas de Ailin. Según la paciente esto lo comenzó a hacer porque se encontraba disgustada con su cuerpo y porque no se sentía cómoda con su timidez. Desde el primer corte este acto se volvió una costumbre diaria para disminuir su malestar. Esto también es una de las sintomatologías características del TLP. Según Linehan (1993) estas conductas funcionan como reguladores emocionales, los cuales se rigidizan al recibir la atención y el apoyo del entorno que están buscando.

Con el fin de hacer un diagnóstico más específico se le administró a la paciente una Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad (SCID-II). Como se verá a continuación la paciente acreditó varios de los nueve criterios para Trastorno Límite de Personalidad:

1. *Esfuerzos frenéticos por evitar un abandono real o imaginario:* Cumple criterio. La paciente manifiesta ser muy dependiente y celosa de las amigas, no poder ir a lugares

sin ellas, necesitarlas. Le genera ansiedad pensar en el comienzo de clases, anticipa que la van a dejar sola y siente temor. Tuvo novio y también reconoce haber sido dependiente de él: *“tenía desesperación de que no me abandone, pero no lo mostraba. Cuando él me dejaba de hablar me cortaba”*

2. *Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos idealización y devaluación:* Admite rasgo y cumple criterio. Ailin reconoce tener momentos en que piensa que las personas (ej. Mama, hermana, amigas, novio, etc.) son lo mejor que le podría pasar, y de repente las puede odiar: *“Ponele, conozco a alguien y digo es genial y después que es un pelotudo, después devuelta que es un genio”*
3. *Alteración de la identidad, autoimagen o sentido de sí:* Cumple con el criterio. La paciente reconoce tener días en que se siente “la más linda, flaca, la mejor en algo”, y repentinamente “fea, gorda, fracasada, etc.” Reconoce también que muchas veces duda de cómo es ella, porque a veces es de una manera y a veces de otra muy distinta, en especial con las amigas.
4. *Impulsividad:* Reconoce rasgo y cumple criterio. Los padres sostienen que es normalmente tranquila pero que puede ser repentinamente impulsiva. Ella reconoce comer o comprar impulsivamente, pero no en cuanto al consumo, a lo sexual, etc.
5. *Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación:* Admite el rasgo y cumple con el criterio. Tuvo un intento y recurría a cortes todos los días.
6. *Inestabilidad afectiva debida a notable reactividad en el estado de ánimo:* Admite el rasgo y cumple con el criterio. Dice sentir cambios repentinos en su humor.
7. *Sentimientos crónicos de vacío:* Admite el rasgo y cumple con el criterio. La paciente alude sentirse muchas veces como si le faltaran cosas que nunca va a tener, cosas de su vida o de su personalidad. Como ser más extrovertida, o tener distintas amistades. Eso le generaba un sentimiento de vacío.
8. *Ira inapropiada:* No cumplía con el criterio en ese momento. A los 5 años hizo un tratamiento porque no se controlaba cuando estaba enojada.
9. *Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves:* Relató un ejemplo donde ella se veía distanciada de una amiga, luego lo converso y vio solo ella lo veía de ese modo. No cumplía criterios suficientes.

A partir de los resultados de esta evaluación se concluyó que Ailin cumple con los criterios necesarios para ser diagnosticada con Trastorno Límite de la Personalidad. Se decidió luego de esto que se vería beneficiada una Terapia Dialecta Conductual y es derivada al grupo de DBT que funciona dentro de la institución.

5.2 Describir las habilidades específicas de DBT adquiridas por la paciente durante el tratamiento en el grupo de adolescentes.

Para dar comienzo al tratamiento en primer lugar se citó a Ailin junto con sus padres y su hermana. Como bien estableció Linehan (1993) en el manual de DBT, esta sesión comenzó explicándoles tanto a la paciente como a la familia como será el tratamiento. Se dejó bien en claro que para que este procedimiento funcione deberá haber un fuerte compromiso de todas las partes, pero sobre todo de Ailin de no poner en riesgo su integridad física y de esta manera no interferir con el tratamiento. Ante la aceptación y el entusiasmo de todos, la terapeuta pasó a explicarles en que consiste este programa. Ailin deberá asistir tanto a terapias grupales una vez por semana como a las individuales, y también dispone de una línea telefónica de asistencia de centro ante situaciones de crisis. La terapeuta mencionó en la historia clínica que la paciente no se notó muy convencida con la parte grupal del tratamiento, cuestión que fue tratada en las sesiones posteriores. Esta puede ser considerada como la etapa de pre-entrevista mencionada previamente, la cual coincide con lo propuesto por Linehan (1993).

En primer lugar, se trató de psicoeducar a la paciente y su familia acerca de la patología. Los padres pudieron participar de una sesión grupal junto con otros familiares de pacientes de DBT en la que pudieron comentarles a los terapeutas a cargo que fue de gran ayuda para entender por lo que estaba pasando su hija.

Lo primero en lo que se centró la terapia de Ailin fue en detectar situaciones reales y concretas que le generaban inestabilidad emocional, y que la llevaban a reaccionar de manera desadaptativa. Para esto se trabajó mucho en técnicas de mindfulness y control mental para ayudarla a regular sus emociones y tener más control de sus conductas impulsivas. De esta manera la paciente empezó con el primer módulo de entrenamiento de habilidades.

Durante esta primera etapa se pudo saber, gracias a información proporcionada por su terapeuta individual, que Ailin tuvo varias dificultades para poder seguir las consignas al pie de la letra. El fichaje semanal es fundamental para llevar un registro diario del paciente según Linehan (1993). Esto sirve no solo para que los terapeutas a cargo tengan un indicio de cómo se desarrolló la semana de Ailin, sino también para que ella automonitorearse. Durante las primeras semanas la terapeuta informó que Ailin decía haberse olvidado de hacer el fichaje. Esta falta de compromiso culminó con una nueva internación.

Al poco tiempo de haber empezado el primer módulo Ailin fue internada nuevamente por haber tomado cloro. Al volver a sesión ella comentó que ante una pelea con su padre reaccionó tomando de una botella de cloro que estaba cerca de la piletta. Según se puede leer en la historia clínica la paciente se sentía abandonada por el padre desde que él se había ido de la casa. Sentía que el conflicto entre sus padres la sobrepasaba y que su presencia era más un estorbo para ellos que otra cosa.

Se tomó este hecho para trabajar puntualmente sobre ejercicios de respiración, los cuales fueron las primeras herramientas que Ailin obtuvo eficientemente para enfrentar momentos de crisis, según comentó la terapeuta a cargo del caso. Lo primero que hizo la terapeuta al volver a ver a su

paciente fue escuchar su relato y hacerle saber que entendía perfectamente por lo que estaba pasando y era lógico que ella se sintiese de esa manera frente a la situación que vivió con su padre. Como ya se mencionó previamente, autores como Linehan (1993), Gagliesi (2010), Gempler (2008) y Groves et al. (2008), concuerdan con que la validación de las emociones es uno de los recursos más importantes en estos casos. La profesional establece en la entrevista semi estructurada, un punto de quiebre en este acontecimiento, en el que la paciente empezó a trabajar de manera comprometida para lograr sus objetivos.

Durante las sesiones grupales también se utilizó el último intento de suicidio para trabajar en nuevas habilidades. El hecho se puso como ejemplo para que la paciente logre identificar cómo funcionaron la mente emocional y la mente racional en este caso, y cómo podría haber hecho para hacer uso de la mente sabia.

En el transcurso de su paso por el primer módulo, se evidenció a través de la historia clínica el trabajo que se realizó en la identificación de lo que pasaba en Ailin durante los procesos de crisis. La paciente logró identificar y describir tanto sus sensaciones físicas como sus procesos mentales cada vez que algo le generaba una inestabilidad emocional. Habiendo aprendido esto junto al trabajo arduo que se realizó en la implementación de ejercicios de respiración y mindfulness en situaciones reales, las conductas autolesivas bajaron notablemente, y su compromiso por el tratamiento incrementó. Esto último se evidenció ya que, como mencionó su terapeuta, Ailin asistió de manera regular a los talleres en los cuales se mostró activa y participativa.

Hasta este punto se pudo detectar que las técnicas de respiración y los ejercicios de mindfulness fueron las primeras herramientas que la paciente adoptó de manera fructífera. Según se pudo observar en la historia clínica, Ailin presentó en algunas sesiones, tanto grupales como individuales, momentos de crisis y desregulación emocional en los cuales pudo poner en práctica de manera exitosa estas nuevas técnicas aprendidas. Un ejemplo de esto fue cuando en una de las sesiones Ailin comentó que tras una discusión por WhatsApp con una amiga sintió unas fuertes de cortarse, en este punto logró llevar a la práctica mucho de lo aprendido tanto en el primer módulo de habilidades de consciencia como lo practicado en las sesiones individuales. En primera instancia, ella describió en sesión que lo primero que hizo fue empezar a respirar de la manera que aprendió en terapia, y así logró “calmar un poco su cabeza”. Durante su ejercicio de respiración recordó en primer lugar enfocarse en lo que estaba sucediendo y no juzgar emocionalmente los hechos.

En este caso Ailin demostró haber aprendido a utilizar las habilidades de qué y cómo descritas en el manual de Linehan (1993). También se pudo observar que los ejercicios de mindfulness fueron de gran ayuda a la hora de poner en práctica las habilidades aprendidas, y si bien las conductas autolesivas bajaron significativamente, a veces la paciente se ve sobrepasada por situaciones que la llevan a cortarse o pensar en quitarse la vida, aunque nunca más volvió a llevar a cabo un intento de suicidio.

Al pasar al segundo módulo, como ya fue mencionado previamente, se empezó a trabajar sobre las relaciones interpersonales de la paciente. Esta área fue particularmente difícil ya que la paciente empezó a salir con un chico y sus recursos, o falta de, para afrontar una relación fueron puestos en evidencia. Tras salir previamente de una relación en la que su pareja le era infiel, esta

nueva relación fue más desafiante aún. Ailin comentaba tanto en las sesiones grupales como en las individuales que cuando él no le contestaba los mensajes, salía con sus amigos los fines de semana o simplemente ella lo sentía “distante” le generaba muchísima ansiedad. Dentro de la historia clínica se pudo observar que sentía que él la engañaba cada vez que sentía alguna de estas cosas. Esto la enojaba y la llevaba descargar su ira principalmente con él, y luego la derivaba a su familia y amigas. Ante una situación crítica con su pareja, todas sus relaciones se veían afectadas, lo cual le volvía a producir un gran desbalance emocional y el cual ella solía manejar cortándose.

Gracias a distintas técnicas aprendidas previamente las conductas autolesivas fueron remplazadas con una nueva forma de accionar ante la ansiedad y el vacío emocional. Hubo dos grandes técnicas que la paciente supo implementar de manera efectiva durante su paso por el grupo de DBT adolescente.

En primer lugar, la paciente aprendió a remplazar los elementos cortantes con los que se flagelaba con un hielo. Un ejemplo de esto que se pudo observar en la historia clínica fue que una vez, luego de llamar varias veces a su novio sin lograr comunicarse ella empezó a sentir que él estaba con otra. Esta idea la hizo sentirse en lo que ella describió “como un espiral hacia abajo”, y sintió la urgencia de cortarse para calmar esa ansiedad. En ese momento recordó algo aprendido durante su tratamiento y en vez de cortarse agarró un hielo y se lo pasó por el brazo simulando cortes. Esto le generó en primer lugar una sensación física que la llevo a sentir el cuerpo, trayéndola nuevamente al *aquí y ahora*, y en segundo lugar le dio espacio para practicar los ejercicios de respiración que había aprendido al principio de su tratamiento.

La segunda técnica que la terapeuta también rescata como una de las más utilizadas por la paciente fue la de ponerse una goma elástica en la muñeca. Cada vez que un pensamiento le generaba una sensación de desbalance ella debía tirar de la goma elástica repetidas veces. Mientras hacía esto debía identificar cual era la emoción que la estaba perturbando y tratar de etiquetarla al mismo tiempo la experimentaba de manera consiente, y buscando qué fue lo que la llevó a sentirse de esa manera en ese momento específico. En la historia clínica se pudo apreciar que esta técnica fue utilizada por Ailin en diversas ocasiones en terapia, sobre todo cuando debía contar en sesión las cosas que la habían generado un malestar en la semana.

Si bien el manual de DBT indica que cada módulo debe durar aproximadamente dos meses (Linehan, 1993), en la práctica no siempre se da de esa manera. El caso particular de cada paciente suele extender los tiempos de los módulos y en este caso solo se pasa al siguiente cuando el módulo que se está enseñando fue terminado de manera eficiente. Solo cuando los terapeutas de las sesiones grupales y el terapeuta individual están de acuerdo con que el paciente ya cuenta con las técnicas y habilidades que se pretenden enseñar es que se puede pasar al próximo módulo. En este caso en particular, en la historia clínica se pudo observar que el módulo de tolerancia al malestar sería enseñado en el grupo de DBT de adultos, ya que la paciente cumplió la mayoría de edad.

En relación con este apartado, y habiendo analizado la historia clínica y haciendo referencia a lo comentado por la terapeuta a cargo del caso, se puede concluir que la paciente adquirió una amplia gama de herramientas y habilidades durante su paso por el grupo de adolescentes de DBT, pero solo algunas pocas fueron las que se pueden considerar que incorporó en su día a día. Como

se mencionó previamente, las herramientas y habilidades más usadas de manera efectiva por Ailin fueron: Los ejercicios de respiración y mindfulness, la utilización de un hielo para remplazar un elemento cortante y la utilización de una goma elástica en la muñeca para lograr calmar la ansiedad. Desde un punto de vista más amplio, y haciendo referencia a los módulos del tratamiento, las habilidades de qué y cómo fueron las más ayudaron a la paciente durante el tratamiento y en su día a día.

5.3 Describir y analizar los cambios producidos en la paciente en relación a las conductas autolesivas luego de dos años de tratamiento.

Según lo expuesto en la historia y clínica, y como ya se mencionó previamente, lo primero que se tuvo en cuenta al comenzar el tratamiento fue tratar de evitar que la paciente continué llevando a cabo acciones que pongan en peligro su vida. Esto fue de vital importancia sobre todo porque en primer lugar Ailin llegó al centro luego de una internación por una sobreingesta de pastillas en la que intentó quitarse la vida, y en segundo lugar la paciente volvió a tener un episodio suicida luego de tomar cloro tras una pelea con su padre. Teniendo esto en cuenta los terapeutas sabían que estaban trabajando con una paciente de riesgo y su terapeuta individual aclara que desde el primer momento esto fue el punto de mayor importancia a trabajar.

Luego de dos años de tratamiento y habiendo completado tres de los cuatro módulos de DBT, lo primero a destacar es que su historia clínica no presenta otro comportamiento suicida o parasuicida hasta la fecha en la que se empezó a realizar este trabajo. Esto no es algo menor ya que según estudios realizados por Spirito et al. (1989) una gran cantidad de personas que cometen actos suicidas se arrepienten al momento de concretarlo y pueden dar cuenta de esto gracias a que fueron salvados a tiempo, así como también muchos de los actos parasuicidas se llevan muy lejos por error y pueden terminar en la muerte sin ser este el fin buscado.

No obstante, tanto la terapeuta individual de la paciente como la historia clínica dan cuenta de que Ailin presenta esporádicamente cortes en sus brazos. Según lo que la paciente informa cada vez que esto sucede, estas conductas autolesivas coinciden siempre con una discusión con su novio o con algún familiar. Esto demuestra que las relaciones interpersonales conflictivas en esta paciente siguen siendo un punto fuerte a trabajar. Es también pertinente aclarar que, si bien la acción de cortarse continúa presente, esta muy lejos de ser con la frecuencia que se llevaba a cabo cuando entró al centro según se pudo estudiar en la historia clínica.

Este caso concuerda con estudios realizados por Böhme et al (2011) los cuales demuestran que el 77% de los pacientes con antecedentes de intentos de suicidio o conductas autolesivas no atienden a tratamientos ambulatorios o abandonan el tratamiento antes de adquirir las herramientas necesarias para manejar la desregulación emocional. Este estudio se basó en el seguimiento de pacientes diagnosticados con TLP a lo largo de un año enfocándose específicamente en intentos de suicidio y conductas autolesivas. El resultado demostró que las conductas autolesivas a lo largo del primer año de tratamiento se redujeron significativamente mientras que los intentos de suicidio cesaron por completo en todos los pacientes. Ailin refleja en su tratamiento lo expuesto en este

estudio, confirmando de esta manera la eficacia del DBT en el tratamiento de pacientes diagnosticados con TLP.

Con los datos adquiridos durante la investigación se puede concluir dentro de este apartado que el logro más importante se produjo erradicando las conductas suicidas y parasuicidas. En segundo lugar, la baja frecuencia con la que la paciente presenta cortes también debe ser considerado como un avance muy importante dentro de su tratamiento. Hay que tener en cuenta que, como bien plantea Gagliesi (2009), no existe hasta el momento una disciplina que ofrezca una solución definitiva al Trastorno Límite de la Personalidad, pero el tratamiento con DBT combinado con un tratamiento farmacológico en caso de ser necesario mejoran notablemente la calidad de vida.

Como se menciona en los estudios realizados por Groves et al. (2011) Los pacientes con tendencias suicidas y diagnosticados con TLP son los más propensos a abandonar un programa prematuramente. En el caso de Ailin es importante también destacar que, a pesar de su tendencia a la automutilación y sus conductas suicidas, pudo lograr una adhesión al tratamiento muy estable.

7. Conclusiones.

El presente trabajo se realizó en el marco de la Práctica de Habilitación profesional llevada a cabo entre agosto y diciembre del año 2018. La misma se realizó en un centro privado en el que se ejerce la práctica terapéutica psicológica y psiquiátrica. Durante el paso por esta institución se pudo observar el tratamiento realizado con una paciente que en ese momento tenía 18 años de edad, y que había comenzado su tratamiento a los 15 años luego de una internación por un intento de suicidio.

Tras ser diagnosticada con Trastorno Límite de la Personalidad, la paciente comenzó dentro del centro un tratamiento basado en la Terapia Dialéctica Conductual basada en la teoría propuesta por Marsha Linehan en 1993. Luego de observar a la paciente en cámara gesell, tener acceso a la historia clínica y poder entrevistar a la terapeuta a cargo, se plantearon tres objetivos con el fin de poder describir tanto el proceso de la terapia como los resultados obtenidos, así como también tener un acercamiento más claro y en primera persona de la sintomatología que se presenta en un caso de TLP.

El tratamiento de DBT se llevó a cabo tal como se propone en los manuales de Linehan (1993). La paciente contó con una terapia individual enfocada en tratar tanto las crisis de su día a día como en poner en práctica nuevas habilidades aprendidas para poder afrontar su conducta desadaptativa. Dichas habilidades eran aprendidas en sesiones grupales semanales, divididas en cuatro módulos enfocados en el aprendizaje de nuevos recursos para afrontar problemas relacionados a la patología. El grupo era dirigido por dos terapeutas de las cuales una de ellas también estaba a cargo de la terapia individual. Desde esta área se pudo observar que la institución presenta un muy buen sistema basado en este programa de tratamiento. Cuenta con terapeutas especializados en DB y grupos terapéuticos para los familiares de los pacientes; así como también

un número telefónico al que los pacientes pueden llamar en caso de crisis y un equipo de emergencias encargado de resolver situaciones en las que corre riesgo la vida de algún paciente.

Con respecto al primer objetivo planteado en el trabajo, la paciente presenta diversas conductas disfuncionales relacionadas con el TLP. En primer lugar, se pudo observar que Ailin presentaba conductas autolesivas e intentos de suicidio junto una fuerte desregulación emocional y sentimientos de vacío. Esto coincide con lo que los manuales de diagnósticos DSM-IV y DSM-V (APA, 2000, 2014) establecen.

El segundo objetivo se centró en el análisis de las habilidades que la paciente adquirió para ir logrando una vida que valga la pena ser vivida, tal como hizo referencia Linehan en 1993. En base a esto se observó que el primer paso dado por los terapeutas a cargo, fue el de tratar de generar un compromiso con la paciente, logrando así que las conductas que ponen en riesgo tanto su vida como el tratamiento vayan disminuyendo. Esto puede ir desarrollándose gracias al vínculo fuerte y positivo que logró con sus terapeutas, en lo cual Linehan (1993) hace hincapié como uno de los pilares fundamentales para el correcto funcionamiento del tratamiento.

En este punto cabe destacar que el compromiso de la paciente al comenzar el tratamiento era como mucho parcial ya que no asistía con regularidad a las sesiones grupales ni presentaba los fichajes correspondientes a cada semana. El compromiso con el tratamiento de DBT pasó a ser total luego de una segunda internación al poco tiempo de comenzar con el primer módulo. En la entrevista con la terapeuta a cargo del caso, ella establece este acontecimiento como un punto de quiebre en la terapia que pudo utilizarse para generar el entusiasmo que hacía falta en Ailin para avanzar positivamente en el tratamiento.

Con respecto a las habilidades adquiridas por la paciente pudo notarse, a través de la historia clínica y de la entrevista realizada, que las habilidades adquiridas en el primer y segundo módulo fueron las que más se arraigaron en Ailin. También hay que destacar que gracias a los ejercicios de respiración y mindfulness se logró bajar notablemente la reactividad de la paciente en momentos de crisis. Estas cosas combinadas fueron de vital importancia a la hora de reducir tanto las conductas problemáticas como las ideaciones suicidas.

Si bien las habilidades del segundo y tercer módulo fueron de vital importancia para lograr una mejoría sustancial dentro de la patología que padece la paciente, es también importante destacar que después de dos años de tratamiento la paciente sigue presentando cuadros de desregulación emocional y de vacíos existenciales, así como también problemas en el manejo de las relaciones interpersonales. Si bien la teoría de Linehan (1993) plantea que es necesario un mínimo de un año intensivo de tratamiento, es importante tener en cuenta el contexto y el caso particular de cada individuo.

Retomando lo propuesto por Gagliesi (2010), es importante entender que no existe una solución definitiva para el Trastorno Límite de Personalidad, pero la Terapia Dialéctica Conductual ofrece una mejora sustancial en la calidad de vida de los pacientes. Si bien Ailin terminó el tratamiento con el grupo de adolescentes con algunas de las sintomatologías principales todavía latentes, se logró erradicar las conductas que ponían en riesgo su vida. Esto es un avance muy importante dentro de una patología tan compleja.

Las conductas autolesivas son muy importantes de tratar para evitar que el paciente ponga en riesgo su vida y ponga en peligro el tratamiento, pero al mismo tiempo son muy difíciles de erradicar. Esto se debe a que por lo general conductas como cortarse, quemarse, o flagelarse de cualquier forma física es una respuesta aprendida que causa un alivio físico a una dolencia emocional (Gagliesi, 2010). Como cualquier conducta autoperpetuante y que durante mucho tiempo ofrece una única solución a un problema que parece no tener respuesta, es muy difícil pensar nuevas estrategias para afrontar las crisis emocionales, y en este caso en particular se trató a una paciente con dos casos de internación por intento de suicidio.

Algunos recursos y habilidades aprendidos durante estos años de terapia funcionaron muy bien específicamente en el tratamiento de las conductas autolesivas. Como se mencionó previamente, se pudo observar en la historia clínica que la paciente hace referencia a los ejercicios de respiración y de mindfulness fueron de gran ayuda a la hora de combatir tanto estas conductas como las ideaciones suicidas. Por otro lado, hubo dos recursos que resultaron esenciales para tratar esta problemática. En primer lugar, Ailin aprendió durante su paso por el grupo de DBT adolescente a utilizar un hielo en vez de cortarse. Esto funcionaba de la siguiente manera: Cada vez que ella se sentía sobrepasada por alguna emoción o por algo que le ocurría en el día y sentía un fuerte impulso a cortarse, debía agarrar un hielo y hacer el mismo acto que haría con un elemento cortante, pero con el hielo. Esto le generaba, combinado con los ejercicios de aquí y ahora hacían que pueda pasar el momento sin llevar a cabo el corte. En segundo lugar, otras de los recursos más valiosos que aprendió durante el tratamiento fue el de la utilización de una goma elástica atada a la muñeca. Cada vez que sentía una ansiedad que no podía controlar Ailin tiraba de la goma elástica y la hacia golpear contra su brazo repetidamente hasta que lograba pasar el momento. Esto le generaba en primer lugar algo real y concreto en que concentrarse, y al mismo tiempo una sensación física la cual la hacia volver al presente.

Podría decirse que, gracias a estas habilidades y recursos aprendidos, junto al servicio telefónico para momentos de crisis aguda, las conductas autolesivas pudieron ser erradicadas casi en su totalidad. Si bien la psicóloga a cargo del caso comentó en la entrevista que Ailin presentaba cortes en los brazos esporádicamente, sobre todo cuando desconfiaba de su nuevo novio o discutía con su padre, es muy importante destacar que después de la segunda internación hasta la fecha en la que se llevo a cabo esta observación la paciente no volvió a presentar ninguna conducta que pusiera en peligro su vida.

Con respecto a las limitaciones, es importante señalar que con que a la Terapia Dialéctica Conductual respecta el material bibliográfico suele centrarse casi exclusivamente en Marsha Linehan. Esta limitación teórica se presenta ya que Linehan estableció hace relativamente poco tiempo las bases y la estructura del modelo terapéutico, luego diversos autores citaron y abordaron su obra. Por otro lado, el presente trabajo se centró en el tratamiento de DBT en el grupo de adolescentes y por una cuestión de tiempos dentro de la Práctica Profesional no pudo extenderse hasta el tratamiento presente de Ailin, lo cual deja afuera una parte esencial de la evolución de la misma.

La última limitación concierne aspectos metodológicos. Sería de gran importancia para el desarrollo del trabajo poder entrevistar tanto a la paciente como a familiares de la misma. Si bien esto no era posible dentro del marco de la Práctica y Habilitación Profesional V hubiese aportado una información más precisa para ahondar en los objetivos planteados. Asimismo, sería interesante que, en futuros estudios de caso, se recolecten datos con otras técnicas de recolección de información cualitativa.

Como reflexión personal, es importante destacar que dentro del mundo científico este programa es aún muy nuevo, y si bien la eficacia del mismo es muy alta a la hora de proporcionar un mejor estilo de vida para las personas que padecen de TLP, es importante que continúe adaptándose y evolucionando. Surge como pregunta del análisis de este caso si es posible una adaptación del modelo diseñado para funcionar en el ámbito público hospitalario, ya que hay una población de riesgo muy grande que no pueden acceder hoy en día a este programa. Teniendo en cuenta el aumento de personas diagnosticadas con TLP demostrado por estudios realizados por Groves et al. (2011), sumado a la alta demanda que tienen los hospitales públicos, estos deberían contar con una gran cantidad de profesionales tanto psicólogos como psiquiatras especializados dentro del tratamiento de DBT. Esto plantea un problema inicial ya que los recursos de la salud pública son escasos. Al mismo tiempo el programa exige un alto compromiso tanto de los pacientes, que deben asistir tanto a las sesiones grupales, como de las familias que deben asistir a las sesiones grupales familiares. Para lograr esto el tratamiento de DBT debería ser implementado en varios puntos del país, distribuido estratégicamente para poder abarcar las distintas regiones y poblaciones, ya que la principal causa de abandono del tratamiento es la dificultad de transporte o poco apoyo por parte de las familias (Groves et al., 2011). Teniendo en cuenta que el DBT exige a los pacientes asistir mínimamente dos veces por semana al centro y una vez a las familias, esto implica un gran gasto económico y de tiempo para las personas que vivan lejos del hospital.

Para finalizar creo que sería interesante analizar un caso con la misma patología abordado desde otro modelo terapéutico. Dado que recientes meta análisis sostienen la eficacia del DBT (Klien, Kröger & Kosfelder, 2010), sería también interesante realizar seguimientos a pacientes que presenten cuadros similares a los de Ailin y de esta manera verificar el impacto y efectos del tratamiento a través del tiempo, comparando estos con otros enfoques o modelos de tratamiento. A su vez, futuras líneas de investigación podrían centrarse en el estudio de factores moderadores que pueden alterar o influenciar el curso del tratamiento como por ejemplo la alta comorbilidad con otras patologías o la heterogeneidad de los síntomas, así como también la edad o el contexto sociocultural.

7. Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA). (2014).
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (4ta edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Boggiano, J. P., Gagliesi, P. & Teti, G. (2015). Dialectical-Behavior Therapy: A possible treatment for patients with severe disorders. *Vertex (Buenos Aires, Argentina)*, 26(119), 57-64.
- Curtis, A. C. (2015). Defining adolescence. *Journal of Adolescent and Family Health*, 7(2), 1-39.
- 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.
- First, M.B., Gibbons, M., Spitzer, R. L., Benjamin, L., S., & Williams, J. B. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders SCID-II*. American Psychiatric Pub.
- Gagliesi, P. (2010). *Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento del Desorden Limite de la Personalidad*. Recuperado de <http://www.fundacionforo.com>.
- Gempler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(01), 136-148.
- Groves, S., Backer, H. S., van den Bosch, W., & Miller, A. (2011). Dialectical behaviour therapy with adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(2), 65-75. Doi: 10.1111/j.1475-3588.2011.00611.x
- Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The Epidemiology and Phenomenology of Non-Suicidal Self-Injurious Behavior Among Adolescents: A critical review of the Literature. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 129-147. Doi: 10.1080/13811110701247602
- Kleim, S., Kröger, C., & Kosfelder, J. (2010). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: A Meta-Analysis Using Mixed-Effects Modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 936-951. Doi: 10.1037/a0021015
- Linares, J. L. (2007). *La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. Personality and personality disorders from a systemic approach*. *Clínica y Salud*, 18(3), 381.
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastorno de personalidad límite*. Barcelona: Paidós ediciones.
- Linehan, M., Armstrong HE, Suarez A, Allmon D & Heard HL. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060-1064. doi:10.1001/archpsyc.1991.01810360024003
- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., & Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 969-981. Doi: 10.1016/j.cpr.2008.02.004
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1999). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*. Ginebra: OMS.
- Plener, P. L., Schumacher, T. S., Munz, L. M., & Groschwitz, R. C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature.

Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 2(2), 1-11. doi: 10.1186/s40479-014-0024-3

- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223-228. Doi: 10.1016/s2352-4642(18)30022-1.
- Spirito, A., Brown, L., Overholser, J., & Fritz, G. (1989). Attempted suicide in adolescence: A review and critique of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9(3), 335-363. Doi: 10.1016/0272-7358(89)90061-5
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *The Psychoanal Quarterly*, 7(4), 467-489
- 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.