

UNIVERSIDAD DE PALERMO  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN**

Título: Aplicación de la Terapia Dialéctico Comportamental en una paciente  
con Trastorno Límite de la Personalidad

Autor: Loana Lev Solari

[loanals@hotmail.com](mailto:loanals@hotmail.com)

Tutora: Dra. Nora Gelassen

Buenos Aires, 22 de julio del 2021

**Índice**

<b>1. Introducción</b> .....	3
<b>2. Objetivo General</b> .....	4
2.1 Objetivos Específicos .....	4
<b>3. Marco Teórico</b> .....	5
3.1 Trastorno Límite de la Personalidad .....	5
3.2 Terapia Dialéctico Comportamental .....	9
3.2.1 Tratamiento .....	9
3.2.2 Estrategias de Intervención .....	13
3.2.3 Adherencia al tratamiento .....	15
<b>4. Metodología</b> .....	17
4.1 Tipo de estudio .....	17
4.2 Participantes .....	17
4.3 Instrumentos .....	17
4.4 Procedimiento .....	18
<b>5. Desarrollo</b> .....	18
5.1 Presentación de caso .....	18
5.2 Objetivo 1 .....	19
5.3 Objetivo 2 .....	22
5.4 Objetivo 3 .....	25
<b>6. Conclusiones</b> .....	28
<b>7. Referencias Bibliográficas</b> .....	32

## **1. Introducción**

El presente Trabajo Final Integrador (TFI) se realizó a partir de la práctica profesional realizada en una institución dedicada a la formación, asistencia, prevención e investigación en el campo de la Salud Mental. Su modalidad de trabajo se enmarca dentro de las Neurociencias y las Ciencias Sociales, principalmente las escuelas cognitivas, conductuales, sistémicas y gestálticas. La institución se encuentra ubicada en la ciudad de Buenos Aires, desde el 2008. Se realizaron observaciones no participantes de reuniones de equipo y supervisiones, observaciones no participantes de cursos y formaciones especializadas en la psicoterapia cognitiva conductual; y se realizó una entrevista con la terapeuta junto con la conceptualización del caso.

Dicha práctica se realizó en el segundo cuatrimestre del 2020 de la licenciatura en Psicología en la Universidad de Palermo. Debido a la situación que el país se encuentra atravesando, las actividades se realizaron de manera online.

El tema elegido para el trabajo fue la aplicación de la Terapia Dialéctico Comportamental (DBT) en una paciente con trastorno límite de la personalidad (TLP). Dicha temática surgió a partir del interés por conocer la sintomatología y el abordaje del trastorno, como también, el abordaje y tratamiento de la Terapia Dialéctico Comportamental (DBT).

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo General**

Analizar el caso de un paciente con trastorno límite de la personalidad y las intervenciones realizadas desde la Terapia Dialéctico Comportamental (DBT) para disminuir las conductas problema (sobreingestas de medicación y autolesiones)

### **2.2 Objetivos específicos**

- Describir la sintomatología y comorbilidad de un paciente con trastorno límite de la personalidad.
- Describir las estrategias de intervención aplicadas por la terapeuta en el marco de la Terapia Dialéctico Comportamental (DBT) para disminuir las conductas problema (sobreingestas de medicación y autolesiones).
- Analizar los cambios producidos en el paciente en relación a las conductas problema.

### 3. Marco Teórico

#### 3.1 Trastorno Límite de la Personalidad

Las personas con trastorno de la personalidad presentan conductas rígidas y desadaptativas. Suelen tener una percepción frustrante sobre sí mismos y el entorno. Estas características vienen acompañadas con la tendencia a crear vínculos viciosos que producen malestar en la persona y de labilidad frente a situaciones que le provocan estrés (Cardenal, Sánchez & Ortiz- Tallo, 2007). De acuerdo al Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), los trastornos de la personalidad son patrones permanentes de experiencia interna y de comportamiento que se aparta de la cultura del sujeto. Los mismos son estables en el tiempo, tienen su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y dan lugar a un malestar o deterioro. Dichos trastornos se distribuyen dentro del manual en tres grupos de acuerdo a sus similitudes. El trastorno límite de la personalidad (TLP) se encuentra dentro del grupo B; las personas de ese grupo suelen ser exageradamente dramáticas o emocionales. Siendo así, el TLP se caracteriza, de acuerdo al DSM 5, por la inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y en los afectos, acompañado de una impulsividad intensa. Sus criterios diagnósticos son: esfuerzos desesperados para evitar el abandono real o imaginado; patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas; alteración de la identidad: inestabilidad intensa en la autoimagen; impulsividad; amenazas de suicidio o conductas autolesivas; inestabilidad afectiva, como puede ser la disforia, irritabilidad o ansiedad, debida a una reactividad notable del estado de ánimo; sensación crónica de vacío; enojo inapropiado o intenso; e ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves. Para poder realizar un diagnóstico correctamente, deben estar presentes al menos cinco de esas características. La OMS (1999) ha diferenciado dos subtipos de TLP. Por un lado, describe aquellos de tipo impulsivo, caracterizado por una inestabilidad emocional y por la falta de control de los impulsos. Suelen tener explosiones violentas frecuentemente o comportamientos amenazantes, especialmente ante las críticas de terceros o frustraciones. Por otro lado, describe el tipo limítrofe, caracterizado por perturbaciones en la autoimagen por sentimientos crónicos de vacío, por relaciones interpersonales intensas e inestables y por una tendencia al comportamiento autodestructivo, que incluye acciones suicidas e intentos de suicidio.

El término *límite*, se utiliza hace ya varios años para referirse a un estado que se encuentra en el límite entre la neurosis y la psicosis (Keegan, 2004; Nieto, 2006). Las personas con esta patología viven todas las situaciones con mayor intensidad, suelen expresar lo que sienten y demuestran sus emociones constantemente. En muchas ocasiones, tienen grandes

explosiones de ira imposibles de controlar frente a situaciones que, para el resto de las personas, suelen ser normales. Al recordar las situaciones se sienten mal y se arrepienten; aunque ese descontrol de emociones y el arrepentimiento suele repetirse una y otra vez en la vida de estos pacientes. Muchos autores expresan que las personas con TLP necesitan de las emociones para sentirse vivos. Estos comportamientos suelen ser problemáticos tanto para el paciente como para su entorno. Muchas veces, aparecen las conductas autolesivas e incluso, en algunos casos, intentos de suicidio (Caballo, Gracia, López-Gollonet & Bautista, 2004).

Es por esto que el curso clínico de estos pacientes es, con frecuencia, inestable. Sus crisis vienen acompañadas de síntomas y conductas como las autolesiones, los intentos de suicidio, el abuso de sustancias, los síntomas psicóticos transitorios y comportamientos impulsivos, tales como ataques de ira y agresiones, conductas sexuales de riesgo, hurtos, atracones y purgas, todo ello con un importante correlato afectivo (Costas, Vázquez- Bourgon, Gómez del Barrio & Simón, 2017).

Los pacientes con TLP poseen la imagen de sí mismos, sus objetivos personales y sus tendencias confusas o alteradas. Suelen sentirse “incompletos” o “desgraciados”; incluso, en algunas situaciones, experimentan la sensación de “no existir”. Esta experiencia es vivida como dolorosa y con desesperanza (Sarmiento Suarez, 2008). Es un trastorno mental en el cual la persona que lo padece presenta altos niveles de estrés y sufrimiento (Keegan, 2004).

Muchos autores consideran al TLP como un trastorno vincular; esto se debe a que la inestabilidad en las relaciones interpersonales causa un malestar significativo en las personas de su entorno, que suelen estar expuestas al comportamiento típico de estos pacientes. Amigos, parejas y familiares suelen tomar este comportamiento como una cuestión personal y, al tratar de solucionar el problema de una manera que no funciona, se sienten atrapados (Sarmiento Suarez, 2008). En muchos casos las conductas de las personas con TLP son vistas como contradictorias e imprevisibles. Son personas que se las percibe muy cambiantes en sus opiniones, arbitrarias e incluso manipuladoras; las relaciones con las personas con TLP suelen ser angustiantes. Para poder comprender los comportamientos y actitudes de estas personas, es importante entender que tienen la función de protegerse a sí mismos frente a un intenso dolor por encima de la de herir a otros (Keegan, 2004).

Las personas con TLP presentan aspectos cognitivos, comportamentales, físicos y médicos. Dentro de los aspectos cognitivos se pueden observar: pensamientos automáticos negativos que reflejan distorsiones cognitivas, que a su vez son producto de esquemas básicos; actitudes ambivalentes hacia su entorno y hacia sí mismos; falta de propósitos para estabilizar sus actitudes o emociones; incapacidad para mantener estables sus procesos de pensamiento;

dificultades para aprender de experiencias pasadas; tienen sensaciones de vacío y la autoimagen es inestable y extrema; presentan un temor excesivo al desprecio, como también un sentimiento aterrador acerca de la soledad (sea real o imaginada); tienen menor capacidad para procesar la información debido a sus problemas para centrar la atención; poseen un pensamiento rígido, inflexible e impulsivo; tienen baja tolerancia a la frustración y se aburren fácilmente; en situaciones de estrés presentan ideación paranoide transitorio, despersonalización, desrealización o síntomas disociativos. Estas características reflejan el torbellino emocional que es su mundo interno. Las autocríticas y los autoreproches logran que la persona se sienta despreciables y merecedoras del abandono de sus seres queridos (Caballo et al., 2004).

Así como los pacientes con TLP presentan síntomas cognitivos, también, presentan aspectos conductuales. Algunos de ellos son: altos niveles de inconsistencia e irregularidad; patrones de apariencia cambiante y vacilante; comportamientos recurrentes de automutilación o suicidio; conductas paradójicas en sus relaciones; dependencia hacia los demás, actos irresponsables como juego patológico, abuso de sustancias psicoactivas, grandes atracones de comida; conductas paradójicas en sus relaciones interpersonales; relaciones intensas y caóticas; entre otros (Caballo & Camacho, 2000; Caballo et al., 2004).

Son varias las investigaciones que demuestran que los pacientes con TLP han sufrido abuso infantil; ya sea emocional, físico y/o sexual; tanto es así, que se ha llegado a suponer que dicho desorden se trataría de un trastorno por estrés postraumático (Graybar & Boutilier, 2002; Keegan, 2004). Es por esto, que el TLP y la disociación están fuertemente relacionados (Mosquera, González & van der Hart, 2010). Este tipo de experiencias favorecen la formación de creencias relacionadas con el rechazo, la desilusión y la amenaza constante de ser abandonados, como también aumenta la autoinvalidación y el rechazo de las propias experiencias emocionales lo que reduce la capacidad para identificarlas y poder modularlas (Sarmiento Suarez, 2008).

Entre el 30 y 60% de las personas con trastornos de la personalidad padecen de TLP, siendo este el más frecuente dentro de este grupo de patologías; es uno de los trastornos más deteriorante en la vida del individuo (Nieto, 2006). Según Vásquez-Dextre (2016), la prevalencia del TLP en la población general es alta, alrededor del 2 al 5%; en pacientes ambulatorios es del 11% y en pacientes internados es del 20%, de los cuales el 75% tiene conductas autolesivas y el 10% llega al suicidio consumado. Entre el 57 y 67% continúan teniendo los síntomas después de 7 años del diagnóstico, y el 44% lo siguen padeciendo

después de 15 años. Tiene una mortalidad de 10%, debido, principalmente, a los intentos de suicidio (Serrani, 2011).

Una característica importante del TLP es la frecuente existencia de comorbilidad con otros trastornos, lo cual puede influir en su curso, pronóstico y tratamiento. Incluso, se suele nombrar al TLP como el “paradigma de la comorbilidad” (Corchero, Balés, Oliva & Puig, 2012). De acuerdo al estudio realizado por Cabeza Monroy y Palomino Huertas (2010), los pacientes con TLP presentan una alta tasa de comorbilidad (entre 91% y 100%) con los trastornos del Eje I del Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales en su cuarta edición. Se ha mostrado asociación con trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I y II, trastorno de ansiedad, trastorno de conducta alimentaria (bulimia y anorexia), trastorno por abuso de sustancia, trastornos somatomorfos, trastorno del control de los impulsos, trastorno de pánico con agorafobia, fobia social, fobia específica, intentos de suicidio y suicidabilidad. Con respecto al Eje II, existe un porcentaje elevado de asociación entre TLP y otros trastornos de la personalidad, como puede ser el trastorno histriónico, antisocial, esquizotípico y dependiente (Cervera, 2005).

Debido a que en el caso que se tratará en este Trabajo Final Integrador tiene comorbilidad con un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), se focalizará en la relación con dicha patología. Diversos estudios demuestran una alta comorbilidad de diagnósticos del Eje II y los trastornos alimentarios, entre el 57% y 72%. (Cervera, 2005). El 30-53% de los pacientes con TLP cumplen criterios con algún trastorno de conducta alimentaria (Vásquez-Dextre, 2016). Es habitual observar conductas relacionadas con TCA en pacientes con TLP, debido a que éstas pueden tener funciones adaptativas para esta clase de pacientes. Existe una fuerte relación entre la búsqueda de la delgadez y la baja autoestima, siendo ésta una característica fundamental del TLP. Los atracones o los métodos purgativos pueden ser utilizados por estos pacientes como un mecanismo para calmarse, debido a que tienen una limitada capacidad para controlarse por sí mismos. Como se explicó anteriormente, los pacientes con TLP suelen tener conductas suicidas y autolesiones; es por esto que el ayuno, la hiperactividad física, el abuso de laxantes y vómitos pueden ser tomados como autocastigos (Góngora, 2002). Es importante tener en cuenta el solapamiento de algunos criterios diagnósticos que resultan comunes entre ambos trastornos. Es por esto que muchas veces, se produce un riesgo de sobrediagnóstico del TLP en los trastornos con bulimia, por ejemplo. Con respecto a la comorbilidad entre la bulimia y el trastorno límite de la personalidad, un aspecto interesante es la posible existencia de abuso sexual infantil, donde se considera que en las pacientes bulímicas con antecedentes de abusos presentan una mayor gravedad del cuadro

clínico y una mayor tasa de comorbilidad con el TLP. El peor pronóstico para un trastorno de la conducta alimentaria es la comorbilidad con el TLP; ya que puede producir mayor severidad en problemas psicosociales y de la conducta, como es el abuso de alcohol y drogas o intentos de suicidios (Echeburúa & Marañón, 2001).

A la hora de realizar un diagnóstico de TLP, es importante diferenciarlo de otros trastornos con sintomatología similar. Algunos de estos son: trastorno de la afectividad, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno por abuso de sustancias y otros trastornos de la personalidad, como el trastorno histriónico, trastorno esquizotípico, trastorno paranoide y trastorno narcisista (Corchero et al., 2012).

Aunque durante mucho tiempo se creía que el TLP era un diagnóstico crónico e intratable, los datos más recientes muestran una alta tasa de remisión (45% a los 2 años y 85% a los 10 años) y una baja tasa de recaída (alrededor del 15%). Sin embargo, el pronóstico sigue siendo desalentador; incluso después de la remisión, la mayoría de los pacientes con TLP presentan un deterioro funcional severo (Gunderson, 2011). Como se explicó anteriormente, el TLP puede manifestarse en la infancia, en la adolescencia o en el inicio de la edad adulta. Los casos más precoces suelen tener peor pronóstico, sobre todo si van acompañados de abuso de sustancias y conductas autodestructivas durante la adolescencia. La peor edad para el trastorno es entre los 20-35 años, periodo en el cual el individuo tiene que hacerse adulto e independiente y construirse un futuro (Corchero et al., 2012).

## **3.2 Terapia Dialéctico Comportamental**

### **3.2.1 Tratamiento**

El tratamiento del paciente con TLP puede ser abordado de diversas maneras. Si la sintomatología del paciente es poco intensa y tiene un adecuado nivel funcional, puede ser tratado con un tratamiento ambulatorio centrado en la psicoterapia individual, acompañado o no de un tratamiento psicofarmacológico. Ahora bien, si el paciente presenta una intensa sintomatología, el tratamiento debe ser multidisciplinario, centrado en psicoterapia individual, familiar o grupal junto con un tratamiento psicofarmacológico (García López, Pérez & Otín Llop, 2010). Debido a su complejidad, su alto nivel de deserción al tratamiento y los grandes costos que le genera al sistema de salud, surge la necesidad de crear un tratamiento específico para dicho trastorno (Elices & Cordero, 2011).

Dentro de la Tercera Generación de la modalidad terapéutica cognitiva-conductual (TCC), la DBT es el tratamiento mejor estudiado y sobre el que existen más datos de eficacia clínica en el tratamiento de TLP (Nieto, 2006).

Dicha terapia fue desarrollada en 1980 por Linehan y su equipo en la Universidad de Washington, quienes comenzaron estudiando mujeres adultas con historias de intentos de suicidio crónicos, ideación suicida, urgencia por hacerse daño y automutilaciones (Gempeler, 2008). En la actualidad, es un modelo terapéutico diseñado para tratar pacientes severos con problemas de desregulación emocional, conductas suicidas y autolesiones frecuentes (Vásquez-Dextre, 2016). Incluye elementos de *mindfulness* y de la filosofía dialéctica (Costas et al., 2017; Elices & Cordero, 2011). Es importante mencionar la forma en que Linehan (2003) define al TLP: como un trastorno en el que la disfunción biológica en el sistema de regulación emocional interactúa con un ambiente invalidante desarrollando, así, una desregulación emocional dominante que se expresa en la inhabilidad para modular las emociones.

Ahora bien, para comenzar a hablar de DBT resulta interesante desarrollar, primero, a la dialéctica que, de acuerdo a Linehan (1993) es la característica más importante de DBT. Según la perspectiva dialéctica, la realidad se encuentra en un continuo cambio. Está compuesta por opuestos (tesis y antítesis) que se integran hasta lograr una reconciliación o síntesis (Costas et al., 2017). Desde la perspectiva de Linehan el TLP es un fracaso dialéctico, ya que tienen posiciones rígidas y contradictorias y son incapaces de integrar distintas posiciones (García-Palacio, 2006). Es por esto, entonces, que la base de la DBT es poder ayudar a que los pacientes identifiquen esa polaridad y reconozcan que ambas polaridades son posibles y se pueden integrar en la síntesis (Costas et al., 2017).

La estructura del tratamiento, las técnicas y el proceso terapéutico de dicha terapia están diseñados con el objetivo de tratar las áreas problemáticas propias del TLP, como la inestabilidad emocional, las dificultades en las relaciones interpersonales, las conductas suicidas e impulsivas, la rigidez cognitiva y las alteraciones en la identidad (García Palacios, 2006). Utiliza técnicas como entrenamiento en habilidades sociales, tareas comportamentales, escalas de síntomas y análisis del comportamiento que están centradas en la búsqueda de cambio conductual; como también en estrategias de aceptación o de validación, donde la idea central es que los pacientes se acepten tal y como son, y que sus comportamientos tengan sentido y pueden ser comprendidos. Es a partir de esta aceptación que los pacientes comienzan una estrategia de cambio, para poder desarrollar una vida que tenga sentido para ellos (Gempeler, 2008). Es en este movimiento entre la aceptación y el cambio donde se debe nombrar nuevamente a la dialéctica, que, de acuerdo a Linehan (2003), es una búsqueda entre el balance de ambos elementos; el cual ayuda a romper la rigidez de los pensamientos, sentimientos y comportamientos propios del TLP.

Teniendo en cuenta las áreas problemáticas del trastorno, Linehan desarrolla un modelo para poder explicarlo. La teoría biosocial sostiene que la principal característica del TLP es la desregulación emocional, que implica el uso desadaptativo de estrategias para la modulación de las emociones (García Palacios, 2006; Sarmiento Suarez, 2008). Siendo así, los comportamientos disfuncionales de estos pacientes (como pueden ser las autolesiones o intentos de suicidios) son considerados como consecuencia de la falta de habilidad para regular sus emociones (Elices & Cordero, 2011).

La DBT se estructura a partir de cinco etapas: la psicoterapia individual, el entrenamiento grupal en habilidades, *coaching* telefónico, terapia de los familiares y terapia del equipo terapéutico (Gempeler, 2008; Vásquez-Dextre, 2016). Cada una de estas etapas tiene sus objetivos claros y diferenciados, y deben ser respetados tanto por el paciente, como por el terapeuta (Elices & Cordero, 2011). La psicoterapia individual es la que guía el proceso terapéutico, es fundamental ya que articula el resto de las modalidades (Elices & Cordero, 2011; Vásquez-Dextre, 2016). Se realiza una sesión por semana y dura entre 50-90 minutos, aunque en momentos críticos puede extenderse. En las sesiones individuales se trabajan objetivos de manera jerarquizada (Gempeler, 2008). Por otro lado, el grupo de entrenamiento en habilidades son sesiones grupales de 2 horas o 2 horas y media una vez por semana, por lo menos durante el primer año del tratamiento y se trabaja el manejo de contingencias y la adquisición y fortalecimiento de habilidades (Gempeler, 2008; Vásquez-Dextre, 2016). Se enseñan cuatro módulos. En primer lugar, *mindfulness* o conciencia plena que es la práctica cercana a la meditación, pero sin el componente religioso. En segundo lugar, las habilidades de tolerancia al malestar que se encuentra dividido en dos partes: habilidades para tolerar y sobrevivir a la crisis y habilidades para aceptar la vida como es en ese momento (Teti, Boggiano & Gagliosi, 2015). Otro módulo son las habilidades de efectividad interpersonal, donde se enseña asertividad y a lograr los objetivos manteniendo el respeto por uno mismo y los demás. Finalmente, las habilidades de regulación emocional que ayudan al paciente a disminuir los comportamientos impulsivos que ocurren en contextos de alta activación emocional (Elices & Cordero, 2011). El *coaching* telefónico son llamadas de corta duración (aproximadamente 10 minutos), el paciente debe realizarla antes de efectuar la conducta problema. De todas maneras, el *coaching* telefónico no se realiza únicamente en casos de crisis, sino que también ayudar a generalizar las habilidades aprendidas en los grupos y repara la relación terapéutica (Elices & Cordero, 2011; Gempeler, 2008). La terapia de los familiares está destinada a los familiares y/o allegados del paciente; su duración es de una sesión por semana durante tres meses aproximadamente. Se realiza psicoeducación y disminución de emoción expresada (Vásquez-

Dextre, 2016). Finalmente, la terapia de los terapeutas es de frecuencia semanal y está diseñada para apoyar y brindar asesoramiento a los terapeutas, tanto para la terapia individual como para los grupos de entrenamiento en habilidades (Elices & Cordero, 2011).

DBT es un programa de tratamiento que se basa en la conducta. Su objetivo principal es que el paciente logre regular la emocionalidad extrema, reduciendo las conductas desadaptativas que dependen del estado de ánimo y que aprenda a confiar en sus propias experiencias, emociones, pensamientos y comportamientos (García Palacios, 2006).

Es importante aclarar que no existe un manual en el que se especifiquen las técnicas a utilizar en cada sesión del tratamiento en la terapia individual. Sin embargo, la terapia, se basa en una serie de metas específicas que se ordenan jerárquicamente y que se abordan en función de su importancia (García Palacios, 2006). Dichas metas son: disminuir o eliminar las conductas suicidas, las que puedan interferir con la progresión de la terapia (como pueden el abandono o la no adherencia al tratamiento) y las que interfieren con la calidad de vida (como puede ser el abuso de sustancias); adquirir habilidades conductuales de afrontamiento; reducir los efectos producidos por el estrés postraumático; aumentar el respeto por uno mismo; y la obtención de otros objetivos del paciente (Aramburu Fernández, 1996).

La meta central de DBT es ayudar a los pacientes a crear “vidas que valgan la pena ser vividas”. Para esto se divide en una etapa de pretratamiento y en cuatro estadios, cada una tiene sus propios objetivos y conductas problema asociadas (Gempeler, 2008; Sarmiento Suarez, 2008). El pretratamiento consta de tres entrevistas y es una etapa de compromiso, donde el terapeuta y el paciente deben establecer los objetivos del tratamiento y arribar la decisión de trabajar en conjunto para poder lograr los cambios que el paciente necesita (Vásquez-Dextre, 2016; Elices & Cordero, 2011). En el pretratamiento se hacen explícitos los acuerdos básicos del buen funcionamiento de la terapia, tanto para el paciente como para el terapeuta. Esta fase del tratamiento es esencial, ya que es la que determina los límites de la terapia y promueve la adhesión al tratamiento (García Palacios, 2006). La primera etapa del tratamiento tiene una duración de aproximadamente un año y su fin es eliminar los comportamientos que atentan contra la vida (de sí mismo y de terceros), contra la terapia y contra la calidad de vida; como también, aprender habilidades que les permitan centrarse en el momento presente, disminuyendo el énfasis en el pasado y el futuro (Gempeler, 2008; Vásquez-Dextre, 2016). En esta fase se utiliza la terapia individual, terapia de grupo y coaching telefónico. Se realiza un entrenamiento de cuatro tipos de habilidades: mindfulness o toma de conciencia, de regulación emocional, de tolerancia al malestar y habilidades sociales (García Palacios, 2006). En el segundo estadio, el objetivo principal es que el paciente pueda experimentar sus emociones sin

la necesidad de disociarse; se trabaja sobre los síntomas del estrés postraumático y no tiene una duración determinada. A diferencia del primer estadio se orienta hacia las conductas que lo activen y no hacia las conductas problema (Sarmiento Suarez, 2008). Como ya se explicó anteriormente, es frecuente encontrar en estos pacientes experiencias traumáticas; es por esto, que la DBT dedica una fase del tratamiento a este aspecto (García Palacios, 2006). La etapa tres, que tampoco tiene una duración determinada, se centra en ayudar al paciente a construir respeto por sí mismo, resolviendo conflictos interpersonales con su pareja, estresores familiares, sociales o laborales. Se trata de una fase de prevención de recaídas (Gempeler, 2008; Sarmiento Suarez, 2008). Finalmente, la etapa cuatro se centra en eliminar la sensación de vacío o de estar incompletos. El objetivo es ayudar al paciente a sentirse libre y disfrutar (Vásquez-Dextre, 2016). El tratamiento está estructurado de tal manera que sin cumplir los objetivos de una etapa no se puede pasar a la siguiente; es por eso que es fundamental eliminar los comportamientos que amenazan la vida para poder tratar al paciente y que vaya a terapia (Sarmiento Suarez, 2008).

### **3.2.2 Estrategias de intervención**

DBT se puede agrupar en cinco estrategias de intervención: las estrategias centrales; las estrategias dialécticas; estrategias estilísticas; estrategias de dirección de caso y estrategias integradoras (Aramburu Fernández, 1996). Linehan (2003) define a las estrategias como actividades tácticas y procedimientos coordinados que emplea un terapeuta para conseguir los objetivos del tratamiento, en este caso, la adquisición de habilidades psicosociales. Las estrategias centrales y las dialécticas son las que forman los componentes básicos de la terapia dialéctica comportamental.

Las estrategias centrales se basan en la validación y la resolución de problemas. En primer lugar, la validación consiste en la aceptación de pensamiento, comportamiento y emociones del paciente. Sin embargo, no implica estar de acuerdo con dichos comportamientos, sino entender el sentido que tiene en la historia de vida del paciente (Elices & Cordero, 2011; Gempeler, 2008). Hay seis niveles diferentes de validación: estar atento, observar y escuchar lo que piensa, siente o hace el paciente; reflejar con precisión, el terapeuta refleja al paciente sus emociones, pensamientos y conductas desde un lugar no juicioso; expresar las emociones, pensamientos y conductas no verbalizadas, donde el terapeuta expresa que entiende conceptos que no han sido nombrados por el paciente; validar en términos de la historia del paciente; validar en términos del contexto presente; autenticidad radical, el terapeuta responde genuinamente al paciente, cree en sus capacidades y no lo trata como un

“trastorno” sino como a un compañero (Teti et al., 2015). Mientras que la resolución de problemas se centra en el cambio, en la adquisición de nuevos comportamientos; el objetivo es aprender a identificar qué factores mantienen su comportamiento en el tiempo, y como modificar dichos factores. Las técnicas utilizadas para esto son tomadas de la TCC: entrenamiento en habilidades, terapia de exposición y manejo de contingencias (Gempeler, 2008). Dentro de las estrategias centrales de cambio se encuentra el análisis en cadena (AC) y el análisis de solución. El primero es una intervención central de la terapia conductual que en DBT tiene algunas particulares. Es un proceso en el cual el paciente y el terapeuta analizan instancias específicas de las conductas problema para poder, así, identificar las variables que las controlan. El AC cuenta con seis elementos: las vulnerabilidades, los antecedentes, el disparador, la conducta problema, las consecuencias a corto plazo y las consecuencias a mediano plazo. Una vez que se realizó un exhaustivo análisis en cadena y se conoce que es lo que hace que la conducta suceda y por qué es tan difícil de extinguir, se pasa al análisis de solución. Ésta tiene como objetivo identificar las dificultades que impide el desarrollo de una conducta habilidosa. Dicho déficit puede ser debido a alguno de los siguientes: falta de habilidades; circunstancias que refuerzan la conducta disfuncional; las respuestas emocionales condicionadas bloquean respuestas más habilidosas; las conductas efectivas son inhibidas por creencias y supuestos distorsionados (Teti et al., 2015).

Las estrategias dialécticas, por otro lado, funcionan como un elemento organizador de la terapia: el terapeuta busca que el paciente abandone el pensamiento dicotómico, que acepte la realidad como compleja y con sus múltiples contradicciones (Aramburu Fernández, 1996; Gempeler, 2008). Aramburu Fernández (1996), plantea que existen ocho estrategias dialécticas: 1) Formular y utilizar la paradoja, es decir, mostrarle al paciente que las situaciones, pensamientos o emociones que parecen contradictorios pueden no serlo; 2) representar el “abogado del diablo”, la cual es una técnica donde el terapeuta utiliza algunas de las polaridades y la defiende. Esta técnica suele ser utilizada para lograr adherencia al cambio; 3) extremar el significado de las expresiones o *extending*; 4) emplear cuentos y metáforas; 5) la activación de la mente sabia, la cual es una combinación entre la mente emocional y la mente racional; 6) cambiar lo negativo a lo positivo; 7) permitir el cambio y la inconsistencia; 8) evaluación dialéctica (Elices & Cordero, 2011).

Finalmente, en las estrategias estilísticas el terapeuta utiliza dos tipos de comunicación, dependiendo del momento del tratamiento y de la meta a ser lograda: la recíproca -cercana, empática, afectuosa y calidad- y la irreverente -de confrontación irónica, pero respetuosa y no agresiva- (Gempeler, 2008). En las de dirección de casos se encuentran las que apuntan a

asesorar al paciente, al entorno y la supervisión y asesoría; y en las integradas se combinan todas las anteriores (Keegan, 2004).

### **3.2.3 Adherencia al tratamiento**

Ahora bien, como se fue explicando a lo largo del trabajo, una de las características importantes del TLP es la alta tendencia a abandonar la terapia. Si bien el entrenamiento en habilidades de la DBT ha demostrado eficacia en el tratamiento de los pacientes con dicha patología, una de las principales dificultades que tiene es el abandono prematuro del tratamiento (Sarmiento Suarez, 2008; Vásquez- Dextre, 2016).

Para poder desarrollar dicha temática se tomarán tres estudios diferentes donde se investigaron los factores que influyen en el abandono prematuro de la DBT en pacientes con TLP.

A partir de los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas por Kröger, Röepke y Kliem (2014), se plantearon algunas razones para la terminación prematura del tratamiento. Aproximadamente un tercio de los participantes que no completaron el tratamiento fueron expulsados debido a comportamientos que interfieren en el tratamiento (17%) o debido al abuso o posesión de sustancias (15%). Otro tercio abandonó debido a la falta de motivación (13%), discusiones con otros pacientes (11%) y falta de voluntad para tolerar la angustia emocional (10%). Otras razones ascendieron a menos del 10%: un individuo (0,6%) murió debido a una sobredosis durante una pausa del tratamiento y seis intentos de suicidio durante la estancia hospitalaria (3,4%). Continuando con algunos de los resultados, se descubrió que las personas que padecían anorexia nerviosa y las personas que consumían alcohol estaban en riesgo de expulsión. Es por esto, que se considera que el mayor uso de estrategias de validación y motivación antes de iniciar cualquier cambio de comportamiento podría aumentar las tasas de retención en pacientes. Un dato relevante es que la terminación prematura se asoció con una edad más joven y trastornos por abuso de sustancias, menos años de educación y menos intentos de suicidio de por vida. Es importante destacar que, dentro de este estudio, no se encontraron características sociodemográficas que estén asociadas a algún tipo de terminación prematura del tratamiento. Finalmente, se encontró que los pacientes que tenían más de 9 intentos de suicidio y más de 84 semanas internados en un hospital psiquiátrico, eran factores de riesgo y apuntaban a la deserción del tratamiento.

Por otro lado, el estudio realizado por Rüschi et al. (2008), apunta a que la alta ansiedad y la evitación experiencial son los factores de riesgo clave para el abandono de la DBT. Ambos factores deben considerarse cuidadosamente durante la DBT para reducir las tasas de abandono

que son comunes incluso en centros altamente especializados. En este estudio, el abandono también se asoció con un bajo número de intentos de suicidio a lo largo de la vida; de igual manera la frecuencia de pensamientos suicidas se relaciona positivamente con la duración en psicoterapia. Como se explicó anteriormente, el TLP se divide en dos subtipos, uno de los cuales tiene como característica principal altos niveles de ira e inestabilidad emocional. Se podría especular que los que no completaron el estudio pertenecían a este subtipo. Aunque su estilo de externalización "enojado" para hacer frente a las emociones negativas puede ser un factor de riesgo de abandono, al menos en entornos hospitalarios altamente regulados, también puede proteger contra el suicidio. No se observaron relaciones entre el historial de tratamiento previo y el abandono. Finalmente, la comorbilidad con trastornos del Eje II puede afectar las tasas de abandono.

Por último, de acuerdo al estudio realizado por Carmona i Farrés et al. (2018), la tasa de abandono es del 30 %. Los pacientes con TLP que tienen comorbilidad con TCA y trastorno por consumo de cocaína, tendrían más probabilidad de no finalizar el tratamiento. Una posible explicación de esto podría ser que los individuos con comorbilidad pueden preferir un tratamiento más específico para su sintomatología comórbida, y pueden tener la sensación de no estar beneficiándose con una intervención focalizada en la adquisición de habilidades sociales como es la DBT. Al igual que en los estudios anteriormente descritos, el subtipo de TLP caracterizado por la impulsividad tiene mayor riesgo de abandonar el tratamiento. No se observaron variables sociodemográficas que influyan en la deserción del tratamiento. Si bien el TLP tiene una alta prevalencia de traumas en la infancia, ésta no es una variable que afecte la continuidad del tratamiento.

## **4. Metodología**

### **4.1 Tipo de estudio y diseño**

El tipo de estudio es descriptivo y de caso único

### **4.2 Participantes**

Los participantes del siguiente trabajo fueron: la paciente, la terapeuta y los equipos de profesionales donde se realizó la supervisión del caso.

*-Paciente:* Micaela tiene 20 años y vive en la ciudad de Buenos Aires con su novio; sus padres adoptivos se encuentran viviendo en Neuquén. Presenta un trastorno límite de la personalidad y un trastorno alimentario no especificado; las autolesiones con cortes comenzaron a sus 13 años y, a lo largo de su vida tuvo tres sobreingestas de medicación. Realiza tratamiento psicológico y psiquiátrico en la Fundación. Tiene el secundario completo y, actualmente, se encuentra estudiando efectos especiales. No terminó el tratamiento en la institución.

*-Terapeuta:* Sol es la terapeuta a cargo del caso en cuestión. Es licenciada en psicología con orientación cognitivo- conductual. Se especializa en mindfulness y en la terapia dialéctico comportamental. Trabaja en la fundación hace un año aproximadamente y es la coordinadora del grupo de habilidades. Actualmente, está haciendo una especialización en la terapia de aceptación y compromiso.

*-Equipo de supervisión de DBT:* El equipo está formado por profesionales especializados en DBT. Está compuesto por un supervisor general, quien dirige y supervisa las reuniones todas las semanas; y por cuarenta y un psiquiatras y psicólogos de la institución.

*-Equipo de supervisión de clínica general:* el equipo está formado por profesionales especializados en clínica general. Está compuesto por dos supervisores generales; y por cincuenta psicólogos y psiquiatras de la institución.

### **4.3 Instrumentos**

*- Conceptualización del caso.* Escrita por la terapeuta a cargo, donde consta toda la información relevante acerca de la sintomatología del paciente y de las intervenciones realizadas por la profesional, junto con el curso del tratamiento.

*- Entrevista semi-dirigida al profesional.* Se le realizaron preguntas al profesional sobre la vida de la paciente junto con su sintomatología, las herramientas utilizadas en el tratamiento y las intervenciones realizadas frente a las conductas problema, los cambios producidos en la

paciente, la importancia de las reuniones de supervisión y cualquier otra información relevante para el trabajo.

- *Observación no participante de reuniones de supervisión.* Se asistió a las reuniones donde, tanto la psicóloga y la psiquiatra de la paciente, como otros profesionales especializados en TLP, intercambian información sobre el caso.

#### **4.4 Procedimiento**

Se trabajó con la conceptualización del caso escrito por la terapeuta a cargo, para obtener información acerca de la sintomatología principal del paciente y las intervenciones realizadas por los profesionales a lo largo del tratamiento.

Se llevó a cabo una entrevista semi-dirigida de manera virtual con la profesional del caso de 30 minutos, donde se realizaron las preguntas pertinentes para realizar el trabajo.

Finalmente, se registraron por escrito las observaciones realizadas por los profesionales en las reuniones de supervisión de DBT, a las cuales se asistió virtualmente una vez por semana durante 3 meses.

### **5. Desarrollo**

#### **5.1 Presentación del caso**

Micaela comenzó el tratamiento en la institución el 7 de abril del año 2020. Anteriormente, realizó tres años de psicoanálisis. En agosto del mismo año y ya en tratamiento en la Fundación, se quemó el brazo y a mediados del mismo mes tuvo una sobreingesta de 20 pastillas de quetiapina. Fue llevada por su novio a un sanatorio donde permaneció 12 horas en observación, y se le puso un plan de hidratación parenteral.

La paciente es adoptada y, actualmente, sus padres están viviendo en Neuquén. Micaela no quiso acompañarlos ya que prefirió irse a vivir con su pareja, con quien está hace ya 10 meses. La mayoría de sus conductas problema se dan luego de discusiones y amenazas de ruptura con su novio. Al mismo tiempo que se atendía en la institución, Micaela estudiaba efectos especiales.

En la institución fue atendida por una psicóloga y una psiquiatra, realizó el tratamiento de DBT y fue medicada con quetiapina 150 mg por la noche y fluoxetina 60 mg por la mañana.

Micaela abandonó el tratamiento en la fundación, ya que se negaba a cumplir con las condiciones del mismo, como, por ejemplo, estar acompañada por sus padres; de esa forma se complicaría el tratamiento ambulatorio. De acuerdo con la psicóloga a cargo, la paciente estaba

en riesgo y sin una compañía firme se dificultaba el tratamiento ambulatorio. La paciente decidió seguir con su terapeuta anterior y abandonar DBT.

## **5.2 Describir la sintomatología y comorbilidad de un paciente con trastorno límite de la personalidad**

Con el fin de describir la sintomatología y comorbilidad que presenta la paciente, se mencionará la información extraída de la conceptualización del caso y de la entrevista realizada a la terapeuta.

Micaela comenzó con los cortes a sus 13 años, por lo que en la conceptualización del caso se entiende, por una desregulación emocional, característica central del TLP (Linehan, 2003). A lo largo de su vida, tuvo tres sobreingestas de medicamentos.

De acuerdo a Caballo et al. (2004), los pacientes con TLP presentan grandes explosiones de ira imposibles de controlar, que, para el resto de las personas, son interpretadas como situaciones normales. Micaela presenta esta característica muy marcada. La paciente perdió un grupo de amigas en el colegio por haberse enojado con una de ellas luego de que ésta le rompiera sus auriculares. Frente al enojo de su novio por olvidarse el día que cumplían meses, sintió culpa y apareció la idea de cortarse o tomar laxantes. Esto permite pensar que es una persona muy emocional, que vive las situaciones de manera intensa (Caballo et al., 2004).

Se podría decir que Micaela se encuentra en un ambiente invalidante, el cual produce la desregulación emocional dominante del cuadro (Linehan, 2003). Muchas de las conductas problema que presenta la paciente, surgen como consecuencia de comentarios hirientes por parte del novio o de sus padres. El novio, por su parte, suele responder de manera descalificante a la sensibilidad de Micaela: “no podés llorar por esto”; “es puro teatro”; “¿Por esta pavada vas a llamar a la psicóloga?” Por otro lado, la madre, luego de los atracones de Micaela comentó: “después no te quejes si Matías mira a otras chicas” -haciendo referencia al novio-. Inclusive, una de las últimas peleas que la paciente tuvo con su novio antes de comenzar el tratamiento en la institución, dio como resultado el intento de suicidio de Micaela. Ingerió 20 pastillas de quetiapina. Ante esta situación, su pareja, le dijo: “si de verdad te quisieras morir hubieses hecho otra cosa, todos saben que las pastillas no te matan”. Frente a este comentario, Micaela agarró un cinturón, el cual preparó para ahorcarse, se metió al baño, pasó su cabeza, pero el agujero era muy pequeño. Otra situación importante en la historia clínica de la paciente, es que, luego de una pelea con su novio, puso agua a hervir y se quemó el brazo. Si bien ella asegura que fue un accidente, el novio cree que fue a propósito por haberla dejado sola en el departamento donde viven; y, de acuerdo con los médicos que la atendieron, se habría tirado agua hirviendo dos o tres veces con una frecuencia de 30 segundos aproximadamente.

Es habitual que las personas con TLP sientan terror por ser abandonados (American Psychiatric Association, 2013); tal es así que Micaela, según relata la psicóloga, a pesar de las reiteradas peleas y comentarios por parte del novio, siente miedo de perderlo, siente tristeza por haber terminado otras relaciones e incluso se hace responsable de eso.

Siguiendo a lo planteado por el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), los pacientes con TLP suelen tener una inestabilidad afectiva, entre ellos los intensos episodios de disforia. De acuerdo con la conceptualización del caso realizado por la psicóloga, Micaela presentaba algunos síntomas depresivos. En diferentes situaciones la paciente no salía de su cama, no realizaba los trabajos de la facultad, no se bañaba e incluso no limpiaba su departamento ni cocinaba.

Por lo observado en la conceptualización del caso y lo expuesto por la terapeuta, en los momentos previos a realizar las conductas problema que ponían en riesgo su vida, Micaela, experimentaba sensaciones emocionales y corporales, como también pensamientos intrusivos. De acuerdo con Caballo et al. (2004) los aspectos cognitivos hacen sentir a la persona como despreciable y merecedora de su inestabilidad en las relaciones interpersonales; y los pensamientos negativos reflejan las distorsiones cognitivas del paciente. Por un lado, Micaela ingirió las 20 pastillas de quetiapina luego de pelearse con su novio. En ese momento, sintió una presión en el pecho y en las manos y falta de aire (síntomas físicos); luego experimentó culpa, rechazo por su pareja y tristeza (aspectos cognitivos). En ese momento, pensó: “soy un problema, para qué seguir acá si soy un problema”. Tanto los aspectos cognitivos y corporales como los pensamientos negativos dieron como resultado que se encierre en su baño y realice la sobreingesta de medicamentos. Como se explicó anteriormente, el novio descalificó la acción que tuvo Micaela. En ese momento ella pensó: “no sirvo para nada, ni para matarme, no sirvo de nada, gasto aire”; y llevó a cabo la conducta problema de ahorcarse.

Por otro lado, la conducta problema de quemarse el antebrazo varias veces también fue en consecuencia por una pelea con su novio. Mientras discutían, ella lloraba tirada en el sillón, sentía frío y pesadez en el cuerpo cada vez que intentaba levantarse (síntomas físicos); y finalmente, apareció el enojo (emoción). Pasados los 20 minutos de todos los síntomas nombrados, puso el agua a hervir.

Como bien expresa Sarmiento Suarez (2008), las personas con TLP suelen sentirse incompletos o desagraciados, y en algunas situaciones experimentan la sensación de no existir. En el caso de Micaela, luego de ingerir las 20 pastillas de quetiapina, expresa que aparecieron pensamientos de “todo el mundo se aleja de mí, ya sé por qué se fueron, es un desperdicio estar

conmigo”, como también pensamientos suicidas “soy un problema, para que seguir acá si soy un problema”.

Keegan (2004) explica que las relaciones interpersonales con las personas con TLP suelen ser angustiantes. Las conductas de estos pacientes son vistas como contradictorias e imprevisibles. Tal es así, que, de acuerdo a la psicóloga de Micaela, la paciente presenta dificultades en lo social. Incluso, al comienzo del tratamiento, la paciente puso como meta generar nuevas amistades y lograr mantenerlas; ya que, debido a sus explosiones de ira imposibles de controlar se pelea a menudo con sus amistades.

Como se explicó anteriormente, la paciente presenta una comorbilidad con un TAC (Trastorno alimentario no especificado). Es habitual ver ambos trastornos juntos en una misma persona, ya que, según Góngora (2002), algunas conductas alimentarias pueden tener funciones adaptativas para los pacientes con TLP. De acuerdo a la conceptualización del caso, la paciente comenzó con atracones desde muy chica; tal es así, que ya a los 15 años comenzó con la restricción alimentaria. Tomaba laxantes todo el día ya que el dolor del consumo de estos le generaba placer. Solía tener atracones luego del chequeo de calorías, peleas con su novio, madre o, incluso, estando en clases.

En este objetivo se pudo observar que las sintomatologías principales de TLP se ven reflejadas en el caso estudiado.

Micaela, según plantea la psicóloga a cargo, comienza con los cortes a una corta edad debido a la desregulación emocional. Es importante tener en cuenta también el ambiente donde la paciente se encuentra inmersa. Si bien ella presenta iras difíciles de controlar, impulsividad, desregulación emocional, etc., su relación con la madre y con el novio causan un ambiente vulnerable para la paciente.

Como bien explican Costas et al. (2017), las crisis de estos pacientes vienen acompañadas, entre otros síntomas, de autolesiones e intentos de suicidio. Micaela a lo largo de su vida tuvo tres sobreingestas, cortes en diferentes ocasiones, se quemó el brazo con agua hirviendo e intentó suicidarse con un cinturón. Todas estas situaciones, de acuerdo a la conceptualización del caso, fueron en momentos de crisis de la paciente.

Desde muy chica presenta atracones, restricción alimentaria y consumo de laxantes todos los días. Si bien la paciente tiene numerosos síntomas característicos de un trastorno alimentario que le causan un malestar clínicamente significativo, no cumple con los criterios necesarios para arribar el diagnóstico. Por lo tanto, se dice que tiene un trastorno alimentario no especificado junto con el trastorno límite de la personalidad. Es importante tener en cuenta lo explicado por Echeburúa y Marañón (2001) sobre el solapamiento de los criterios

diagnósticos. Si bien la paciente presenta criterios diagnósticos de bulimia, por ejemplo, como son los atracones, uso de laxantes, etc., podrían ser conductas que la paciente utiliza como autocastigos, característica propia del TLP (Góngora, 2002).

### **5.3 Describir las estrategias de intervención aplicadas por la terapeuta en el marco de la Terapia Dialéctico Comportamental (DBT) para disminuir las conductas problema (sobreingestas de medicación y autolesiones).**

Para comenzar a hablar del tratamiento de DBT, es importante tener en cuenta que se estructura por etapas. Como bien se explicó anteriormente, la paciente estudiada no terminó el tratamiento, por lo tanto, solo se podrá desarrollar las primeras etapas de este.

En primer lugar, ni bien el paciente comienza a atenderse, se inicia con el pretratamiento. Según explican Vásquez-Dextre (2016) y a Elices y Cordero (2011), esta etapa es una etapa de compromiso donde el terapeuta y el paciente establecen de manera conjunta los objetivos del tratamiento. De acuerdo a la conceptualización del caso, los objetivos que propuso Micaela para su tratamiento fueron: mejorar la relación con el novio, generar nuevas amistades y mantenerlas y terminar la carrera en tiempo y forma. Los acuerdos básicos que acordaron entre la paciente y la psicóloga en esta etapa de pretratamiento fueron, por un lado, las conductas a aumentar: levantarse de la cama y hacer alguna actividad y decir que no cuando no quiere algo. Por otro lado, las conductas a disminuir: las sobreingestas, las autolesiones (como los cortes y la quemadura), los atracones y el uso de laxantes y la restricción alimentaria.

Ahora bien, como bien explican Gempeler (2008) y Vásquez-Dextre (2016) el fin de la primera etapa del tratamiento es eliminar los comportamientos que atentan contra la vida del sí mismo y de terceros, contra la terapia y contra la calidad de vida; como también, aprender habilidades que les permitan centrarse en el presente, disminuyendo el énfasis en el pasado y el futuro. En esta etapa no solo se utiliza la terapia individual sino también el coaching telefónico y la terapia de grupo (García Palacios, 2006). En el caso estudiado estas conductas se distribuyeron de la siguiente manera. Con respecto a las conductas que atentan contra la vida de la paciente incluyeron la sobreingesta de medicación y los cortes. En las conductas que atentan contra la terapia propusieron la falta del llamado telefónico en los momentos de crisis y no aplicar las habilidades aprendidas con el novio por miedo a ser invalidada. Y finalmente, en las conductas que atentan contra la calidad de vida marcaron los atracones, las restricciones y uso de laxantes, quemaduras, decir que si cuando no quiere hacerlo y no pedir cosas por miedo a que se alejen de ella. Según explica García Palacios (2006), en esta etapa se realiza un entrenamiento de cuatro tipos de habilidades: habilidades de toma de conciencia (mindfulness),

de regulación emocional, de tolerancia al malestar y habilidades sociales. La psicóloga del caso, explica con respecto a las habilidades de toma de conciencia, que Micaela había logrado hacer mindfulness con la comida, pero le costaba generalizarlo. Al realizar conciencia plena de las emociones, se aferraba a ellas y le costaba volver a regularse. Por otro lado, con respecto a las habilidades interpersonales, la paciente accedía a pedidos de otras personas por más que no quisiera y terminaba teniendo una alta expresión emocional, lo cual la llevaba a tener conductas problemáticas. También, idealiza excesivamente a las personas ni bien las conoce, y se pone a su total disposición en todo momento para evitar que la abandonen. La psicóloga considera que necesitan trabajar sobre el autorespeto con urgencia, ya que la paciente decidía continuar con una relación que podría considerarse abusiva. De acuerdo a las habilidades de regulación emocional, a la paciente se le dificultaba expresarse asertivamente cuando necesitaba ayuda, se aferraba a las emociones y le resultaba imposible realizar la acción opuesta cuando era necesario. En este punto, resulta interesante recordar lo que Caballo et al. (2004) explicaban. Muchas personas con TLP necesitan de las emociones para sentirse vivos, lo cual puede producirles problemas con sí mismos y con su entorno. Finalmente, con respecto a las habilidades de tolerancia al malestar, la paciente no lograba hacer las habilidades practicadas. La terapeuta consideraba que era fundamental que puede llamarla en los momentos de crisis.

Ahora bien, como bien explica Aramburu Fernández (1996), DBT se puede agrupar en cinco estrategias de intervención. La terapeuta, debido al prematuro abandono del tratamiento de la paciente, solo pudo utilizar las estrategias centrales.

Las estrategias centrales se basan, según Elices y Cordero (2011), en la validación y la resolución de problemas. Dentro de las mismas se encuentra el análisis en cadena (AC) y el análisis de solución. El AC es una intervención central de la terapia conductual que tiene como fin conocer que es lo que hace que la conducta problema suceda y por qué es tan difícil de extinguir. La misma cuenta con seis elementos: las vulnerabilidades, los antecedentes, el disparador, la conducta problema, las consecuencias a corto plazo y las consecuencias a mediano plazo (Teti et al., 2015). La psicóloga de Micaela realizó dos análisis en cadena, una para la sobreingesta de medicamentos y otra para la quemadura del brazo. Con respecto a la primera describió como conducta problema la ingesta de 20 pastillas de quetiapina en cuestión de segundos encerrada en el baño. Con respecto al contexto de vulnerabilidad, explicó que había tenido una pelea con su novio el día anterior. Tanto el día de la discusión como el día siguiente (día donde ingiere la medicación) Micaela experimentó la emoción de tristeza por no tener amigos para expresar el malestar que estaba sintiendo debido a la pelea. El evento desencadenante se podría decir que fue una frase que le dijo su novio en un momento de la

discusión: “yo vine a Buenos Aires porque sé que sos buena chica, con futuro, quería formar mi nuevo futuro, formar algo lindo, pero desperdicié gran parte de mi vida porque me podría haber ido a vivir a otro lado, pero yo elegí venir acá por vos”. En cuanto a los antecedentes, la paciente sintió diversas sensaciones corporales, emociones y pensamientos negativos. Como bien se explicó anteriormente, las consecuencias se dividen en dos. Por un lado, con respecto a las de corto plazo, Micaela al ingerir las pastillas sintió alivio inmediato por unos minutos. La consecuencia a mediano plazo fue que, a los cinco minutos de haberse tomado las pastillas sintió miedo y le escribió a su psiquiatra contándole lo que había dicho y preguntándole qué hacer. La profesional se comunicó con el novio para informarle lo sucedido y aconsejarle que la lleve a una guardia. Es importante recordar que luego de esta conducta problema hubo otra, donde la paciente intentó ahorcarse debido a una frase que le dijo el novio que fue nombrada anteriormente. Luego de realizar el análisis en cadena, se pasa al análisis de solución. El mismo tiene como objetivo identificar las dificultades que impide el desarrollo de una conducta habilidosa (Teti et al., 2015). Con respecto a Micaela, la psicóloga nombra la falta de habilidades, ya que la paciente no logra llamarla cuando comienza a sentir las sensaciones físicas, lo cual lo habían acordado previamente. Otra dificultad que considera son los refuerzos inadecuados: el novio la invalida cuando presenta una emoción de baja intensidad y le responde amablemente cuando alcanza la máxima expresión emocional. Por otro lado, las respuestas emocionales también son fundamentales. La paciente tiene miedo a que el novio la deje, tristeza por haber perdido otras relaciones y culpa por arruinar sus vínculos. Finalmente, las creencias desadaptativas: “es un desperdicio estar conmigo” “no sirvo para nada, solo gasto aire”. Para finalizar con la conducta problema de la sobreingesta de medicación, la terapeuta describe las estrategias utilizadas. Le recuerda a la paciente la importancia del coaching telefónico, le recuerda, también, el compromiso hacia el tratamiento y le remarca los refuerzos inadecuados por parte del novio.

El segundo análisis en cadena que la terapeuta realiza, define como conducta problema la quemadura en el antebrazo donde tenía múltiples cicatrices de cortes. La paciente se tiró agua hirviendo dos o tres veces con una frecuencia de 30 segundos. Con respecto al contexto de vulnerabilidad, explicó que, al igual que en la conducta problema anterior, había tenido una pelea con su novio. El evento desencadenante fue que, debido a la pelea, el novio comenzó a juntar sus cosas para irse del departamento donde viven juntos. Ante esto apareció la tristeza en Micaela y se encerró en el baño. Luego salió y no recuerda lo que hablaron. Se fue a acostar y apareció una leve idea autolesionarse. En cuanto a los antecedentes, luego de que su novio se vaya, se acostó en el sillón a llorar y comenzó a pensar formas para lastimarse. Pensó en llamar

a la terapeuta, pero le dio vergüenza. A los 20 minutos puso el agua a hervir. Con respecto a las consecuencias a corto plazo, sintió calma luego de haberlo hecho. Sin embargo, en relación con las consecuencias a mediano plazo, llamó a un médico para que le vea la quemadura y a quien le asegura que fue un accidente. Con respecto al análisis de solución, las faltas de habilidades de la paciente fueron: falta de habilidades en efectividad interpersonal (debería comunicarle al novio como la hizo sentir sus comentarios y preguntarle por qué los hizo), regulación emocional (no se detuvo a identificar la emoción que desencadenó su comentario inicial ni tampoco evaluó la efectividad del impulso de acción de su emoción) y no logró llamar a la terapeuta en el momento correspondiente. Otra dificultad son los refuerzos inadecuados, ya que el novio no le da lugar a expresar lo que le sucede. Las estrategias que la terapeuta utiliza frente a esta conducta problema son: recordarle la función de las emociones; la importancia del coaching telefónico; y, al igual que en la conducta problema anterior se identifican los refuerzos inadecuados por parte del novio.

#### **5.4 Analizar los cambios producidos en el paciente en relación a las conductas problema.**

Debido al abandono del tratamiento de la paciente, no se pudieron observar los cambios producidos en relación a sus conductas problemas.

Como bien se explicó, una de las características típicas de las personas con TLP es la alta tendencia a abandonar la terapia. Si bien el entrenamiento en habilidades de DBT ha demostrado eficacia en el tratamiento de los pacientes con dicha patología, una de las principales dificultades que tiene es el abandono prematuro del tratamiento (Vásquez- Dextre, 2016). En el caso estudiado, la paciente decidió no continuar con el proceso debido a que no estaba de acuerdo con el acompañamiento de sus padres. A la hora de abandonar el tratamiento, la paciente seguía teniendo conductas problema. Es por esto, que dicho objetivo no pudo ser abordado en su profundidad.

De igual manera, resulta interesante hacer un recorrido de los aspectos que mejoraron en la paciente debido a DBT y de la sintomatología que, a pesar del tratamiento, se mantuvieron.

La paciente comenzó con los cortes a los 13 años y continuó hasta la actualidad. Al comenzar el tratamiento esto no disminuyó. Luego de alguna situación que la desregulaba emocionalmente se cortaba para sentir, según relataba la paciente, algo de calma; lo cual sucedía los primeros cinco minutos que, como bien se explica en el segundo objetivo, era lo que sentía a corto plazo. Aunque luego esto cambiaba y sentía miedo y culpa: consecuencia a

mediano plazo. Si bien con la terapeuta pactaron realizar llamados telefónicos ante estas situaciones, la paciente no lograba hacerlo, ya que le producía vergüenza. En las sesiones siguientes, con la terapeuta trabajan la emoción de la vergüenza, ya que el coaching telefónico es primordial en el tratamiento de DBT. En primer lugar, para reforzar el vínculo paciente-terapeuta; y en segundo, para poder asistirle en los momentos de crisis (Elices & Cordero, 2011). De igual manera y aunque siguieron trabajando con esta dificultad, la paciente no lograba llamarla.

Aunque el progreso de la paciente es desalentador, según lo describe la terapeuta, se pudieron observar algunos mínimos cambios en la vida de la paciente. Como bien se sabe, la paciente acompañaba el diagnóstico de TLP con uno de la conducta alimentaria no especificado (TANE). En relación a esto, Micaela desde muy chica tenía atracones, restricción alimentaria y consumía laxantes, los cuales le producían dolor y eso le generaba alivio. Debido al mindfulness, la paciente logró hacer conciencia plena a la hora de comer. Es por esto, que los síntomas anteriormente nombrados disminuyeron notablemente en la paciente.

Como se explica en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), las personas con TLP presentan una gran inestabilidad en sus relaciones interpersonales. Como también, conviven con el terror a ser abandonados por las personas de su entorno. En el caso de Micaela, accede a los pedidos que otras personas le hacen, por más que no quiera y esto le produce una alta expresión emocional que la lleva a tener conductas problema. Por su parte, también, idealiza mucho a las personas apenas las conoce y se pone a su total disposición en todo momento para evitar que la abandonen. Estas actitudes de la paciente, la llevaron a continuar una relación que, para su psicóloga, podría considerarse abusiva. En relación a esto, pudieron trabajar el autorespeto que, unas sesiones antes de abandonar el tratamiento, logró implementar en las discusiones con su novio. Luego de las peleas, su pareja invalidaba sus emociones “no es para tanto esta situación, no puede ser que necesite ayuda en esto”. En las últimas situaciones, por un momento, pudo reconocer lo que estaba sintiendo y regular sus propias emociones; aunque luego la pareja continuó con los comentarios descalificantes y Micaela, nuevamente, se desreguló emocionalmente y aparecieron los pensamientos de: “Interpreto todo mal” “soy una pesada”.

Un avance importante que se notó en la paciente fue en la dicotomía de sus pensamientos. De acuerdo a la conceptualización del caso, los padres de la paciente vivían en Neuquén desde hace poco tiempo. Al ver que la relación con su novio podría calificarse como abusiva, la terapeuta, le propuso a Micaela irse a vivir al sur con sus padres y poder contar con el acompañamiento de estos. Desde el primer momento, la paciente se negó rotundamente.

Pero, luego de unas sesiones, comenzó a pensar en la idea de mudarse con ellos. Esto se puede relacionar con lo planteado por la teoría dialéctica, que explica que los pacientes con TLP tienen posiciones rígidas y contradictorias (García-Palacio, 2006). Es por esto, que DBT intenta ayudar a que los pacientes reconozcan que ambos polos son posibles y se pueden integrar en la síntesis (Costas et al., 2017). El pensamiento de Micaela se encontraba polarizado, ya que, en su mente, no existía la posibilidad de mudarse con sus padres y dejar a su novio. Pero luego del tratamiento, pudo eliminar esta rigidez y pensar en otras opciones, como puede ser mudarse sola o con sus padres.

En relación a las conductas problema, tanto las autolesiones como la sobreingesta de medicamentos siguieron ocurriendo durante el tratamiento. Si bien DBT es eficaz para este tipo de pacientes, el tiempo que esta paciente realizó psicoterapia no fue suficiente para poder mejorar o controlar las conductas autolesivas. Por lo tanto, este objetivo no puede ser desarrollado en su totalidad.

## 6. Conclusiones

El presente trabajo surgió de la realización de las Prácticas de Habilitación Profesional en una institución que se dedica a la formación, asistencia, prevención e investigación de la salud mental. Tuvo por objetivo describir la aplicación de la DBT en una paciente de 20 años, la cual fue diagnosticada con un cuadro de TLP, para disminuir sus conductas problema.

Para tales fines se plantearon tres objetivos específicos. El primer objetivo que se llevó adelante consistió en describir la sintomatología y la comorbilidad del trastorno. Se pudo analizar, principalmente, la desregulación emocional de la paciente. En consecuencia, se observaron las fallas que Micaela tenía en cuanto a las relaciones interpersonales. Por otro lado, se analizaron las conductas disfuncionales que ponían en riesgo su vida, entre ellas la sobreingesta de medicamentos y las autolesiones. También, se pudo dar cuenta del ambiente invalidante en el cual se encontraba la paciente, por parte del novio, principalmente, y en algunas ocasiones de la madre. Por otra parte, se pudo indagar sobre las múltiples comorbilidades que presentan las personas con esta patología, especialmente con los trastornos de la conducta alimentaria. En el caso de Micaela el uso de laxantes, atracones y restricción alimentaria están presente desde su corta edad. Como bien explican Corchero et al. (2012), el TLP suele ser conocido como el “paradigma de la comorbilidad”. Suele presentarse acompañado de trastornos tanto del Eje I y del Eje II del DSM IV.

Con respecto al segundo objetivo, se pudo describir el complejo tratamiento creado por Linehan (1993) para tratar pacientes severos con problemas de desregulación emocional, conductas suicidas y autolesiones frecuentes. DBT se divide en una etapa de pretratamiento y en cuatro estadios, cada uno tiene sus propios objetivos y conductas problema asociadas (Gempeler, 2008). Micaela solo completó el pretratamiento y dejó la terapia mientras completaba el primer estadio. Si bien la paciente no terminó el tratamiento de DBT, el entrenamiento en habilidades fue de gran ayuda para el progreso de la paciente. Fundamentalmente, la habilidad en conciencia plena fue muy útil para que Micaela pudiera comer realizando respiraciones para controlar sus emociones. Por su parte, el tratamiento se centró especialmente en las conductas problema, ya que, para la terapeuta eran de un alto nivel de complejidad. La terapeuta hizo hincapié en la importancia, también, del coaching telefónico, que, si bien no siempre la paciente lo realizaba, fue de gran ayuda en algunas situaciones.

Haciendo referencia al tercer objetivo, no se pudo evaluar el cambio producido en la paciente con respecto a las conductas problema, ya que, ella, abandonó el tratamiento en la primera etapa del mismo. Se podría decir que, a nivel general, no se notaron cambios significativos en Micaela. Sin embargo, se pudieron observar pequeños cambios en la paciente.

Uno de ellos fue, por ejemplo, el cambio de un pensamiento dicotómico a uno un poco más flexible. Por otro lado, el mindfulness fue de gran ayuda para el trastorno de la conducta alimentaria que la paciente presenta; ya que logró hacer conciencia plena a la hora de comer. Es por esto que tanto los atracones, la restricción alimentaria y la toma de laxantes, disminuyeron notablemente en la paciente. Por el contrario, algunas cuestiones importantes se mantuvieron. Las autolesiones, como los cortes y las quemaduras, continuaron hasta el último momento del tratamiento; como también, la ideación suicida y los intentos de suicidio. Finalmente, otro aspecto que no se logró modificar en Micaela fue la inestabilidad en las relaciones interpersonales. Un claro ejemplo de esto es su relación con su pareja que, por miedo a ser abandonada o que la dejen de querer, se exponía diariamente a una relación abusiva que ponía en riesgo su vida, ya que, todas las conductas problema que la paciente presentaban eran desencadenadas por una discusión con él.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, se pueden señalar varias cuestiones. En primer lugar, se debe recordar el contexto en que se realizó la práctica. Debido a la situación que el país se encuentra atravesando la práctica se realizó de manera online, por reuniones de Zoom. Se podría decir que, por ese motivo, no se pudieron apreciar algunas cuestiones, como, por ejemplo, poder seguir un curso más cercano de tratamiento. Si bien la práctica fue completa desde diversos puntos de vista, no se trabajó en profundidad el caso estudiado, lo cual hubiese sido de gran ayuda para el presente trabajo. Los instrumentos utilizados fueron la conceptualización del caso y una entrevista a la terapeuta a cargo de este, pero, hubiese sido de gran ayuda algún video trabajando con la paciente o poder analizar evaluaciones o escalas que corroboren el diagnóstico que tiene. Tampoco se tuvo acceso a la historia clínica que se realiza en la institución por ser confidencial.

Por otro lado, el abandono prematuro de la paciente impidió el completo desarrollo del trabajo. Como bien se explicó, la paciente solo completó la primera parte del programa, tal es así que el desarrollo del segundo objetivo y, especialmente, del tercero no pudieron responderse de manera completa.

Con respecto al material bibliográfico, se hallaron algunas limitaciones. Si bien es una temática que contiene una abundante cantidad de bibliografía, resultó difícil encontrar material teórico sobre el por qué las personas con TLP abandonan tan frecuentemente el tratamiento. En la mayoría de los artículos bibliográficos e incluso en los libros que describen la sintomatología, etiología y características fundamentales del trastorno, nombran este fenómeno tan común de los pacientes; pero, sin embargo, muy pocos de ellos explican el por qué.

Finalmente, se puede nombrar algunas limitaciones personales. La temática del TLP fue elegida ya que es un área de gran interés personal. Por lo tanto, a la hora de comenzar a realizar el trabajo fue difícil enfocarse en solo responder los objetivos, es decir, solo investigar sobre la sintomatología y la comorbilidad del cuadro. Es un trastorno complejo que involucra múltiples variables como pueden ser las causas, los traumas, los desencadenantes, su cronicidad, entre otras.

Del análisis surgen algunas reflexiones personales. Como bien se explicó, DBT es el tratamiento mejor estudiado y sobre el que existen más datos de eficacia clínica en el tratamiento de TLP (Nieto, 2006). Y si bien no se duda de su efectividad, para el caso estudiado no fue suficiente. Entonces, surge la siguiente reflexión: si la paciente abandonó el tratamiento por no querer incorporar a sus padres, se podría buscar otra alternativa para que una paciente con tal alto nivel de complejidad no deje el tratamiento. Quizás, proponerle a la paciente que el novio sea su acompañante en lugar de sus padres, ya que, también, podría ser de gran ayuda para mejorar la relación entre ellos; es importante recordar nuevamente que las conductas problema de la paciente eran en consecuencia de las discusiones con su pareja. Del mismo modo, surge la propuesta de incorporar talleres psicoeducativos, tanto para los padres, como para el novio, quien era, en ese momento, la persona más allegada a la paciente. El taller debería tener como fin informarlos y capacitarlos para las siguientes posibles crisis de la paciente.

A modo de cierre, se podrían proponer nuevas líneas de investigación. Es importante recordar que la temática elegida tiene una gran cantidad de material bibliográfico. Sin embargo, resulta interesante tener la oportunidad de proponer nuevas variables para investigar.

En primer lugar, es fundamental que se estudie con más profundidad por qué es tan común que los pacientes con TLP abandonen el tratamiento tan prematuramente. Si bien se encontraron algunas fuentes que expliquen esto, son meras suposiciones de otras investigaciones. Es considerado un trastorno con deterioro funcional severo (Gunderson, 2011). En promedio, la mitad de las personas que presentan trastornos de la personalidad padecen de TLP, siendo el más frecuente y el más deteriorante en la vida del individuo (Nieto, 2006). Es por esto, que se considera fundamental investigar esta temática para, así, poder evitar que tantos pacientes queden sin tratamiento.

Por su parte, también, se podría estudiar el por qué TLP es tan comórbido con otras patologías. Como bien se explica en diferentes estudios realizados según DSM IV, el TLP se presenta con múltiples trastornos del Eje I y del Eje II. Tal es así, que es llamado el “paradigma de la comorbilidad” (Corchero et al., 2012). Al igual que ocurre con la variable anteriormente explicada, no existe mucho material teórico que dé cuenta el porqué de tantas comorbididades.

Para finalizar, resulta interesante citar un fragmento de una entrevista realizada a Linehan (2012), donde hace referencia a la desregulación emocional de las personas con TLP:

No se puede tener relaciones interpersonales si no se tiene estabilidad emocional. Es extremadamente difícil tratar con alguien que un día te odia, le caes bien al siguiente y podría amarte al tercer día. (...) Los individuos que reúnen los elementos de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad ordinariamente por más que mucho lo intenten y por mejores intenciones que tengan, simplemente no pueden controlarse. (...) No hay duda que para este grupo de personas cortarse e infligirse daño físico regula sus emociones. (Linehan, 2012)

## 7. Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association
- Aramburu Fernández, B. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Psicología conductual*, 4(1), 123-140.
- Caballo, V., Gracia, A., López-Gollonet, C. & Bautista, R. (2004). El trastorno límite de la personalidad. En V. Caballo. *Manual de trastornos de la personalidad*. (pp 137-160). Vallehermoso: Editorial Síntesis.
- Caballo, V. & Camacho, S. (2000). El trastorno límite de la personalidad: controversias actuales. *Psicología desde el Caribe*, (5), 31-55.
- Cabeza Monroy, G, M. & Palomino Huertas, L. D. (2010). Comorbilidad en el Eje I del Trastorno Límite de la Personalidad. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 97, 85-96.
- Cardenal, V., Sánchez, P. & Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de la personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Revista Clínica y Salud*, 18(3), 305-324.
- Carmona i Farrés, C., Pascual, J. C., Elices, M., Navarro, H., Martín-Blanco, A., & Soler, J. (2018). Factores predictores de abandono prematuro de terapia dialéctica conductual en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 46(6).
- Cervera, G. (2005). *Trastorno Límite de la Personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Corchero, M., Balés, C., Oliva, C. & Puig, C (2012). Diagnóstico, evolución y tratamiento de una adolescente con Trastorno Límite de la Personalidad. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (103), 8.
- Costas, C., Vázquez- Bourgon, J., Gómez del Barrio, A. & Simón, J (2017). *Abordaje Integrador del trastorno límite de la personalidad*. Santander: Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
- Echeburúa, E., & Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología conductual*, 9(3), 513-525.
- Elices, M. & Cordero, S., (2011). Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(3), 132-152.

- García López, T., Pérez, M & Otín Llop, R. (2010). Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30 (2), 263-278.
- García Palacios, A. (2006). La terapia dialéctico-comportamental: terapia individual. *Psicología Conductual*, 14(3), 453-466.
- Gempeler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (1), 136-148.
- Graybar, R. S. & Boutilier, L. R. (2002). Vías no traumáticas hacia el trastorno límite de la personalidad. *Psicoterapia: teoría, investigación, práctica, formación*, 39 (2), 152-162.
- Góngora, V. C. (2002). Trastornos de personalidad en pacientes con desórdenes de la conducta alimentaria. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, (2), 75-96. <https://doi.org/10.18682/pd.v2i0.512>
- Gunderson, J. G. (2011). Trastorno Límite de la Personalidad. *New England Journal of Medicine*, 364(21), 2037-2042. [https://doi.org/10.1016/S1134-5934\(09\)71885-8](https://doi.org/10.1016/S1134-5934(09)71885-8)
- Keegan, E. (2004). Abordaje cognitivo del trastorno límite de la personalidad. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 15(58), 287-294.
- Kröger, C., Röepke, S. & Kliem, S. (2014). Reasons for premature termination of dialectical behavior therapy for inpatients with borderline personality disorder. *Behavior Research and Therapy*, 60, 46–52. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.001>.
- Linehan, M. M. (1993). *Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales. Manual de capacitación en habilidades para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad*. Prensa de Guilford.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.
- Linehan, M. M. (2012). *Back From the Edge - Trastorno Límite de la Personalidad*. Recuperado de: [https://www.youtube.com/watch?v=\\_34Yd6m50dk](https://www.youtube.com/watch?v=_34Yd6m50dk)
- Mosquera, D., González, A., & van der Hart, O. (2010). Trastorno límite de la personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad. *Revista Persona*, 10(2), 7-22.
- Nieto, T. (2006). Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento. *Intelligo*, 1(1), 4-20.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (1999). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*. Ginebra: OMS.

- Rüsch, N., Schiel, S., Corrigan, P. W., Leihener, F., Jacob, G. A., Olschewski, M., Lieb, K. & Bohus, M. (2008). Predictors of dropout from inpatient dialectical behavior therapy among women with borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39 (4), 0–503. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.11.006>.
- Serrani, D. (2011) Terapia dialéctica comportamental en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17(2), 169-188.
- Sarmiento Suarez, M. J. (2008) Terapia conductual-dialéctica para pacientes con trastornos límite de la personalidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 149-163.
- Teti, G., Boggiano, J. & Gagliesi, P. (2015). Terapia Dialéctico Conductual (DBT). Un tratamiento posible para pacientes con trastornos severos. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 26, 27-54.
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Revista de NeuroPsiquiatría*, 79(2), 108-118.