UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Abordaje terapéutico de una paciente con Trastorno Límite de Personalidad basado en un tratamiento Dialéctico Comportamental

Alumna: Florencia Ariana Gatticelli

Tutora: Lic. Giselle Bordón

Buenos Aires, 07 de Diciembre de 2021

Índice

1. **Introducción…….3**
2. **Objetivos……...3**
   2.1 Objetivo general……..3
   2.2 Objetivos específicos……...3
3. **Marco Teórico……..4**
   3.1 Trastorno Límite de Personalidad……4
      3.1.1 Criterios diagnósticos……..4
      3.1.2 Características generales……..5
      3.1.3 Comorbilidad y diagnóstico diferencial……...6
      3.1.4 Conductas autolesivas……..7
   3.2 Terapia Dialéctico Comportamental……9
      3.2.1 Características generales……..9
      3.2.2 Modelo de tratamiento basado en la Terapia Dialéctico Comportamental……12
   3.3 Taller de habilidades……..16
      3.3.1 Habilidades de mindfulness o conciencia plena……17
      3.3.2 Habilidades de efectividad interpersonal……...18
      3.3.3 Habilidades de regulación emocional……19
      3.3.4 Habilidades de tolerancia al malestar…….…20
4. **Metodología……22**
   4.1 Tipo de estudio……...22
   4.2 Participantes……...22
   4.3 Instrumentos……..23
   4.4 Procedimientos……..23
5. **Desarrollo……...24**
   5.1 Presentación del caso…….24

5.2 Describir los síntomas del Trastorno Límite de Personalidad y las sobreingestas de medicamentos que presenta la paciente al inicio del tratamiento……..….24

5.3 Describir las habilidades adquiridas para modificar las sobreingestas de medicamentos que tiene la paciente en los primeros meses del tratamiento……..…….27

5.4 Analizar los cambios producidos en las sobreingestas de medicamentos que tiene la paciente a los 6 meses del inicio del tratamiento basado en la Terapia Dialéctico Comportamental……...……...……32

6. Conclusiones…….....…….....34

7. Referencias bibliográficas…….37

1. Introducción

El presente Trabajo Final Integrador se basó en la Práctica y Habilitación Profesional perteneciente a la Universidad de Palermo, realizada en una Institución clínica en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La misma se dedica a la formación de terapeutas así como a la asistencia e investigación en psicoterapias de tercera generación. Brindan talleres grupales de entrenamiento en habilidades para los pacientes que tienen criterios para realizar tratamiento basado en la Terapia Dialéctico Comportamental (DBT) y también talleres de orientación a padres. Asimismo, realizan distintas formaciones y cursos en DBT, en Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), en Psicoterapias Cognitivas Contemporáneas, en Trastornos de Ansiedad, de Mindfulness en psicoterapia, en Entrenamiento en Habilidades, entre otras. Por último, se realizan distintas actividades durante toda la semana por parte de los profesionales que conforman al equipo de Clínica General y de Terapia Dialéctico Comportamental tales como, admisiones de nuevos pacientes, derivaciones de pacientes y supervisiones de casos.

Como pasante de la Práctica Profesional V, las actividades llevadas a cabo consistieron en la participación de distintos espacios conformados por reuniones de equipo, tanto del equipo de Clínica General como del equipo de DBT, de las supervisiones del equipo de DBT y las supervisiones de alumnos de posgrado. Además, la tesista participó en dos de las varias formaciones que brinda la Institución durante la semana, en la modalidad virtual. Las opciones elegidas fueron la formación en Entrenamiento en Habilidades y la formación en Trastornos de Ansiedad.

En el presente Trabajo Final Integrador se analizó el tratamiento de una paciente de 35 años con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad (TLP), llevado a cabo por profesionales que pertenecen a la Institución.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Analizar el tratamiento terapéutico de una paciente de 35 años con Trastorno Límite de Personalidad y las intervenciones realizadas en relación a las sobreingestas de medicamentos desde la Terapia Dialéctico Comportamental.

2.2 Objetivos específicos

Describir los síntomas del Trastorno Límite de Personalidad y las sobreingestas de medicamentos que presenta la paciente al inicio del tratamiento.

Describir las habilidades adquiridas para modificar las sobreingestas de medicamentos que tiene la paciente en los primeros meses del tratamiento.

Analizar los cambios producidos en las sobreingestas de medicamentos que tiene la paciente a los 6 meses del inicio del tratamiento basado en la Terapia Dialéctico Comportamental.

3. Marco Teórico

3.1 Trastorno Límite de Personalidad

3.1.1 Criterios diagnósticos

De acuerdo a lo establecido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), el TLP se define como un patrón persistente en la conducta del sujeto que se mantiene a lo largo del tiempo, causando inestabilidad y malestar significativo que atraviesa todos los aspectos de la vida del sujeto. Es necesario para establecer el diagnóstico, que estén presentes al menos cinco de los siguientes criterios: esfuerzos desesperados por evitar el abandono, ya sea real o imaginario; relaciones interpersonales intensas e inestables; alteración de la identidad; presencia de conductas autolesivas; amenazas de suicidio; inestabilidad afectiva, sensación crónica de vacío; enojo inapropiado o dificultad para controlar la ira; y por último, ideas paranoides transitorias, relacionadas al estrés o síntomas disociativos graves (American Psychiatric Association, 2013). El TLP representa el 60% de todos los desórdenes de personalidad diagnosticados y el 10% de todas las consultas referidas a la salud mental (Gagliesi et al., 2007). Siguiendo esta línea, la CIE-10 (OMS, 1995) denomina a dicho trastorno como Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad caracterizado por la predisposición a actuar de manera impulsiva, ánimo inestable e impredecible y actitudes violentas o explosivas derivadas de una ira producida por críticas.

El trastorno bordeline de la personalidad corresponde a un desorden del Eje II del DSM, el cual se incluyó por primera vez en el año 1980 con el nombre de TLP en el DSM-III (Linehan, 1993). Si bien fue con la tercera edición del DSM que adquirió una

mayor divulgación, originalmente el término límite se utilizó por primera vez en el año 1938 para describir a los pacientes que se encontraban entre la psicosis y neurosis, y que no podían ser situados con claridad en ninguna de estas categorías (Oldham, 2004; Stern, 1938). Algunos de los síntomas nombrados por Stern (1938) en aquella época siguen formando parte de los criterios utilizados hoy en día para diagnosticar TLP.

El término límite o bordeline proviene de una época en la cual la psiquiatría era dominada por el paradigma psicoanalítico (Gunderson, 2009). Si bien es una antigua denominación que se continúa utilizando, actualmente el término se encuentra en revisión para ser modificado por términos tales como Trastornos o Desorden de Inestabilidad o de Regulación Emocional (Gagliesi et al., 2007; Linehan, 1993).

Linehan (1993) establece que los pacientes con dicho trastorno presentan un patrón de inestabilidad y desregulación conductual, cognitiva y emocional. En relación a la desregulación conductual, menciona que los sujetos con TLP manifiestan conductas impulsivas y problemáticas, incluyendo entre ellas las conductas suicidas. En torno a la desregulación cognitiva y frente a situaciones estresantes, suelen presentar disociación, despersonalización e incluso delirios. Por último, las respuestas emocionales que tienen son altamente reactivas, y debido a esto padecen dificultades relacionadas con episodios depresivos, ansiosos y respuestas de enojo e irritabilidad (Linehan, 1993). A su vez, Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan y Bohus, (2004) consideran que los individuos con dicho trastorno experimentan episodios de disforia intensos como rabia, dolor, vergüenza, pánico, terror, tensión y sentimientos crónicos de vacío y soledad. Además, plantean que estos individuos poseen un gran miedo a ser abandonados y por este motivo se esfuerzan por evitar estar solos.

3.1.2 Características generales

Las características principales del TLP tienen que ver con un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y una notoria impulsividad, que comienza por lo general antes de la edad adulta y se manifiesta en distintos contextos (APA, 2013).

Linehan (2003) considera que el principal trastorno en el TLP es la desregulación de las emociones, siendo ésta el resultado de cierta predisposición biológica, cierto

contexto ambiental, y la combinación de ambos. En relación a esto, Linehan destacó algunas características que son principales dentro del TLP:

- Vulnerabilidad emocional: se activa en situaciones en las cuales no debería y esto produce que las personas tengan una respuesta más intensa de lo predecible y que el retorno a la calma sea más lento. Mientras tanto, el dolor es experimentado como insoportable y aparecen conductas impulsivas;
- Auto – invalidación: hace referencia a invalidar las propias respuestas emocionales, los pensamientos, las creencias y las conductas que se relacionan con las altas expectativas que se tienen de uno mismo;
- Crisis imprescindibles: generan un gran malestar y pueden ser causadas por estilos disfuncionales, por situaciones dadas en el contexto social y otras suceden espontáneamente;
- Duelo inhibido: se relaciona con el esfuerzo excesivo que realizan las personas para evitar o controlar las emociones que los inundan y que provienen de pérdidas o frustraciones;
- Pasividad activa: ante la dificultad de poder resolver un problema de importancia, las personas con TLP piden ayuda, evitando de esta manera resolver el problema por su cuenta;
- Competencia intermitente: aquellos que tienen TLP pueden responder de forma eficaz a determinadas situaciones o desafíos y en otras ocasiones no, ya que poseen una gran inestabilidad emocional. Además, aparentan ser más hábiles, capaces o eficaces de lo que realmente son (Gagliesi et al., 2007).

Los pacientes con TLP, en su gran mayoría, empiezan a manifestar signos y síntomas al final de la adolescencia o al principio de la adultez. Entre ellos se pueden observar el mal humor, el comportamiento impulsivo y autolesivo, la falta de confianza, el uso de sustancias, la crítica de los demás, la sensibilidad excesiva y el miedo al rechazo. De esta manera, dichas características generan dificultades al momento de desarrollar amistades duraderas, en los vínculos familiares, en la escuela o en el trabajo y esto deriva en que se acentúen los sentimientos de rechazo, empeorando el estado anímico y generando impulsos autodestructivos o suicidas en las personas con TLP (Oldham, 2004).

3.1.3 Comorbilidad y diagnóstico diferencial

Investigaciones realizadas plantean que los pacientes con TLP presentan una alta comorbilidad, principalmente con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), trastornos relacionados con abuso de sustancias, trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad. Además, se ha demostrado asociación con otros trastornos del Eje I y II del DSM-IV como el trastorno bipolar I y II, trastornos somatomorfos, trastorno depresivo mayor, trastorno del control de los impulsos y otros trastornos de la personalidad, como el trastorno antisocial, histriónico, dependiente, entre otros (Cervera, 2005). Es por ello, que según el DSM-V, es importante diferenciar los trastornos mencionados anteriormente, asociados al TLP. Principalmente al TLP de otros trastornos de, como por ejemplo, el trastorno antisocial que presenta síntomas en relación a la manipulación para un beneficio personal. En cambio, en el TLP, la manipulación se lleva a cabo para generar interés en las personas que se encargan de ellos. Otro ejemplo puede ser el trastorno histriónico, que si bien también hay presencia de comportamiento manipulativo, búsqueda de atención y cambio en relación a las emociones, se diferencia significativamente del TLP ya que en este trastorno, el cambio en las emociones se da junto con conductas autolesivas, sentimientos de vacío y relaciones interpersonales problemáticas (APA, 2013).

Por último, es sustancial no confundir los cambios de identidad propios del desarrollo evolutivo de una persona con el TLP. Y también poder diferenciarlo de cambios en la personalidad generados por una enfermedad médica, ya que si bien los síntomas pueden generar confusión, estos son provocados por una enfermedad que afecta el sistema nervioso (APA, 2013).

3.1.4 Conductas autolesivas

El concepto de *parasuicidio* fue utilizado por primera vez en el año 1977 por Kreitman para definir a una conducta no fatal pero intencional de autolesionarse. Las consecuencias que pueden aparecer son daños en los tejidos, dolor e incluso riesgo de muerte. Asimismo, este término hace referencia a la ingestión de drogas u otras sustancias no prescriptas o un exceso de la prescripción, con la finalidad de generar daño o causar la muerte. Dichas conductas son una solución mal adaptativa de las sensaciones incontrolables de dolor que sienten las personas que se autolesionan, pero a la vez muy eficaces (Linehan, 1993).

Walsh (2006) define a las autolesiones como conductas auto efectuadas e intencionales y que producen daños en el cuerpo de baja letalidad. La finalidad principal es la de reducir el malestar psicológico, por lo que estas conductas son conscientes e intencionadas (Plante, 2007). El tipo de malestar emocional que desean aliviar los individuos que se autolesionan puede dividirse en dos categorías. La primera, se relaciona con querer sentir alivio de situaciones que tienen un gran contenido emocional, donde las emociones que se manifiestan son de vergüenza, tensión, enojo, tristeza, frustración, ansiedad o desprecio. La segunda, tiene que ver con sentir alivio de estados en los cuales se experimentan pocas emociones o disociación, y donde los sentimientos que poseen tales individuos son de vacío o muerte. Por tal motivo los sujetos se autolesionan para aliviar la ausencia de emociones (Walsh, 2006). Siguiendo esta línea, Winchel y Standley (1991) plantean que las experiencias de dolor que tiene los pacientes con TLP pueden variar. Algunos individuos mencionan que la autolesión posee un carácter analgésico del sufrimiento que experimentaban y otros, manifiestan que dicha conducta genera un gran alivio de la tensión que sentían. Para algunos de estos pacientes dicho alivio es un reaseguro de que están vivos y para otros, ese alivio se produce ya que la conducta funciona como distractor de los sentimientos que experimentaban.

La mayor prevalencia de conductas parasuicidas o autolesivas, incluidos los intentos de suicidio y las automutilaciones, se encuentra en personas con criterios diagnósticos para el TLP (Linehan, Armstrong, Suarez, Almon & Heard, 1991). Dichas conductas se describen a partir de cinco etapas:

- Aparece un evento que precipita la conducta;
- Se genera una escalada en relación al malestar;
- Se producen intentos de evitar la conducta;
- Se produce la automutilación;
- Surgen las consecuencias de dicha conducta, como ser el miedo por la vida, la culpa, el enojo, entre otras (Winchel & Standley, 1991).

Por este motivo, como se mencionó anteriormente, se considera que tales conductas generan un círculo vicioso del cual se torna difícil poder salir. Si bien existen diversas razones por las cuales los individuos suelen autolesionarse, las causas principales son la regulación emocional, el auto castigo, el manejo de las experiencias vividas como abrumadoras, influenciar o controlar a otros y por último, la automutilación en sí (Plante,

2007). Paris (2002) afirma que los pacientes que padecen de TLP luego de pelearse con sus seres queridos, es común que realicen conductas autolesivas.

Las conductas autolesivas pueden adquirir distintas modalidades, tales como cortarse, quemarse, ingerir drogas o golpearse la cabeza. Si bien son conductas que producen dolor, no suelen poner en peligro la vida a pesar de provocar, en ciertas ocasiones, daño físico, deformaciones o incluso perjudicar la calidad de vida (Black, Blum & Pfohl, 2004). Es de gran importancia que las personas que se auto dañan aprendan a aceptar la experiencia de dolor en lugar de recurrir a dichas conductas para solucionar sus problemas. De tal modo que si tienen atracones, se cortan, abusan de alcohol y/o drogas, entre otras conductas, deben aprender a estar en el momento presente, por más doloroso que pueda llegar a ser en ese preciso momento. De esta manera, pueden reconocer que a pesar de ser doloroso, pueden soportarlo (Gagliesi, 2007). Además, se hace hincapié en el aprendizaje de habilidades nuevas con la finalidad de disminuir las conductas autolesivas (Simeon & Hollander, 2001).

A continuación se desarrollarán brevemente el origen y los conceptos centrales del modelo DBT para el tratamiento de pacientes con TLP. Se utilizará un modelo que pertenece a las terapias de tercera generación, ya que sus aportes al ámbito clínico son fundamentales para replantear la naturaleza de ciertos problemas psicológicos, brindando un modo más efectivo de ayudar a los pacientes (González, 2016).

3.2 Terapia Dialéctico Comportamental

3.2.1 Características generales

La DBT fue creada a fines de la década del 70 por Linehan cuando se encontraba trabajando con pacientes mujeres con conductas suicidas y/o autolesivas y que a su vez cumplían con criterios para TLP. Si bien estas conductas no tenían como finalidad la muerte, los pacientes las llevaban a cabo para poder lidiar con aquellos sentimientos que les resultaban intolerables. Es decir, que esta nueva terapia surgió para fomentar la enseñanza de habilidades que resolvieran los problemas de manera activa, para validar las emociones, los pensamientos y las conductas de los pacientes (Gagliesi, 2007).

Al inicio de su investigación Linehan utilizó herramientas de la terapia cognitivo conductual (TCC) estándar pero fueron surgiendo distintas problemáticas con su uso. Las más importantes a destacar tenían que ver, en primer lugar, con que los consultantes se

sentían invalidados por la orientación TCC; en segundo lugar, los consultantes sin darse cuenta reforzaban las conductas ineficaces del terapeuta y a la vez, castigaban las eficaces. En tercer y último lugar, la gravedad y la multiplicidad de problemas que enfrentaban los consultantes impedían que funcionara la TCC estándar (Teti, Boggiano & Gagliesi, 2015).

Frente a las problemáticas que se le presentaban en los intentos por ayudar a sus pacientes con intentos de suicidio y no poder ver mejorías significativas desde la TCC, Linehan decidió desarrollar un nuevo enfoque psicoterapéutico que incorporara las herramientas necesarias para trabajar con este tipo de personas en particular. A este nuevo modelo de tratamiento lo nombró como DBT. Es una terapia de *tercera generación* o de *tercera ola* desarrollada principalmente a partir de la TCC para pacientes con TLP (Linehan, 1993). Este nuevo término propuesto por Hayes, fue utilizado para definir a los nuevos modelos de terapias, como la DBT, y que trabajan con determinados tratamientos con el objetivo de generar repertorios conductuales más eficaces y flexibles, reformulando las terapias cognitivas y conductuales ya conocidas, para adquirir mejores resultados a través de un enfoque contextual (González, 2016).

Por tal motivo, Linehan decidió modificar el foco de implementación incluyendo estrategias de aceptación y validación, propias del modelo TCC, para que sus pacientes se acepten tal cual son y entiendan que aquello que les sucede tiene sentido. De esta manera, buscaba generar estrategias de cambio y que pudieran *construir una vida que valga la pena ser vivida.* Del balance entre ambos elementos surge el componente dialéctico que ayudó a modificar los patrones rígidos de comportamientos, sentimientos y pensamientos que son propios de las personas con TLP, modificando sustancialmente los resultados del tratamiento (Gempeler, 2008; Teti et al., 2015).

La perspectiva dialéctica es uno de los aspectos más significativos de la DBT y lo que la diferencia de otros tratamientos cognitivos conductuales (Chapman, 2006 como se citó en De la Vega Rodríguez & Sánchez Quintero, 2013). La filosofía dialéctica es un concepto que se lo asocia al pensamiento propuesto por Marx o Hegel. La dialéctica plantea que la realidad consiste en polaridades opuestas que se encuentran en tensión (Chapman, 2006; Gagliesi, 2007). Estas fuerzas opuestas son incompletas por sí mismas y a la vez, se encuentran continuamente equilibradas y sintetizadas, al igual que la DBT. Centrarse únicamente en esfuerzos orientados específicamente al cambio era una

estrategia incompleta sin el componente de la aceptación. Al mismo tiempo, centrarse por completo en la aceptación no era suficiente ya que los pacientes suicidas y multiproblemáticos requerían de cambios significativos para obtener vidas que valieran la pena ser vividas. De esta manera, el terapeuta busca proporcionar equilibrio a través de estrategias de aceptación y validación para lograr un cambio en el comportamiento de los pacientes (Chapman, 2006). La principal dialéctica en DBT es entre la aceptación y el cambio ya que se combinan estrategias de aceptación, validación y mindfulness, con estrategias de cambio conductual (Koerner, 2012 como se citó en Teti et al., 2015).

La visión dialéctica de la realidad, el mundo y de la conducta se caracteriza por tres principios que son esenciales para comprender el TLP:

- La realidad se conforma de partes que se interrelacionan y que funcionan como un todo, donde las conductas de un sujeto deben entenderse como partes de un amplio repertorio dentro de un ambiente complejo y no de manera individual.
- La realidad es un conjunto de fuerzas que se oponen entre sí (tesis y antítesis), en la cual el sujeto se encuentra atrapado en polaridades siendo incapaz de lograr alcanzar la síntesis. Por tal motivo el terapeuta debe ayudar al sujeto a aceptarse a sí mismo tal cual es.
- La realidad se basa en el principio de cambio o proceso generando que, tanto el individuo como el ambiente, realicen una transacción continua. La terapia tiene como principal característica ayudar al paciente a sentirse cómodo con el cambio (Linehan, 1993).

Otro de los aspectos más significativos de la DBT es que dicha terapia se basa en el modelo biosocial en el cual se sostiene que las personas que tienen TLP poseen dificultades para regular las emociones, causada por el aprendizaje de estrategias inadecuadas y desadaptativas (Linehan, 2003). Esta desregulación emocional explica muchos de los síntomas y comportamientos de los individuos con este trastorno, y que surge como resultado de una *vulnerabilidad emocional o biológica* y de *un ambiente invalidante*. Según Linehan (1993) la vulnerabilidad emocional es la tendencia a responder de manera inmediata a estímulos ambientales con un alto nivel de reactividad, experimentando una alta intensidad emocional, y una vez que se activan estas emociones se produce un lento retorno a la calma. A la vez, dicha desregulación emocional se relaciona con un ambiente invalidante, el cual se genera al responder de manera inapropiada o insensible frente a las creencias, pensamientos

y sentimientos que tienen los individuos con TLP y a las experiencias privadas no compartidas con el grupo (De la Vega Rodríguez & Sánchez Quintero, 2013). De esta manera el individuo no aprende correctamente a etiquetar las experiencias privadas tal como lo hace la sociedad, a regular de forma efectiva las emociones, o incluso confiar en sus propias experiencias como respuestas válidas, lo cual desencadena en un patrón de respuesta emocional que puede variar entre la inhibición emocional y una respuesta emocional extrema (Linehan, 1993). Asimismo, el ambiente produce aprendizajes disfuncionales y por tal motivo los individuos en determinadas situaciones deben optar por disociarse o escalar la expresión emocional (Teti et al., 2015). Según Linehan (1993) una de las experiencias invalidantes más traumáticas relacionada con las personas que tienen TLP es el abuso sexual en la infancia, el cual suele darse en el 75% de los casos. Frente a ello, las características conductuales de estos individuos pueden entenderse como consecuencia de dicha desregulación emocional, entendiendo de esta manera a las conductas impulsivas, principalmente a las relacionadas con conductas parasuicidas como una estrategia para poder regular las emociones que sienten. Un ejemplo de esto son las sobredosis, que a través de largos períodos de sueño, logran reducir las emociones y reducir la ansiedad que es común que sientan las personas con TLP (Linehan, 2003). En síntesis, Lynch y Robins (1997) plantean que el tratamiento para los pacientes con TLP suele ser muy difícil. Actualmente, la DBT es el tratamiento más eficaz para dicho trastorno, generando resultados efectivos en la disminución de conductas autolesivas, en las internaciones y en el padecimiento de los pacientes.

3.2.2 Modelo de tratamiento basado en la Terapia Dialéctico Comportamental

El modelo DBT es un tratamiento que se encuentra dentro de las terapias basadas en evidencia empírica (Boggiano & Gagliesi, 2018). Debido a las múltiples problemáticas a las que se enfrentan los pacientes con TLP, los altos niveles de abandono del tratamiento y los altos costos que representan para el sistema de salud, fue necesario crear tratamientos específicos para estos pacientes (Elices & Cordero, 2011).

En un ensayo clínico realizado por Linehan et al. (1991) sobre un grupo de mujeres con conductas autolesivas que cumplían con los criterios de TLP, se demostró que la DBT disminuyó la incidencia de dichas conductas, los días de las internaciones psiquiátricas y con frecuencia permanecían más tiempo en terapia individual, en comparación a otros tratamientos habituales. Los resultados de las investigaciones revelaron, además, que los logros obtenidos se mantenían durante un año de seguimiento, luego de haber finalizado

el tratamiento (Linehan, Heard & Armstrong, 1993). En la actualidad, la DBT es un modelo que sirve para tratar pacientes con conductas suicidas, conductas autolesivas y problemas de desregulación emocional (Vásquez-Dextre, 2016).

De acuerdo a lo establecido por Linehan (2003), existen diferentes estrategias terapéuticas para trabajar a partir de la DBT, donde la efectividad del tratamiento reside en combinar la terapia individual y el aprendizaje de habilidades. A su vez, Linehan (1993) plantea que lo más importante del tratamiento, aunque no resulte sencillo por las crisis que suelen manifestar, es que el paciente logre adquirir nuevas habilidades para poder así regular sus emociones y su conducta. Estas habilidades que el paciente necesita desarrollar se adquieren en distintos formatos, ya sea en grupos de entrenamiento en habilidades para el paciente y grupo de habilidades para familiares y allegados, en apoyo telefónico, en terapia individual y en la realización de tareas (Gempeler, 2008). Son habilidades que intentan guiar al consultante en el proceso de aceptarse a sí mismo, a los demás y al mundo tal como es. La complejidad del modelo incluye además, reuniones de los terapeutas donde todos y todas compartan los mismos principios y supuestos básicos (Gagliesi, 2007).

El modelo de tratamiento de DBT se estructura a partir de cinco etapas, es decir, una etapa de pretratamiento y cuatro etapas de tratamiento en sí (Gempeler, 2008; Vásquez-Dextre, 2016). Estas etapas se dan de manera progresiva, esto quiere decir que solo se pasa a la siguiente etapa una vez que se hayan logrado los objetivos de la etapa anterior (Boggiano & Gagliesi, 2018). Además, cada una de las etapas tienen objetivos claros y distintivos, y que tanto el paciente como el terapeuta deben respetar (Elices & Cordero, 2011). Teniendo en cuenta dichas características, el tratamiento de los pacientes con TLP debe ser organizado en base a cada sujeto. En la etapa de pretratamiento se orienta al paciente sobre la terapia, y a su vez, junto con el terapeuta se clarifican metas y se definen las conductas problemas para obtener un compromiso con el tratamiento por parte del paciente (Barlow, 2018; Boggiano & Gagliesi, 2018; Linehan, 2003). El compromiso que se establece es en función de que el paciente abandone las conductas problemas, de que se mantenga con vida y que incorpore conductas alternativas a las que utiliza. Por último, se mencionan las reglas básicas del tratamiento, se diseña un plan para utilizar frente a las crisis y se presenta la primer conceptualización de caso (Boggiano & Gagliesi, 2018; Linehan, 2003). A continuación, se comienza con la etapa 1 en la cual se busca que el paciente logre estabilizarse, reduciendo las conductas impulsivas. Para llevar

esto a cabo, el terapeuta le solicita al paciente llevar un registro diario sobre las conductas que vayan surgiendo. Los objetivos en esta etapa tienen que ver con disminuir las conductas que atenten contra la vida o la calidad de la misma, con reducir las conductas que atenten contra el tratamiento y aumentar las habilidades conductuales. Esta etapa tiene una duración de aproximadamente un año (Gagliesi, 2007; Gempeler, 2008; Vásquez-Dextre, 2016). Luego, se comienza con la etapa 2 donde se intenta que el paciente logre alcanzar experiencias emocionales no angustiantes. El objetivo de esta etapa es reducir el estrés postraumático sin disociarse de sus sentimientos. Una vez alcanzado dicho objetivo, se inicia la etapa 3 la cual se centra en ayudar al paciente a respetarse a sí mismo y en resolver problemas de menor grado relacionados con conflictos interpersonales con la pareja, familiares, sociales o laborales. Los objetivos de esta etapa apuntan a que el consultante aumente su capacidad de autorespeto y que logre alcanzar logros personales. Se trata de una etapa de prevención de recaídas (Boggiano & Gagliesi, 2018; Gempeler, 2008; Sarmiento Suarez, 2008). Por último, en la etapa 4 del tratamiento, se busca que el paciente logre eliminar la sensación de vacío o incompletud. Es por esto, que el objetivo de esta última etapa se centra en que el consultante logre sentirse libre y pueda disfrutar, alcanzando experiencias de plenitud (Boggiano & Gagliesi, 2018; Gagliesi, 2007; Vásquez-Dextre, 2016).

Teniendo en cuenta la complejidad que representa el TLP, Linehan (1993) estructura a la DBT a través de un programa que consta de cinco modalidades de tratamiento:

- La terapia individual, es fundamental ya que se articula con el resto de las modalidades. Su modalidad es semanal y se realiza al mismo tiempo que el entrenamiento en habilidades. Se pretende que el paciente logre generalizar las habilidades que va adquiriendo en el entrenamiento de habilidades para que las pueda utilizar en situaciones diversas y en distintos contextos. El terapeuta es el encargado de planificar y dirigir el tratamiento, de mantener la motivación del paciente, así como de ayudarlo frente a las crisis y de monitorear que logre aplicar las habilidades. Además, en función a la dialéctica, el terapeuta debe estar orientado al cambio y a la aceptación, es decir, que debe mostrarse flexible y compasivo y a la vez mostrarse exigente (Linehan, 1993; Vásquez-Dextre, 2016).
- El grupo de entrenamiento en habilidades se da de manera semanal y es co-dirigido por dos terapeutas que de ser posible, deben ser distintos a los terapeutas

individuales de cada participante que integre el grupo. Las sesiones duran aproximadamente dos horas y media (Gempeler, 2008; Vásquez-Dextre, 2016). Las habilidades que se enseñan son herramientas fundamentales para trabajar la desregulación emocional e intenta guiar al paciente a aceptarse a sí mismo, a los demás y al mundo tal cual es (Gagliesi, 2007).

- El coaching telefónico, puede darse entre sesiones siguiendo las reglas previamente establecidas y son llamadas breves, de no más de 20 minutos que tienen la finalidad de atender las situaciones de crisis (De la Vega Rodríguez & Sánchez Quintero, 2013; Vásquez-Dextre, 2016). Tiene como principal objetivo ayudar al paciente a reducir las conductas suicidas, parasuicidas y poco adaptativas que utilizan para poder regular su estado de ánimo. Esta herramienta facilita el proceso de adquisición y la apropiación de las habilidades que se aprenden, ya sea en terapia individual o en el grupo de habilidades, para poder de esta manera implementarlas en la vida diaria del paciente. De esta manera se reducen las conductas problema, entendidas como aquellas conductas que atentan contra la vida del paciente (Boggiano & Gagliesi, 2018; Lencioni & Gagliesi, 2008).
- Terapia de familiares y allegados, está destinada a brindar asesoramientos a los familiares y allegados más cercanos al paciente; la duración es de una sesión por semana por aproximadamente tres meses. En el taller se trabaja sobre psicoeducación, habilidades, afrontamiento de crisis y conductas de riesgo. Es de gran utilidad ya que las familias son las receptoras de las conductas de los pacientes con TLP, que no entienden y esto los puede llevar a tener reacciones inapropiadas y dañinas. Participar de este taller beneficia a los familiares en función de que estos logran empezar a comprender a los pacientes y su trastorno, mejorando la comunicación entre ambas partes, brindando de esta manera una mejor ayuda a los pacientes (Apfelbaum & Gagliesi, 2004; Vásquez-Dextre, 2016).
- Supervisión y reuniones de equipo, se dan con una frecuencia semanal y tienen como finalidad cuidar y apoyar al terapeuta, brindándoles asesoramiento tanto al terapeuta individual como a los terapeutas del grupo de habilidades (Elices & Cordero, 2011; Vásquez-Dextre, 2016). También sirve para supervisar casos complejos en donde el terapeuta necesite ayuda para saber cómo proceder en el

tratamiento. Este espacio funciona como soporte emocional de los terapeutas (De la Vega Rodríguez & Sánchez Quintero, 2013; Linehan, 1993).

Por último, en relación al tratamiento farmacológico en muchos de los casos puede ser contraproducente ya que no hay suficiente evidencia en relación a los pacientes con TLP. A pesar de ello, la utilización de fármacos suele ser útil en pacientes que presentan comorbilidad con otros trastornos (Boggiano & Gagliesi, 2018).

A continuación, se profundizará específicamente en una de las modalidades de tratamiento específicas de la DBT para los pacientes con TLP.

3.3 Taller de habilidades

En relación a lo descripto por Linehan (1993), el taller se centra en el aprendizaje de nuevas habilidades para que el paciente pueda resolver situaciones que derivan en conductas problemas de manera más funcional y adaptativa. En la DBT se imparten habilidades sociales específicas para los pacientes con desregulación emocional (Boggiano & Gagliesi, 2018). Estas habilidades pueden definirse como una capacidad que incluye habilidades cognitivas, emocionales y conductas manifiestas con el fin de alcanzar un desempeño efectivo y adaptativo (Linehan, 1993). Se les debe enseñar a los pacientes a reemplazar las conductas desadaptativas por otras nuevas, y para ellos se le pide al paciente que ensaye la conducta para que el terapeuta pueda brindarle un feedback. De esta manera el paciente podrá saber si está cometiendo errores y el terapeuta lo ayudará a resolverlos. Una vez que esto se haya puesto en práctica lo suficiente, se le pide al paciente que lo lleve a cabo en distintas situaciones cotidianas del día a día (Linehan, 1993).

Cabe destacar que las habilidades se enseñan de manera psicoeducativa y se aprenden en la terapia grupal, realizándose en un marco de un encuentro semanal, con una duración de aproximadamente dos horas y media. Se conforma entre seis y diez participantes y dos coordinadores, que deben ser distintos a los profesionales que llevan a cabo la terapia individual (Boggiano & Gagliesi, 2018).

Linehan (1993) plantea que las habilidades que se van a implementar dentro del tratamiento se enmarcan en cuatro módulos específicos: el de mindfulness o conciencia plena, el de efectividad interpersonal, el de regulación emocional y, por último, el de tolerancia al malestar. Las habilidades de conciencia plena se utilizan en todos los

módulos y por este motivo se plantea que estas sean las primeras que se presenten. Además, en cada módulo se trabaja con determinadas fichas con las que el paciente debe practicar y traer a la siguiente semana, y que se relacionan con la habilidad particular que se va a trabajar en cada módulo específicamente (Linehan, 1993).

A continuación, se desarrollará brevemente cada módulo propuesto por Linehan, dentro del tratamiento de la DBT.

3.3.1 Habilidades de mindfulness o conciencia plena

Es una práctica que se orienta a atraer intencionalmente la atención al momento presente, atendiendo y observando los pensamientos y acciones sin emitir juicios de valor, describiendo los hechos, las experiencias o situaciones y participando en ella mientras se está prestando atención a una sola cosa a la vez (Gagliesi, 2007). Linehan (1993) plantea que las habilidades que se enseñan en este módulo son la base fundamental del tratamiento y por este motivo, son las primeras que se enseñan y las cuales van a estar presentes durante todo el programa.

El mindfulness toma conceptos centrales del budismo zen para combinarlos con estrategias conductuales para que los pacientes aprendan técnicas de dicha práctica y alcanzar de esta manera un mayor control sobre su mente (Linehan, 1993). Es una práctica que puede ser formal o informal. La práctica formal consiste en poder tomarse alrededor de 15 minutos cada día para atender la respiración, las emociones y los pensamientos a través distintos ejercicios. La práctica informal implica concentrarse en las actividades que se realizan en el día a día sin brindarle mayor importancia al lugar o el contexto donde ocurran (Stahl & Goldstein, 2011). Los objetivos principales de la práctica de mindfulness son los siguientes:

- Reducir el sufrimiento, la tensión, el estrés y al mismo tiempo, aumentar la felicidad;
- Incrementar el control de la mente, a través de nuestra atención, diferenciando los hechos de pensamientos y emociones, o simplemente estar con los eventos sin hacer nada;
- Experimentar la realidad tal cual es, permaneciendo en el momento presente, dejando a un lado los juicios o ideas (Boggiano & Gagliesi, 2018).

En este módulo se plantea que existen tres estados mentales: en primer lugar, una *mente racional* que piensa de manera lógica y fría. Esta se enfoca en los hechos y en la razón. En segundo lugar, una *mente emocional*, que se deja guiar por las emociones y los sentimientos del momento, sin pensar. Por último, y en tercer lugar, una *mente sabia* que integra a las dos mentes mencionadas anteriormente (De la Vega Rodríguez & Sánchez Quintero, 2013; Linehan, 2003). Otra de las actividades que se enseñan en este módulo son las habilidades "qué" y "cómo", en las que el paciente aprende sobre dónde poner su atención y por cuanto tiempo. Por un lado, las habilidades que se relacionan con el "qué" tienen que ver con observar y descubrir lo que se está experimentando, para en última instancia participar de la experiencia. Por otro lado, las habilidades relacionadas con el "cómo" se basan en no emitir juicios de valor sobre los hechos, pudiendo concentrarse en una sola cosa a la vez y prestarle atención a esa única cosa. Una vez que el paciente logra aprender estas habilidades, se logra alcanzar un equilibrio entre la mente emocional y la mente racional (Boggiano & Gagliesi, 2018; Linehan, 1993).

3.3.2 Habilidades de efectividad interpersonal

Este módulo tiene como finalidad entrenar habilidades para la desregulación interpersonal. Los sujetos con TLP por lo general tienen relaciones caóticas, intensas y complejas, lo cual genera un esfuerzo por no sentir que los abandonan. Es por esto que una relación interpersonal es considerada efectiva cuando se alcanza un sentido estable del yo y cuando el sujeto logra poder expresar espontáneamente las emociones que fueron reguladas con anterioridad (Linehan, 2003). La eficacia interpersonal brinda nuevas herramientas que sirven para expresar las creencias y necesidades propias, estableciendo límites y negociando soluciones a los problemas, cuidando en el proceso las relaciones con los demás (McKay, Wood & Brantley, 2017).

Se busca que los pacientes sean eficaces interpersonalmente. Ser eficaz implica poder conseguir objetivos en un relación sin dañar la relación que se tiene con la otra persona y respetándonos también a nosotros mismos. Tiene que ver con analizar las situaciones y pensar en el objetivo que se quiere alcanzar, en analizar los factores que ayudan e intervienen en la efectividad interpersonal y con analizar los aspectos que hay que tener en cuenta antes de hacer un pedido (De la Vega Rodríguez & Sánchez Quintero, 2013).

Siguiendo esta línea, los objetivos específicos propuestos para este módulo son:

- Ser habilidoso para lograr obtener lo que se quiere de los demás;
- Construir relaciones y terminar con aquellas que resultan destructivas;
- Caminar por el sendero del medio, es decir, crear y mantener el equilibrio entre la aceptación y el cambio en las relaciones (Boggiano & Gagliesi, 2018; Linehan, 2020).

Linehan (1993) propone una determinada habilidad para poder alcanzar los objetivos de una forma más habilidosa. Consiste en poder pedir algo a otra persona y poder decir que no al pedido de otro, sin agresividad y de manera asertiva. A esta habilidad se la denomina DEAR MAN, la D significa describir, refiriéndose a poder utilizar un lenguaje descriptivo a la hora de realizar el pedido. La E refiere a expresar los pedidos como una necesidad y no como una queja o crítica hacia la otra persona. La A hace referencia a la asertividad, pudiendo expresar lo que se quiere de la manera más precisa y concreta posible. La R representa la palabra reforzar y tiene que ver con anticipar los refuerzos y/o los castigos en función a si la otra persona accede o no a cumplir con el pedido. La M se refiere a mantener la posición y no distraerse del objetivo. La A es de aparentar estar seguro. Por último, la N refiere a negociar y a estar dispuesto a dar para recibir (Boggiano & Gagliesi, 2018). Otras dos habilidades fundamentales propuestas en este módulo para trabajar la efectividad interpersonal son: AVES y VIDA. La primera se trata de escuchar y mostrarse interesado, validar con palabras y acciones, ser educado y gentil. La segunda, tiene como finalidad enseñarle al paciente a defender sus propios valores, a ser justo consigo mismo y con la otra persona, a no disculparse de más y a ser auténtico (Linehan, 2020).

3.3.3 Habilidades de regulación emocional

En este módulo se busca aprender a identificar, nombrar y describir las emociones, y poder relacionarlas con el contexto verificando los hechos (Linehan, 1993). Las respuestas emocionales de los sujetos con TLP son reactivas y casi siempre son individuos con problemas relacionados con la ira y como la expresan, presentando en algunos casos episodios de depresión, ansiedad e irritabilidad (Linehan, 2003). Es por esto que en este módulo en particular, es importante trabajar desde la validación ya que muchas veces los individuos eligen no sentir o se sienten mal por lo que están sintiendo. Se busca que el paciente aprenda a observar su respuesta emocional de forma consciente y sin juzgarse, y que el terapeuta lo anime para que pueda tolerar esas emociones y que pueda ser capaz

de cambiar la respuesta emocional y conductual (De la Vega Rodríguez & Sánchez Quintero, 2013).

Asimismo, las destrezas de regulación emocional sirven para que el individuo aprenda a reconocer lo que siente y así poder observar cada emoción sin sentirse abrumado o desbordado por ella. El objetivo es, justamente, moldear los sentimientos sin reaccionar destructivamente (McKay, Wood & Brantley, 2017). De manera tal que este módulo tiene un gran valor para el tratamiento de pacientes con TLP, ya que desde la teoría de la DBT, la desregulación emocional es una de las características principales con este diagnóstico. Dado que experimentan emociones demasiado intensas como la ira o la tristeza, entre otras, y al no contar con los recursos necesarios, se genera que estas emociones culminen en conductas autolesivas (Linehan, 1993).

Los objetivos propuestos para las habilidades de regulación emocional son:

- Aprender a observar, identificar, nombras y describir las emociones;
- Disminuir la frecuencia de las emociones no deseadas, logrando identificarlas antes de que aparezcan o modificarlas en el caso de que ya estén presentes;
- Disminuir la vulnerabilidad emocional, aumentando las emociones positivas e incrementando la capacidad del paciente para atravesar situaciones complejas;
- Disminuir el sufrimiento emocional (Boggiano & Gagliesi, 2018).

Algunas de las habilidades propuestas en este módulo tienen que ver con: verificar los hechos, sirve para evaluar si la emoción está justificada o no; la acción opuesta, en la cual se le enseña al paciente a actuar de forma contraria a sus emociones cuando estas no se corresponden con los hechos; resolución de problemas tiene que ver con observar y poder describir la situación, chequear los hechos, identificar las metas, realizar una lluvia de ideas al respecto, elegir la solución que más se adecúe a los objetivos del paciente, llevar a cabo la solución y al finalizar, evaluar como resultó. Resolver el problema ayudará al paciente a reducir la frecuencia en que aparecen las emociones negativas elegidas (Boggiano & Gagliesi, 2018; Linehan, 2020).

3.3.4 Habilidades de tolerancia al malestar

En este módulo se utilizan habilidades relacionadas con la aceptación (De la Vega Rodríguez & Sánchez Quintero, 2013). Linehan (2003), plantea que en este módulo, las

habilidades surgen con la finalidad de asumir que a pesar de que se esté sintiendo mucho dolor, este puede ser tolerado y que se puede aceptar y vivir la vida a pesar de ello.

Las habilidades de tolerancia al malestar ayuda a los sujetos con TLP a que puedan enfrentarse de una manera más eficaz a acontecimientos dolorosos y les proporciona nuevos medios para enfrentar las consecuencias que tienen las circunstancias adversas a las que se enfrentan (McKay, Wood & Brantley, 2017). Estos sujetos, suelen tener pautas de desregulación conductual que se manifiestan a partir de conductas impulsivas extremas, intentos de herirse, mutilarse o matarse. Las conductas suicidas o impulsivas son intentos desadaptativos de resolver problemas frente a la incapacidad personal de poder tolerar el malestar emocional el tiempo que lleve lograr soluciones más efectivas (Linehan, 2003).

Las estrategias planteadas para trabajar con las habilidades de tolerancia al malestar se dividen en dos: las habilidades de supervivencia a las crisis y las habilidades de aceptación a la realidad (De la Vega Rodríguez & Sánchez Quintero, 2013).

Por un lado, las habilidades de supervivencia a las crisis se relacionan con el aprendizaje de tolerancia al dolor que produce una situación dada, evitando utilizar conductas que mantengan o incrementen el sufrimiento. Los pacientes con TLP suelen responder a situaciones dolorosas a través de respuestas impulsivas, como puede ser autolesionarse. Son respuestas que a corto plazo generan alivio pero a largo plazo empeoran la situación. En función a esto, se enseñan habilidades dirigidas al aprendizaje de nuevas respuestas a las crisis (De la Vega Rodríguez & Sánchez Quintero, 2013). Por otro lado, las habilidades de aceptación de la realidad tratan sobre aceptarse a uno mismo, sin juzgarse, y a la situación actual tal como se presenta en el momento. Se utilizan técnicas que incluyen la aceptación radical, dirigir la mente hacia la aceptación y cultivar la buena predisposición (De la Vega Rodríguez & Sánchez Quintero, 2013).

Los objetivos de este módulo a alcanzar por los pacientes son:

- Sobrevivir a las situaciones de crisis sin empeorarlas;
- Lograr aceptar la realidad, reemplazando el sufrimiento y el dolor frente a la posibilidad de seguir adelante;
- Poder sentirse libre de tener que satisfacer las demandas de los propios deseos, impulsos y emociones intensas (Boggiano & Gagliesi, 2018; Linehan, 2020).

Linehan (1993) plantea dos grupos de varias habilidades para trabajar en este módulo. En el primer grupo se trabaja con habilidades tales como: STOP, hace referencia a detenerse y no dejar que las emociones tomen el control, dando un paso atrás para alejarse de la situación, poder observar lo que está sucediendo, para finalmente actuar desde la mente sabia; habilidades de pros y contras, que consisten en que el paciente realice una lista de los pros y los contras cada vez que tenga que decidir entre dos cursos de acción frente a un impulso; por último, las habilidades TIP, tienen que ver con maneras de reducir la mente emocional rápidamente, utilizando estrategias como utilizar agua fría para cambiar la temperatura de la cara, realizar ejercicio físico e intenso para calmar el cuerpo, respirar pausadamente para que la misma desacelere y relajar los músculos juntos con la exhalación. En el segundo grupo, algunas de las habilidades con las que se trabaja tienen que ver con: distraerse de las emociones ya que muchas veces resultan abrumadoras; calmarse utilizando los cinco sentidos (Boggiano & Gagliesi, 2018; Linehan, 2020).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Descriptivo, de estudio de caso único y de carácter cualitativo de tipo profesional.

4.2 Participantes

Se analizó el caso de una paciente de 35 años de edad que vive sola, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Natalia está recibida de médica anestesista, lleva cuatro meses de tratamiento y decidió realizar la admisión en la Institución en Diciembre de 2020 teniendo un diagnóstico previo de TLP. Al momento de la admisión presentaba un alto nivel de desregulación emocional, conductas de riesgo fuertemente marcadas como sobreingestas medicamentosas y una baja tolerancia al malestar.

La terapeuta a cargo de la terapia individual de la paciente es la Lic. Florencia, recibida de Psicóloga en la Universidad del Salvador. Realizó el posgrado en Psicoterapias Cognitivas Contemporáneas y además tiene formación complementaria en ACT, género y diversidad y en consumo problemático. Actualmente se está formando en DBT para los Trastornos de la conducta alimentaria.

El terapeuta que coordina el grupo de habilidades es el Lic. Luis, psicólogo recibido en la Universidad de Buenos Aires. Realizó la formación en DBT, en coordinación de grupos y psicoterapias grupales, y en entrenamiento en habilidades.

La psiquiatra del equipo que se encarga del tratamiento individual de la paciente es la Dra. Virginia, psiquiatra recibida de la Universidad de Buenos Aires y allí mismo realizó la especialización en Psiquiatría. Además, realizó la especialización en DBT en la Institución.

4.3 Instrumentos

Entrevistas semi dirigidas a los profesionales que conforman el tratamiento de la paciente, de manera virtual, debido al contexto de covid-19. Se entrevistó a su terapeuta individual para poder obtener información sobre la sintomatología y las conductas problema de la paciente y para poder obtener información sobre los cambios producidos en el tratamiento. También al psicólogo encargado de coordinar el grupo de habilidades con el fin de obtener información más precisa sobre el tratamiento de la paciente en base a las habilidades adquiridas para trabajar sobre las conductas de riesgo. Por último, a la psiquiatra se la entrevistó con el objetivo de obtener los datos sobre el tratamiento farmacológico.

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

4.4 Procedimientos

Se realizaron entrevistas semi dirigidas individuales a la psicóloga y a la psiquiatra que se encargan del tratamiento y al terapeuta que coordina el grupo de habilidades. Se pautó de antemano el día y la hora de las entrevistas con los profesionales y la duración fue de aproximadamente una hora. La fecha de realización de las mismas fue en el transcurso de los meses de Mayo y Junio. Las entrevistas, debido al contexto, se realizaron de manera virtual, a través de una video-llamada.

En las supervisiones semanales del equipo de DBT, donde participa la terapeuta individual, se observaron distintas metodologías para poder trabajar en la terapia, durante tres meses. Estas supervisiones se realizaron a través de la plataforma Zoom, mediante un link y una contraseña que brindaba la institución.

Por último, se realizó la observación no participante de las clases de la formación de entrenamiento en habilidades, durante tres meses los días jueves. Al igual que en las supervisiones semanales, se observaron las clases sincrónicas de manera virtual, a través de la plataforma Zoom.

5. Desarrollo

5.1 Presentación del caso

La paciente se llama Natalia, tiene 35 años y vive con su mamá. Su papá se encuentra vivo, pero la paciente refiere no tener relación con él desde la adolescencia. Es médica anestesista y actualmente, se encuentra trabajando en un Hospital de la provincia de Buenos Aires. Refiere tener un grupo de colegas con los que tiene una buena relación, pero que no tiene amigos con los cuales verse o salir. Está en pareja con una mujer de 40 años desde hace más de un año. Su pareja está diagnosticada con Trastorno de Ansiedad Social (TAS), y según lo expresado por su terapeuta, la relación que tienen es conflictiva e inestable, con frecuentes discusiones y separaciones muy seguidas por celos. La paciente aseguró en varias oportunidades, sentir mucho miedo de que su pareja se vaya con otra y la deje. En relación a lo mencionado se pueden percibir síntomas de comportamiento impulsivo, falta de confianza, generándose dificultades en la configuración de los vínculos (Oldham, 2004). Asimismo, la paciente expresa que la relación con su madre también es caótica, haciendo mención a que su madre no la comprende y que por tal motivo sus conversaciones siempre culminan en discusiones. Linehan (2003), plantea que los sujetos con TLP suelen tener relaciones caóticas, intensas y complejas.

5.2 Describir los síntomas del Trastorno Límite de Personalidad y las sobreingestas de medicamentos que presenta la paciente al inicio del tratamiento.

Con la finalidad de describir los síntomas y las sobreingestas de medicamentos que presenta la paciente al inicio de su tratamiento, se mencionará la información de las entrevistas realizadas a la terapeuta individual y a la psiquiatra de la misma.

La paciente expresó en la entrevista de admisión, realizada por la psiquiatra, haber sufrido de abuso sexual en la infancia por parte de un familiar y que luego en la adolescencia, comenzó su primer tratamiento por anorexia y bulimia nerviosas, hasta los 17 años. De acuerdo a lo formulado por Linehan (1993) una de las experiencias

invalidantes más traumáticas es el abuso sexual infantil, el cual suele darse en el 75% de los casos de pacientes con TLP. En aquella época, no comía mucho y por momentos mentía diciendo que no tenía hambre o que le dolía la panza. En otras ocasiones vomitaba a escondidas luego de tener atracones. Por ello, Cervera (2005), declara que los pacientes con TLP presentan una alta comorbilidad con TCA. Asimismo, afirmó haber abandonado el tratamiento tiempo después, retomando un segundo tratamiento en el 2018 de corriente psicoanalítica. En dicho tratamiento la paciente permaneció por dos años y asistió al mismo tres veces por semana. Este tratamiento, lo comenzó a raíz de sentirse con mucho malestar y una fuerte reacción a las emociones que le iban surgiendo a raíz de su trabajo, peleas con la madre y con su pareja, principalmente. Manifestó atravesar momentos de altos niveles de desregulación, donde en una ocasión, tuvo una discusión muy grande con su pareja por celos, la cual se originó debido a que su pareja se mandaba mensajes con otras chicas (amigas según su pareja), pero que ella estaba segura de que era porque estaba pasando algo o le atraían. Frente a esta situación, afirmó que tuvo un intento de suicidio con finalidad suicida y por tal motivo terminó internada. La internación duró alrededor de un mes donde realizó tratamiento psicológico y psiquiátrico. La DBT, según lo planteado por Vásquez-Dextre (2016), es un modelo que sirve para tratar a los pacientes con conductas suicidas, autolesivas y con desregulación emocional. A raíz de lo sucedido, la psiquiatra que la atendía durante su internación fue quien le diagnosticó TLP y la derivó a la presente institución donde realiza su tratamiento desde el 20 de Diciembre del 2020.

Una vez que la paciente ingresó a la institución comenzó, con su terapeuta individual, la fase de pretratamiento. En ella, de acuerdo a lo mencionado por Boggiano y Gagliesi (2018), acordaron los objetivos a seguir, las reglas mediante las cuales se iban a guiar a lo largo del tratamiento y en función a ello, la paciente firmó un compromiso con su terapeuta sobre el plan a utilizar, principalmente en las situaciones de crisis. De acuerdo a la entrevista realizada a la psiquiatra que la atiende en la institución, la misma afirmó que la paciente presenta las características para el diagnóstico de TLP, cumpliendo con los criterios diagnósticos estipulados por el DSM 5 (APA, 2013). Comentó que la paciente presenta altos niveles de desregulación emocional y una marcada activación de las emociones donde se le pueden observar autocortes en los brazos, como mecanismo de regulación de esas emociones (Walsh, 2006). Además, presentaba inestabilidad anímica frente a la cual la paciente sufría de episodios de enojo, irritabilidad, vergüenza, tristeza y ansiedad, tal como expresaba Walsh (2006). Asimismo, conforme a las relaciones

interpersonales y en vista de lo propuesto por APA (2013), la paciente presenta vínculos intensos e inestables, principalmente con su pareja, donde aparecen episodios de mucha desregulación por celos. La psiquiatra, frente a lo observado en la primera sesión y a lo conversado con la psiquiatra que atendió a la paciente en la internación, implementó un plan farmacológico, considerándolo necesario para el tratamiento. Se le indicó tomar Quetiapina 50 mg. (antipsicótico), Venlafaxina 100 mg. (antidepresivo) y Lurasidona 20 mg. (antipsicótico).

De la entrevista realizada a la terapeuta individual surgió que la paciente contó que las situaciones de celos y peleas constantes con su pareja la llevaban a tener sobreingestas de medicamentos. Sobre ellas, la paciente le manifestó a la terapeuta no querer seguir viviendo ya que nada tenía sentido si no está con ella. Estas sobreingestas que se producen a causa de las peleas, la paciente las lleva a cabo con medicamentos que consigue utilizando su sello o a través de sus contactos. El fármaco que afirma utilizar en esas ocasiones es Alprazolam (benzodiacepina). Además contó tener otras conductas autolesivas con fines regulatorios, a lo que la paciente le expresó a su terapeuta que una vez se realizó autocortes, que a veces se asoma por la ventana de su departamento, o utiliza elementos de su trabajo, como el abridor de vías. Estas conductas las lleva a cabo cuando siente muchos celos, enojo o miedo y no sabe que más hacer. Lo mencionado anteriormente, da cuenta del grado de desregulación emocional que presenta la paciente, ya que realiza conductas parasuicidas para intentar regular las emociones que siente y que son comunes en los pacientes con TLP (Linehan, 2003) y que, a la vez, son una solución mal adaptativa de las sensaciones de dolor pero muy eficaces (Linehan, 1993).

En este tipo de trastorno suelen aparecer conductas altamente reactivas, impulsivas e incluso problemáticas, tal como expresa Linehan (1993). En relación a ello, de lo recabado en la entrevista con la terapeuta individual, la paciente manifestó en distintas oportunidades que no podía controlar la situación una vez que se desregulaba, afirmando que se le produce un bloqueo y no puede pensar en más nada, realizando finalmente conductas que sabe que le van a aliviar el malestar que siente. Esto se debe a que las personas con TLP presentan una vulnerabilidad emocional con una intensidad mayor al resto de las personas, generando un lento retorno al estado previo en el cual se encontraban (Linehan, 1993).

En resumen, de acuerdo a lo recolectado en la entrevista con la terapeuta individual y la psiquiatra, la paciente presenta los criterios diagnósticos para el TLP establecidos por el DSM 5. Además, la paciente presenta primordialmente un alto nivel de desregulación emocional, el cual Linehan (2003) considera que es el principal trastorno de las personas con TLP. De manera que, a raíz de dicha desregulación, aparecen conductas autolesivas, sobreingestas de medicamentos, cambios importantes en el estado de ánimo y vínculos intensos e inestables.

5.3 Describir las habilidades adquiridas para modificar las sobreingestas de medicamentos que tiene la paciente en los primeros meses del tratamiento.

Con la finalidad de responder el presente objetivo se llevaron a cabo distintas entrevistas al psicólogo que se encarga del grupo de habilidades, al cual asiste la paciente, y a su terapeuta individual. Además, se observaron las supervisiones de la terapeuta individual. Gempeler (2008), plantea que las habilidades que el paciente necesita se pueden adquirir en los distintos formatos mencionados anteriormente. En la entrevista realizada al terapeuta que coordina el taller grupal se indagó acerca de la dinámica y el formato del mismo. La duración del taller es de 6 meses, aunque puede llegar a extenderse a los 8 meses y de ser necesario, dependiendo de cada paciente, se puede llegar a repetir el dispositivo. La frecuencia de los encuentros es de una vez por semana; su duración es de dos horas y media. Se comienza con un ejercicio de mindfulness, para que los participantes se puedan conectar con el aquí y ahora. Posteriormente, se hace una revisión de las prácticas aprendidas la semana anterior, y una vez finalizada dicha revisión, se continúa con la presentación del tema a desarrollar en el encuentro y las nuevas habilidades a utilizar. Por último, para finalizar el encuentro, se asigna la tarea para el próximo encuentro. Es importante mencionar que, al momento de enseñar las habilidades en el taller, estas se imparten a través de la psicoeducación (Boggiano & Gagliesi, 2018). Además, existe un taller para familiares y allegados de los pacientes, donde se les enseña psicoeducación, para que puedan aprender a comprenderlos y a sobrellevar las situaciones de crisis. Apfelbaum y Gagliesi (2004) plantean que el taller está destinado a brindar asesoramiento a los familiares y a las personas más cercanas al paciente, para psicoeducarlos y enseñarles habilidades para afrontar las crisis y conductas de riesgo. La paciente, respecto a lo mencionado, manifiesta que su madre participó del taller brindado por la institución, pero que su pareja no acepto involucrarse porque se sentía incómoda ya que el mismo era grupal.

Durante los primeros meses de tratamiento la paciente ha adquirido diferentes habilidades que se enseñan para poder trabajar específicamente con las distintas problemáticas que presentan los pacientes con TLP. Como se mencionó anteriormente, el taller grupal consta de cuatro módulos, en los que la paciente adquirió nuevas habilidades para poder modificar las sobreingestas de medicamentos. Los módulos son acerca de habilidades de: mindfulness, efectividad interpersonal, regulación emocional y tolerancia al malestar. En relación a lo descripto por Linehan (1993), el taller se centra en el aprendizaje de nuevas habilidades para que el paciente pueda resolver situaciones que derivan en conductas problemas de manera más funcional y adaptativa. En la DBT se imparten habilidades sociales específicas para los pacientes con desregulación emocional (Boggiano & Gagliesi, 2018).

En relación a las habilidades de mindfulness aprendidas en el taller, y además utilizada en terapia individual, la más significativa para la paciente al momento de poder frenar los impulsos que la llevan a tener las sobreingestas de medicamentos, es la de mente sabia. Al respecto Linehan (2003) plantea que, la misma, es una integración entre la mente racional y la mente emocional. En este sentido, la paciente le ha manifestado a su terapeuta individual que le resulta más sencillo dejarse llevar por sus impulsos, por la ansiedad que le generan las peleas con su pareja y que en esos momentos su mente deja de pensar y termina dejándose llevar por su enojo, sus emociones, sin pensar en las consecuencias. De esta manera, esta descripción por parte de la paciente a su terapeuta, indica que actúa mediante la mente emocional, la cual tiene que ver con dejarse guiar por las emociones y los sentimientos del momento, sin pensar (De la Vega Rodríguez & Sánchez Quintero, 2013; Linehan 2003). Otra de las habilidades más utilizadas por la paciente, principalmente en terapia individual, se relaciona con las habilidades “qué”. Estas habilidades se basan en observar, describir y en último lugar, en participar (Boggiano & Gagliesi, 2018; Linehan, 1993). Para la paciente, según lo mencionado por su terapeuta en la entrevista, el observar sus pensamientos y poder poner en palabras lo que le sucede, le ayuda a disminuir las conductas autolesivas ya que de esta manera logra conectarse con el momento, lo cual la distrae de sus impulsos. Según lo expresado por Gagliesi (2007), esta práctica guía al paciente a poner su atención en el presente, observando sin emitir juicios de valor, ayudándolo a describir la situación, para luego poder participar y mantener la atención solo en ese momento. Asimismo, otra de las habilidades que utiliza la paciente, y en relación a la habilidad anteriormente mencionada,

es la que se denominada “la mente en una cosa por vez”. Es una habilidad que se relaciona con el “cómo”, y consiste en no emitir juicios de valores, en concentrarse y dedicarle toda la atención a una sola cosa a la vez (Boggiano & Gagliesi, 2018; Linehan, 1993). Frente a ello, la paciente le ha menciona a su terapeuta individual que si bien posee dificultades para concentrarse en otra cosa cuando, por ejemplo, discute con su pareja y esta sube fotos sola a Instragram, ya que refiere que en esos momentos solo puede pensar en que su pareja lo hace para que otras mujeres la miren. Pero en la mayoría de las situaciones, expresa conseguir centrarse en poner el foco de atención en otro lugar, como en su respiración o en escuchar música que le gusta, y que esto la ayuda a distenderse y a no desregularse por completo.

Con respecto al grupo de habilidades de efectividad interpersonal, según explica Linehan (2003), los pacientes con TLP suelen tener relaciones caóticas e intensas que los llevan a pensar que las personas de su entorno van a abandonarlos. En cuanto a esto, tanto la terapeuta individual como el terapeuta de grupo, indican que la paciente, si bien logró comprender y adquirir habilidades interpersonales, al momento de aplicarlas en situaciones con un alto nivel de activación emocional, en varias ocasiones se le dificulta llevarlas a cabo. Estas habilidades son herramientas que tienen el objetivo de ayudar al paciente a expresar las creencias y necesidades propias, establecer límites y buscar soluciones a los problemas, sin desatender el vínculo con los demás (McKay et al., 2017). Una de las habilidades principales de este módulo y la más practicada por la paciente, según relata el terapeuta de grupo, es la habilidad DEAR MAN. Hace referencia a un conjunto de habilidades que tiene que ver con la manera en que se realiza un pedido a otra persona y de qué manera se expresa aquello que se quiere comunicar, de forma asertiva, mostrándose además, dispuesto a dar algo a cambio (Boggiano & Gagliesi, 2018). Para practicar dicha habilidad, en el taller grupal, le enviaron como tarea escribir sobre una situación donde no hayan podido comunicar de manera asertiva aquello que deseaban y que por tal motivo se haya generado un conflicto con la otra persona. Para reforzar dicho trabajo, con su terapeuta individual trabajaron sobre cómo podría, en situaciones futuras y similares, conseguir lo que desea sin llegar al conflicto con el otro. La paciente en su tarea describió una situación donde quería realizarle un pedido a su pareja y junto con la guía de su terapeuta, fueron diseñando la mejor manera de realizar dicho pedido de manera asertiva, expresando sus sentimientos explícitamente, entendiendo que la otra persona no puede saber lo que está pensando. Otra de las

habilidades fundamentales propuestas en este módulo y que le resultó de gran ayuda a la paciente, es la denominada AVES. Linehan (2020), indica que es una habilidad la cual se trata de escuchar y mostrarse interesado en el discurso de la otra persona, validándolo y siendo gentil. En el taller grupal, el terapeuta le propuso a la paciente poner en práctica la habilidad con alguien cercano (familiar, pareja). En esta ocasión, la paciente decidió practicar la habilidad con su madre. De esta manera pudo, frente a una situación problemática, escuchar el punto de vista de su madre sin desregularse inmediatamente. La paciente en su discurso, expresó poder validar los sentimientos de su mamá, sin atacarla o amenazarla.

De acuerdo a las habilidades de regulación emocional, Linehan (1993) expresa que sirven para poder aprender a identificar, nombrar y describir las emociones, relacionándolas con el contexto. Los sujetos con TLP tienen respuestas emocionales reactivas, relacionadas con problemas de ira (Linehan, 2003). En relación a esto, la terapeuta individual, reforzando el trabajo realizado en el taller grupal, trabajó con la paciente para poder regular sus emociones. De acuerdo a lo expresado por la paciente, el enojo y la ira son las emociones que se encuentran más presentes en la relación con su pareja y con las cuales se siente más identificada. La terapeuta individual observó en varias ocasiones que estas emociones son las que conducen a la paciente a tener conductas autolesivas, como las sobreingestas de medicamentos o autocortes. La habilidad que mayor resultado le brindó a la paciente, al momento de regularse emocionalmente, fue la de verificar los hechos. Dicha habilidad sirve para evaluar si la emoción que se está sintiendo se ajusta a los hechos o no lo hace (Boggiano & Gagliesi, 2018; Linehan, 2020). La terapeuta, en la entrevista realizada, comentó que la paciente realiza suposiciones sobre las situaciones en las que discute con su pareja, en las cuales le atribuye significados negativos a esas situaciones y por tal motivo se desregula con rapidez. Refiere que su paciente en varias ocasiones, cuando discute con su pareja, le surgen pensamientos acerca de que su pareja siente vergüenza de estar de novia con ella, que la va a dejar por otra o que ya no la quiere más. Al poner en práctica la habilidad mencionada anteriormente, la paciente pudo comprender los eventos que generaban la emoción que estaba sintiendo, pudiendo realizar distintas interpretaciones de la situación y comprobar si su emoción se correspondía a los hechos. De esta manera, en ciertas ocasiones la paciente expresó poder llevar a cabo dicho proceso entendiendo que sus emociones son reacciones a pensamientos o interpretaciones. Tal como expresan Boggiano y Gagliesi (2018), de esta

manera se logra disminuir la vulnerabilidad emocional, aumentando las posibilidades del paciente para atravesar situaciones difíciles.

En relación al último módulo de habilidades, al momento de realizar las entrevistas, el terapeuta de grupo comentó que la paciente se encontraba recién comenzando dicho módulo y que hasta el momento solo habían alcanzado a trabajar con una sola habilidad. La terapeuta individual expresó que su paciente ha practicado en sesión esta habilidad y que la ha puesto en práctica en varias situaciones de su vida cotidiana. En el módulo de tolerancia al malestar se trabaja con habilidades de aceptación (De la Vega Rodríguez & Sánchez Quintero, 2013). McKay et al. (2017) explican que estas habilidades ayudan a los pacientes con TLP a poder enfrentarse eficazmente a situaciones dolorosas, proporcionándoles nuevas formas de enfrentar las consecuencias que tiene las circunstancias a las que se enfrentan. La habilidad puesta en práctica por la paciente y la cual le fue de gran ayuda en varias situaciones es la conocida como STOP, la cual según Linehan (2020), hace referencia a poder detenerse y no dejar a las emociones tomar el control, dar un paso atrás para correrse de la situación y observar así lo que está sucediendo, para poder en último lugar, actuar desde la mente sabia. En este caso, la terapeuta individual mencionó que la paciente contó que una vez, en una discusión con su pareja, las que generalmente terminaban en ruptura por la desregulación que se le hacía presente, pudo mantener el control y respirar profundamente. Asimismo, pudo observar sus emociones y pensamientos relacionados a la pelea y actuar con su mente sabia, distinguiendo las acciones que mejorarían o empeorarían la situación. La terapeuta individual, observó en varias oportunidades que cuando la paciente ponía en práctica dicha habilidad, podía tolerar el malestar que sentía sin tener que recurrir a conductas autolesivas. De acuerdo con Boggiano y Gagliesi (2018), lo mencionado anteriormente se relaciona con uno de los objetivos de dicho módulo, el cual hace referencia a poder sobrevivir a las situaciones de crisis sin empeorarlas.

Para finalizar, de la información recabada en las entrevistas con el terapeuta del taller y con la terapeuta individual, es importante resaltar que ambos remarcaron que, de todas las habilidades utilizadas para modificar las sobreingestas de la paciente, la más utilizada se encuentra dentro de las habilidades de mindfulness, más allá de si la paciente sentía que se iba a desregular emocionalmente o no. Esto se debe a que la paciente expresó que dicha práctica la ayuda a mantenerse enfocada, relajada y con un mayor control de sus impulsos. Stahl y Goldstein (2011) explican que es una práctica formal que consiste

en poder tomarse 15 minutos aproximadamente al día para poner el foco de atención en la respiración, las emociones y los pensamientos, a través de diferentes ejercicios.

5.4 Analizar los cambios producidos en las sobreingestas de medicamentos que tiene la paciente a los 6 meses del inicio del tratamiento basado en la Terapia Dialéctico Comportamental.

En el siguiente apartado se procederá a describir los cambios producidos en las sobreingestas de medicamentos a los 6 meses del inicio del tratamiento, a partir de las entrevistas realizadas a la terapeuta individual y al terapeuta de taller grupal de la paciente.

De acuerdo al tratamiento individual de la paciente y en función a lo recabado en las entrevistas, la paciente mantuvo su compromiso con la terapia, logrando trabajar sobre las conductas problema que presentaba al inicio del tratamiento. La terapeuta individual mencionó que las desregulaciones de la paciente, con el transcurso de las sesiones, fueron disminuyendo, así como también la ira, el enojo y las conductas problemas, que derivaban en sobreingestas de medicamentos o autocortes. En este sentido, es importante volver a mencionar que las características principales de los pacientes con TLP se relacionan con un alto nivel de inestabilidad afectiva, como la ira y que se manifiestan a través de conductas autolesivas o de comportamientos que atentan contra uno mismo (APA, 2013). Asimismo, la terapeuta individual informa que la paciente, en los meses transcurridos de terapia, adquirió distintas estrategias y habilidades, que no solo fueron puestas en práctica en sesión, sino que se vislumbraban los cambios más rápidamente cuando la paciente los podía poner en práctica en su vida cotidiana. Previo a ello, la paciente presentaba episodios con altos niveles de desregulación emocional, frente a peleas con su pareja o a su madre, donde recurría a ingerir medicamentos para sobrellevar las situaciones ya que esta era la única manera que conocía aliviar el dolor. Winchel y Standley (1991) plantean, en relación a lo mencionado, que las experiencias de dolor que tiene los pacientes con TLP los lleva a realizarse autolesiones, ya que posee un carácter analgésico del sufrimiento que experimentaban.

En cuanto a lo conversado en la entrevista con el terapeuta del grupo de habilidades, durante los primeros 6 meses de tratamiento y en relación a las sobreingestas que presentaba la paciente, este mencionó que pudo observar grandes cambios y avances en la paciente generados por su compromiso con el grupo y con el tratamiento en general.

Destacó que la paciente asistió a todas sus clases, cumpliendo con las tareas planteadas y participando de los distintos encuentros. Si bien al principio la paciente manifestaba que no entendía porque debía asistir al taller y tener que hacer tarea, con el tiempo comprendió la importancia del mismo y de poner en práctica lo aprendido. Es interesante resaltar que, tal como plantea Linehan (1993), el taller les enseña a los pacientes a reemplazar las conductas desadaptativas por otras nuevas y que para ello, se les pide que practiquen para que el terapeuta pueda darles un feedback al respecto. Dentro del gran repertorio de habilidades aplicadas por la paciente en los primeros 6 meses del tratamiento, la paciente expresó que aquellas habilidades comprendidas dentro del módulo de mindfulness, son las que, si bien en un principio eran las que más le costaban, con el tiempo se volvieron fundamentales para transitar el día a día. Al momento de encontrarse en situaciones de gran vulnerabilidad emocional donde se encontraba a punto de realizar conductas autolesivas, con el tiempo, logró utilizar la técnica de respiración para poder relajarse y reducir la tensión. De esta manera, según Boggiano y Gagliesi (2018), se logra incrementar el control de la mente, a través de la atención, diferenciando los hechos de pensamientos y emociones, o simplemente estar con aquello que está sucediendo sin hacer nada. Asimismo, manifiesta que implementar el uso de la mente sabia la ayuda a tomar decisiones con mayor conciencia, integrando de esta manera a la mente emocional y a la mente racional (De la Vega Rodríguez & Sánchez Quintero, 2013; Linehan, 2003).

De acuerdo a las habilidades de efectividad interpersonal, y en función a la información recabada en las entrevistas, al principio, la paciente presentaba grandes dificultades para poder poner en práctica dichas habilidades ya que se activaba con gran facilidad y recurría a ingerir medicamentos. Con el tiempo, la paciente expresó poder poner en práctica lo aprendido en el taller, y lo trabajado con su terapeuta individual, pudiendo transitar las discusiones con su pareja de manera tal que, aprendió a realizar pedidos, a comunicar de forma más asertiva y a buscar soluciones entre ambas, sin tener que llegar a pelear o a sentir que necesita recurrir a conductas desadaptativas. De esta manera, se puede observar como la paciente logró adquirir y poner en práctica la habilidad denominada DEAR MAN (Boggiano & Gagliesi, 2018).

Dentro de las habilidades de regulación emocional, tanto la terapeuta individual como el terapeuta del taller, mencionaron que la habilidad que más le sirvió a la paciente para poder modificar las sobreingestas de medicamentos, es la de verificar los hechos. Esta habilidad le permitió a la paciente comprender mejor sus emociones y entender si

las mismas se adecuan a las situaciones o no (Linehan, 2020). La paciente expresó que antes de conocer esta habilidad, solía hacer suposiciones todo el tiempo sobre las peleas que tenía con su pareja, e incluso realizaba suposiciones de lo que su pareja podía llegar a sentir o pensar y que esto solo empeoraba las cosas. Pero su terapeuta, mencionó que luego de poder trabajar en las sesiones con esta habilidad, pudieron incluirla en el repertorio de habilidades de la paciente, la cual en varias situaciones pudo utilizar como estrategia frente a su desregulación y de tal manera, controlar sus impulsos autolesivos y sus reacciones emocionales. La paciente pudo lograr, como expresan Boggiano y Gagliesi (2018), disminuir la frecuencia de las emociones no deseadas, pudiendo identificarlas antes de que aparezcan o modificarlas en el caso de que ya se encuentren presentes.

En relación al último módulo de habilidades sobre tolerancia al malestar, a los 6 meses de haber iniciado el tratamiento, la paciente se encontraba comenzando dicho módulo por lo que no había alcanzado a ver todas las habilidades. En lo recabado en las entrevistas con la terapeuta individual y el terapeuta del taller, la paciente incorporó en su vida cotidiana la habilidad STOP, la cual manifestó que, si bien ya no siente la necesidad constante de recurrir a conductas autolesivas, la ayudó para seguir sumando herramientas para poder tolerar el sufrimiento que muchas veces, hasta el momento, sigue sintiendo. Es por esto, que uno de los objetivos de este módulo tiene que ver con lograr aceptar la realidad, reemplazando el sufrimiento y el dolor frente a la posibilidad de avanzar hacia adelante (Boggiano & Gagliesi, 2018; Linehan, 2020).

Para finalizar, puede observarse que si bien la paciente logró realizar grandes cambios en lo que respecta a sus conductas problema, principalmente a las sobreingestas de medicamentos, estas no desaparecieron por completo en estos 6 meses del inicio del tratamiento basado en la DBT. Según lo relatado por la terapeuta individual, estas conductas de riesgo que presenta la paciente, vienen arraigadas desde hace muchos años y por tal motivo, no resulta sencillo poder hacerlas desaparecer por completo. Si bien la paciente continúa teniendo episodios donde se desregula, siente enojo, y donde muchas veces le cuesta controlar sus impulsos, es a través del aprendizaje de nuevas habilidades, según lo mencionado por Simeon y Hollander (2001), que se logra disminuir las conductas autolesivas.

6. Conclusiones

El presente Trabajo Final Integrador surgió de la práctica profesional realizada en una institución clínica que se dedica a la formación e investigación en psicoterapias de tercera generación, y principalmente, en el tratamiento de personas que padecen de TLP. El modelo con el que dicha institución trabaja, en relación a estos pacientes es el denominado DBT, el cual se encuentra dentro de las terapias de tercera generación y el cual se desarrolla principalmente, desde la TCC (Linehan, 1993). En relación a los objetivos planteados en el presente trabajo, se considera que se han cumplido satisfactoriamente dado que se logró llevar a cabo el análisis del tratamiento terapéutico de la paciente. Para poder llevar a efecto dicho proceso, resultó necesario realizar entrevistas a los profesionales tratantes de la paciente. Por un lado a su terapeuta, la cual brindó la información pertinente a las conductas problema, propias de la paciente, los objetivos del tratamiento y los cambios producidos en el mismo. Al terapeuta individual, con el fin de recabar información respecto de las habilidades adquiridas durante el tratamiento y de los avances de la paciente. Por último, a la psiquiatra, para poder obtener datos sobre el tratamiento farmacológico. Además, se realizaron observaciones no participantes de las supervisiones de la terapeuta individual, observaciones no participantes en la formación de entrenamiento en habilidades y en distintas formaciones que brinda la institución.

En cuanto a los objetivos específicos, se logró realizar una descripción de los síntomas de TLP que presentaba la paciente y sus sobreingestas, según los criterios diagnósticos establecidos en el DSM 5. La paciente presenta un patrón de inestabilidad y desregulación emocional y conductual (Linehan, 1993). Asimismo, presenta episodios de ira, impulsividad, enojo y conductas autolesivas, tales como sobreingestas de medicamentos y autocortes.

Por otra parte, se logró describir las habilidades adquiridas para disminuir las sobreingestas que presentaba la paciente. Por tal motivo, se recabó información en las entrevistas con los profesionales tratantes, acerca del conjunto de habilidades enseñadas a la paciente y en función a cuales le proporcionaron cambios en sus conductas. De esta manera, se profundizó sobre los distintos módulos de habilidades impartidos en el taller, como el de habilidades de mindfulness, habilidades de efectividad interpersonal, habilidades de regulación emocional y habilidades de tolerancia al malestar (Boggiano & Gagliesi, 2018; Linehan, 2020).

Por último, se analizaron los cambios producidos en las sobreingestas que presentaba la paciente a los 6 meses del inicio del tratamiento, cumpliéndose con el objetivo planteado, dado que se explicitaron los cambios producidos en las sobreingestas que presentaba la paciente, a raíz del aprendizaje de nuevas habilidades aprendidas en terapia grupal y ahondadas, en terapia individual; con el fin de lograr un desempeño efectivo y adaptativo (Linehan, 1993), para lograr reemplazar las conductas desadaptativas por otras nuevas.

En cuanto a las limitaciones encontradas en el presente trabajo, se pueden citar varias cuestiones. En primer lugar, resulta importante mencionar que el contexto en el cual se realizó la práctica no fue el más conveniente al momento de recabar información. Si bien la práctica se pudo llevar a cabo y completar sin mayores inconvenientes, el contexto de covid-19 generó que la práctica se realizara a través de reuniones vía Zoom, por lo que tal vez no se pudo trabajar en el caso en profundidad, ya que el acceso y el intercambio con los profesionales era más limitado y, los espacios en los que se podía participar, también eran más acotados. Asimismo, no se pudo acceder a la historia clínica de la paciente ya que resulta de carácter confidencial, siendo esta un material con gran contenido sobre su personalidad, su sintomatología y otros aspectos importantes para la realización de dicho trabajo. En cuanto a los instrumentos utilizados, hubiese sido interesante poder tener algún video de la paciente o haber podido realizarle una entrevista para obtener mayor información. Al no ser posible, se desarrollaron los objetivos con lo recabado en las entrevistas a los profesionales y en relación a lo recabado en las supervisiones de equipo de la terapeuta individual.

Con respecto a las limitaciones referidas al material bibliográfico, se puede mencionar que si bien la DBT es una terapia con mucho material para trabajar en el campo, es un modelo con un protocolo estandarizado, siendo poco flexible a los aportes e intervenciones que puedan realizar los profesionales. Además, al momento de desarrollar los módulos de habilidades, se pudo observar las limitaciones en cuanto a la multiplicidad de autores a los cuales recurrir, ya que el material encontrado siempre remitía a Linehan o textos escritos por otros autores pero que se basaban en lo descripto por ella.

En función al análisis realizado, surgen algunas reflexiones y aportes personales. Como bien se explicó con anterioridad, la DBT es el tratamiento más eficaz para los

pacientes con TLP, generando resultados efectivos en la disminución de las conductas autolesivas, en las internaciones y en el padecimiento en general (Lynch & Robins, 1997). Por tal motivo, resulta interesante poder pensar en incluir talleres de psicoeducación sobre el tema en los últimos años de la escuela secundaria, tanto en el ámbito privado como en el ámbito público, dado que en esta etapa de la vida es cuando se empiezan a manifestar los primeros signos y síntomas del trastorno (Oldham, 2004), y que al ser un tratamiento costoso, no todas las personas logran tener acceso al mismo. En relación al tratamiento de la paciente, considero que hubiese sido interesante poder incluir algún espacio donde se pudiera trabajar en conjunto con la pareja de la misma, ya que no participó del taller para familiares y allegados. De esta manera, se podría haber llevado a cabo un proceso con ambas, focalizando en aspectos relacionados con lo vincular, brindándole herramientas a su pareja para poder comprender a la paciente. Con esto, se podría llegar a conseguir que disminuyan las peleas y junto con ellas, lograr extinguir las conductas autolesivas de la paciente.

Por último y a modo de cierre, se podrían proponer nuevas líneas de investigación. Sería interesante profundizar la comorbilidad que presenta el TLP con otras patologías. Si bien se explicó anteriormente que, en diversas investigaciones realizadas se halló comorbilidad con numerosos trastornos del Eje I y el Eje II del DSM-IV, entre otros trastornos (Cervera, 2005), sería conveniente profundizar la búsqueda de material teórico para obtener mayor información sobre el por qué existen tantas comorbilidades relacionadas con el TLP. Lo mismo sucede en relación al tratamiento farmacológico, ya que no hay suficiente evidencia en relación a los pacientes con TLP, pudiendo resultar muchas veces contraproducente (Boggiano & Gagliesi, 2018), por lo que sería favorable ampliar las investigaciones sobre dicha temática.

7. Referencias

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

Apfelbaum, S. & Gagliesi P. (2004). El Trastorno Límite de la Personalidad: consultantes, familiares y allegados. *Vertex, 15, 295-302*.

Barlow, D. H. (2018). *Manual clínico de trastornos psicológicos: Tratamiento paso a paso.* Ciudad de México: Artmed Editora.

Black, D.W., Blum, N. & Pfohl, B. (2004). Suicidal behavior in Borderline Personlality Disorder: prevalence, risk factors, prediction and prevention. *Journal of Personality Disorders, 18(3), 248-256*.

Boggiano, J. P. & Gagliesi, P. (2018). *Terapia Dialéctico Conductual: Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional.* Buenos Aires: Tres Olas.

Chapman, A. L. (2006). Dialectical behavior therapy: Current indications and unique elements. *Psychiatry (Edgmont), 3(9), 62-68*.

Cervera, M. G., Cortés, H. G. & Martinez-Raga, J. (2005). *Trastorno Límite de la Personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

De la Vega Rodríguez, I. & Sánchez Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción psicológica, 10(1), 45-55*.

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*.

Gagliesi, P. (2007). Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento del Desorden Límite de la Personalidad. *Revista Persona, 7 (Suplemento I), 1-21*.

Gagliesi, P., Lencioni, G., Pechon, C., Apfelbaum, S., Boggiano, J. P., Herman, L., Stoewsand, C., & Mombelli, M. (2007). Programa Psicoeducativo dirigido a Personas con Desorden Límite de la Personalidad, sus Familiares y Allegados. Fundación Foro. Bueno Aires. Recuperado de: https://www.fundacionforo.com/uploads/pdfs/archivo44.pdf.

Gempeler J. (2008). Terapia conductual dialéctica. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 37(1): 136-48*.

González, M. M. (2016). Nuevas perspectivas en la intervención psicológica. En M. M. González (Ed.), *Tendencias actuales en intervención psicológica* (pp. 11-21). Madrid: Síntesis.

Gunderson, J. G. (2009). Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *The American Journal of Psychiatry, 166(5), 530–539.* Doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08121825.

Lencioli G. & Gagliesi P. (2008). Asistencia telefónica: una aproximación desde la terapia dialectico-conductual, en pacientes bordelines. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 37 (1): 216-26*.

Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet. 364: 453-461*. Doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140- 6736(04)16770-6.

Linehan, M. M. (2020). *Manual de Entrenamiento en Habilidades: Para el/la Consultante.* Buenos Aires: Tres Olas.

Linehan, M. M.; Armstrong, H.E.; Suarez, A.; Allmon, D. & Heard, H.L. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidial Borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. *48 (12): 1060-1064*. Doi: 10.1001/archpsyc.1991.01810360024003

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

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M.M. (1993). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Ediciones Paidos Ibérica.

Lynch, T. R. & Ronins, C. J. (1997). Treatment of Borderline Personality Disorder using Dialectical Behavior Therapy. *The Journal. 8 (1): 47-49.*

Oldham, J. M. (2004). Borderline Personality Disorder: The Treatment Dilemma. *Journal of Psychiatric Practice, 10(3), 204-206*.

Organización Mundial de la Salud (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10).* Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Paris (2002). Chronic Suicidality Among Patients With Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Services. 53 (6): 738-742*.

Plante, L. G. (2007). *Bleeding to Ease the Pain.* London: Abnormal Psychology.

Sarmiento Suarez, M. J. (2008) Terapia conductual-dialéctica para pacientes con trastornos límite de la personalidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 37(1), 149-163*.

Simeon, D. & Hollander, E. (2001). *Self Injurious Behaviour: Assessment and Treatment.* Washington: American Psychiatric Publishing.

Stahl, B., & Goldstein, E. (2011). *Mindfulness para reducir el estrés: una guía práctica.* Barcelona: Kairós.

Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *The Psychoanal Quarterly, 7(4), 467–489*.

Teti, G. L., Boggiano, J. P. & Gagliesi, P. (2015). Dialectical-Behavior Therapy: A possible treatment for patients with severe disorders. *Vertex, 26(119), 57-64*.

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

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*.

Walsh, B. W. (2006). *Treating Self-Injury. A Practical Guide.* New York: The Guilford Press.

Winchel, R. M. & Stanley, M. (1991). Self-injurious behavior: A review of the behavior and biology of self-mutilation. *The American Journal of Psychiatry, 143(3), 306-317*.