

Índice

1.INTRODUCCIÓN.....	2
2. OBJETIVOS	2
3. MARCO TEÓRICO.....	3
3.1.TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.....	3
3.1.1.Características generales.....	3
3.1.2.Prevalencia.....	7
3.1.3. Etiología: Teoría Biopsicosocial.....	8
3.2. AUTOLESIONES.....	11
3.2.1.Características generales.....	11
3.2.2. Motivación para realizar conductas autolesivas: el rol central de la Desregulación Emocional.....	13
3.2.4. Factores Biológicos.....	16
3.2.5. Hospitalización	17
3.3.TERAPIA DIALÉCTICO COMPORTAMENTAL.....	18
3.3.1. Características Generales.....	18
3.3.2.Terapia Individual.....	19
3.3.3.Terapia Grupal: Entrenamiento en Habilidades.....	20
3.3.3.1. Módulo de Regulación Emocional.....	21
3.3.3.2. Módulo de Tolerancia al Malestar.....	23
3.3.4.Consulta Telefónica.....	26
3.3.5. Supervisión de Casos.....	27
4. MÉTODO:	27
4.1. Participantes.....	27
4.2. Instrumentos.....	28
Observación participante del grupo de habilidades.....	28
Registro diario.....	28
4.3. Procedimiento.....	29
5. DESARROLLO.....	29
6. CONCLUSIONES.....	47
7. BIBLIOGRAFÍA:.....	49
ANEXO.....	52

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de la personalidad ha sufrido diferentes reformulaciones desde su introducción en el lenguaje psicológico, siendo actualmente uno de los trastornos con más divergencia y discusión entre especialistas. En un comienzo, se ha puesto el énfasis en la relación ambiental, para luego asemejarlo con la esquizofrenia. Posteriormente, se ha puesto el foco en la relación con los trastornos del estado de ánimo, así como también con los trastornos del control de impulsos (Apfelbaum, Gagliosi, 2004).

Como menciona Linehan (1993), el trastorno límite de la personalidad representa un patrón de inestabilidad y desregulación a nivel conductual, emocional y cognitivo. Dicha desregulación corresponde a la vulnerabilidad emocional que poseen, factiblemente de origen biológico, en conjunción con el ambiente invalidante al que pertenecen.

La Fundación Foro se dedica a la formación, asistencia, prevención e investigación en el campo de la salud mental. En la misma se brinda tratamiento a personas con diferentes patologías, con una orientación cognitiva-conductual y sistémica. El trastornos con mayor predominio y en el cuál poseen mayor experiencia, es el Trastorno Límite de la Personalidad. Para dicho trastorno se utiliza la Terapia Dialéctico Comportamental, la cuál consta tanto de sesiones individuales como grupales.

Una de las características más preocupantes de este trastorno, son las conductas de autoagresión. Las autolesiones, tales como lastimarse o cortarse la piel, se suelen manifestar cuando las emociones son intolerables, por lo cual la función de las mismas es la de aliviar a la persona del malestar experimentado.

De aquí nació el interrogante de analizar las autolesiones de las pacientes con el Trastorno Límite de la Personalidad, así como también las estrategias utilizadas en terapia individual y grupal, con el fin de disminuir o evitar dichas conductas.

2. OBJETIVOS

El objetivo general del trabajo es describir y analizar las autolesiones de los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, y las intervenciones realizadas en psicoterapia individual y grupal desde el modelo de Terapia Dialéctica Comportamental.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Describir las estrategias utilizadas en el grupo de habilidades, con el fin de disminuir las autolesiones.
- Analizar a través de las escalas de cortes de las pacientes, la frecuencia, la forma y las sensaciones experimentadas en el momento de autolesionarse.
- Evaluar la evolución de las conductas autolesivas durante un período de tres meses, en el caso de un paciente que realiza Terapia Dialéctico Comportamental individual y grupal.
- Analizar si la paciente ha utilizado las habilidades aprendidas en el grupo de habilidades para evitar o disminuir las autolesiones.
- Comparar los impulsos por autolesionarse de dicha paciente reportados en el registro diario con los informados en la escala de cortes.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

3.1.1. Características generales

El Trastorno Borderline de la Personalidad, corresponde a un desorden del eje II del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM), el cuál fue incluido a partir del año 1980 en el DSM-III (Linehan, 1993).

A pesar que el término “borderline” se ha comenzado a usar en el año 1930, el mismo ha adquirido mayor divulgación en la tercera edición del DSM. Originalmente, se comenzó a utilizar dicho vocablo para referirse a un tipo de enfermedad que se encontraba entre la psicosis y la neurosis, relacionándola con la esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos. Al publicarse la tercera edición del DSM, se desarrollaron criterios diagnósticos para trastornos de la personalidad. El Trastorno Esquizotípico comenzó a identificarse como un desorden del eje II, relacionado a un “espectro de la esquizofrenia”. De esta manera, el Trastorno Límite de la Personalidad comenzó a diferenciarse del Esquizotípico, definido según los criterios de ira o falta de confianza intensa e inapropiada, inestabilidad afectiva y actos auto destructivos (Oldham, 2004).

Oldham (2004), menciona que es importante la clasificación de dicho trastorno, ya que a partir del diagnóstico se puede pensar en el mejor tratamiento para el desorden límite. El trastorno borderline puede ser incierto ya que se considera difícil de distinguir de otros trastornos, tales como trastorno bipolar, depresión y estrés postraumático.

Asimismo, todavía se encuentra en debate el hecho de si el trastorno tiene entidad propia. A pesar de que se ha demostrado que el diagnóstico del trastorno límite del DSM-IV es estadísticamente válido, se argumenta que existe una gran heterogeneidad entre los criterios del diagnóstico, ya que los individuos que cumplan cinco de nueve criterios para el trastorno límite podrían tener diferentes patologías.

Actualmente, el Desorden Límite de la Personalidad forma parte de once trastornos de la personalidad, siendo éste uno de los mejores estudiados en la literatura científica psicológica y médico-psiquiatra, representando el 60% de los desórdenes de Personalidad diagnosticados y el 10% de las consultas en el área de salud mental (Gagliesi, Lencioni, Pechón, Apfelbaum, Boggiano, Herman, Stoewsand, Mombelli, 2007).

Como menciona Gagliesi et. al. (2007), el término límite, limítrofe o borderline corresponde a una vieja denominación que actualmente sigue vigente. Esta denominación ha generado mucha confusión en la comunidad en entre profesionales, razón por la cuál se encuentra en revisión a favor de términos tales como Trastorno o Desorden de Inestabilidad o de la Regulación Emocional. Asimismo, establece que los criterios diagnósticos, a menudo varían según la corriente terapéutica de los especialistas.

Según el DSM-IV (2005), las personas con trastorno límite de la personalidad, refieren:

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- (1) esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
- (2) un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación
- (3) alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable
- (4) impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
- (5) comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación

- (6) inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
- (7) sentimientos crónicos de vacío
- (8) ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)
- (9) ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

En base a el diagnóstico del Desorden Límite según el CIE 10 (1995), se establece el término refiriéndose a:

Predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo:

▪ *Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo*

Las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos. Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros.

▪ *Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite*

Se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y preferencias internas (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o de actos autoagresivos.

Los criterios diagnósticos del DSM-IV y del CIE-10, comparten la predisposición de actuar impulsivamente y el estado de ánimo inestable. Teniendo en cuenta lo mencionado por dichos manuales, es importante entender que en dicho

trastorno se encuentra afectada la imagen de sí mismo, los objetos personales y las preferencias internas, incluyendo las sexuales (Gagliesi et. al., 2007).

Los pacientes con TLP suelen manifestar los signos y síntomas en la adolescencia tardía o adultez temprana, tales como malhumor, falta de confianza, conductas impulsivas y autolesivas, abuso de sustancia, vulnerabilidad excesiva y miedo al rechazo y críticas de los demás (Oldham, 2004).

Como señala Marsha Linehan (1993) los pacientes con dicho trastorno manifiestan un patrón de inestabilidad y desregulación en el área conductual, emocional y cognitiva. Las respuestas emocionales de los individuos con el mencionado trastorno son altamente reactivas, por lo cuál generalmente poseen dificultades en relación a episodios depresivos y ansiosos y respuestas de irritabilidad y enojo.

Lieb, Zanari, Schmahl, Linehan y Bohus (2004) establecen que dichos pacientes experimentan episodios de una intensa disforia, tales como tensión, rabia, dolor, vergüenza, pánico, terror y sentimientos crónicos de vacío y soledad. Otros aspecto importante a destacar, en relación a la perturbación emocional de los pacientes con trastorno límite de la personalidad, es la alta reactividad en determinados episodios. Linehan (1993) menciona que frecuentemente pasan de un estado a otro con gran rapidez, en los cuáles experimentan episodios disfóricos y períodos de eutimia en el transcurso del día. Asimismo, las relaciones interpersonales suelen ser caóticas, intensas y con amplias dificultades, debido a las respuestas emocionales que poseen Como plantea Lieb et. al. (2004), dichos individuos poseen un profundo miedo a ser abandonados, lo cuál se manifiesta en sus esfuerzos por evitar estar solos. Sus relaciones cercanas suelen ser conflictivas, con continuas peleas y falta de confianza, lo cuál puede enojar y asustar a los otros.

Como menciona Linehan (1993), en relación a la desregulación conductual, dichos individuos manifiestan conductas impulsivas y problemáticas, incluyendo las conductas suicidas. Lieb et. al. (2004) plantea que la desregulación conductual puede adquirir dos formas: las conductas auto destructivas y otras formas de impulsividad. En el primer caso, dentro de las conductas autodestructivas se incluyen las auto-mutilaciones, comunicación suicida e intentos de suicidio. En relación al segundo tipo de desregulación conductual, se puede mencionar a los trastornos por abuso de sustancia, desórdenes alimentarios, compras compulsivas, arrebatos verbales y conducción automovilística imprudente.

Por último, la desregulación cognitiva que poseen se refleja en la despersonalización, disociación y delirios, como consecuencia de una situación estresante (Linehan, 1993). Lieb et. al. (2004) menciona tres niveles de disturbios cognitivos. El primero se trata de preocupaciones no psicóticas, tales como ciertas ideas de ser malos, experiencias de disociación en términos de despersonalización y desrealización, y falta de confianza, sin que llegue a adquirir carácter de delirio. En segundo lugar, se encuentran los síntomas casi psicóticos, tales como alucinaciones transitorias y basadas en cierta realidad. Por último, el tercer nivel se trata de delirios y alucinaciones, los cuáles es posible encontrarlos en el contexto de un episodio depresivo.

3.1.2.Prevalencia

El trastorno límite de la personalidad posee una prevalencia de un 1 a 2% de la población general (Lequese & Hersh, 2004).

Como menciona Lieb et. al. (2004), dentro de dichos individuos, el 20% se encuentran hospitalizados y el 10% de los pacientes no están internados. Un 10% de individuos con este trastorno se suicidan, lo cuál corresponde a un 50% más en relación a otros trastornos psiquiátricos. Asimismo, debido a la alta comorbilidad con otros trastornos, dicho trastorno requiere una mayor cantidad de recursos de ayuda mental, en relación a otros trastornos.

Diferentes estudios epidemiológicos realizados a adultos, plantean que el trastorno tiene mayor prevalencia en mujeres (70%) que en hombres (30%). De acuerdo a la edad en que se manifiesta el trastorno, ciertos estudios realizados con niños y adolescentes, refieren que entre los 9 y 19 años se presenta en un 11% de individuos, y un 7,8% en individuos de 11 a 21 años (Lieb et. al., 2004).

Generalmente, los pacientes con desorden límite de la personalidad cumplen criterios para otros trastornos. En relación al eje I, los trastornos con mayor comorbilidad con este desorden son los Trastornos del Estado de Ánimo (41 a 83% Depresión Mayor; 12 a 39% Trastorno Distímico; y 10 a 20% Trastorno Bipolar), Estrés Postraumático (46 a 56%) y otros Trastornos de Ansiedad (23 a 47 % fobia social; 16 a 25% Trastorno Obsesivo Compulsivo y 31 a 48% Ataque de Pánico), Abuso de Sustancias (64 a 66%) y Trastornos Alimentarios (29 a 53%). En relación al Eje II, la mayor prevalencia se presenta en Trastornos de la Personalidad Evitativos (43 a 47%), Dependientes (16 a 51%) y Paranoide (14 a 30%) (Lieb et. al., 2004).

Diferentes autores destacan la relación existente entre el trastorno límite de la personalidad y el abuso sexual en la infancia. Se considera que aproximadamente el 81% de los pacientes con el mencionado desorden han experimentado abuso sexual, tanto físico (71%) como sexual (67%). *Otro aspecto importante a destacar, es el factor hereditario en dichos pacientes, el cuál se estima que representa un 47%* (Bradley, Jenei & Westen, 2005).

Alrededor del 80% de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, realizan conductas autolesivas en algún momento, aproximadamente un 40% cometió intentos de suicidio de poca gravedad y un 55% tuvo intentos de suicidios graves (Simeon y Hollander, 2001).

3.1.3. Etiología: Teoría Biopsicosocial

La Terapia Dialéctico Comportamental, propuesta por Marsha Linehan (1991), plantea el funcionamiento de la personalidad en base a la Teoría Biosocial. El basamento de la misma es considerar al Trastorno Límite de la Personalidad como un resultado de irregularidades biológicas en combinación con un ambiente disfuncional.

En relación a las vulnerabilidades biológicas, Hoffman Judd y McGlashan (2003) plantean que las personas que desarrollan Desorden Límite de la Personalidad, poseen cierta predisposición neurobiológica, las cuáles son amplificadas por el ambiente en el que se desarrolla el individuo.

Un factor importante a tener en cuenta, en relación a las vulnerabilidades neurobiológicas, se refiere a la predisposición genética y ciertos problemas natales y prenatales, los cuáles pueden producir ciertas anomalías a nivel cerebral. En relación a la predisposición genética, la misma tiende a expresarse a través de ciertos aspectos, tales como la inestabilidad afectiva, impulsividad, autodaño y la identificación de los problemas. Al hablar de las vulnerabilidades biológicas, diferentes estudios ponen énfasis en la disfunción a nivel cerebral de los pacientes con trastorno borderline. Se considera que el 87,5% de los mismos poseen algún tipo de vulnerabilidad neurológica (Hoffman Judd & McGlashan, 2003).

Hoffman Judd y McGlashan (2003) hacen referencia a un estudio, en el cuál se llegó a la conclusión de que los pacientes con el mencionado desorden, poseen un hipocampo más pequeño. Asimismo, la amígdala de pacientes con trastorno límite de la personalidad también es más reducida en relación a la población normal.

Otra disfunción neurológica se refiere a una disminución en el funcionamiento del sistema serotoninérgico, lo cuál se relaciona con las conductas impulsivas y

agresivas. Asimismo, las conductas suicidas y las autolesiones poseen cierta relación con las anomalías en el sistema dopaminérgico (Hoffman Judd & McGlashan, 2003).

Como plantea Linehan (1991), algunos autores sugieren que los individuos con trastorno límite de la personalidad podrían tener un bajo umbral de la activación de las estructuras límbicas, lo cual se refiere al sistema cerebral asociado con la regulación de las emociones.

Las causas biológicas del desorden límite de la personalidad, se refieren tanto a los factores genéticos, condiciones intrauterinos desfavorables, experiencias de la niñez y cierto desarrollo cerebral y del sistema nervioso. Asimismo, las experiencias postnatales podrían tener consecuencias biológicas (Linehan, 1991). Hoffman Judd y McGlashan (2003) establecen que una parte de la estructuración del cerebro y los patrones neuronales, se forman en los períodos postnatales en la interacción con el ambiente. Las situaciones estresantes durante éste período predisponen al niño a posibles expresiones psicopatológicas en un futuro.

La desregulación emocional de estos individuos se debe a una vulnerabilidad emocional sumado a una inhabilidad de regular sus emociones. Esto se debe a cierta predisposición biológica, las cuáles son amplificadas debido a las experiencias ambientales. Dicha vulnerabilidad emocional incluye tres factores. El primero es la alta sensibilidad a los estímulos emocionales, lo cual significa que dichos individuos tienen una reaccionan emocional rápida a ciertos estímulos, teniendo una mayor vulnerabilidad emocional. El segundo factor se refiere a las emociones intensas, ya que los individuos con el mencionado trastornos tienen reacciones emocionales extremas. El último aspecto, representa el retorno lento al estado emocional de base, siendo las reacciones emocionales son de larga duración (Linehan, 1991).

En relación al ambiente invalidante Linehan (1991) lo define como un entorno en dónde la comunicación sobre las experiencias internas se consideran inapropiadas. Estas experiencias no son validadas, sino que frecuentemente son castigadas o trivializadas. En estas familias, las experiencias de dolor que siente el individuo, son desvalorizados y no son tenidas en cuenta. La invalidación posee dos características principales. La primera se refiere a que, debido a la invalidación, el individuo cree que está equivocado en su descripción y análisis de su propia experiencia. En particular, en su visión acerca de qué está causando sus emociones, creencias y acciones. De acuerdo

a la segunda característica, el individuo atribuye su experiencia como socialmente inaceptable.

La invalidación del entorno generalmente tiene varias consecuencias. En primer lugar, al invalidar la expresión de las emociones, los niños no aprenden a ponerle nombre a sus propias emociones y a poder modularlas. En segundo lugar, al pensar que la resolución de problemas no requiere demasiada dificultad, el ambiente no le enseña a los niños a tolerar el malestar y a crear objetivos realistas. En tercer lugar, las emociones extremas son necesarias para poder provocar una respuesta útil del ambiente. Al castigar la comunicación de emociones negativas o la escalada de emociones, el ambiente le enseña al niño a oscilar entre la inhibición emocional y estados de emoción extrema. Por último, éste tipo de ambientes falla al no enseñarles a confiar en sus propias respuestas emocionales y cognitivas como interpretaciones válidas del individuo y de la situación. En cambio, se les enseña a invalidar sus propias experiencias y a creer que el entorno debe decirles cómo pensar, sentir y actuar (Linehan, 1991).

Entre las experiencias invalidantes que puede experimentar un individuo, el abuso sexual es uno de los factores más importantes dentro de la etiología del desorden. Esto se debe a la alta prevalencia de individuos abusados sexualmente que han desarrollado dicho trastorno. Se considera que los abusos, no sólo pueden generar una patología en individuos con cierta vulnerabilidad emocional, sino que puede crear una vulnerabilidad emocional al producir ciertos cambios en el sistema nervioso central (Linehan, 1991).

Linehan (1991) establece tres tipos de familias invalidantes. Las mismas son:

- *Familias Caóticas*: Las necesidades de los niños son invalidadas o desatendidas. Este estilo familiar puede ser una causa del aumento de probabilidad de desarrollar un trastorno límite de la personalidad.
- *Las Familias Perfectas*: en éstas familias, los padres no pueden tolerar las demostraciones de emociones negativas de sus hijos. Dichas familias, suelen tener un vínculo de empatía con el miembro con TLP, pero se sorprenden al notar que no pueden controlar sus emociones y confían en que todo se va a resolver.
- *Las Familias Típicas*: En estos contextos existe un alto autocontrol para controlar su propia conducta con sus propios recursos internos. Éstas estrategias son aprendidas por casi todos, pero algunas personas parecen carecer de esta

destreza o no pueden aprenderla o perciben como excesivos los inputs (tanto internos como externos).

A modo de conclusión, según Hoffman Judd y McGlashan (2003), es importante tener en cuenta que los mencionados factores genéticos en conjunción con experiencias aversivas de la infancia, pueden ser la causa de la desregulación, impulsividad y conflictos psicosociales. De esta manera, son factores que predisponen a la persona al desarrollo de un estilo de Personalidad Límite.

3.2. AUTOLESIONES

3.2.1. Características generales

En 1977 Kreitman introdujo el término “parasuicidio” para referirse a una conducta no fatal e intencional de autolesionarse, el cuál produce daños en los tejidos, dolor y riesgo de muerte. Asimismo, el concepto se refiere la ingestión de drogas u otras sustancias no prescritas o un exceso de la prescripción, con el fin de causar daño o muerte (Linehan, 1993).

A lo largo de los años, la terminología para referirse a dicho fenómeno ha cambiado notablemente, centrándose en conductas intencionales pero no suicidas, las cuales generan lesiones. En general las definiciones reflejan aspectos o presunciones sobre la intención de la conducta, frecuentemente otorgándole un carácter despectivo y moralista. Los términos más comunes incluyen suicidio parcial, antisuicidio, autodaño deliberado, autocorte delicado, síndrome de corte de muñeca y, el más ubicuo, atomutilación. En general, se considera que el término más adecuado es el de conductas autolesivas, ya que el mismo es descriptivo, no hace alusiones a la motivación de la conducta y no posee un carácter peyorativo (Simeon y Hollander, 2001).

Las conductas autolesivas conforman un fenómeno muy dramático y a la vez poco estudiado. Dichas conductas son comunes en diferentes patologías, tales como el Retraso Mental, Psicosis y Desórdenes de la Personalidad, siendo el caso más frecuente el del Trastorno Límite de la Personalidad (Winchel & Standley, 1991). Como menciona Plante (2007) los trastornos más frecuentes dentro de los adolescentes que llevan a cabo dichas conductas son los de depresión, trastornos alimentarios, trastornos adaptativos, dificultades sociales, conflictos sexuales y diferentes problemas propios de la etapa que se encuentran transitando.

Empero, la mayor prevalencia de las conductas parasuicidas o autolesivas, dentro de las cuáles se incluyen a los intentos de suicidio y automutilaciones, se

encuentra en individuos que cumplen criterios de TLP (Linehan, Armstrong, Suarez, Almon & Heard, 1991).

Simeon y Hollander (2001) describen a las autolesiones como un fenómeno múltiple y diverso, cuyo impulso a realizarlas genera gran desconcierto y su frecuencia produce una evidente autodestrucción, por lo cual es necesaria una rápida intervención efectiva. Las mismas son definidas como un daño deliberado y directo hacia una parte del cuerpo de uno mismo, sin intención de suicidarse como consecuencia de la conducta. Dicha conducta es deliberada ya que posee una intención conciente al ser realizada y el daño es directo, ya que implica cierto deterioro inmediatamente después de realizar la conducta. La autolesión puede ser externa, como cortarse o rasguñarse, o interna, por ejemplo al ingerir objetos afilados. Sin intención de suicidarse, se refiere a que las personas no realizan esta conducta con el fin de quitarse la vida, sino que el objetivo es aliviarse de la tensión experimentada. Walsh (2006) define las autolesiones como conductas intencionales, auto efectuadas, las cuales producen daño corporal de baja letalidad, producida con el fin de reducir el malestar psicológico. Por lo tanto, es una conducta conciente, intencionada y reductora del malestar.

Según lo establecido por Walsh (2006), existe cierto orden de frecuencia en el que se producen las conductas autolesivas. A pesar de que dicho orden tiende a variar según el estudio, cortarse es siempre la autolesión reportada con mayor frecuencia. La jerarquía de las conductas autolesivas es la siguiente:

- Cortarse, rascarse, tallarse
- Excoriación de las heridas
- Auto-golpearse
- Auto-quemarse
- Golpearse la cabeza
- Tatuajes auto-infligidos
- Otros (por ejemplo: auto-morderse, abrasión, ingerir diferentes objetos, insertarse objetos, piercings auto-infligidos, arrancarse el cabello)

Como se puede ver, las conductas autolesivas pueden adquirir varias formas, tales como la ingestión de drogas, cortarse, quemarse o golpearse la cabeza. A pesar de que éstas conductas son dolorosas, no suelen poner en peligro la vida. Empero, pueden provocar daños físicos, deformaciones y perjudicar la calidad de vida (Black, Blum, Pfohl & Hale, 2004). Plante (2007) establece que las autolesiones son aquellas

conductas en donde el individuo se causa dolor y heridas a sí mismo, al cortarse, quemarse y otras formas de lastimarse la piel. Las conductas autolesivas repetitivas, pueden causar cicatrices, infecciones o lesiones dolorosas, lo cuál puede transformarse en una conducta adictiva e incesante. McDonald, O'Brien y Jackson (2007) plantean que las conductas de auto daño también incluyen el uso de alcohol y otras drogas, así como también cometer ciertas conductas peligrosas para sí mismos.

Como menciona Winchel y Standley (1991), las conductas autolesivas dentro de los pacientes con desorden límite de la personalidad, pueden describirse mediante cinco etapas. Dichas etapas son las siguientes:

1. el evento que precipita la conducta
2. la escalada de disforia
3. los intentos de evitar la conducta
4. la automutilación propiamente dicha
5. las consecuencias de la conducta, tales como el miedo o el peligro por la vida; los problemas en las relaciones interpersonales; y la culpa, enojo, frustración, auto reproches y depresión.

3.2.2. Motivación para realizar conductas autolesivas: el rol central de la Desregulación Emocional

Walsh (2006) menciona que, probablemente, ninguna de las conductas autolesivas desencadene la muerte, excepto en ciertas circunstancias extremas. Debido a que ninguna de dichas conductas causa la muerte, se puede concluir que son realizadas por otra razón que no sea suicidarse. Si en general al cortarse no se trata de terminar con la vida ¿entonces qué finalidad tiene?. En contraposición con los intentos de suicidio, las autolesiones no tienen como finalidad terminar con la conciencia, sino modificarla. Los individuos que llevan a cabo intentos de suicidio mencionan que, luego de realizar la conducta, se sienten peor que antes. En cambio, las personas que se autolesionan manifiestan la gran efectividad de las mismas para reducir el malestar (Walsh, 2006).

El tipo de malestar emocional del cual desean aliviarse puede dividirse en dos categorías. La mayoría de los individuos que se autolesiona menciona querer aliviarse de situaciones de gran contenido emocional. En este caso manifiestan poseer emociones tales como enojo, vergüenza, ansiedad, tensión, tristeza, frustración o desprecio. En contraposición, una minoría de individuos refiere querer aliviarse de estados en los cuales se experimentan pocas emociones o disociación. Los sentimientos que poseen

son de vacío, muerte, por lo cual se autolesionan con el fin de aliviar esta ausencia de emociones (Walsh, 2006).

Siguiendo con lo mencionado, dentro de los pacientes con TLP, las experiencias de dolor suelen variar notablemente. Algunos pacientes mencionan que la autolesión posee un carácter analgésico del sufrimiento que experimentaban. Otros, mencionan que dicha conducta es acompañada de un gran alivio de la tensión. Para algunos individuos, dicho alivio se debe a la capacidad de sentir sensaciones físicas, asegurándose que están vivos. En cambio, para otros, el alivio se produce debido a que la conducta es una distracción de los sentimientos que experimentaban. Por último, otros pacientes mencionan que cuando se sienten abrumados con sentimientos de impotencia, luego de la autolesión, experimentan una sensación de mayor control sobre sí mismos (Winchel & Standley, 1991).

En general, los individuos mencionan que se autolesionan con el fin de aliviarse del intenso malestar, ya que el dolor es acompañado por una sensación de alivio y calma. Es por esta razón que dichas conductas se transforman en un círculo vicioso, del cual es difícil salir. Dentro de las razones por las que los individuos pueden autolesionarse, los motivos centrales son la regulación emocional, el manejo de experiencias abrumadoras, el auto-castigo, influenciar o controlar a otros y la autoestimulación (Plante, 2007). Asimismo, en un estudio realizado por Brown, Comtois y Linehan (2002), se han examinado las razones que manifiestan los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad para autolesionarse. Las razones más comunes que mencionaron era la de escapar u obtener alivio de las situaciones que le causaban malestar, concluir la disociación, expresar el enojo, castigarse a uno mismo, recuperar sentimientos positivos y distraerse.

Simeon y Hollander (2001) plantean que la causa más común por el que las personas se autolesionan se relaciona con las experiencias persistentes de desregulación emocional, por lo cual la misma conforma un rol central en las autolesiones. Asimismo, la desregulación emocional de dichos individuos es el resultado de la vulnerabilidad emocional y de la falta de habilidades para regular emociones dolorosas. Siguiendo con lo mencionado, Linehan (1993) señala que las conductas parasuicidas son una solución mal adaptativa de las sensaciones incontrolables de dolor. En este sentido, dichas conductas son muy eficaces. Dentro de los pacientes con el trastorno Borderline, la autolesión más común es la de cortarse, mediante la cuál logran reducir ampliamente la ansiedad y otras sensaciones negativas intensas. Plante (2007) establece que a través de

las autolesiones los individuos pueden reclamar control y comunicar el estado emocional en el que se encuentran. Esto se debe a que, con la aparición de la sangre y las heridas, tienden a provocar en los seres queridos una atención y respuesta inmediata al notar el malestar experimentado por el individuo.

Simeon y Hollander (2001) enfatizan en entender a las autolesiones en función de la limitada capacidad de habilidades de resolución de problemas y la desregulación emocional que experimentan. Algunos autores, mencionan que las conductas autolesivas ayudan a los individuos a afrontar ciertos problemas que causan una gran intensidad de sufrimiento. Asimismo, a través de éstas conductas se suele comunicar el dolor y la severidad de los problemas que poseen, generando cierto apoyo y asistencia de los otros. De esta manera, se puede realizar esta conducta para influenciar a ciertas personas y tratar de mantener una relación. Paris (2002) establece que es común que los pacientes con Desorden Límite lleven a cabo conductas autolesivas luego de pelearse con sus seres queridos. Los clínicos consideran a estas conductas como ambivalentes, conteniendo el elemento de la protección. Empero, la mayoría de las conductas de auto daño son realizadas para causar alivio y no para llamar la atención.

Como establecen Bland, Williams, Scharer y Manning (2004), debido a que las conductas autolesivas en pacientes con TLP se asocian a problemas en la regulación de las emociones, es importante definir al procesamiento emocional como la habilidad de organizar y representar la experiencia emocional. Los componentes primarios del procesamiento emocional incluyen la habilidad para reconocer y describir las expresiones faciales de las emociones, la habilidad de expresar emociones y la habilidad de regular la intensidad en que la emoción es percibida y experimentada. El modelo de procesamiento emocional consiste en cinco componentes: los estímulos, receptores, estados, expresiones y experiencias, los cuáles son influenciados por el self, las capacidades cognitivas y las experiencias de socialización.

Los estímulos pueden ser externos o internos, los cuales estimulan los receptores emocionales de la persona. Estos receptores son células nerviosas específicas, estructuras o vías en el sistema nervioso central, los cuales producen cambios físicos y cognitivos en el individuo y generan estados emocionales. Dichos estados, son cambios transitorios e internos, los cuales acompañan la activación de los receptores emocionales. Las expresiones emocionales son cambios observables en la cara, cuerpo, voz, nivel de actividad, conductas, los cuales comunican el estado emocional a otros. Por último, la experiencia emocional son procesos cognitivos en los cuáles el individuo

interpreta, percibe y evalúa su propio estado emocional y expresiones (Bland et.al., 2004).

Se considera que el procesamiento emocional de las personas con TLP podría estar distorsionado en al menos uno o todos los componentes del modelo. La intensidad emocional podría ser más alta de lo que la persona puede tolerar, por lo que las conductas autolesivas se explican como un esfuerzo de autorregular las emociones. Asimismo, estas conductas reflejan la interferencia de la intensa emoción con el funcionamiento cognitivo y la efectividad en la resolución de problemas (Bland et.al., 2004).

3.2.4. Factores Biológicos

Plante (2007) establece que existen ciertos aspectos biológicos que influyen en la sensación de alivio que se produce con la autolesión. Las conductas autolesivas son realizadas con el fin de aliviar un malestar emocional, debido al sentimiento de calma, alivio y paz que producen. El hecho de que se genere un alivio inmediato luego de la conducta autolesiva suele ser muy desconcertante para la mayoría de los profesionales, ya que es difícil creer que el dolor de la conducta autolesiva pueda mejorar la forma en que se sienten.

Al establecer cómo se producen estos sentimientos de alivio, Plante (2007) manifiesta que se debe a la respuesta neuroquímica al dolor del cerebro. El cerebro produce endorfinas, las cuales funcionan como un endógeno opiáceo natural ayudando a aliviar el dolor y malestar. Las conductas de autodaño funcionan como un automedicamento y, al igual que en las adicciones, sólo pueden aliviar el malestar experimentado a través de las mismas. Este comportamiento, el cuál influye en los procesos neuroquímicos, les permite defenderse de dolor intolerable. Por lo tanto, las endorfinas son liberadas durante la conducta de autodaño, suprimiendo el dolor y creando un efecto placentero. De esta manera, las autolesiones se transforman en una forma adictiva de afrontar los sentimientos, como la adicción al alcohol o a las drogas. Asimismo, Winchel y Standley (1991) mencionan que el refuerzo positivo asociado con la liberación de endorfinas opiáceas ha sido considerado como una posible explicación de las conductas autolesivas. Además, se considera que dichas personas poseen una alteración del sistema opiáceo, por lo cuál necesitan una mayor liberación del sistema opiáceo endógeno para mantener el nivel adecuado. Por último, Simeon y Hollander (2001) mencionan diversos estudios en los cuales se plantea cierta relación entre las

autolesiones de pacientes TLP y el sistema opiáceo endógeno, ya que existe una mayor actividad del sistema opiáceo en dichos individuos.

Por otro lado, en varios estudio se ha encontrado una alta correlación entre la impulsividad, agresión y suicidios con la función serotoninérgica. Específicamente, una disminución de la función serotoninérgica está asociada con un aumento de la agresión, impulsividad y suicidios (Simeon y Hollander, 2001). Plante (2007) menciona que las conductas autolesivas y el Trastorno Obsesivo Compulsivo han sido relacionado con alteraciones en el sistema serotoninérgico. Esto se debe a que ambos trastornos presentan pensamientos intrusivos e irresistibles para realizar una acción y esfuerzos para no realizar la acción. Finalmente, cuando se produce la conducta, aparecen los sentimientos de alivio. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, han sido efectivos para el tratamiento de ambos trastornos. De esta manera Walsh (2006) establece que, en relación al sistema serotoninérgico, varios autores consideran que existe cierta asociación entre los niveles de serotonina en el cerebro y las conductas impulsivas o autolesivas.

Asimismo, el sistema noradrenérgico regula el nivel de excitación del organismo y la respuesta a los estímulos ambientales. Por lo tanto, una respuesta con más inmediatez a los estímulos ambientales, sean aversivos o no, se relaciona con un incremento de la actividad noradrenérgica. De esta manera, las respuestas agresivas poseen una alta correlación con el aumento de la función noradrenérgica (Simeon & Hollander, 2001).

Como menciona Walsh (2006) ciertas deficiencias en el sistema límbico del cerebro podrían estar asociadas con las conductas autolesivas, ya que el mencionado sistema posee un rol fundamental en la regulación de las emociones.

Winchel y Standley (1991) enfatizan que, a pesar que varios estudios mencionen la asociación entre las conductas autolesivas y ciertos factores biológicos, siguen existiendo muchos interrogantes e investigaciones por realizar sobre este tema, con el fin de obtener información más idónea.

3.2.5. Hospitalización

Las razones más comunes de hospitalización de pacientes con Trastorno Límite son los episodios psicóticos, intentos o amenazas de suicidio y autolesiones. La discusión se torna polémica al hablar de las internaciones por autolesiones ya que, cuando estos pacientes son admitidos, entran en un ambiente en el cuál se refuerzan ciertas conductas que los terapeutas tratan de extinguir. Esto se debe a que tanto sus

seres queridos como los profesionales de las guardias actúan como reforzadores, brindándoles más atención y asistencia (Paris, 2002).

Las opiniones de acuerdo a ésta temática varían según el autor. Linehan rechaza la admisión de pacientes con trastorno Límite en las guardias psiquiátricas, pero tolera al menos una retención de un día. En cambio, otros autores, argumentan que dichos pacientes no deben ser hospitalizados nunca, ya que son inefectivas y contraproducentes. La mayoría acuerda en que solamente en el caso de que el paciente este fuera de control y que la terapia no esté dando resultados, la hospitalización parcial puede ser útil debido a su programa estructurado (Paris, 2002).

3.3.TERAPIA DIALÉCTICO COMPORAMENTAL

3.3.1. Características Generales

La Terapia Dialéctica Comportamental, ha sido diseñada específicamente para individuos parasuicidas crónicos, con criterios diagnósticos de TLP. Los objetivos principales de dicha terapia son la reducción de parasuicidios y las conductas que atenten contra la vida, la reducción de conductas que atenten contra terapia y la reducción de conductas que atenten contra la calidad de vida (Linehan et. al., 1991). Linehan (1993) establece que la TDC comprende estrategias de la Terapia Cognitiva Conductual, aplicados a los problemas del TLP, incluyendo las conductas suicidas.

Como describen Lynch y Robins (1997), el tratamiento de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad suele ser muy dificultoso. Actualmente, la Terapia Dialéctica Comportamental (TDC) conforma el tratamiento más efectivo para dicho trastorno, produciendo una disminución de las conductas autolesivas, hospitalizaciones, enojo y sufrimiento de los individuos.

Como señala Linehan (1993), la característica más importante de dicha terapia es el énfasis en la *dialéctica*. Este concepto se refiere a la “[...] reconciliación de los opuestos en un continuo proceso de síntesis” (p.19). En dicha terapia es necesario realizar cambios en el momento adecuado, utilizando la aceptación versus las estrategias de cambio. Este énfasis en la aceptación en equilibrio con el cambio, se debe a la integración de la influencia de la práctica oriental (Zen) y de la práctica psicológica occidental.

En relación a las conductas suicidas y parasuicidas, la TDC entiende dichas conductas como un repertorio de resolución de problemas aprendido por el paciente. De esta manera, se focaliza en una resolución de problemas activa en equilibrio con la validación de las emociones, pensamientos y conductas del paciente (Linehan, 1993).

Como señalan Simeon y Hollander (2001) la TDC posee gran efectividad en pacientes TLP con conductas autolesivas, ya que reduce la incidencia y frecuencia en que se producen las conductas parasuicidas.

Dentro de la mencionada terapia, se pueden encontrar cuatro etapas: una etapa de pretratamiento y tres etapas subsiguientes. En la etapa de pretratamiento se orienta al paciente en la filosofía de la terapia, con el objetivo de crear un acuerdo y compromiso, para poder alcanzar las metas de la terapia. De esta manera, se prescribirán los objetivos en relación a llevar a cabo conductas autolesivas y suicidas, aceptando reducir o eliminar dicho comportamiento, lo cuál es la principal meta de la terapia. Asimismo, el paciente debe aceptar participar en el tratamiento de una manera activa (Simeon & Hollander, 2001).

En la Etapa I de la TDC, los objetivos principales son los de tratar los intentos de suicidio y las conductas autolesivas, así como también formar y mantener una buena relación terapéutica. En dicha etapa se utilizan registros diarios, los cuales son chequeados al comienzo de la terapia, con el fin de obtener información acerca de la presencia o ausencia de problemas que puedan surgir. En el caso de que la persona haya realizado alguna conducta autolesiva, se deberá tratar inmediatamente y nunca ser ignorados (Simeon & Hollander, 2001).

Como mencionan Simeon y Hollander (2001), una vez que la persona haya abolido o disminuido las conductas autolesivas, lo cuál conforma el principal objetivo de la etapa I, comienza la etapa II. En dicho momento la terapia se direcciona hacia el tratamiento del estrés postraumático y de las experiencias invalidantes. Por último, la etapa III corresponde a los objetivos de auto respeto y la consecución de logros personales.

La TDC está conformada por diferentes modalidades de tratamiento, dentro de las cuáles se pueden encontrar la terapia individual, grupo de entrenamiento en habilidades, consultas telefónicas y supervisión de casos para los terapeutas (Linehan, 1993).

3.3.2.Terapia Individual

En la Terapia Dialéctico Comportamental, cada paciente posee un psicoterapeuta individual, quien es el principal terapeuta dentro del equipo terapéutico. Por lo tanto, las otras modalidades de tratamiento giran en torno a la terapia individual. La tarea principal de dicho terapeuta, será la de tomar la responsabilidad de ayudar al paciente con su inhibición maladaptativa y con las conductas problemas, las cuales

deberán ser reemplazadas por otras conductas adaptativas, enseñándoles habilidades. De esta manera, se debe prestar atención en los factores motivacionales, incluyendo lo personal y lo ambiental que posiblemente inhiba las conductas efectivas del paciente y refuerce las conductas maladaptativas (Linehan, 1993).

La TDC implica una sesión semanal de terapia individual, en donde se analizan detalladamente las conductas problema (automutilación, abuso de alcohol o drogas, conductas que interfieren con la terapia, entre otras) con el fin de observar los eventos precipitantes y consecuencias de dicha conducta, las cuáles podrían reforzar la conducta problema. Por lo tanto, el objetivo principal de la terapia es el de eliminar las autolesiones (Lynch & Robins, 1997).

Como menciona Linehan (1993), al comienzo de la terapia o en situaciones de crisis, las sesiones pueden tener una frecuencia de dos veces por semana. En general, cada sesión posee una duración de 50-60 hasta 90-110 minutos. La extensión de la terapia dependerá de cada paciente y terapeuta en particular, de la situación que el paciente esté atravesando y de los objetivos de la terapia.

Simeon y Hollander (2001) plantean que, a lo largo de las sesiones individuales, se utilizan diferentes estrategias, algunas relativas a la aceptación y otras al cambio. Las cuatro estrategias fundamentales son las estrategias Dialécticas, estrategias centrales (Validación y Resolución de Problemas), estrategias de comunicación (comunicación irreverente y recíproca) y estrategias de manejo de casos (consulta con pacientes, intervenciones ambientales y supervisión con profesionales).

3.3.3. Terapia Grupal: Entrenamiento en Habilidades

Simeon y Hollander (2001) mencionan que desde la perspectiva de la TDC se considera que los problemas de los pacientes TLP en relación a las autolesiones son causados por una combinación de problemas motivacionales y conductas con déficit de habilidades. Por esta razón, se enfatiza en el aprendizaje de habilidades con el fin de disminuir las conductas autolesivas y otros patrones de conducta disfuncionales.

Marsha Linehan (1993) señala que todos los pacientes deben realizar el entrenamiento en habilidades durante el primer año de terapia. Dicho entrenamiento se torna difícil sin el contexto de la terapia individual, orientada a reducir las conductas suicidas y otras conductas maladaptativas. Por lo tanto, la terapia individual es necesaria ya que ayuda al paciente a llevar a cabo las habilidades aprendidas en la vida diaria.

El mencionado grupo de habilidades posee un formato psicoeducativo, conformado por un grupo abierto de una frecuencia semanal de 2 horas y media

aproximadamente (Linehan, 1993). A lo largo de este grupo, se les enseñan diferentes habilidades, con el fin de buscar nuevas alternativas ante los momentos de crisis, sin recurrir a las conductas autodestructivas o autolesivas para resolver sus problemas y aliviarse del malestar experimentado (Lynch & Robins, 1997). Dentro de las habilidades enseñadas, se encuentran el modelado, instrucciones, ensayos conductuales, feedback y coaching y asignación de tareas para el hogar (Simeon & Hollander, 2001).

El grupo de entrenamiento en habilidades incluye cuatro módulos: habilidades de conciencia plena, habilidades interpersonales, habilidades de regulación emocional y habilidades de tolerancia al malestar (Linehan, 1993).

Los problemas principales por lo que los individuos con TLP llevan a cabo conductas autolesivas se debe a su gran dificultad para tolerar y regular emociones negativas. Dentro del mencionado grupo, las habilidades con mayor énfasis en la reducción o eliminación de las conductas autolesivas corresponden a los módulos de Tolerancia al Malestar y Regulación Emocional. Dichos módulos proveerán a los pacientes de un programa multidimensional y estructurado para ayudar a tolerar y manejar las emociones (Plante, 2007). Por esta razón, los mismos serán detallados a continuación.

3.3.3.1. Módulo de Regulación Emocional

Como plantean Simeon y Hollander (2001) la Regulación Emocional es definida como la habilidad para incrementar o disminuir las emociones, orientar la atención, inhibir la labilidad emocional, experimentar emociones sin escaladas y no organizar la conducta en relación a los estados de ánimo.

Linehan (1993) establece ciertas habilidades de regulación emocional:

-Identificar y etiquetar emociones

Poder identificar y etiquetar a las emociones actuales, conforma el primer paso para lograr regular las emociones. Debido a que las emociones son respuestas conductuales complejas, la identificación de las mismas requiere no solamente poder observar las propias respuestas, sino describir con precisión el contexto en el que se desarrollan. En base a esto, los pacientes deben observar y describir:

- El evento que provocó la emoción
- Las interpretaciones del mismo
- La experiencia física que provocó la emoción
- Las conductas que expresan la emoción
- Los efectos secundarios de la emoción

-Identificar obstáculos para el cambio de las emociones

Uno de los problemas más comunes al intentar cambiar las conductas emocionales, se debe a que las mismas pueden ser reforzadas por sus consecuencias. Por esta razón, es fundamental poder identificar qué está reforzando dicha actitud emocional. Asimismo, las emociones poseen las funciones de comunicar, influenciar y controlar la conducta de los demás y de validar las propias percepciones e interpretaciones de los eventos. Identificar estas funciones de las emociones, es muy importante para poder lograr los objetivos.

-Reducir la vulnerabilidad de la “mente emocional”

La TDC enfatiza en que el paciente tenga una correcta nutrición, que duerma lo necesario, que haga ejercicio, que trate las enfermedades físicas, que evite la ingesta de drogas o medicamentos no recetados y, por último, que incremente la sensación de competencia, al realizar ciertas actividades que aumenten su autoeficacia. Esta habilidad es útil para que los pacientes se mantengan menos vulnerables a las emociones negativas y a la mente emocional, en la cual las emociones controlan a los pensamientos y conductas.

-Incrementar la frecuencia de los acontecimientos positivos

Es posible controlar las emociones, controlando los eventos que las provocan e incrementando el número de acontecimientos agradables. En un corto plazo, esto aumentará las experiencias positivas, mientras que, a largo plazo, se generarán ciertos cambios vitales necesarios para que los eventos placenteros ocurran más frecuentemente.

-Incrementar la conciencia ante las emociones del momento

Al ser concientes de las emociones del momento, los pacientes podrán experimentarlas sin juzgarlas, inhibirlas o distraerse de ellas. Es importante que aprendan a no juzgar sus emociones ya que, en caso contrario, se sentirán culpables, enojados o ansiosos de experimentar el malestar. Al no sentirse culpables por sus emociones, los pacientes podrán tolerar su malestar de mejor manera.

-Llevar a cabo acción opuesta

Una de las estrategias para cambiar o regular las emociones, es cambiar su componente conductual-expresivo actuando de manera opuesta o de manera incoherente con la emoción. Es importante tener en cuenta que cada emoción posee una tendencia de acción, por lo tanto la emoción causa la acción. De esta manera, es posible cambiar la emoción al cambiar la acción, siempre y cuando la emoción no esté justificada por la situación. Hay ciertos pasos para realizar acción opuesta:

1. Averiguar qué emoción se está experimentando
2. Averiguar cuál es la acción de esa emoción
3. Preguntarse si realmente se quiere cambiar esa emoción
4. Averiguar cuál es la acción opuesta de esa emoción
5. Hacer la acción opuesta

3.3.3.2. Módulo de Tolerancia al Malestar

El mencionado módulo se focaliza en la aceptación de uno mismo y del ambiente en que se encuentra. Posee una gran utilidad en situaciones en que no se puede hacer nada para cambiar la situación en que uno se encuentra (Simeon & Hollander, 2001). La TDC enfatiza en que el paciente aprenda a manejar el dolor con habilidad ya que el dolor y el malestar son parte de la vida y los mismos no pueden ser evitados o eliminados y, asimismo, la tolerancia forma parte del intento de cambio de uno mismo. Dicho módulo tiene que ver con aceptar, de manera no prejuiciosa, a uno mismo y a la situación actual (Linehan, 1993).

Cabe aclarar que, como menciona Linehan (1993), estas habilidades sirven para poder tolerar y sobrevivir las crisis de los pacientes y no empeorarlas. Las crisis son definidas como situaciones estresantes o traumáticas, a corto plazo, las cuáles se quieren resolver rápidamente. En el caso de que el problema no pueda ser resuelto, se debe sobrevivir a esa crisis, aplicando las habilidades de Tolerancia al Malestar. En general, durante las crisis es difícil recordar que cosas se pueden hacer para tolerarla. Por esta razón, al finalizar el módulo, el paciente debe confeccionar una lista de tolerancia al malestar, para tenerla en aquellos momentos en que puede ser útil para el paciente. Dicha lista, se debe hacer en base a las estrategias de distraerse y calmarse para tolerar el malestar.

Según lo establecido por Linehan (1993), es posible encontrar cuatro grupos de estrategias de supervivencia a las crisis:

-Distraerse

Existen ciertas situaciones en las cuáles el dolor no puede ser procesado, por lo cuál los pacientes deben poseer la habilidad de distraerse del malestar experimentado. Las estrategias de distracción se refieren a reducir el contacto con los estímulos emocionales o cambiando partes de la respuesta emocional. Las siete habilidades de distracción son las siguientes:

- Llevar a cabo actividades distractoras. Esta estrategia es útil para modular emociones negativas, al distraer la atención y llenar la memoria de pensamientos, imágenes y sensaciones que activan y reactivan la emoción negativa.
- Ayudar a los demás. Mediante dicha estrategia, se concentra la atención en lo que se puede hacer por los demás y la persona deja de pensar en sí misma.
- Hacer comparaciones. A través de las comparaciones, se reorienta la atención de uno mismo hacia los demás, de una manera diferente. Esto ayuda a ver la propia situación de una manera más positiva.
- Generar emociones opuestas. Dicha habilidad consiste en reemplazar la emoción positiva experimentada por otra menos negativa.
- Dejar de lado la situación negativa. De esta manera, se bloquea la mente o se la abandona físicamente, reduciendo el contacto con los estímulos emocionales asociados a la situación.
- Tener pensamientos distractores. A través de esta estrategia, los pensamientos activados por la emoción negativa no pueden seguir su curso.
- Experimentar sensaciones intensas. De esta manera, se puede interferir en el componente fisiológico de la emoción negativa experimentada. Las sensaciones intensas ayudan a centrar la atención en algo diferente del estímulo que despierta la emoción. Uno de los ejemplos más eficaces, corresponde a sostener cubitos de hielo con las manos, hasta que los mismos se derritan.

-Calmarse con estímulos positivos

Dicha habilidad se relaciona con animarse, cuidarse y tratarse bien. Se estimula el relajarse y calmarse a través de los cinco sentidos: vista, olfato, oído, tacto y gusto.

-Mejorar el momento

En dicha estrategia se tratan de reemplazar los estímulos negativos por otros más positivos. Las habilidades son:

- Usar la fantasía
- Hallar un significado
- Practicar la oración
- Practicar la relajación
- Vivir el presente de cada momento
- Tomarse vacaciones: hacer un alto
- Darse ánimo

-Pros y contras

Dicha habilidad, se refiere a pensar en los aspectos positivos y negativos de tolerar el malestar y los aspectos positivos y negativos de no tolerarlo. Se trata de que el paciente tome conciencia de que al tolerar el malestar se logran mejores resultados.

El paciente debe confeccionar una lista de los pros y contras de tolerar el malestar y otra lista de no tolerarlo, o sea, autolesionarse o realizar otras conductas disfuncionales para no sentir dolor. Dicha lista debe realizarse en situaciones en donde la persona esté calma, para luego observarla cuando se esté atravesando una crisis.

-Aceptación radical

Esta estrategia se basa en que los pacientes dejen de luchar contra la realidad. Se les debe explicar a los pacientes que el dolor es parte de la vida, ya sea emocional o físico, y que esta es la manera en que la naturaleza nos indica que algo está funcionando mal. El sufrimiento es dolor sumado a la no aceptación del dolor, el mismo aparece cuando los pacientes no son capaces de aceptar el dolor o negarse a hacerlo. La aceptación radical, logra transformar el sufrimiento en dolor.

Las estrategias de aceptación radical son las siguientes:

- Guía para aceptar la realidad: Ejercicios para observar la respiración. Se trata de enfocar la atención en la respiración, en el aire que entra y que sale.
 - Respiración Profunda
 - Medir la respiración mediante los pasos
 - Contar la respiración
 - Observar la respiración mientras se escucha una conversación
 - Observar la respiración mientras se escucha música
 - Observar la respiración

- Respirar para calmar la mente y el cuerpo
- Guía para aceptar la realidad: Ejercicios de Media Sonrisa. Esta estrategia trata de que el paciente logre aceptar la realidad con el cuerpo. Debido a que las emociones son controladas por las expresiones faciales, al adoptar una media sonrisa se logra incrementar el control de las emociones. Mientras la cara exprese aceptación, habrá mayores probabilidades de sostener una actitud de aceptación.
- Guía para aceptar la realidad: Ejercicios de Atención Plena. Dichos ejercicios son útiles para lograr superar una crisis y desarrollar un estado de aceptación.
 - Atención plena de las posiciones del cuerpo
 - Atención plena de la conexión con el universo
 - Atención plena mientras nos preparamos un té o café
 - Atención plena mientras lavamos los platos
 - Atención plena mientras lavamos la ropa
 - Atención plena mientras limpiamos la casa
 - Atención plena mientras nos damos un baño con toda tranquilidad
 - Practicar la conciencia en la meditación

3.3.4.Consulta Telefónica

La consulta telefónica conforma una parte muy importante de la TDC. La mayoría de los pacientes suicidas o parasuicidas con TLP no suelen pedir ayuda, ya sea por miedo, vergüenza o por sentir que serán invalidados. Asimismo, los individuos que logran pedir ayuda lo hacen de una manera demandante o abusiva, actúan de manera manipuladora o utilizan estrategias inefectivas. Las consultas telefónicas están diseñadas con el fin de cambiar estos patrones disfuncionales (Linehan, 1993).

Siguiendo con lo mencionado por la autora, las consultas telefónicas también sirven para lograr generalizar las habilidades en su vida diaria. En particular, los pacientes suicidas o parasuicidas necesitan que el psicoterapeuta los guíe en los momentos en que están atravesando una crisis, indicándoles las habilidades necesarias para tolerar el malestar que están experimentando. Asimismo, dicha consulta es eficaz para que los pacientes sientan un vínculo íntimo con el terapeuta (Linehan, 1993).

Es importante utilizar dicha modalidad en ciertos momentos en que el paciente no se sienta seguro de usar alguna habilidad o se sienta inhibido. Asimismo, los

pacientes deben llamar antes de llevar a cabo la conducta suicida o autolesiva, con el fin de brindarles habilidades para que no realicen dicha conducta. En el caso de que el paciente haya realizado la conducta autolesiva, está estipulado que no podrá tener apoyo telefónico durante 24 horas, lo cual promueve el refuerzo de un afrontamiento adaptativo (Simeon y Hollander, 2001),

3.3.5. Supervisión de Casos

Como menciona Simeon y Hollander (2001), la TDC conforma un sistema de tratamiento en el que, mientras el terapeuta aplica la terapia a sus pacientes, los equipos de supervisión aplican la terapia al terapeuta.

El tratamiento de los pacientes TLP genera un gran estrés hacia los terapeutas, los cuáles pueden verse afectados por el burn-out o realizar conductas iatrogénicas. Dichos pacientes suelen poner una gran presión a sus terapeutas con el fin de disminuir su malestar, lo cuál precipita a los terapeutas a realizar cambios en el tratamiento, aún cuando el mismo está siendo efectivo. Por otro lado, algunos terapeutas pueden reaccionar a dicha presión negándose a realizar cambios (Linehan, 1993). Sin la supervisión, los terapeutas que trabajan con dicha población pueden tomar posiciones extremas, culparse a sí mismos o al paciente y estar menos atentos a la relación con el paciente (Simeon & Hollander, 2001).

En las reuniones de supervisión de casos se trata aquellos problemas que surgen durante el tratamiento. Al igual que los pacientes que participan en el grupo de habilidades, los terapeutas deben tener supervisiones o consultas con una persona o con un grupo, las cuáles deben tener una frecuencia semanal (Linehan, 1993).

4. MÉTODO:

4.1. Participantes

Participaron del estudio 20 mujeres diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad, entre las edades de 17 a 31 años, las cuáles son habitantes de Capital Federal.

En relación a las participantes a las que se les administró la Autoencuesta de Cortes, las edades fueron las siguientes:

Edad	
	Porcentaje
17	10
18	10
19	20
21	20
23	10

24	10
25	10
31	10
Total	100

4.2. Instrumentos

Observación participante del grupo de habilidades

A través de este instrumento se describieron las estrategias utilizadas para eliminar o disminuir las autolesiones. Luego de cada uno de los encuentros en los que se participó, se procedió a escribir en un cuaderno de anotaciones todas las observaciones relevantes realizadas en los distintos días. Asimismo, algunos encuentros fueron grabados con el fin de recabar los relatos mencionados por las pacientes.

Registro diario

El registro diario es utilizado con el fin de recolectar información sobre los problemas que puedan surgirle al paciente. Dicho instrumento debe revisarse al inicio de la sesión individual y la presencia o ausencia del mismo organizará la sesión terapéutica. Por medio del registro, se obtendrá información acerca de las autolesiones y otras conductas disfuncionales y las fluctuaciones de ansiedad o depresión durante el día, asociándolas a las autolesiones y al nivel tolerable que pueden experimentar sin recurrir a dichas conductas. Este instrumento está conformado por varias columnas, a las cuáles se les debe otorgar un valor de 0 a 5. El valor “0” representa la ausencia de una vivencia particular. El puntaje “5” representa la frecuencia o ubicuidad persistencia de una vivencia (Simeon y Hollander, 2001).

La primer columna corresponde a los *impulsos de consumir, suicidarse o autodañarse*. Luego, se deben puntuar las *emociones experimentadas*, tales como dolor, tristeza, vergüenza, ira y miedo. Asimismo, se debe enumerar la cantidad de *drogas* utilizadas, ya sean *drogas ilegales, prescritas, alcohol* o de *venta libre*. También se debe registrar si tuvieron *acciones de autodaño* o de *mentir* en el transcurso del día y el puntaje de *alegría* que tuvieron durante dicho día, así como también las *habilidades* empleadas. Es importante indicar si han implementado un *refuerzo* debido la conducta de no realizar ciertas conductas problemáticas, como drogarse o autolesionarse. Por último, deben registrar los *comportamientos aparentemente poco importantes*, el *cuidarse de los comportamientos disfuncionales*, los *impulsos de drogarse, abandonar el tratamiento* y *dañarse* antes y después de la terapia, y la *fe en controlar las*

emociones, pensamientos y conductas antes y después de la terapia (Simeon y Hollander, 2001).

Escala de cortes

Dicho instrumento fue creado en la Fundación Foro en el año 2002. La misma es una encuesta realizada en la primera sesión individual. Posee 26 preguntas en relación a las autolesiones, con el fin de recolectar información acerca de la experiencia de las conductas autolesivas que atraviesan los individuos con Trastorno Límite de la Personalidad.

4.3. Procedimiento

Del total de la muestra, se seleccionaron las autoescalas de cortes, tomadas al inicio del tratamiento, de diez pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, las cuales manifestaban conductas autolesivas. Luego, se observaron y analizaron los datos arrojados por dicho instrumento. Dentro de esta muestra, se seleccionó a una de las participantes y se realizó un seguimiento de los registros diarios por un período de tres meses.

Las 10 participantes restantes, fueron observadas a lo largo del grupo de habilidades por un período de dos meses, en los cuáles se dictaron los módulos de Regulación Emocional y Tolerancia al malestar, relacionados con el aprendizaje de estrategias para reducir o eliminar las conductas autolesivas. Se seleccionaron los ejercicios más relevantes para describir la temática en cuestión.

5. DESARROLLO

5.1. Objetivo I: Describir las estrategias utilizadas en el grupo de habilidades, con el fin de disminuir o eliminar las autolesiones.

Con el fin de describir dicho objetivo, se observaron los módulos de Regulación Emocional y de Tolerancia al Malestar del grupo de habilidades. El mismo se encuentra coordinado por dos terapeutas y participaron diez pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

Al comienzo de cada encuentro, cada paciente leyó las tareas que debían realizar y los terapeutas indagan y corrigen ciertos aspectos. Luego se les brindó información teórica de cada tema en particular, otorgándoles ciertos ejercicios prácticos en relación a lo aprendido, los cuáles debían realizar para el próximo encuentro. Cabe aclarar que, tanto la información teórica como la práctica, se encuentran en el Manual de

Entrenamiento en Habilidades de Linehan (1993). Para poder ejemplificar las estrategias utilizadas para disminuir las autolesiones, se seleccionaron ciertos ejercicios realizados por las pacientes y se describirán a continuación.

5.1.1. Módulo de Regulación Emocional

-Ejercicio I: Observá y describí las emociones (paciente A)¹

En el primer ejercicio la paciente debía observar y describir una reacción emocional reciente o del momento. A. describe una situación que le provocó miedo, otorgándole una intensidad de 90 puntos, en una escala de 0 a 100. El relato en el cuál describe por qué fue provocada la emoción es el siguiente: *“Esta semana estaba en mi cuarto y cuando me saqué el pantalón me di cuenta que bajaba sin que lo desabroche. Me acordé de mis problemas alimentarios, lo cuál hizo que despierte mi miedo. Luego sentí bronca por no tener plata para poder comprarme mis vitaminas para poder engordar”*. Sus interpretaciones al respecto se basaban en ciertos pensamientos desoladores, tales como *“nunca voy a poder cambiar”*; *“siempre voy a estar enferma”*, *“voy a recaer en mis problemas nuevamente”*. En relación a los cambios corporales, A. manifiesta haber tenido *“palpitaciones, sudoración, un nudo en el pecho, sensación de vacío y dolor”*, acompañados por tensión en el cuerpo, decaimiento y gestos de tristeza en su cara. A. expresa que automáticamente sintió ganas de lastimarse, siendo éste el impulso de acción provocado por la ira que experimentaba como emoción secundaria. Empero, en lugar de llevar a cabo dicho impulso, la paciente menciona haber recordado lo aprendido en el grupo de habilidades y comenta haber realizado lo siguiente: *“me puse mis auriculares y empecé a escuchar música y a dibujar, ya que son actividades que me relajan. Cuando estaba más tranquila, pude llamar a mi prima y contarle sobre la situación, quien me dijo que me iba a pagar las vitaminas para poder engordar”*. Como consecuencia de la emoción experimentada, la paciente menciona haberla desregulado al recordar su pasado pero, a su vez, logró movilizarla para hacer algo por su bienestar. A. menciona sentirse orgullosa por haber buscado otras opciones para tranquilizarse y no recurrir a las conductas problemas. Según lo establecido por la paciente, la función de la emoción fue darse cuenta que no se encontraba bien y buscar ayuda para comprarse sus vitaminas para aumentar de peso.

Como mencionan Lieb et. al. (2004) los pacientes TLP poseen una intensa desregulación emocional, experimentando episodios de disforia como producto de ciertas emociones intensas tales como miedo, tensión, enojo, entre otras. Walsh (2006)

¹ Ver Anexo 1a

establece que por causa de este malestar experimentado, los individuos llevan a cabo conductas autolesivas con el objetivo de aliviarse del dolor.

En el ejemplo establecido, se puede observar la desregulación emocional que manifiesta A. por causa de un episodio particular, lo cuál le generó un intenso miedo de recaer en sus problemas alimentarios. Al experimentar esta intensa emoción, la paciente manifiesta poseer el impulso por autolesionarse y aliviarse del malestar experimentado. Este impulso por autolesionarse, corresponde a la emoción secundaria de bronca experimentada luego del miedo. Sin embargo, al estar participando del grupo de habilidades y de terapia individual, la paciente cuenta con los recursos necesarios para poder sobrellevar la situación de una manera más eficaz, sin recurrir a las conductas autolesivas.

-Ejercicio II: Pasos para Reducir las Emociones Dolorosas (paciente R) ²

El siguiente ejercicio se relaciona con la habilidad de regular las emociones dolorosas y reducir la vulnerabilidad a la mente emocional. En relación a la habilidad de *reducir la vulnerabilidad a la mente emocional*, las pacientes debían realizar ciertas estrategias con el fin de mantenerse menos vulnerable a las emociones negativas. En base a esto, debían establecer si habían tratado las enfermedades físicas, equilibrado la alimentación, evitado drogas que alteren el estado de ánimo, dormido de forma equilibrada, practicado ejercicio y si construyeron su competencia personal. R. comentó haber respetado todas las estrategias para reducir su vulnerabilidad emocional, pero no pudo hacer ejercicio. En relación al *aumento de los eventos positivos*, R. manifestó haber incrementado una actividad placentera un día de la semana, juntándose a cenar con sus amigas. En relación al objetivo a largo plazo, R. menciona haber comenzado a pensar e informarse sobre qué estudiar. Asimismo, al hablar de las relaciones a las que atendió la paciente menciona haber llamado a una amiga a la cuál hacía cierto tiempo que no veía, y en relación a Evitar Evitar, R. evitó evitar hacer las cosas de la casa, como limpiar, ordenar y cocinar, con lo cuál se sintió muy reconfortada. R. logró poner en practica la conciencia plena de las experiencias positivas que ocurrieron, centrando la atención es las experiencias positivas y logrando distraerse de las preocupaciones que surgieron. Asimismo, logró observar y experimentar su emoción.

En el presente ejercicio se puede observar la importancia de reducir la vulnerabilidad emocional. La paciente R., gracias a lo explicado en el grupo, logró

² Ver Anexo 1b

implementar dicha habilidad al tratar las enfermedades físicas, comiendo equilibradamente, evitando drogas o alcohol, durmiendo equilibradamente y construyendo su competencia personal. Empero, no logró hacer ejercicio físico. De esta manera, la paciente R. pudo realizar las habilidades de incrementar los acontecimientos positivos, incrementar la conciencia ante las emociones del momento y llevar a cabo acción opuesta. Cabe aclarar que, como menciona Linehan (1993), en la mayoría de las pacientes la vulnerabilidad emocional predispone a que la mente emocional lleve a incurrir en conductas autolesivas o conductas que le causen problemas.

En relación a la Acción opuesta, R. relata lo siguiente: *“El sábado por la noche entré en crisis, debido a ciertas situaciones que me venían preocupando y sobrepasando hace algún tiempo. Estaba decaída, triste, me quedé todo el día en la cama y tenía impulsos de realizar una conducta problema. Al recordar lo aprendido en el grupo, decidí tomar el cuaderno de habilidades y realizar el ejercicio de acción opuesta. Comencé pensando en los cinco pasos para realizar acción opuesta. La emoción que estaba experimentando era tristeza; la acción de esa emoción era la de guardarme, quedarme en la cama; quería cambiar esa emoción; la acción opuesta de guardarme era levantarme; por lo tanto realicé la acción opuesta. Logré levantarme de la cama y ponerme en acción para realizar algunos trabajos pendientes, ya que de otra manera mis sentimientos iban a incrementarse. En cambio, realizando acción opuesta iba a lograr cambiar mi estado emocional. Me levanté y decidí llamar a mi terapeuta, para preguntarle si podía llamar a una compañera del grupo, con la que tengo mucha afinidad ya que ambas somos muy creyentes. Cuando llamé a mi compañera, ella logró tranquilizarme, ya que hablamos de Dios y me comentó algunas técnicas que podían servirme”*

R. logró realizar los cinco pasos para realizar acción opuesta planteados por Linehan (1993): averiguó qué emoción estaba experimentando, cuál era la acción de dicha emoción, averiguó si quería cambiarla, cuál sería la acción opuesta y finalmente la realizó. De esta manera, R. logró regular las emociones cambiando la acción de la emoción, es decir realizando acción opuesta.

En los ejercicios establecidos, las pacientes lograron identificar las emociones que precipitaron las autolesiones, exploraron sus funciones y lograron controlar sus vulnerabilidades, tales como dormir, comer, utilizar drogas o alcohol, construyendo emociones positivas y orientados a sus propios objetivos (Simeon & Hollander, 2001).

5.1.2. Módulo de Tolerancia al Malestar

-Ejercicio I: Estrategias para Sobrevivir a las Crisis (paciente E.)³

El presente ejercicio se relaciona con estrategias para sobrevivir a las crisis, en el cual las pacientes debían anotar el nivel de tolerancia al malestar antes (pre) y después (post) de utilizar cada estrategia de la siguiente manera: 0= “sin tolerancia, una pesadilla” a 100= “fácilmente tolerable, una pavada”.

En dicho ejercicio se puede observar que la paciente E. logró poner en práctica las habilidades de Tolerancia al Malestar. Comenzó mencionando lo útil que le resultaron dichas habilidades, ya que le permitieron calmarse y distraerse en situaciones en las cuáles poseía impulsos de autolesionarse. Establece que intentó realizar las habilidades durante la semana, pero que el martes fue el día que le resultaron más útiles, ya que atravesó una crisis. Dicha crisis surgió al pelearse con su novio, por lo cuál se sentía muy triste y atemorizada. En ese momento, recordó lo aprendido en el grupo y decidió tomar su cuaderno para poner en prácticas las habilidades.

En relación a las actividades de *Distraerse* la paciente menciona que en dicha situación no pudo realizar ninguna actividad distractora la cuál, según lo mencionado por Linehan (1993) permite activar emociones positivas y regular el malestar experimentado. Empero, logró *compararse* con personas que atraviesan situaciones más graves de la que ella estaba atravesando, lo cuál disminuyó su malestar (Pre: 20/Post: 30). Como menciona Linehan (1993) a través de las comparaciones la atención puede reorientarse hacia uno mismo y se percibe la propia situación de una manera menos negativa. Otra habilidad realizada fue la de *experimentar emociones intensas*, sosteniendo dos cubos de hielo en sus manos, hasta que los mismos se derritan. Tal como menciona Linehan (1993) esta actividad logra distraerse de la emoción negativa experimentada, lo cuál fue lo expresado por la paciente E., manifestando que a través de dicho ejercicio su malestar disminuyó de una manera significativa (Pre: 10/Post: 80).

Asimismo manifiesta que luego de realizar el ejercicio de los cubos de hielo, gracias a lo cuál su malestar se había reducido, puso en práctica la habilidad de *calmarse a través de los cinco sentidos*, lo cuál le resultó muy beneficioso. La paciente menciona haber prendido un incienso (Pre: 40/ Post: 50), escuchar una canción que logra calmarla (Pre: 40/ Post: 60) , observar (Pre: 40/ Post: 50) y tocar a su gata (Pre: 40/ Post: 60). Según lo mencionado por Linehan (1993), la estimulación de sensaciones agradables a través de los cinco sentidos se logra calmarse y relajarse.

³ Ver anexo 1c

E. menciona que, mientras se calmaba a través de los cinco sentidos, puso en práctica las habilidades de **mejorar el momento** de una cosa por vez y de *relajación*, realizando ejercicios de conciencia plena. A través de estos ejercicios, pudo distraerse de los pensamientos y emociones negativas experimentadas, dejar las preocupaciones y poder centrarse en el presente. Como menciona Linehan (1993), estas actividades poseen gran utilidad en los momentos de crisis, ya que permiten que la paciente se distraiga y logre calmarse, centrándose en el aquí y ahora y evitar pensar en el pasado y futuro, lo cuál puede aumentar el malestar experimentado. Por último, la habilidad de **Pros y Contras** le resultó muy útil durante la situación de crisis, logrando reducir su malestar ampliamente (Pre: 10/ Post: 60).

Durante la semana, en situaciones en las que no se encontraba atravesando una crisis, logró realizar ciertas habilidades que regularon cierto malestar experimentado tales como **distraerse** realizando *actividades* y *ayudando*. E. menciona haber concurrido al gimnasio dos veces por semana, ya que logra distraerla y regular ciertas emociones. Asimismo, concurre dos veces por semana a una iglesia a realizar actividades solidarias, lo cuál le es muy beneficioso para ella. Como menciona Linehan (1993), a través de esta actividad logran distraerse sin pensar en ellos mismos, sino en los otros.

-Ejercicio II: Estrategias para sobrevivir a las crisis que intenté en la semana (paciente B)⁴

En el presente ejercicio, se debían establecer las estrategias practicadas en la semana con el fin de sobrevivir a las crisis experimentadas. El ejercicio establecido fue realizado por la paciente B. La misma comenta una situación en la que se peleó con su madre, por algunas diferencias que existen entre ambas. El relato de la paciente es el siguiente: *“Me encontraba en mi casa merendando en el momento en que llegó mi madre. Saludó con pocas ganas, se la notaba cansada y enojada. Al instante, comenzó a preguntarme porqué estaba en casa cuando debería estar en la facultad. Le dije que me sentía mal y un poco triste, que no tenía ganas de ir, por lo que había preferido quedarme. Luego de mi respuesta, comenzó a decirme una serie de cosas, tales como que nunca iba a progresar de esa manera, que era una vaga, que ella me pagaba la facultad y yo no valoraba su esfuerzo, entre otras cosas. En ese momento, me sentí muy mal, me puse triste y me encerré en mi pieza. Me tiré en la cama, con mucha bronca por todo lo que me dijo mi madre, porque sentí que no me entiende. Entre en una profunda crisis, no podía parar de llorar y de tener ideas de autolesionarme”*.

⁴ Ver Anexo 1d

Según lo establecido por B., decidió llamar a su psicóloga para no recurrir a la conducta autolesiva. Como menciona Simeon y Hollander (2001) los contactos telefónicos son útiles en situaciones en que el paciente se encuentre en crisis, ya que el terapeuta puede brindarle información para que realice diferentes habilidades para regular su malestar y, de esta manera, no recurra a la conducta autolesiva.

La paciente menciona que al hablar con su terapeuta, logró tranquilizarse y poder realizar alguna estrategia para evitar la conducta autolesiva. La terapeuta le propuso que busque dos hielos y que los tome con sus manos hasta que los mismos se derritan, mientras la guiaba para que realice ejercicios de relajación y conciencia plena. Como consecuencia de esta habilidad, la paciente logró regular su malestar y distraerse del malestar experimentado ya que, como menciona Lihenán (1993), a través de esta estrategia los pacientes logran centrarse en otras emociones y sensaciones y distraerse de la emoción que generaba malestar.

B. menciona que al día siguiente se sentía triste, ya que seguía peleada con su madre, quien estaba en el trabajo en ese momento. Al darse cuenta que en ese momento no podía cambiar las cosas, decidió tomar su lista de tolerancia al malestar, la cual debía realizar a lo largo del módulo, con el fin de poder realizar ciertas actividades que la distraigan y calmen en situaciones de crisis.

Cuando B. tomó la lista, decidió poner en práctica tres estrategias que le resultan beneficiosas: llamó a su amiga, puso ciertos temas de música que alivian su malestar, acarició a sus perros y realizó ejercicios de conciencia plena. Según lo mencionado por B., luego de realizar estas habilidades, se sintió aliviada y pudo realizar las actividades del día, sin transitar una crisis más profunda.

-Ejercicio III: Pros y Contras (paciente L.)⁵

En el siguiente ejercicio la paciente debía elegir una crisis que le haya resultado difícil de tolerar, evitar el comportamiento destructivo y no actuar de manera impulsiva, y realizar una lista de los *pros* y *contras* de tolerar y no tolerar el malestar.

En dicha actividad, se tomó como ejemplo el ejercicio de la paciente L., quien lo ha realizado en una situación en la que no se encontraba transitando una crisis, tal como lo establecieron los terapeutas, con el fin de observarlo en situaciones de crisis.

L. menciona que el comportamiento destructivo que quiso realizar fue el cortarse. Por esta razón, decidió tomar la lista de *Pros* y *Contras*. En relación a los *Pros*

⁵ Ver Anexo 1e

de tolerar el malestar (ventajas de tolerar), L. menciona lo siguiente: sentirse capaz, tener más confianza en sí misma, no preocupar a sus seres queridos, poder seguir con su vida normal y no perder el tiempo en la sesión hablando de esta situación. En relación a los Pros de no tolerar (ventajas de no tolerar), la paciente menciona aliviarse rápidamente de su malestar y no invertir demasiado tiempo en regular sus emociones. Al hablar de los Contras de tolerar el malestar (desventajas de tolerar), L. menciona experimentar el malestar emocional durante un período más largo de tiempo y hacer el esfuerzo por realizar ciertas conductas que le permitan regular sus emociones. Por último, en relación a los Contras de no tolerar el malestar (desventajas de no tolerar) la paciente menciona a la culpa, vergüenza, peleas con sus seres queridos, tristeza, sentir que nunca podrá cambiar y frustración.

La paciente comenta haber realizado el ejercicio recordando lo que le sucede en los momentos en que ha tolerado el malestar y cuando no lo ha tolerado. L. menciona que dicho ejercicio le ha resultado beneficioso durante la semana, ya que atravesó una crisis y decidió tomar el cuaderno de habilidades y observarlo. Al leerlo, recordó por sobre todas las cosas las desventajas de no tolerar el malestar, tales como los sentimientos de culpa, vergüenza y tristeza, que la suelen llevar a transitar una nueva crisis. Estas consecuencias que poseen las conductas autolesivas son mencionadas por Winchel y Standley (1991) quienes establecen que es común la existencia de ciertos sentimientos de tristeza, frustración, culpa y problemas en las relaciones interpersonales, como causa de la conducta autolesiva.

Es importante destacar la ventaja de no tolerar el malestar establecido por L., quien afirma sentir un sentimiento inmediato de alivio luego de la conducta autolesiva, lo cual le permite regular automáticamente su malestar. Esto se debe a que, como menciona Plante (2007), las conductas autolesivas están acompañadas por un sentimiento de alivio del intenso malestar. De esta manera, las conductas autolesivas son, según lo establecido por Linehan (1993), una solución mal adaptativa en situaciones de malestar, como causa del déficit de habilidades para resolver la situación de una manera más eficaz. Cabe aclarar que en el mencionado caso, gracias a la incorporación de habilidades, la paciente L. logró regular su malestar de una manera más efectiva y adaptativa.

Según lo mencionado por L., a través de la observación de este ejercicio en una situación de crisis, pudo “*poner en una balanza*” las ventajas y desventajas de tolerar y

no tolerar el malestar y, de esta manera, darse cuenta que las ventajas de tolerar poseían mayores beneficios a largo plazo.

-Ejercicio III: Aceptación Radical (pacientes E., A. y R.)

En relación a las estrategias de ***Aceptación Radical***, los terapeutas sugirieron a las pacientes que practiquen a lo largo de la semana *ejercicios de observar la respiración, ejercicios de media sonrisa y ejercicios de atención plena*. En la clase siguiente, las pacientes contaron sus experiencias en relación a los ejercicios realizados.

La paciente E. comentó haber realizado ciertos ***ejercicios de observar la respiración*** explicados en el grupo de habilidades. E. explicó que se había sentido triste a lo largo de la semana y decidió poner en práctica el ejercicio de *observar la respiración mientras escuchaba música*, con el fin de distraerse de las emociones negativas y poder calmarse. Según lo mencionado por la paciente, el ejercicio le resultó beneficioso ya que su malestar disminuyó significativamente.

Otra paciente, menciona haber empleado el ***ejercicio de media sonrisa***. A. comenta haber empezado a practicar la *media sonrisa al despertar por la mañana* y que el mismo le resultó muy útil ya que, al practicar la media sonrisa, recuerda situaciones positivas y agradables, lo cual la ha predispuesto a tener un día más ameno y poder regular las emociones más fácilmente. Como menciona Linehan (1993) a través de la media sonrisa se puede lograr cierto control de las emociones.

Por último, la paciente R. menciona haber realizado los ***ejercicios de atención plena*** de *atención plena mientras nos damos un baño con toda tranquilidad y atención plena mientras nos preparamos un té*. R. comenta que dichos ejercicios la ayudaron a distraerse de ciertas emociones negativas y preocupaciones experimentadas a lo largo de la semana. R. agrega comenzar a ponerlos en práctica asiduamente, ya que le brindan una intensa tranquilidad y bienestar, así como también cierta aceptación de las emociones experimentadas al poder conectarse con las mismas. Esto se relaciona con lo establecido por Linehan (1993), quien menciona que dichos ejercicios ayudan a que la persona logre un estado de aceptación.

5.2. Objetivo II: Análisis de las Autoencuestas de Cortes: frecuencia, forma y sensaciones experimentadas en el momento de cortarse ⁶

Con el fin de abordar dicho objetivo, se procedió a analizar las encuestas de cortes administradas a diez pacientes de sexo femenino con Trastorno Límite de la

⁶ Ver Anexo 2

Personalidad en las entrevistas de admisión. Los datos relevantes para responder al objetivo planteado fueron evaluados con el *Statistical Package for the Social Sciences 1.3* (SPSS), con el fin de obtener los porcentajes de cada respuesta.

En relación a la frecuencia de los cortes, se establece que un 20% ha incurrido en esta conducta una vez durante el último mes, un 20% cada quince días, un 50% una vez por semana y, finalmente, un 10% no ha realizado cortes en el último mes. Un 20% de la muestra ha manifestado cortarse una vez durante el último mes y otro 20% se han cortado cinco veces, mientras que un 10% ha incurrido dos veces, un 10% tres veces, un 10% cuatro veces, un 10% seis veces y, el restante 10%, manifestó esta conducta en ocho oportunidades a lo largo del último mes. En la tabla 1 y 2 se presentan los resultados obtenidos.

Tabla 1.

Frecuencia de cortes en el último mes		
	Porcentaje	Frecuencia
una sola vez	20	2
cada quince días	20	2
una vez por semana	50	5
ninguno	10	1
Total	100	10

Tabla 2.

Cantidad de cortes del último mes		
	Porcentaje	Frecuencia
0	10	1
1	20	2
2	10	1
3	10	1
4	10	1
5	20	2
6	10	1
8	10	1
Total	100	10

En relación a la forma en que son realizados los cortes, un 90% menciona que debe ser realizado en un lugar específico del cuerpo, tales como muñecas, brazos, palmas, cintura, entre otras. Para el 10% restante no debe ser en un lugar específico del cuerpo. Al establecer la forma o dirección del corte, un 10% menciona que debe tener un formato particular (con forma de estrella), mientras que para el 90% restante no debe poseer un formato específico. En las tablas 3 y 4 se exponen los resultados establecidos.

Tabla 3.

¿Debe ser en algún lugar específico del cuerpo?		
	Porcentaje	Frecuencia
SI	90	9

NO	10	1
----	----	---

Tabla 4.

¿Debe tener una forma o dirección particular?		
	Porcentaje	Frecuencia
SI	10	1
NO	90	9
Total	100	10

En relación a los sentimientos experimentados al cortarse, las opciones que podían elegir las pacientes eran dolor físico, placer, tranquilidad, alivio, ansiedad, culpa, vergüenza o tristeza. Un 90% de las pacientes estableció que al cortarse experimentan alivio, mientras que un 10% manifestó sentir tranquilidad. Asimismo, debían establecer si los cortes disminuyen la tensión, en una escala de 0=nada y 10=máximo. Un 40% puntuó dicha pregunta con 8, un 20% con 4, un 20% con 5, un 10% con 2 y un 10% con 7. En las tablas 5 y 6 se exponen los resultados mencionados.

Tabla 5.

¿Qué sentís en el momento que te estás cortando?		
	Porcentaje	Frecuencia
tranquilidad	10	1
alivio	90	9
Total	100	10

Tabla 6.

¿En qué medida te saca tensión? (0 nada, 10 máximo)		
	Porcentaje	Frecuencia
2	10	1
5	20	2
6	20	2
7	10	1
8	40	4
Total	100	10

En relación a los sentimientos experimentados después de cortarse, las opciones a elegir eran dolor físico, placer, tranquilidad, alivio, ansiedad, culpa, vergüenza o tristeza. Un 70% de las pacientes manifestó poseer tristeza luego del corte, un 20% culpa y un 10% ansiedad. En la tabla 7 se exponen dichos resultados.

Tabla 7.

¿Y después de cortarte?		
	Porcentaje	Frecuencia
ansiedad	10	1
culpa	20	2
tristeza	70	7
Total	100	10

Por último, se les preguntó si alguna vez la autolesión ha adquirido otra forma que cortarse. Un 60% respondió no, mientras que el 40% restante se ha autolesionado de otra manera. En relación al porcentaje que se autolesionó de otra manera, un 20% manifestó golpearse, un 10% arañarse y el restante 10% rascarse. En las tablas 8 y 9 se exponen los resultados descriptos.

Tabla 8.

¿Alguna vez te lesionaste de otra manera?		
	Porcentaje	Frecuencia
SI	40	4
NO	60	6
Total	100	10

Tabla 9.

¿De qué manera?		
	Porcentaje	Frecuencia
rascarse	10	1
arañarse	10	1
golpe	20	2
ninguna	60	6

En relación a los datos arrojados por las encuestas, se puede establecer que la mayoría de las pacientes (90%) ha incurrido en conductas autolesivas a lo largo del último mes, alcanzando una frecuencia máxima de 8 cortes por mes. El 90% de dichas pacientes menciona sentir alivio de las emociones experimentadas en el momento en que realizan el corte y que disminuye su tensión. Como menciona Linehan (1993), las autolesiones son conductas eficaces, ya que reducen la desregulación emocional experimentadas por dichas pacientes, pero mal adaptativas. El alivio que producen dichas conductas funciona como refuerzo, ya que produce que la conducta se mantenga a través del tiempo y se tan difícil de abolir.

Luego de cortarse, la mayoría de las pacientes menciona experimentar tristeza y, en menor medida, culpa o ansiedad. La autoinvalidación que suelen manifestar dichas pacientes, lleva a que experimenten emociones negativas luego de realizar diferentes conductas. Sin duda, el terapeuta no debe validar dicha conducta desadaptativa, pero debe validar la vulnerabilidad emocional y el contexto en el que se encuentra el paciente, así como también la falta de habilidades, los cuáles lo llevan a implementar dichas conductas (Linehan, 1993).

Por último, el 60% de las pacientes menciona no haber incurrido en otras conductas autolesivas. El corte es la autolesión que adquiere mayor prevalencia dentro de los pacientes con TLP (Linehan, 1993). El 40% restante de las pacientes menciona haberse arañado, rascado y golpeado, las cuales son otras maneras secundarias de autolesión (Walsh, 2006).

5.3. Objetivo III y IV: Seguimiento de caso clínico ⁷

Con el fin de abordar el objetivo específico tres y cuatro, se procedió a analizar los registros diarios que completó una paciente en terapia individual, por un período de tres meses, para poder evaluar la evolución de las conductas autolesivas y analizar si ha utilizado las habilidades aprendidas en el grupo de habilidades para evitar o disminuir las autolesiones

En relación a los registros diarios que ha completado la paciente S. a lo largo del período de tres meses, se describirán los datos adecuados de acuerdo a lo establecido en los objetivos específicos. Según lo planteado por el psicólogo de la paciente, S. comenzó a completar la Tarjeta de Registro Diario la primer semana de tratamiento, cumpliendo semanalmente con la entrega de la misma. En DBT se enfatiza en la necesidad de que los pacientes monitoreen su comportamiento diariamente, por lo cuál el registro diario es un componente esencial al menos en las primeras etapas de tratamiento. Estos registros proveen información sobre la frecuencia e intensidad de las conductas disfuncionales durante los intervalos de las sesiones (Linehan, 1993). Como mencionan Simeon y Hollander (2001), a través de los registros diarios se puede observar si el paciente ha incurrido en conductas de auto daño y, en caso de que se haya autolesionado, se trabaja sobre esa conducta inmediatamente.

5.3.1. Primer mes de tratamiento

En los primeros tres registros diarios que ha completado S., los cuáles corresponden aproximadamente al primer mes de tratamiento, se puede observar un alto impulso por suicidarse y autodañarse, el cuál fue disminuyendo a lo largo de los días. En los primeros días los impulsos de auto dañarse, los cuáles deben puntuarse de 0-5, oscilan entre 5 y 3 puntos. Luego, el mismo comienza a disminuir fluctuando entre 4 y 3 puntos, llegando a 5 en algunas situaciones particulares.

Las emociones manifestadas por la paciente que adquieren mayor puntuación son las de dolor, tristeza e ira, siendo las de vergüenza y miedo relativamente bajas. Se puede observar que las mismas adquieren una alta puntuación, durante los días en que la

⁷ Ver Anexo 3

paciente manifiesta haber incurrido en conductas autolesivas. En relación a la alegría, la cuál debían puntuar de 0 a 5, durante el primer mes de terapia S. le otorga un puntaje bajo, el cuál fluctúa en general de 0 a 1 puntos en los primeros días, llegando a una puntuación de 2 en algunas oportunidades.

Como menciona Lieb et.al. (2004) y Linehan (1993) una de las características principales de los pacientes con TLP corresponde a la inestabilidad emocional, experimentando intensas emociones siendo las más frecuentes la tristeza o episodios depresivos, irritabilidad, enojo y dolor.

En relación a la acción de autodañarse, la paciente manifiesta haberse autolesionado reiteradas veces en el primer mes de tratamiento (5 veces). En dichas situaciones, la paciente manifestaba un alto impulso de autodañarse y ciertas emociones intensas como dolor, tristeza e ira.

En general, en las situaciones en que los individuos inciden en conductas autolesivas experimentan una intensa desregulación emocional. Dichas conductas generan un intenso alivio del malestar experimentado por el paciente, forjando un círculo vicioso del cuál es difícil salir. De esta manera, las autolesiones son llevadas a cabo con el fin de regular emociones intensas, tales como dolor, tristeza e ira (Plante, 2007).

Cabe aclarar que la paciente no concurreó al grupo de habilidades a lo largo del primer mes de terapia individual.

Los resultados se exponen en la Tabla 1.

Tabla 1. Primer mes de tratamiento

Impulso de Suicidarse (0-5)	Impulso de Autodañarse (0-5)	Emociones					Autodaño	Alegría (0-5)	Habilidades (0-7)
		Dolor (0-5)	Tristeza (0-5)	Vergüenza (0-5)	Ira (0-5)	Miedo (0-5)			
3	5	4	5	1	5	2	Si	0	-
3	5	4	5	1	5	2	No	0	-
3	4	4	5	1	5	2	No	0	-
3	4	5	5	0	5	1	No	0	-
3	5	4	4	0	5	2	No	0	-
4	4	4	4	1	5	1	Si	0	-
3	4	4	3	0	4	1	No	1	-
2	4	3	5	0	4	1	No	1	-
2	4	3	5	0	4	1	No	0	-
1	4	3	4	0	3	2	No	0	-
2	3	3	4	1	3	2	No	0	-

3	3	5	5	2	5	2	No	0	-
3	5	4	5	2	5	2	Si	0	-
3	5	4	5	1	5	2	No	0	-
2	5	4	5	1	4	2	No	0	-
2	4	4	5	1	4	2	No	0	-
2	3	3	5	1	4	2	No	1	-
1	3	3	4	1	4	2	No	1	-
1	3	3	3	2	5	1	No	2	-
1	2	3	3	1	4	1	No	2	-
3	2	4	3	1	4	0	Si	0	-
2	5	3	3	1	3	0	No	1	-
2	1	5	5	1	5	0	No	1	-
2	5	2	5	1	5	0	Si	1	-
1	3	2	4	0	5	0	No	2	-
2	3	2	4	0	5	1	No	2	-
1	2	1	3	0	5	1	No	2	-
1	2	1	5	1	4	2	No	1	-
1	2	3	3	1	5	0	No	2	-
1	2	3	4	1	4	0	No	2	-

5.3.2. Segundo mes de Tratamiento

Al llegar al segundo mes de terapia aproximadamente, los impulsos por auto dañarse poseen en general una puntuación de 0, ascendiendo en algunos casos particulares. La paciente no manifiesta haber incurrido en comportamientos autolesivos a lo largo de dicho mes. Como plantea Simeon y Hollander (2001), luego de generar un compromiso por la terapia, el objetivo principal es el de tratar los intentos de suicidio y las conductas autolesivas. En el momento en que se hayan abolido o disminuido las conductas autolesivas, se da por cumplido el objetivo de dicha etapa.

En relación a las emociones, la paciente manifiesta una disminución de la intensidad de las mismas en relación a las registradas durante el primer mes de tratamiento, siendo siempre las más frecuentes el dolor, la tristeza y la ira.

Cabe destacar que, alrededor del segundo mes de haber comenzado terapia individual, la paciente comenzó a asistir al grupo de habilidades, lo cuál la ha ayudado a regular y tolerar sus emociones. Al comenzar a registrar las habilidades utilizadas, las cuáles deben puntuarse de 0-7, S. comienza otorgándole una puntuación de 1 en los primeros días. En algunas ocasiones manifiesta no haberlas usado, con una puntuación de 0. Empero, la puntuación otorgada fue aumentando a través del tiempo, alcanzado una alta puntuación (7 puntos) en reiteradas veces. Asimismo, en relación a las

habilidades utilizadas, la paciente manifestó la siguiente respuesta “*Me esforcé, las usé y me ayudaron*”.

Como menciona Simeon y Hollander (2001) las autolesiones son una solución mal adaptativa por causa de la vulnerabilidad emocional y el déficit de habilidades para regular emociones. Por esta razón, se enfatiza en la importancia del grupo de habilidades con el fin de disminuir las conductas autolesivas. Marsha Linehan (1993) señala que todos los pacientes debe realizar el entrenamiento en habilidades durante el primer año de terapia con el fin de reemplazar las conductas disfuncionales por un comportamiento habilidoso.

Los resultados anteriormente descriptos pueden observarse en la Tabla 2.

Tabla 2. Segundo Mes de Tratamiento

Impulso de Suicidarse (0-5)	Impulso de Autodañarse (0-5)	Emociones					Autodaño	Alegría (0-5)	Habilidades (0-7)
		Dolor (0-5)	Tristeza (0-5)	Vergüenza (0-5)	Ira (0-5)	Miedo (0-5)			
3	5	5	5	0	5	0	No	3	-
0	0	3	5	0	5	0	No	2	-
0	0	0	3	0	5	0	No	4	-
0	0	4	5	2	5	1	No	3	-
0	4	5	5	0	4	1	No	5	-
0	3	2	2	4	5	3	No	4	-
0	4	3	4	4	5	3	No	2	-
0	4	5	4	3	3	5	No	0	-
0	0	1	1	0	2	0	No	5	-
0	0	2	3	0	1	0	No	4	1
0	0	1	0	0	3	0	No	4	1
0	0	2	2	1	2	0	No	3	1
0	0	1	0	0	1	0	No	4	3
0	0	1	0	4	2	0	No	4	0
0	0	3	2	0	1	0	No	3	7
0	0	2	1	0	0	0	No	2	7
0	0	1	0	0	0	0	No	4	7
0	0	0	0	0	0	0	No	4	7
0	0	0	0	0	5	0	No	3	0
0	0	0	2	0	3	0	No	2	0
0	0	0	0	0	4	0	No	2	0
0	0	2	0	0	2	0	No	1	5
0	2	0	0	0	1	0	No	3	0
0	0	0	0	0	1	0	No	3	0
0	0	0	0	0	4	0	No	4	7
0	0	3	4	0	0	0	No	2	1
0	0	0	0	0	0	0	No	3	2
0	0	0	0	0	0	0	No	3	7
0	0	0	0	0	0	0	No	3	7
0	0	0	0	0	0	0	No	3	7

5.3.3. Tercer mes de Tratamiento

Al llegar al tercer mes de tratamiento, los impulsos de suicidarse obtienen una puntuación de 0 a lo largo de dicho mes. En relación a los impulsos de auto dañarse, predomina una puntuación de 0, alcanzando en algunas situaciones una puntuación más alta. A lo largo de dicho mes, la paciente no manifiesta haber realizado conductas autolesivas.

En relación a las emociones, el dolor, la tristeza y la ira son las que predominan, al igual que en los meses anteriores. En general, poseen una puntuación menor a 5, ya que la paciente ha logrado regular las emociones intensas con el fin de no incurrir en conductas autolesivas.

En relación a la alegría, la misma mantuvo una puntuación similar al mes anterior. Por último, en relación a las habilidades, la paciente ha logrado aplicarlas efectivamente, otorgándole puntuaciones altas y mencionando que logró usarlas y le resultaron útiles.

Tabla 3. Tercer Mes de Tratamiento

Impulso de Suicidarse (0-5)	Impulso de Auto dañarse (0-5)	Emociones					Autodaño (0-5)	Alegría (0-5)	Habilidades (0-7)
		Dolor (0-5)	Tristeza (0-5)	Vergüenza (0-5)	Ira (0-5)	Miedo (0-5)			
0	0	3	4	0	0	2	No	2	0
0	0	3	4	0	0	0	No	1	0
0	0	0	0	0	0	0	No	3	7
0	0	0	2	0	0	0	No	4	7
0	0	3	3	0	3	3	No	3	7
0	0	4	4	0	5	4	No	3	3
0	0	4	3	0	0	0	No	3	3
0	0	0	0	0	0	0	No	3	7
0	0	3	3	0	0	0	No	3	0
0	0	4	4	0	5	3	No	2	3
0	0	3	2	0	4	0	No	3	3
0	0	3	3	0	5	0	No	3	3
0	0	2	1	0	5	0	No	3	3
0	0	2	1	0	5	0	No	4	4
0	5	5	5	0	5	4	No	2	2
0	4	4	5	0	5	3	No	2	2
0	5	3	5	0	5	3	No	2	2
0	3	2	4	0	5	2	No	3	0
0	2	4	5	0	5	0	No	2	3
0	2	5	5	0	5	5	No	2	4
0	1	5	5	0	5	5	No	3	5
0	0	2	2	0	5	2	No	2	7
0	0	1	1	0	5	1	No	5	0
0	0	3	4	0	3	2	No	5	0
0	4	4	5	0	1	2	No	4	2
0	0	3	2	0	5	1	No	5	0
0	0	2	3	0	5	0	No	5	3
0	0	2	3	0	5	1	No	3	3

0	0	2	2	0	5	1	No	3	4
0	0	2	2	0	5	3	No	4	5

Se considera importante destacar que la paciente no manifiesta haber consumido drogas ilegales, prescritas o de venta libre. Empero, ha consumido alcohol en bajas dosis durante las primeras semana de tratamiento. Este dato se considera de gran importancia ya que, como menciona Linehan (1993), el consumo de drogas es uno de los factores que producen cierta vulnerabilidad emocional en los pacientes TLP, llevándolos a incurrir en acciones mal adaptativas, las cuáles son manejadas por la mente emocional. Al no consumir drogas se logra reducir la vulnerabilidad a la mente emocional, el cuál es uno de los factores que han influido para que S. pueda regular y tolerar sus emociones, eliminando las conductas mal adaptativas.

5.4. Objetivo V: Comparar los impulsos por autolesionarse reportados en el registro diario con los de la escala de cortes

Con el fin de abordar dicho objetivo, se compararon los registros diarios realizados a lo largo de tres meses, con la autoencuesta de cortes realizadas por la paciente S.

En relación a los registros diarios, se puede observar que S. ha incurrido en conductas autolesivas en cinco oportunidades a lo largo del primer mes en que comenzó terapia. Las emociones que predominan en los momentos en que S. se autolesiona son la ira, la tristeza y el dolor. En la autoencuesta de cortes, S. menciona haberse autolesionado en cuatro oportunidades en el último mes, obteniendo tranquilidad y alivio. Su tensión luego de cortarse (0=nada; 10=máximo) obtuvo ocho puntos.

En base a dichos datos, se encuentra relación entre las autolesiones mencionadas en el registro diario y en la escala de cortes. A lo largo de un mes, S. menciona cortarse 5 veces en el registro diario y en 4 oportunidades en la escala de cortes. Asimismo, los sentimientos experimentados en estas situaciones son similares, prevaleciendo la ira y la tristeza. Como se puede ver en la encuesta de cortes, luego de realizar la autolesión la paciente obtiene alivio de las emociones experimentadas, así como también culpa por el acto realizado.

Se considera que la paciente S. posee crisis implacables. Este concepto es definido como “patrones de conducta autoperpetuantes que la persona con TLP crea y es controlada por eventos aversivos incesantes” (Linehan, 1993, p. 399). La vulnerabilidad emocional junto con la impulsividad, llevan a que la paciente actúe de

manera impulsiva para disminuir su estrés, pero esto lleva a que aumenten sus problemas. La incapacidad para que una paciente se recupere de una crisis antes de entrar en la siguiente lleva a que se produzca una “debilidad del espíritu”. Este patrón de la crisis de la semana interfiere con el tratamiento, por lo cuál es importante poder disminuir o abolir la frecuencia de las autolesiones a través de la terapia individual y grupal (Linehan, 1993).

6. CONCLUSIONES

El presente trabajo surge tras haber realizado las Prácticas de Rehabilitación Profesional en la Fundación Foro, con el fin de investigar las autolesiones que manifiestan las pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

Se considera relevante destacar la valoración positiva hacia la terapia, tanto grupal como individual, manifestada por las pacientes en diferentes oportunidades. Las mismas mencionan que al comenzar a concurrir a la fundación, han podido comprender y aceptar su problema e incorporar herramientas que le permitieron aumentar su asertividad. Asimismo, en diferentes situaciones han contado sus experiencias negativas en relación a otros tratamientos, en los cuáles se han sentido incomprendidas e invalidadas. Como se pudo comprobar, existe cierta escasez de instituciones formadas en dicho trastorno y en el tratamiento adecuado para el mismo. Por esta razón, se considera importante que los profesionales puedan formarse en un trastorno tan complejo como el mencionado.

A lo largo del desarrollo bibliográfico, se ha podido observar la complejidad de dicho trastorno, así como también cierta carencia de información y contradicción entre los autores en relación a los síntomas y denominación del trastorno. Varios profesionales, consideran que se deben revisar ciertos aspectos del mismo y poder alcanzar una comprensión más amplia del trastorno. Asimismo, las autolesiones conforman un fenómeno complejo y poco estudiado, lo cuál genera cierta incertidumbre al encontrarse con dichos pacientes. De esta manera, se considera importante la futura investigación del trastorno, con el fin de lograr un mayor entendimiento y efectividad al tratar a dichos pacientes.

A través de diferentes instrumentos, se pudieron observar diferentes estrategias que tienen como finalidad la reducción y eliminación de las conductas autolesivas. A través de las autoencuestas de cortes, se pudieron determinar la frecuencia de las autolesiones, las razones que llevan a realizarlas, así como también las consecuencias que traen aparejadas. Al analizar las encuestas, se pudo observar el rol central que posee

la desregulación emocional en dichas pacientes, la cual las lleva a incurrir en las conductas autolesivas. Dicho instrumento posee una gran importancia, ya que a través del mismo se obtiene información acerca de las conductas autolesivas. A través de dicha información se debe trabajar en psicoterapia individual, con el fin de eliminar estas conductas desadaptativas.

En relación al grupo de habilidades, al cuál deben asistir las pacientes como complemento con la terapia individual, se pudo observar la importancia del aprendizaje de habilidades con el fin de eliminar o disminuir las conductas autolesivas. A través de dicho aprendizaje, las pacientes lograron reemplazar las conductas autolesivas, eficaces pero mal adaptativas, por otras conductas. Por medio de estas estrategias, las pacientes lograron regular sus emociones, sin recurrir al autodaño como medio para lograr aliviarse, tolerando el malestar, es decir sobrevivir a las crisis sin realizar conductas que perjudiquen aun más su situación. Asimismo, a través de la participación en el mismo, se pudo comprender de una manera más amplia las experiencias manifestadas por dichas pacientes, las intensidades de las emociones que experimentan y los impulsos de autolesionarse por causa de las mismas.

Cabe destacar que los ejercicios seleccionados fueron realizados por pacientes que lograron poner en práctica las habilidades. Empero, algunas pacientes del grupo no lograban realizar los ejercicios y poner en práctica las habilidades, particularmente al comenzar a asistir a dicho grupo. En general, con el correr del tiempo, las pacientes lograban comenzar a practicar algunas habilidades en determinadas situaciones.

En relación al análisis de los registros diarios, se pudo observar la importancia de dicho instrumento con el fin de indagar los problemas surgidos a lo largo de la semana. A través del mismo, el terapeuta puede observar y trabajar sobre ciertas cuestiones a resolver, obteniendo información acerca de las situaciones en que las pacientes atraviesan situaciones de crisis, las emociones experimentadas, las vulnerabilidades que llevaron a experimentar dichas emociones, si llegaron a efectuar la conducta problema, cuáles son las habilidades que deben enseñar, entre otras.

Al analizar dicho instrumento, se pudieron observar los cambios manifestados por la paciente a lo largo de tres meses de tratamiento, logrando reducir las autolesiones hasta eliminarlas. Asimismo, a través del registro de las emociones experimentadas, la paciente logró regular sus emociones sin llegar a realizar conductas de autodaño. Se considera importante que la paciente haya comenzado a participar del grupo de habilidades, ya que como menciona Linehan (1993) el déficit de habilidades de las

pacientes TLP, en conjunción con la desregulación emocional, es un factor de riesgo para incurrir en conductas de auto daño. La paciente manifiesta poner en práctica las habilidades aprendidas en el grupo, lo cuál la ha ayudado a regular y tolerar sus emociones, aboliendo las conductas autolesivas.

Se considera que el mencionado estudio posee ciertas limitaciones, ya que la población con la que se trabajó es reducida y sólo de sexo femenino, lo cuál ha sido un impedimento para profundizar en la temática en cuestión. Por lo tanto, los resultados no podrían generalizarse a poblaciones parasuicidas de sexo masculino y que no posean Trastorno Límite de la Personalidad.

Para futuras investigaciones, se considera necesario realizar una investigación con una población más amplia, posiblemente efectuando una diferenciación de grupos de participantes de sexo masculino y femenino, con el fin de evaluar las diferencias entre ambos sexos. Asimismo, se considera que se podrían implementar nuevos instrumentos que arrojen una visión más completa, tales como la Entrevista de Historia Parasuicida, desarrollada por Linehan, Heard, Brown y Wagner (2001) y la Personality Disorder Examination (Loranger, 1995) con el fin de poseer una visión más amplia del Trastorno Límite de la Personalidad experimentado por el paciente, así como también de las conductas autolesivas.

Para finalizar, a través de dicho trabajo se pudo comprobar la importancia de la terapia individual y grupal en dichos pacientes, así como también la concurrencia al grupo de padres, con el fin de que logren comprender, aceptar y aprender cómo tratar a sus familiares con dicha patología. El trabajo en conjunto de todas las modalidades de tratamiento de la Terapia Dialéctico Comportamental, son fundamentales para lograr una efectividad en el tratamiento y, como menciona Linehan (1993), que el paciente pueda lograr una vida que valga la pena ser vivida.

7. BIBLIOGRAFÍA:

Apfelbaum, S. & Gagliesi, P. (2004). El trastorno límite de la personalidad: consultantes, familiares y allegados. VERTEX. *Revista Argentina de Psiquiatría*. Vol. XV: 295-302.

- Black, D.W; Blum, N. & Pfohl, B. (2004). Suicidal behavior in Borderline Personality Disorder: prevalence, risk factors, prediction and prevention. *Journal of Personality Disorders*. 18(3): 248-256
- Bland, A.R.; Williams, C. A.; Scharer, K. & Manning, S. (2004). Emotion Processing In Borderline Personality Disorders. *Issues in Mental Health Nursing*. 25: 655–672
- Bradley, R.; Jenei, J. & Westen, D. (2005). Etiology of Borderline Personality Disorder Disentangling the Contributions of Intercorrelated Antecedents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 193(1):24-31.
- Brown, M. Z.; Comtois, K. A. & Linehan, M.M. (2002) Reasons for Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in Women With Borderline Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 111 (1): 198–202
- Organización Mundial de la Salud (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana
- American Psychiatric Association (2005). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed.). Barcelona: Masson.
- Gagliesi, P.; Lencioni, G.; Pechon, C.; Apfelbaum, S.; Boggiano, J. P.; Herman, L.; Stoewsand, C. & Mombelli, M. (2007.). *Manual psicoeducacional para pacientes, familiares y allegados sobre el desorden límite de la personalidad*. Curso de terapia cognitiva e integrativa del trastorno límite de la personalidad. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Hoffman Judd, P. & McGlashan, T. H. (2003). *A Developmental Model of Borderline Personality Disorder. Understanding Variations in Course and Outcome*. Washington: American Psychiatric.
- Lieb, K; Zanarini, M.C.; Schmahl, C.; Linehan, M.M. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*. 364: 453-461

- Linehan, M. M.; Armstrong, H.E.; Suarez, A.; Allmon, D & Heard, H.L. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. 48 (12): 1060-1064
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Manual de tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993) *Skills Training Manual for Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Lequesne, E. R. & Hersh, R. G. (2004). Disclosure of a Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatric Practice*. 10(3): 170-176.
- 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
- 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
- Simeon, D. & Hollander, E. (2001). *Self Injurious Behaviour. Assessment and Treatment*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Walsh, B. W. (2006). *Treating Self-Injury. A Practical Guide*. New York: The Guilford Press

ANEXO