

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

TRABAJO FINAL DE INTEGRACION

Tratamiento de un caso único de trastorno límite de personalidad (TLP) bajo el modelo de terapia dialéctico conductual (DBT)

Autor: Almudena Pérez Tello

Tutor: Alejandro Castro Solano

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1 Presentación de la institución:.....	3
1.2 Actividades realizadas:.....	4
1.3 Problema a desarrollar:.....	6
1.4 Objetivo general:.....	6
1.5 Objetivos específicos:.....	6
1.6 Importancia del tema:.....	7
1.7 Elección del tema:.....	8
2. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 Orígenes del diagnóstico del TLP, prevalencia, comorbilidad y diagnóstico diferencial:9	
2.1.1 Origen del diagnóstico y criterios.....	9
2.1.2 Prevalencia.....	13
2.1.3 Síntomas y trastornos asociados, comorbilidad.....	13
2.1.4 Diagnóstico diferencial.....	14

2.2 Cambios en el Constructo Límite.....	16
2.3 Perspectiva histórica del tratamiento.....	16
2.4 Terapia conductual dialéctica.....	18
2.5 Eficacia de la terapia conductual dialéctica.....	25
3. MÉTODO.....	29
3.1 Tipo de estudio.....	29
3.2 Técnicas aplicadas.....	29
3.2.1.- Observación participante.....	29
3.2.2.- Análisis de documentos:.....	29
3.2.3.- Entrevistas:.....	29
3.3 Presentación del caso.....	29
3.3.1 Biografía.....	29
3.3.2 Conceptualización del caso según el modelo DBT al inicio del tratamiento.....	31
3.3.3 Criterios diagnósticos.....	34
3.3.4 Tratamiento.....	35
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	43
4.1 Resultados.....	43
4.2 Discusión.....	44
5. CONCLUSIÓN.....	46
6. BIBLIOGRAFÍA.....	47

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Presentación de la institución:

La práctica y habilitación profesional fue realizada en una institución creada para la

formación, asistencia, prevención e investigación en salud mental. Esta fundación de orientación cognitivo-conductual cuenta con dos coordinadores. Ambos coordinadores tienen a su cargo la dirección de la institución y trabajan junto a un equipo interdisciplinario con el objetivo de abarcar de manera eficiente todos los programas a los que ellos se dedican.

El objetivo principal de esta institución es ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas, para ello trabaja en todos los aspectos antes mencionados.

Se realizan publicación de artículos, manuales y traducciones que generan un gran valor a la comunidad.

El centro es reconocido por su especialidad en el tratamiento de pacientes con un alto grado de vulnerabilidad emocional y específicamente por el tratamiento de el TLP o BPD (Tratamiento limite de personalidad o Borderline personality disorder).

Según su coordinador, la mayoría de los pacientes que llegan a iniciar tratamiento son referidos por otros profesionales quienes los derivan por la baja o nula mejoría de este tipo de pacientes durante los tratamientos.

Por el tratamiento integral que se brinda en el cual se incluyen a familiares y allegados, también llegan pacientes por referencias de amigos que pasan por la misma situación y quienes buscan una respuesta distinta a: “Este es un patrón de personalidad de por vida y con el que hay que vivir”.

Cada nuevo ingreso o derivación es presentada al equipo en una conceptualización del caso hecha por el profesional que realizó la primera entrevista para determinar en conjunto el adecuado plan de tratamiento a seguir.

Específicamente la patología que se va a abordar en el presente trabajo, es el Trastorno Limite de Personalidad que en adelante se abreviará como TLP, la forma o modalidad de trabajo está regida por el modelo de Terapia Dialéctica Conductual o Dialectical Behavioral Therapy que en adelante se mencionara como DBT y sus leyes y principios.

La formación de todo el equipo en la maestría en DBT en Nueva York, así como la inmensa cantidad de material recogido (videos, libros, revistas científicas, casos prácticos, entre otros), representan la base de un tratamiento adecuado.

Todos estos elementos se irán detallando y fundamentado a lo largo del presente documento.

1.2 Actividades realizadas:

Lo que hizo bastante enriquecedora a la pasantía fue la diversidad de actividades que se pudieron realizar y cómo se complementaban las unas a las otras, durante un período de 350hs.

A continuación se expondrá el detalle de cada una de ellas. Cabe destacar, que permitieron una visión de 360 grados puesto que en la mayor parte de casos clínicos se conocieron los puntos de vista de los pacientes, los familiares y los profesionales que los atendían. De esta manera se pudo observar y ser partícipe de cada uno de los modos del DBT y disponer de los componentes teóricos necesarios en los cuales se sustentan.

Las actividades realizadas fueron las siguientes:

- Asistencia a las reuniones de equipo.- en estas reuniones se encontraban presentes todos los miembros del equipo DBT y además de puntuar temas administrativos, los profesionales charlaban acerca de admisiones, nuevos pacientes y supervisaban los tratamientos en curso.

- Asistencia a charlas abiertas a la comunidad.- Como parte de su programa de formación cada cierto tiempo dictan charlas sobre temas de coyuntura en el plano de la psicología con diferentes invitados.

- Asistencia a las clases de postgrado de modelos cognitivos contemporáneos.- Se tuvo la oportunidad de asistir a las clases de tan completo postgrado y de cursar las materias de clínica de los trastornos de ansiedad 1, modelos cognitivos contemporáneos, clínica de los trastornos de ansiedad 2 y terapia de grupo y dispositivos grupales. En mencionadas clases se aprendió mucho acerca de técnicas y herramientas de terapia para cada patología. Cabe resaltar que se utilizó role playing y que además se permitió la observación de un video con fragmentos de sesiones de terapia.

- Asistencia a la supervisión de residentes.- P, médico psiquiatra y coordinador, brinda un espacio para que los jóvenes profesionales tanto médicos como psicólogos puedan presentar sus casos en supervisión. En tal actividad no solamente supervisa casos planteados sino que también arma clases para compartir sus conocimientos con ellos.

Asistencia y participación grupos de habilidades sociales para pacientes con desregulación

emocional y patologías graves.- Se tuvo la oportunidad de asistir a dos de estos grupos en su frecuencia semanal durante los cuatro meses, ambos con el mismo formato y actividades. La diferencia radicaba en que en uno de ellos todas las integrantes cumplían los criterios diagnósticos del trastorno límite de personalidad y en el otro había otras patologías también como trastornos de ansiedad, bipolaridad y depresión.

· Asistencia a las clases de postgrado en terapia conductual dialéctica.- Postgrado que plantea una visión general de esta modalidad de tratamiento y su uso específicamente en pacientes graves con patologías crónicas en donde existe el riesgo suicida. En este postgrado se recibió la información teórica de las actividades que estaba viendo en la práctica.

· Asistencia y participación en el taller de psicoeducación para familiares y allegados.- Se tuvo la oportunidad de asistir a este taller y observar la percepción de los familiares de personas tanto femeninas como masculinas diagnosticadas con trastorno límite de personalidad. En este espacio los familiares compartieron experiencias con sus pares y recibieron mucha información teórica del problema de su familiar. Asimismo, realizaron una aplicación práctica a través de las tareas encomendadas semana a semana.

· Realización de actividades de apoyo y colaboración con materiales con el equipo de Foro.- Se colaboró realizando resúmenes y presentaciones en power point utilizados luego en las respectivas clases de postgrado. Asimismo, se brindó ayuda en la consignación de encuestas de corte de las pacientes y en el registro de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, entre otros. Se colaboró con la revisión de manuales y materiales ya impresos para poder corregir errores.

Como se ha podido observar las actividades asignadas fueron tanto de formación, investigación como de aplicación clínica. Las responsabilidades, grado de inclusión y autonomía que tuvo la autora del presente escrito fueron aumentando con el transcurso de los días y representó un aprendizaje ilimitado.

1.3 Problema a desarrollar:

El problema a desarrollar es un caso único de TLP y sus avances y mejorías a partir de la aplicación de un tratamiento de DBT.

La paciente a quien en adelante se le nombrará como PML tiene actualmente la edad de 26 años, empezó su sintomatología en tercer año del secundario e inicio tratamiento en el cuarto año. Durante este transcurso de tiempo sufrió de tres internaciones y de diversos tratamientos sin cambios aparentes en su vulnerabilidad emocional y en su reinserción en la sociedad.

PML lleva en la actualidad 1 año y 5 meses de tratamiento.

El tratamiento bajo la modalidad de DBT ha sido de inmensa ayuda para ella y sus familiares.

Es por ello que se buscará en el presente trabajo describir, analizar y justificar cada uno de los modos de tratamiento del DBT y qué grados de influencia han tenido en la paciente y sus familiares.

1.4 Objetivo general:

- ✚ Analizar el tratamiento bajo la modalidad de terapia dialéctica conductual (DBT) de un caso único de trastorno límite de personalidad y su evolución en lo referente a la disminución de las conductas problema.

1.5 Objetivos específicos:

- ❖ Describir el caso y las conductas problema de la paciente antes de iniciar el tratamiento.
- ❖ Describir los modos de tratamiento de DBT: psicoterapia individual, entrenamiento en habilidades, consultas telefónicas, reuniones de equipo para la supervisión de casos por parte de los terapeutas y tratamientos auxiliares como la farmacología.
- ❖ Analizar los cambios producidos en la paciente, en relación a las conductas problema.

1.6 Importancia del tema:

El Trastorno límite de la personalidad (TLP) es relativamente nuevo en el campo de la psicopatología, ya que aparece recién en la tercera versión del DSM III.

A pesar de ello, Linehan (1993) afirma que el término *borderline* había sido popular por varios años en la comunidad psicoanalítica y que fue usado por primera vez por Adolf Stern en 1938 para describir a un grupo de pacientes que no se beneficiaron del psicoanálisis dado que no encajaban ni en la categoría de neurótico ni en la de psicótico.

En los últimos años se ha incrementado el interés por explorar acerca de este trastorno y posibles alternativas de tratamiento. Esto se debe en primer lugar, a que el TLP ocupa el 11% de los pacientes externos en los consultorios psiquiátricos y el 19% de los pacientes internos de psiquiatría. Así mismo cabe destacar que ocupan el 33% de los pacientes que consultan externamente por algún desorden de personalidad (Widiger & Frances, 1989). Y en segundo lugar, a que las modalidades de tratamiento son inadecuadas, puesto que las mejorías son muy lentas y toman muchos años (McGlashan, 1987).

Resulta de mucha preocupación que en un estudio realizado en la ciudad de Buenos Aires por Leiderman et al. (2004) a los profesionales de la salud orientados a este trastorno dio como resultado una intensa dificultad en la constitución de la alianza terapéutica. Del mismo modo, resultaron ser los pacientes menos deseados en el consultorio y aquellos quienes junto con sus familiares cambian muchas veces de tratamiento dado que no cumplen con sus expectativas de cambio. A ello se le suma la alta comorbilidad de este trastorno con otros, lo que hace necesaria la dirección más focalizada y estructurada del tratamiento.

Gagliesi (2005) explica que a partir de todas estas justificadas preocupaciones se crea la terapia dialéctico conductual (DBT) que viene a ser una evolución de la terapia cognitivo conductual (TCC). Este mismo fue el primer tratamiento que demostró efectividad en ensayos clínicos controlados (Linehan y Heard, 1993).

La base de un tratamiento efectivo según Gagliesi (2005) estuvo en el descubrimiento de que los consultantes percibían que su sufrimiento era subestimado por los terapeutas. Gracias a ello las estrategias de aceptación fueron agregadas a las estrategias de cambio. A partir de lo cual, los consultantes sintieron que los terapeutas los entendían de mejor manera. La dialéctica fundamental que da nombre al tratamiento es entonces, el balance entre las estrategias de aceptación y cambio.

Este trastorno es egodistónico y perturba muchísimo a los pacientes, quienes se encuentran desesperanzados y ávidos de esperanza y de un tratamiento que les permita un futuro mejor. Ojalá el presente trabajo pueda contribuir a dar ciertas luces en el tratamiento de este tipo de pacientes y pueda brindar información valiosa a aquellos profesionales que decidan dedicar sus servicios al abordaje de la presente patología.

1.7 Elección del tema:

Este tema ha sido elegido por el profundo interés surgido a partir de los numerosos conocimientos que se adquirieron al realizar la residencia. Este tipo de tratamiento a pacientes TLP representa el mayor número de casos tratados en la institución.

El haber compartido tan diversas actividades ha permitido nutrir a la autora del presente escrito profundamente del tema. Para poder sostener la mencionada pasantía se tuvieron que leer no sólo los libros teóricos de tratamiento de la Dra. Marsha Linehan sino cada uno de los manuales de psicoeducación para pacientes, familiares y allegados y las guías diseñadas para los profesionales. La bibliografía básica general está compuesta por el material que la creadora del DBT provee y las adaptaciones, traducciones y aportes que los profesionales de la institución han realizado a partir de este material.

El enfoque teórico práctico del presente trabajo representa para quien lo escribe un valor agregado fundamental y un crecimiento profesional incalculable ya que permite observar el engranaje perfecto entre ambos elementos.

Contribuyeron finalmente a la elección del tema las buenas relaciones que aún se sostienen con los profesionales de la institución quienes lograron transmitir de manera muy acertada su pasión y entrega por el tema y por las pacientes crónicas de esta patología quienes tienen todo el derecho de tentar a una vida con calidad.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Orígenes del diagnóstico del TLP, prevalencia, comorbilidad y diagnóstico diferencial:

2.1.1 Origen del diagnóstico y criterios

El trastorno límite de la personalidad (TLP) fue incorporado al DSM-III de la American Psychiatric Association en 1980, y 12 años más tarde, en 1992, fue adaptado para la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10).

Gunderson (2002) hace un recorrido sobre los orígenes de este diagnóstico y se remonta a las observaciones clínicas de Adolph Stern en 1938, que en sus consultas psicoanalíticas privadas identificó a un grupo de pacientes que no encajaban en los límites habituales de la psicoterapia ni en el sistema clasificatorio vigente en aquella época que se limitaba a realizar una división diagnóstica entre psicosis y neurosis. Este grupo de pacientes comenzó a ser más reconocido a principios de la década de 1950, gracias a los influyentes trabajos de Robert Knight (1953,1954). Este autor amplió al término límite al considerar que esta entidad nosológica lindaba no sólo con la frontera de la neurosis, sino también con la de la psicosis.

Gunderson (2002) añadió que la imposibilidad de identificar las singulares necesidades de estos pacientes era el factor responsable de los preocupantes desacuerdos entre los miembros de los hospitales y que por tanto impedía la estructuración de un tratamiento. Después de Knight el término límite se empleó entre la comunidad de psicoanalistas para pacientes problemáticos que no podían considerarse como neuróticos ni psicóticos.

Las contribuciones al tema se hicieron esperar hasta fines de los 60's en las que se dieron tres líneas de investigación importantes. La primera la de Otto Kernberg (1967) quien caracterizó a la organización límite de la personalidad como una de las tres formas de organización de la personalidad consistente en una formación fallida o débil de la identidad, defensas primitivas (concretamente escisión e identificación proyectiva), y un juicio de la realidad que se perdía transitoriamente en situaciones de estrés.

La segunda contribución importante fue la proporcionada por Roy Grinker et al. (1968), uno de los primeros defensores de la necesidad de la investigación empírica y habiendo realizado grandes aportaciones al estudio de la depresión y el trastorno por estrés postraumático (TEP), Grinker comenzó el primer estudio empírico sobre pacientes límite.

Él facilitó los primeros criterios con base empírica:

- Fracaso en la construcción de la propia identidad.
- Relaciones anaclíticas
- Depresión basada en soledad
- Predominio de manifestaciones de ira

La tercera investigación importante que introdujo a los pacientes límite en la conciencia de la comunidad de profesionales de la salud mental no iba dirigida especialmente a estos pacientes. En estos estudios se buscaba indagar sobre la base biogenética de la esquizofrenia. Así pues, la transmisión genética de la esquizofrenia se estableció demostrando unas tasas de familiares con esquizofrenia límite (es decir, atípica) superiores a las esperadas. Aunque posteriormente se demostraría que estos individuos presentaban trastornos esquizotípicos de la personalidad y no trastornos límite (Gunderson y cols., 1981), el objetivo de este trabajo era estimular el interés por investigar el diagnóstico de trastorno límite y facilitar el desarrollo de teorías sobre estos pacientes en los ámbitos de la transmisión genética y de las terapias biológicas.

Gunderson (1969) en este contexto de investigaciones lleva a cabo en el Massachusetts Mental Health Center un pequeño estudio destinado a caracterizar a los pacientes del “cajón de sastre” diagnóstico que dificultaba el trabajo.

Su interés se fue acrecentando mientras trabajaba posteriormente para el National Institute of Mental Health (NIMH) donde en colaboración con Carpenter y Strauss se trazaron el objetivo de separar a los pacientes límite de aquellos que se habían diagnosticado como esquizofrénicos (Gunderson y cols., 1975) y, más importante aún, impulsó la revisión y la síntesis de toda la literatura médica relevante que había hasta ese momento en colaboración con M. Singer.

Gunderson y Singer (1975) publicaron la revisión *Defining Borderline Patients: an Overview*, una publicación que tuvo bastante acogida y que intensificó el interés en el tema. Gunderson y Singer (1981) deciden dar el siguiente paso que fue el desarrollo de una entrevista estructurada de diagnóstico, *Diagnostic Interview for Borderline Patients*. El

objetivo era poder realizar el diagnóstico de manera fiable y con la identificación de un grupo de características discriminantes.

Spitzer (1979) en calidad de revisor y coordinador del desarrollo del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) en una investigación clínica utilizó los criterios identificados por Gunderson y junto con los criterios sobre difusión de la identidad derivados de Kernberg fueron validadas todas ellas y consideradas las más discriminantes en la práctica clínica.

En 1980, en medio de una considerable controversia, el diagnóstico de TLP entró finalmente en el sistema de clasificación oficial DSM-III.

Los criterios DSM-IV para el TLP sólo han cambiado ligeramente desde sus orígenes, en el DSM-III. Los cambios se han basado en una amplia serie de estudios descriptivos (Gunderson y cols., 1996).

Gunderson (2002) presenta una tabla en donde muestra los nueve criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) para este diagnóstico. El orden que emplea difiere del DSM-IV puesto que consideró relevante ordenarlos según su valor diagnóstico.

A continuación se detallarán los nueve criterios y se colocará en cursivas las modificaciones realizadas en el DSM-IV respecto a la versión DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987). Lo que se coloca entre corchetes aparecía en el DSM-III-R pero fue eliminado en el DSM-IV.

Criterios diagnósticos DSM-III-R y DSM-IV para el diagnóstico del trastorno límite de personalidad:

1. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
2. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente nociva para sí mismo. (No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.)
3. Inestabilidad afectiva [: cambios notables en el estado de ánimo que van de la depresión a la irritabilidad o a la ansiedad] 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).
4. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p.ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación.

6. Alteración de la identidad [Incertidumbre sobre al menos dos de las siguientes áreas: autoimagen, orientación sexual, elección de objetivos o estudios, amistades, valores]; inestabilidad acusada y persistente de la autoimagen y/o sentido de sí mismo.
7. Sentimientos crónicos de vacío o aburrimiento.
8. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado (no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.)
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Según APA (1995) la característica esencial del trastorno límite de la personalidad es un patrón general de inestabilidad en la afectividad, relaciones interpersonales y autoimagen, así como una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y que se da en diversos contextos. El deterioro causado por el trastorno y el riesgo de suicidio son mayores en los primeros años de la edad adulta y van desapareciendo gradualmente con la edad. Durante la cuarta y quinta décadas de la vida, la mayoría de las personas con TLP logran una mayor estabilidad en sus relaciones y su actividad profesional.

El criterio 4 del DSM-IV y el 2 en la tabla de Gunderson postula que demuestran impulsividad en al menos dos áreas potencialmente peligrosas para ellos mismos. Este criterio es el referido a las conductas problema. Según refieren las personas con TLP pueden apostar, gastar dinero irresponsablemente, darse atracones, abusar de sustancias, involucrarse en prácticas sexuales no seguras o conducir temerariamente, entre otras. Y el criterio 5 en ambos casos hace referencia a los comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación. El suicidio consumado se observa en un 8-10% de estos sujetos y los actos de automutilación (cortarse o quemarse) y las amenazas e intentos suicidas son muy frecuentes. Suele ser según afirman el intento de suicidio recurrente uno de los motivos por los que estos pacientes acuden a tratamiento. Estos actos autodestructivos suelen estar precipitados por los temores a la separación o al rechazo, o por cierta expectativa de tener que asumir una mayor responsabilidad. La automutilación puede que ocurra durante experiencias disociativas y a menudo les proporciona un alivio por el hecho de reafirmarles en su capacidad para sentir o por servirles de expiación de su sentimiento de maldad.

Otros datos brindados por la APA es que el TLP se diagnostica con preferencia en mujeres (alrededor del 75%). El trastorno límite de la personalidad es unas cinco veces más frecuente en los familiares de primer grado de quienes tienen el trastorno que en la población general. También existe un riesgo familiar aumentado para los trastornos relacionados con sustancias, el trastorno antisocial de la personalidad y los trastornos del estado de ánimo.

2.1.2 Prevalencia

La APA (2005) estima que la prevalencia del TLP es de alrededor del 2% de la población general, aproximadamente del 10% entre los sujetos vistos en los centros ambulatorios de salud mental y alrededor del 20% de los pacientes psiquiátricos ingresados. En las poblaciones clínicas con trastornos de la personalidad se sitúa entre el 30 y el 60%.

2.1.3 Síntomas y trastornos asociados, comorbilidad

En este apartado se incluirán tanto los síntomas como los trastornos asociados. Según la APA (1995) las personas con TLP pueden presentar un patrón de infravaloración de sí mismos justo en el momento en que están por lograr un objetivo (por ejemplo, dejar los estudios justo antes de graduarse, presentar una grave regresión después de haber estado hablando de los progresos de la terapia, entre otros.) También es común que algunos presenten síntomas similares a los psicóticos (por ejemplo, alucinaciones, distorsiones de la imagen corporal, ideas de autorreferencia y fenómenos hipnagógicos) durante los períodos de estrés. En lo que se refiere a las relaciones interpersonales, los sujetos con este trastorno se pueden sentir más seguros con objetos transitorios como un animal doméstico o propiedades inanimadas. Generalmente la muerte prematura por suicidio que se puede producir en estos sujetos ocurre especialmente en quienes concurre un trastorno del estado de ánimo o un trastorno relacionado con sustancias. Como consecuencia del hecho de autoinfligirse malos tratos o por los intentos de suicidio fallidos, se puede producir alguna lesión física o minusvalía. En el plano social e intelectual son comunes las pérdidas repetidas de trabajo, las interrupciones de los estudios

y las rupturas de pareja. Por lo general, los pacientes TLP tuvieron una infancia con frecuentes malos tratos físicos y sexuales, negligencia en su cuidado, conflictos hostiles y alguna pérdida o separación parental.

Los trastornos del Eje 1 más frecuentes que pueden presentarse simultáneamente son los trastornos del estado de ánimo, los trastornos relacionados con sustancias, los trastornos de la conducta alimentaria (especialmente la bulimia), el trastorno por estrés postraumático y los trastornos por déficit de atención con hiperactividad. El trastorno límite de la personalidad también se da con frecuencia en simultaneidad con otros trastornos de la personalidad.

2.1.4 Diagnóstico diferencial

Según APA (2005) el trastorno límite de la personalidad se presenta con frecuencia asociado a trastornos del estado de ánimo y, en caso de que se cumplan los criterios para los dos trastornos, deben diagnosticarse ambos. En un primer momento la presentación transversal de un trastorno del estado de ánimo puede ser similar a un trastorno límite de la personalidad, el clínico debe evitar efectuar el diagnóstico adicional de TLP basado sólo en la presentación transversal sin haber documentado que el patrón de comportamiento tiene un inicio temprano y un curso prolongado.

El TLP tiene algunas características comunes con otros trastornos de la personalidad por lo que puede confundirse. Es importante distinguir entre estos basándonos en las diferencias en sus rasgos característicos; sin embargo, si un sujeto presenta características de personalidad que cumplen con los criterios para más de un trastorno de la personalidad además del TLP, pueden diagnosticarse todos estos trastornos.

Generalmente se busca hacer un diagnóstico diferencial con el trastorno histriónico de la personalidad pues éste también se caracteriza por la búsqueda de atención, el comportamiento manipulativo y las emociones rápidamente cambiantes; sin embargo, el trastorno límite de la personalidad se diferencia por la autodestructividad, las rupturas airadas de las relaciones personales y los sentimientos crónicos de un profundo vacío y soledad.

En lo que se refiere a el trastorno esquizotípico de la personalidad presenta en común con el TLP el hecho de que pueden aparecer ideas o ilusiones paranoides; no obstante, en el TLP

estos síntomas son pasajeros, interpersonalmente reactivos y en respuesta a estructuras externas.

El TLP comparte con el trastorno paranoide de la personalidad y el trastorno narcisista de la personalidad que se caracterizan por una reacción colérica ante estímulos menores pero se diferencian en que existe una relativa estabilidad de la autoimagen, así como la relativa falta de autodestructividad, impulsividad y las preocupaciones por el abandono.

El TLP comparte con el trastorno antisocial de la personalidad los comportamientos manipulativos; sin embargo, los sujetos con trastorno antisocial son manipuladores para obtener un provecho, poder u otra gratificación material, mientras que el objetivo del TLP está más dirigido a lograr el interés de quienes se ocupan de ellos.

Tanto el TLP como el trastorno de personalidad por dependencia se caracterizan por el temor al abandono y por el típico patrón de relaciones intensas e inestables; ahora bien, el sujeto con TLP reacciona al abandono con sentimientos de vacío emocional, rabia y demandas, en tanto que el sujeto con trastorno de la personalidad por dependencia reacciona con un aumento de su mansedumbre y sumisión y busca urgentemente una relación que reemplace la anterior para que le proporcione cuidados y apoyo.

El TLP requiere hacer un diagnóstico diferencial de un cambio de personalidad debido a una enfermedad médica, en la que los rasgos aparecen como un efecto directo de una enfermedad del sistema nervioso central. También se tiene que distinguir de los síntomas que pueden aparecer en asociación con el consumo crónico de sustancias (por ejemplo, el trastorno relacionado con la cocaína no especificado).

Finalmente debe diferenciarse del problema de identidad, que está reservado para las preocupaciones sobre la identidad relacionadas con una fase del desarrollo (por ejemplo la adolescencia) y que no son considerados un trastorno mental.

2.2 Cambios en el Constructo Límite

Gunderson (1994) plantea que el constructo límite ha sufrido modificaciones importantes. Primero era considerado una organización de la personalidad, posteriormente un síndrome y hoy en día está catalogado como un trastorno.

2.3 Perspectiva histórica del tratamiento

Gunderson (2002) afirma que desde la década de 1970 los cambios dados en las perspectivas de tratamiento de los pacientes TLP corren paralelos a los grandes cambios producidos en la psiquiatría, en los servicios sanitarios y en el constructo del diagnóstico en sí mismo. Es así como la psiquiatría está más medicalizada, los diagnósticos se han especificado más, y el diagnóstico límite se ha ido validando cada vez más. En contextos institucionales, especialmente en hospitales privados de gran prestigio, se establecieron en el año 1980 unidades dedicadas para largas estancias y especialmente para el TLP. Así mismo, tanto los tratamientos hospitalarios de larga duración como las terapias psicoanalíticas ambulatorias de larga duración se basaban en ambiciosas expectativas de cambios curativos.

Gunderson (2002) complementa esta información proponiendo que, si bien los tratamientos psicoanalíticos de larga duración eran considerados fundamentales, estos presentaban excesos, limitaciones y carencias, generando que diversos médicos y analistas (Adler, 1981, 1986; H.J. Friedman, 1969; Zetzel, 1971), afirmaran que la asistencia a largo plazo era regresiva. Por lo tanto, se consideró que las hospitalizaciones de corta duración tenían sus ventajas.

Así mismo, la psiquiatría pasó del paradigma psicoanalítico al biológico y de tener como base el conocimiento clínico a una base empírica y ello cambió las directrices para el tratamiento de pacientes límite. Los fundamentos de la terapia psicoanalítica de 1970 fueron socavados irreparablemente en 1980. Ya en 1990, el foco de atención clínico, así como el de investigación fue lentamente girando hacia intervenciones socioterapéuticas que incluyen la hospitalización parcial y las terapias cognitivo-conductuales, familiares y de grupo.

Gunderson (2002) concluye después de él mismo haber aplicado distintas técnicas de tratamiento que la forma más adecuada de abordar el tratamiento de los pacientes límite está compuesta en la actualidad por una mezcla de intervenciones múltiples.

Por su parte Beck et al. (2004), afirma que la terapia psicodinámica tradicional no resultó favorable en la reducción del riesgo suicida en pacientes tratados. A través de cuatro estudios quedó demostrado que aproximadamente 10% de los pacientes murieron durante el

tratamiento o tras haber recibido 15 años del mismo. (Paris, 1993). Este porcentaje es comparable con el riesgo suicida del TLP en general que es del 8% (Adams, Bernat & Luscher, 2001).

Beck et al. (2004) refiere que los primeros alcances de la terapia cognitivo-conductual se centraban principalmente a las conductas problema sin aproximarse al desorden como algo integral. Los acercamientos tan focalizados tenían un valor limitado y de corta duración (Davidson & Tyer, 1996). Pero ni bien se introdujeron en esta rama métodos más integrados y de mayor duración, el estudio de casos demostró que se iba por buen camino. (Turner, 1989).

En la actualidad las versiones modernas de terapia cognitivo-conductual especialmente diseñadas para solucionar los problemas ocasionados por el TLP han incrementado la eficacia de los tratamientos psicológicos del TLP. La proporción de pacientes que terminan el tratamiento demasiado pronto se ha reducido enormemente y los efectos del tratamiento parecen haber calado más hondo que las primeras aproximaciones que estaban centradas en un número limitado de conductas. Los tratamientos cortos (alrededor de un año) son capaces de reducir las conductas más problemáticas, el control de la ira y el funcionamiento social pero el promedio de pacientes está lejos de la cura. Se requieren tratamientos largos para cambios más sostenibles. (Beck et al., 2004).

2.4 Terapia conductual dialéctica

Desde 1987, la novedad más destacada en el campo de las estrategias terapéuticas para pacientes límite es un paquete de estrategias cognitivo-conductuales denominado terapia conductual dialéctica (Gunderson, 2002).

Gagliesi (2005) escribió una ficha específica sobre el tratamiento de pacientes TLP bajo esta modalidad que más tarde sería publicada en el libro de Trastornos de la Personalidad compilado por Néstor M. S. Koldobsky. Allí afirma que la Terapia Dialéctico Comportamental (Dialectical Behavioral Therapy, DBT) evolucionó de la aplicación de Terapia Cognitivo Conductual (TCC). La Dra. Marsha Linehan intentaba usar la TCC para crear un tratamiento posible para pacientes severamente perturbados y multiproblemáticos. Inicialmente los primeros trabajos de investigación se centraron en mujeres con numerosas tentativas de suicidio y auto-excoriaciones.

Gagliesi (2005) identificó dos grandes problemas existentes hasta ese entonces. El primero era la dificultad de los profesionales de la salud mental para constituir una adecuada alianza terapéutica con estos pacientes. Menciona que algunas investigaciones los ponen como aquellos que se encuentran primero en los rankings de pacientes menos deseables. Se suele también cambiar muchas veces de tratamiento pues sus expectativas no son cumplidas, suelen entrar desesperados y abandonan desesperanzados. El segundo problema es lo multiproblemático de la patología y en este punto se incluyen su alto grado de comorbilidad con otros trastornos como pánico, adicciones, depresión, entre otros, algunos de vida o muerte en los que resulta sumamente complicado dirigir un tratamiento, focalizar es como si siempre se estuviera frente a una inminente catástrofe y sin progreso aparente.

Según Linehan (1993) el programa que ella misma creó es una aplicación específica de estrategias de terapia cognitiva y conductuales pero para pacientes con TLP, incluyendo conductas suicidas. Ella menciona que el énfasis en la evaluación, la recolección de datos de conductas actuales, la definición precisa de las metas del tratamiento, una relación de colaboración entre paciente y terapeuta que incluya la orientación al paciente en el programa de la terapia y el compromiso mutuo a las metas del tratamiento junto con las técnicas tomadas de las terapias cognitivas y conductuales hacen referencia de que se trata de un programa estándar de terapia cognitivo-conductual.

Gagliesi (2005) afirma que la DBT es una modificación del tratamiento TCC. De hecho Linehan y un equipo de terapeutas emplearon en primera instancia técnicas de la TCC como entrenamiento de habilidades, asignación de tareas, escala de evaluación de tareas y análisis conductual. Pasaron por una revisión de intervenciones psicosociales que eran eficaces en otros trastornos y dificultades emocionales como afrontamiento, desensibilización, resolución de problemas, entre otras; desarrollando un programa cognitivo conductual. Estas técnicas únicamente funcionaron en ciertas personas por hallarse constantemente enfocadas en el cambio. Por dicha razón los consultantes abandonaban los tratamientos por sentirse incomprendidos y criticados y que su sufrimiento era subestimado por los terapeutas y que los terapeutas sobreestimaban cuán útiles estaban siendo. A partir de ello, Linehan y su equipo de investigación comenzaron a filmar todas

las sesiones y a poner énfasis en las estrategias que ayudaban a tolerar el dolor y funcionaban para alcanzar una vida que valía la pena ser vivida. Y a partir de este proceso se llegó a la conclusión que era necesario agregar estrategias de aceptación a las estrategias de cambio de tal manera que los pacientes sintieran que sus terapeutas los entendían mucho mejor. Cuando ello ocurrió, los pacientes permanecieron en terapia en lugar de abandonar, se sintieron mejor en la relación con sus terapeutas y mejoraron con mayor rapidez.

Es así como Gagliesi (2009) explica que la base del nombre de este tipo de tratamiento es el balance entre estrategias de aceptación y de cambio y que éste forma la dialéctica fundamental que da nombre al tratamiento. Dialéctica significa “evaluar e integrar ideas y hechos contradictorios en una visión que resuelve contradicciones”.

En la DBT, consultados y consultantes trabajan arduo para balancear cambio y aceptación. Así como en la vida cotidiana fuera de la terapia, las personas luchan por conseguir un equilibrio en sus acciones, sentimientos y pensamientos. En este modelo se debe trabajar para integrar ambos: sentimientos pasionales y pensamientos racionales. La DBT sintetiza dos movimientos en la investigación en psicoterapia: la manualización o estandarización de las intervenciones para determinados problemas y las estrategias cortadas a medida de la relación consultante-consultado volviéndola flexible y anti estándar.

Gagliesi (2009) menciona tres paradigmas que se integran en la terapia DBT y éstos son: el conductual, porque se ocupa de las conductas; la conciencia plena que facilita la aceptación, la compasión y, estar aquí y ahora; y la dialéctica que permite una fluidez en el balance entre la aceptación y el cambio.

Linehan (2003) afirma que el DBT se basa en la teoría dialéctica y biosocial del Trastorno límite de la personalidad.

La dialéctica como visión del mundo o posición filosófica representa la base de este tipo de terapia. La perspectiva dialéctica de la naturaleza de la realidad y de la conducta humana tiene tres características principales que son fundamentales para poder entender al paciente TLP. La primera característica consiste en la interrelación fundamental que se da en la realidad, la realidad entendida como totalidad. Esto significa que los análisis de cada una

de las partes de un sistema no tienen mucho valor si no se relacionan las partes con el todo. Así la dialéctica dirige la atención del terapeuta a los contextos inmediatos y más amplios de conducta, así como la interrelacionalidad de las pautas de conducta del sujeto. Para la formación en habilidades un terapeuta debe poner énfasis en la interrelación de los déficits de habilidades. Así que por un lado es muy difícil aprender un grupo nuevo de habilidades si no se aprenden simultáneamente otras que estén relacionadas y también lo es cuando el ambiente inmediato de una persona o cultura no apoyan tal aprendizaje.

En lo que se refiere a la segunda característica, según la visión dialéctica, la realidad no es algo estático, sino un conjunto dinámico de fuerzas que se oponen entre sí (tesis y antítesis), de cuya síntesis surge un nuevo grupo de fuerzas oponentes. El pensamiento, la conducta y las emociones dicotómicas y extremas que caracterizan a los pacientes con TLP son desde el punto de vista de esta modalidad terapéutica fracasos dialécticos. De manera más clara se puede decir que el individuo está atrapado en polaridades y le resulta imposible conseguir la síntesis. En lo que se refiere a las habilidades sociales tres de esas polaridades hacen que el progreso sea difícil. El terapeuta se debe focalizar en ellas y ayudar al paciente a que lleve a cabo una síntesis viable. La primera de esas polaridades está representada por la necesidad que tiene el paciente de aceptarse a sí mismo tal como es en ese momento y la necesidad de cambio. Esta dialéctica ya fue mencionada en el presente documento y representa la principal tensión que se experimenta en cualquier psicoterapia. La segunda es la tensión que vive el paciente entre obtener lo que necesita y perder la ayuda o apoyo que está recibiendo si se vuelve más competente. Y la tercera tiene que ver con el mantenimiento de su integridad personal por parte del paciente y la confirmación de sus propios puntos de vista acerca de las dificultades frente al aprendizaje de nuevas habilidades que le ayudarán a salir del sufrimiento.

La tercera característica de la dialéctica se basa en que la naturaleza fundamental de la realidad es el cambio o el proceso, mucho más que el contenido o la estructura. La implicación más importante de esto es que tanto el individuo como el ambiente están en una continua transición. Es así que la terapia quiere ayudar al cliente a estar cómodo con el cambio y no se centra en mantener un ambiente estable y consistente.

En lo referido a la teoría biosocial del trastorno de personalidad límite su principio fundamental sostiene que el principal trastorno es la desregulación de las emociones que es

el resultado en conjunto de cierta disposición biológica, cierto contexto ambiental y determinada transacción entre estos dos factores durante el desarrollo de la persona. Así pues, este tipo de pacientes tienen dificultades para regular varias o todas sus emociones. Ello se produce por la vulnerabilidad emocional y por el uso de estrategias de modulación de las emociones inadecuadas y poco adaptativas.

Linehan (2003) define un número de características para la vulnerabilidad emocional y explica cómo se lleva a cabo la modulación de la habilidad:

1) Muy alta sensibilidad a estímulos emocionales, 2) una respuesta muy intensa a los estímulos emocionales y 3) un retorno lento a la calma emocional una vez que ha sido inducida la excitación emocional. La modulación de la emoción es la habilidad de 1) inhibir la conducta inapropiada relacionada con emociones negativas o positivas, 2) organizarse uno mismo para una acción coordinada al servicio de un objetivo externo (por ejemplo, actuar, cuando sea necesario, de una manera que no dependa del estado de ánimo), 3) calmar uno mismo cualquier actividad fisiológica inducida por una fuerte emoción y 4) conseguir concentrar la atención en presencia de una emoción fuerte. La desregulación de las emociones en individuos con trastorno de personalidad límite es, por lo tanto, la combinación de un sistema de respuesta emocional hipersensitivo (demasiado reactivo) con una incapacidad de modular las fuertes emociones resultantes y las acciones asociadas a ellas.

Linehan (1993) usa el término modo de tratamiento para referirse a los distintos componentes del tratamiento que juntos forman el DBT. Ella habla de cuatro modos primarios que son la psicoterapia individual, el entrenamiento grupal en habilidades psicosociales, las consultas telefónicas y la supervisión de casos por partes de los terapeutas. Adicionalmente, la mayoría de pacientes reciben uno o más modos de tratamiento auxiliares ya que estos modos pueden requerir ser condensados o complementados.

A continuación iniciaremos la descripción de cada uno de los modos de tratamiento:

a) Psicoterapia individual: Todos los demás modos de terapia giran alrededor de la psicoterapia individual. La psicoterapia individual la responsable de ayudar al paciente a inhibir conductas desadaptativas y reemplazarla por respuestas acertadas y adaptativas.

Presta especial atención al tema motivacional incluyendo factores personales y ambientales que inhiben comportamientos efectivos y que alientan los desadaptativos. Generalmente la frecuencia es de una vez a la semana. No obstante, se programan dos veces a la semana cuando la terapia recién comienza y durante los períodos de crisis.

Las sesiones pueden durar desde 50-60 minutos hasta 90-110 minutos. Las sesiones largas se destinan a los pacientes que muestran dificultades para abrirse emocionalmente en las sesiones cortas. La duración de la sesión puede variar dependiendo del período de tratamiento en el que se encuentre y de las tareas específicas que se deban alcanzar.

b) Entrenamiento en habilidades psicosociales: Todos los pacientes tienen que obligatoriamente pasar por un proceso estructurado de entrenamiento en habilidades durante su primer año de tratamiento. En la experiencia de Marsha el entrenamiento en habilidades con pacientes límite es sumamente difícil sin la psicoterapia individual orientada a reducir la motivación hacia el suicidio u otras conductas problema. La necesidad con algunos pacientes de intervenir o prestar atención a temas de alto riesgo generalmente imposibilita el entrenamiento.

La psicoterapia individual es fundamental y necesaria para que los pacientes puedan incorporar las habilidades aprendidas a su vida diaria.

Este entrenamiento tiene un formato psicoeducativo. Es generalmente conducido en grupos abiertos cuya frecuencia es de una vez a la semana y cuya duración fluctúa entre las 2 horas a 2 horas y media, pero otros formatos de grupo también son posibles. Los grupos tienen entre 6 y 8 miembros. Si algún paciente no puede por algún motivo especial asistir a los grupos se le puede entrenar en habilidades individualmente.

Según el manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite de Linehan (2003) los puntos más importantes que se trabajan son conciencia plena, efectividad interpersonal, regulación emocional, tolerancia al malestar y sendero medio.

Para cada uno de estos puntos existen fichas con la información y hojas de tarea.

Una vez que los pacientes concluyeron su entrenamiento pueden opcionalmente si lo desean asistir al grupo como una terapia de soporte.

c) Consultas telefónicas: La consulta telefónica con el terapeuta individual entre las psicoterapias individuales es una parte importante del tratamiento en DBT. Hay varias razones para ello la primera es que hay muchos pacientes límite con tentativas suicidas que tiene una inmensa dificultad para pedir ayuda efectiva. Algunos se inhiben por miedo, vergüenza o las creencias que sostienen en que sus necesidades son inválidas y se envuelven en conductas parasuicidas o problema como un pedido de ayuda. Otros no tienen dificultad de pedir ayuda pero pueden presentar una demanda excesiva de atención en las otras personas y sus familiares y amigos pueden sentirse constantemente manipulados o utilizar estrategias poco efectivas. La consulta telefónica ha sido diseñada para proveer una práctica que cambie estos patrones disfuncionales. En segundo lugar, los pacientes usualmente necesitan ayuda para poder hacer extensivas las habilidades en DBT a su vida diaria. Los pacientes con tentativas de suicidio con frecuencia necesitan un contacto terapéutico mayor al que se da en la psicoterapia individual una o dos veces por semana cuando no pueden afrontar los problemas que se les presentan en la vida diaria. Con una llamada los pacientes pueden obtener el entrenamiento necesario para que se pueda dar una satisfactoria generalización de las habilidades. Tercero, evita conflictos o malos entendidos ya que la consulta telefónica ofrece a los pacientes un sentido de relación terapéutica íntima sin tener que esperar a la sesión siguiente.

En tratamientos diarios para pacientes que se encuentran en residencias o internados, las enfermeras, los técnicos o el equipo que forma parte de la atención puede sustituir la consulta telefónica.

En conclusión la consulta telefónica tiene dos metas aprender a pedir y recibir la ayuda adecuada y poder generalizar las habilidades aprendidas.

Gagliesi y Lencioni (2005) afirman que la meta principal es reducir la ocurrencia de las conductas problema, es por ello que la asistencia telefónica solo se brindará si y solo si el paciente llama antes de incurrir en dicha conducta. Así mismo, dentro de este modelo terapéutico el paciente tiene terminantemente prohibido llamar al terapeuta después de haber incurrido en la conducta problema durante las 24 horas posteriores, la única manera de que se quebranta esta regla es si el paciente requiere ayuda médica.

d) Supervisión de casos por parte de los terapeutas: No existe duda al respecto que tratar pacientes con trastorno límite de personalidad es sumamente estresante para los terapeutas. Muchos terapeutas han sufrido lo que se conoce como burn out, otros caen en conductas iatrogénicas. Esta modalidad de tratamiento asume que los terapeutas con frecuencia se comprometen con las conductas problema de los que los pacientes los acusan. Los pacientes límite pueden poner una inmensa presión sobre sus terapeutas para que les alivien el dolor inmediatamente. Todos estos problemas son tratados en las reuniones de supervisión de DBT. A estas reuniones asisten todos los terapeutas tanto quienes trabajan individualmente como en el grupo de habilidades. Así como se requiere de que los pacientes asistan a grupos de entrenamiento en habilidades, los terapeutas DBT deben acceder a supervisión sea con una persona o con un grupo. Las reuniones de supervisión tienen una frecuencia de una vez por semana.

e) Tratamientos auxiliares: Algunos pacientes con trastorno límite pueden requerir más que una psicoterapia individual, entrenamiento en habilidades y consultas telefónicas. Pueden necesitar farmacoterapia, asesoramiento vocacional, hospitalización, entre otros. Muchos quieren participar de grupos de autoayuda no profesionales como alcohólicos anónimos. No existe en DBT ninguna restricción ni prescripción al respecto ni a obtener tratamientos profesionales ni no profesionales adicionales.

Uno de los tratamientos auxiliares que se lleva a cabo en la fundación Foro y con bastante éxito son los talleres de psicoeducación para familiares y allegados.

Moonshine (2008) habla que la dialéctica fundamental que todo terapeuta debe manejar al trabajar en DBT es que así como esta terapia ha sido diseñada para las patologías severas es también un modelo fuertemente constituido ya que tiene como meta principal construir en los pacientes una vida que merezca la pena vivirse. La teoría que acompaña esto es el hecho de que si los pacientes son capaces de construir una vida digna y plena, van a permanecer menos inclinados a meterse en problemas y de tener conductas autodestructivas.

Ella afirma que el DBT es una compleja teoría que combina muchos componentes distintos. Su componente principal es que representa una sólida terapia cognitivo-conductual. Más del 60% del DBT está constituido por filosofías e intervenciones de la TCC. Otra parte

significativa del DBT es la idea de balancear las dialécticas que representa alrededor del 20% del modelo y el último componente es la conciencia plena que completa el otro 20%.

2.5 Eficacia de la terapia conductual dialéctica

Quiroga y Errasti (2001) realizaron una publicación referente a los tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad y en cuyo abstract mencionan que se han propuesto muchos tratamientos psicológicos para los distintos trastornos de personalidad pero que los caracteriza la escasez de estudios sobre su eficacia clínica. Tras la revisión que ellos han efectuado concluyen que no existe ninguna terapia psicológica eficaz para los trastornos de personalidad en general ni para los distintos trastornos de la personalidad en particular. No obstante, la excepción estaría dada según refieren por el tratamiento del trastorno límite de la personalidad bajo la modalidad de terapia dialéctica conductual y la terapia de conducta clásica, ya que cuentan con avales empíricos suficientes como para ser consideradas tratamientos psicológicos probablemente eficaces.

A lo largo del documento, Quiroga y Errasti (2001) sustentan su afirmación. Ellos concuerdan en que sin lugar a dudas el tratamiento mejor estudiado y sobre el que existen más datos de eficacia clínica positiva es la terapia dialéctica conductual de M.M. Linehan (Aramburu, 1996; Linehan, 1993), que es una terapia dedicada específicamente al TLP y sobre todo a algunos aspectos especialmente problemáticos de dicho trastorno como son los comportamientos suicidas y autolíticos o la inestabilidad afectiva intensa. Es la misma Marsha que asegura que su terapia es eficaz (Waltz & Linehan, 1999), apoyándose para ello en diversos datos sobre los efectos clínicos obtenidos. Hasta el 2001 la terapia dialéctica conductual contaba con seis publicaciones con datos empíricos que se detallan a continuación.

Tipo de trastorno	Tipo de terapia	Autores
Trastorno Límite de la Personalidad	Terapia dialéctica	Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon y Heard (1991)
		Shearin y Linehan (1992)
		Linehan, Heard y Armstrong (1993)
		Shearin y Linehan (1994)

	conductual	Simpson, Pistorello, Begin, Costello, Levinson, Mulberr y Pearlstein, Rosen y Stevens (1998) Koerner y Linehan (2000)
--	------------	--

En tres de éstos se afirma que dicha terapia arroja mejores resultados que el tratamiento psiquiátrico habitual: En primer lugar, Linehan, Armstrong, Suárez, Allmon y Heard (1991), mediante un diseño con asignación aleatoria de 44 sujetos internos a dos grupos para la comparación de la terapia dialéctica con el tratamiento psiquiátrico usual, afirman que la terapia dialéctica ofrece mejores resultados tanto en la modificación de conductas problemáticas (suicidio, conductas autolíticas, mejora del ajuste social, etc.) como de los síntomas propios de los criterios del TP límite; luego, Linehan, Heard y Armstrong (1993), en un estudio similar al anterior, asignan 39 sujetos internos a dos grupos de tratamiento, uno con terapia dialéctica y otro con el tratamiento psiquiátrico tradicional, obteniendo una confirmación de los resultados anteriores; finalmente en este sentido, Koerner y Linehan (2000), al igual que en los dos primeros estudios referidos, mediante un diseño de comparación entre grupos comprueban que la terapia dialéctica obtiene resultados superiores a los resultados del grupo de comparación tratado con la terapia psiquiátrica habitual.

Todos estos estudios, aunque prometedores, están realizados por la propia Linehan, cuando según el primer criterio referido para la «eficacia bien establecida» sería necesario que hubiera al menos dos grupos de investigadores distintos, de modo que sólo se cumple el segundo criterio de eficacia probable. Por añadidura, para vetar (y muy seriamente, pues el veto recién expuesto puede parecer un tanto formalista) la calificación de esta terapia como definitivamente eficaz, cabe alegar aquí también que los cambios conductuales obtenidos por Linehan mediante su terapia dialéctica del TP límite no afectan a las conductas más definitorias del propio TP límite (los síntomas típicos recogidos en los sistemas de clasificación), sino a comportamientos extremos, tales como las conductas autolíticas o de suicidio. Sanislow y Mc-Glashan (1998) señalan a propósito de este tema que en la mayor parte de los tratamientos para los TTPP, incluida la terapia dialéctica para el TP límite, se consigue cambiar tan sólo algunos de los aspectos más graves de cada caso, pero no tanto las conductas definitorias del trastorno. En todo caso, la terapia dialéctica cuenta todavía

con otro trabajo en el que Shearin y Linehan (1992) presentan datos de dos estudios empíricos, uno de ellos con 44 sujetos y otro con 19, en los que se compara la eficacia del tratamiento mediante terapia dialéctica más terapia de aceptación y compromiso con la terapia de aceptación y compromiso por sí sola. El resultado es que la terapia dialéctica añadida a la terapia de aceptación y compromiso produce más mejoría que la terapia de aceptación y compromiso, sobre todo en los comportamientos problemáticos relativos al suicidio.

Este trabajo no cambia las conclusiones anteriores, pues siguen estando presentes tanto la limitación de un solo grupo de investigadores (Linehan y sus diversos colaboradores) como la referida al cambio de las conductas más problemáticas en vez de las más representativas. Además, hay otras dos publicaciones en las que se ofrecen informes del proceso de tratamiento clínico de una muestra no muy amplia de casos. Shearin y Linehan (1992) informan de 4 casos clínicos (sin ningún tipo de comparación) tratados con terapia dialéctica, y afirman que mejoran notablemente los comportamientos problemáticos (de nuevo, intentos de suicidio, autolisis, petición de asistencia médica, etc.). Por su parte, otros investigadores, Simpson et al. (1998), ofrecen un informe «anecdótico» (igualmente sin grupo de comparación) del proceso de 12 casos clínicos hospitalizados que mejoran en sus conductas de tipo límite mediante una terapia dialéctica tanto individual como en grupo – este último aspecto, tratamiento individual o en grupo, es una novedad de estos autores, pues en el resto de estudios capitaneados por Linehan la terapia dialéctica siempre se aplicaba de manera individual.

Como es obvio, estos informes (al no ser una muestra amplia y al no haber grupos de control o de comparación) no cumplen el segundo criterio de «eficacia bien establecida», respetando a duras penas el cuarto criterio de «eficacia probable», puesto que en estos dos informes simplemente se informa del proceso de diversos casos sometidos a la terapia dialéctica en los que no se aplica la metodología experimental y controlada propia de los buenos diseños de caso único. En definitiva, con todos estos avales, hoy por hoy, la terapia cognitivo-conductual dialéctica llega tan sólo a ser una terapia de «eficacia probable» del TP límite.

Por su parte, a pesar de contar con muy pocos datos publicados, la tradición más ortodoxa de la terapia de conducta también podría considerarse como «tratamiento psicológico

probablemente eficaz» del TP límite, pues cumple el criterio referido a la existencia de una muestra reducida de buenos diseños de caso único.

3. MÉTODO

3.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo con metodología cualitativa que se aplica a un caso único.

Diseño caso único.

3.2 Técnicas aplicadas

Las técnicas aplicadas fueron:

3.2.1.- Observación participante de:

- Reuniones de supervisión de equipo.
- Grupos de habilidades sociales para pacientes con desregulación emocional y patologías graves
- Talleres de psicoeducación para familiares y allegados

3.2.2.- Análisis de documentos:

- Historia clínica
- Registros de sintomatología

3.2.3.- Entrevistas:

- Psicólogo tratante
- Paciente

3.3 Presentación del caso

3.3.1 Biografía

PML tiene 26 años. Su padre tiene 62 años y su madre 65, tiene una sola hermana de 28 años con quien tiene una buena relación.

Su sintomatología empezó en el tercer año de secundario, su relación con las personas cambió sin explicación. Empezó a evitar a las personas para evitar que la importunen, se volvió sumamente dependiente de una amiga.

Le surge el miedo a andar sola en la calle y una intensa vergüenza a relacionarse con los demás.

Inicia tratamiento psicológico y lo mantiene hasta quinto año en donde se sintió ligeramente mejor y lo dejó.

Al año siguiente empieza la carrera de derecho con el fin de poder hacer justicia frente a los demás y defenderse de los supuestos ataques de sus compañeros durante el secundario.

Su vida universitaria se vio perturbada por su intensa preocupación por la ropa, imagen, exposición frente a personas, profesores. A la mitad de la cursada, dejó la facultad y volvió a tratamiento. Pudo retomar el siguiente cuatrimestre y promocionar las materias.

Continuó con la facultad e inició tercer año donde sus síntomas se fueron haciendo cada vez más intensos, seguía con el tema de la exposición y con el miedo a viajar en colectivo, le surge preocupación por la caída de su cabello, etc.

Se retiró a las pocas clases, se encerró en su casa, y experimentó “depresión bajones” (según refiere).

Inicia tratamiento psicológico y psiquiátrico.

Con el inicio de la medicación que ella se autoadministraba comienza a tomar en exceso para poder dormir.

Empieza con la sobreingesta de pastillas y los atracones muy fuertes (conductas problema). Luego ocurre su primera internación en el hospital por 20 días por una sobreingesta de pastillas. Sigue en hospital de día, no llegó a asistir un mes porque afirma que no le hace bien.

En el período posterior siguió tratamiento psicoanalítico con un psicólogo y pasó por varios psiquiatras.

Luego pasó por dos internaciones más también por sobreingesta de pastillas. En una de ellas la experiencia fue muy fuerte por lo que no quiere dar detalles.

Finalmente y hasta la actualidad en la que se mantiene contacto tanto con ella como con su terapeuta no ha requerido de internación alguna.

Cabe resaltar que la paciente refiere una baja autoestima y que su conducta problema del atracón contribuye a sostenerla. Este trastorno aparece en el DSM-IV como un criterio diagnóstico que requiere de estudio posterior.

Según Safer, Telch y Chen (2009), los pacientes con trastorno por atracón están más predispuestos a tener sobrepeso o a estar cerca de la obesidad. Los atracones se dan como respuesta a los estados de ánimo negativos y situaciones percibidas como muy estresantes y a su vez a un déficit en la habilidad para regular sus emociones. En resumen, los atracones se dan como resultado de la dificultad en identificar y que los estados emocionales tengan una causa, junto con el acceso limitado las estrategias emocionales reguladas, y los efectos del género, restricción de la comida y la sobrevaluación del peso y la forma.

3.3.2 Conceptualización del caso según el modelo DBT al inicio del tratamiento.

Paciente: PML

Etapa del tratamiento (Problemas que son tratados en terapia)

Etapa 1

1. Historia de crisis suicidas, actos parasuicidas, ideación suicida y creencias suicidas.
 - a) Año 1 sobreingesta de pastillas requirió lavaje de estómago.
 - b) Años 2 tres episodios más similares con sobreingesta de pastillas e internación.

2. Conductas que interfieren con el tratamiento de la terapia:
 - a) Vive lejos y sólo puede movilizarse en Remisse lo que hace muy costoso el tratamiento. b) En un inicio no llamaba ni pedía ayuda cuando estaba a punto de realizar una conducta problema (ni después) c) Sus padres y familia acceden a todas sus demandas por el gran desconocimiento que tienen del tema (esto cambió cuando empezaron a asistir al taller psicoeducativo para familiares y allegados).

3. Conductas que interfieren con la calidad de vida:

Grandes atracones de comida en una frecuencia aproximada de cuatro veces por semana, sola en su habitación y sin que nadie la vea comer. Fuma con mucha frecuencia, un atado y medio por día.

Teoría biosocial (encuadra las hipótesis sobre cuáles son las variables centrales para el desarrollo y mantenimiento de las conductas problema)

1. Desregulación emocional: Cada vez que nota sensible a otra persona, ante la mirada de alguien se incomoda, mucha nostalgia frente al pasado. Por momentos siente que quiere mejorar y ser mejor y por momentos nada le importa.
2. Pensamientos: En momentos de crisis piensa todo como una “porquería”, se

piensa patética, piensa que no hace absolutamente nada bien y que tiene 25 años.

Emoción: Angustia

Piensa que salir a la calle le da miedo y que por eso es inútil.

Emoción: Enojo

Piensa en que es menos, piensa sólo en dormir para huir y ni para eso sirve porque tiene insomnio.

Emoción: Tristeza

Teoría Conductual (sugieren métodos de análisis en cadena y métodos de cambio).

1. Falta de habilidades (entrenar en habilidades): PML poseía al iniciar el tratamiento un desconocimiento casi total de sus propias vulnerabilidades, ello incluía tanto identificar qué cosas en el ambiente o en otras situaciones y qué cosas o condiciones en su vida interior la hacían vulnerable y cómo se estaba sintiendo a causa de esa vulnerabilidad. Poder analizar qué se presentó como antecedente del evento provocador. Luego qué pensaba, qué sentía, qué suponía en el momento en que el evento provocador ocurrió y por qué ocurrió el comportamiento impulsivo y cuáles fueron las consecuencias que éste trajo consigo.
En otras palabras, la paciente tenía una incapacidad para poder realizar un adecuado análisis en cadena y por lo tanto poder evitar en un futuro comportamientos impulsivos que la lleven a cometer conductas problema.
2. Refuerzos inadecuados (reforzar adecuadamente): Tanto ella como sus familiares antes de asistir al taller desvalorizaban cualquier conducta proveniente de ella sea positiva y negativa y la paciente no había aprendido a valorar pequeñas cosas o avances que tenía.
3. Respuestas emocionales (manejo de activación, exposición): PML tenía una incapacidad para nombrar sus emociones y aprender a conocerlas, de tal manera que pudiese emplear una habilidad al momento de la activación.
4. Creencias desadaptativas (modificación cognitiva): Sus creencias acerca de ella misma distaban enormemente de la realidad.

Dilemas dialécticos (sugieren conductas problema secundarias relacionadas funcionalmente con las conductas problema principales y con las dificultades para cambiarlas)

1. Vulnerabilidad emocional / Auto invalidación: PML se sentía muy vulnerable emocionalmente y autoinvalidaba sus emociones y su persona. Sin conocer que la validación disminuía sus niveles de activación emocional.
2. Pasividad activa / Competencia intermitente: Esta dialéctica tiene que ver con el afrontamiento y se refiere a que el paciente pueda aprender a solucionar los problemas pasivamente en el sentido de sin ayuda. PML solía involucrar y demandar a su familia y al terapeuta permanentemente cuando sentía una desregulación de sus emociones. Requería un aprendizaje de cómo resolver pasivamente por sí misma sus crisis. El término de competencia intermitente hace referencia a que como en este caso las pacientes TLP aparentan ser más hábiles, capaces y eficaces de lo que son en realidad para algunos aspectos de su vida. Debido a la inestabilidad emocional PML podía responder eficazmente a ciertas situaciones o desafíos en algunos momentos y en otros no, lo que generaba mucha confusión a quienes la rodeaban, ya que ellos no estaban al corriente de la emoción que en ese momento afectaba su performance.
3. Crisis implacables / Duelo inhibido: Las conductas desadaptativas en el caso de PML eran una respuesta a las crisis presentadas como parte del diagnóstico. PML experimentaba un patrón de frecuentes reacciones impredecibles que generaban un intenso malestar. A veces estas crisis se originaban por el propio estilo disfuncional de la paciente y en otras ocasiones por situaciones del contexto social o espontáneamente.
 Estas respuestas tan intensas pueden provenir de la gran tendencia que tiene este tipo de personalidad a controlar, inhibir o evitar excesivamente aquellas emociones que los inundan y que derivan de pérdidas o frustraciones. Aún cuando aparentan haber sobrevivido frente a un duelo pueden aparecer más tarde y en otros contextos respuestas de tristeza, enojo, culpa, vergüenza, ansiedad y pánico como en el caso de PML.

Recursos

Recursos intrapersonales: Gran capacidad intelectual para aprender nuevos conceptos, historial de excelente desempeño académico en la escuela y en los años en que estuvo en la universidad.

Recursos interpersonales: Persona muy agradable en el trato, gran historial de amistades en la infancia, alguna que otra relación de pareja efímera. Muy buena relación con su hermana y padres. Muy asequible con las compañeras del grupo de habilidades y con el terapeuta.

3.3.3 Criterios diagnósticos

Eje I: 305.1 Dependencia de nicotina.

307.50 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado. (Trastorno compulsivo: Trastorno por atracón).

Eje II: 301.83 Trastorno Límite de la personalidad

Eje III: Sin diagnóstico

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo y ambiente social.

Eje V: EAAG: 41 Síntomas graves, alteración grave de la actividad social, laboral y el resto de áreas.

3.3.4 Tratamiento

El programa de tratamiento aplicado en este caso fue la DBT estándar (Linehan, 1993). Este programa como se ha referido consiste en una combinación de intervenciones individuales y grupales durante un año de tratamiento.

En correspondencia al programa se asistió a sesiones de psicoterapia individual en el primer mes dos veces por semana y en los meses posteriores una vez por semana. El entrenamiento en habilidades de grupo consistió en un programa de 24 sesiones cuya duración fue de seis meses. Al término del mismo se convino que asista al siguiente grupo como alumna libre y cada vez que requiera reforzar las habilidades aprendidas. Asimismo se llevaron a cabo las consultas telefónicas entre sesiones en momentos en que se requirió

con el objetivo de generalizar las habilidades y de poner en práctica las tareas. Sus padres asistieron al programa psicoeducativo para familiares y allegados de personas con TLP. Finalmente, existieron reuniones semanales del equipo en las que supervisó favorablemente el caso.

A continuación se detallará como se aplicó el programa y cuáles fueron los focos de atención:

Terapia individual

La terapia individual consistió en dos sesiones durante el primer mes y una sesión durante los meses subsiguientes de 60 a 90 minutos por semana con un terapeuta especializado en trastorno límite de la personalidad con formación en DBT (Nueva York) y con conocimientos de los trastornos alimentarios dado que la paciente presentaba atracones con frecuencia.

El tratamiento individual se trazó los siguientes objetivos:

1. Reducción de las conductas suicidas y parasuicidas: Crisis de conductas suicidas, actos parasuicidas, imágenes e impulsos suicidas intrusivos, ideación, expectativas suicidas. En este caso particular, la sobreingesta de pastillas, mala administración de la misma y la constante ideación.
2. Reducción de las conductas que interfieren en la terapia: Conductas que interfieren con el hecho de recibir terapia (no asistencia, no colaboración en la sesión, falta de compromiso y de cumplimiento de tareas). Asimismo las conductas que interfieren con otros pacientes en el grupo y aquellas que desgastan al terapeuta. En este caso, la dificultad de llegar por lo costoso del transporte, la inhabilidad para pedir ayuda telefónica al terapeuta y la intensa demanda de sus padres y familiares.
3. Reducción de las conductas que interfieran en la calidad de vida del paciente: En este apartado se incluye todo lo que tiene que ver con el abuso de sustancias, conductas de alto riesgo u otros trastornos del eje I.

En este caso abuso de tabaco y trastorno por atracón.

Así la sintomatología del trastorno alimentario se trataría como un problema que interfiere en la calidad de vida de la paciente. El procedimiento consistió en realizar

análisis funcionales de las conductas alimentarias disfuncionales, comprender qué factores mantienen estas conductas e introducir y aprender técnicas para disminuirlas. Este mismo procedimiento se empleó para el abuso del tabaco.

4. Entrenamiento y práctica de estrategias básicas del tratamiento: Constituidas por estrategias como solución de problemas, manejo de contingencias, reestructuración cognitiva y exposición, entre otras.

Estos objetivos han sido colocados siguiendo una jerarquía. El punto uno es el más importante a intervenir en primera instancia y sucesivamente se irán trabajando los siguientes objetivos. Por tanto, los objetivos terapéuticos específicos para cada paciente se organizan en función de esa jerarquía de prioridades.

Las principales estrategias empleadas en el tratamiento individual a fin de disminuir las conductas disfuncionales, incluidas las alimentarias, fueron: revisar el registro diario DBT en cada sesión, análisis conductual de la situación asociada a los objetivos del tratamiento, resolución de problemas: entrenamiento y aplicación de técnicas cognitivo-comportamentales y habilidades aprendidas en terapia grupal, tareas dirigidas para el hogar a fin de poner en práctica las técnicas aprendidas en terapia. También se incluyeron consultas telefónicas entre sesiones cuando era necesario, para poner en práctica las habilidades aprendidas.

Antes de delimitar las metas y objetivos antes expuestos, en la etapa de pre-tratamiento se realizó un análisis de las principales áreas de funcionamiento afectadas en la paciente. La principal fuente de malestar era la inestabilidad afectiva y las constantes e intensas emociones desreguladas que percibía la paciente como tristeza, rabia, odio, ansiedad y culpa y que a su vez causaba la desregulación en diferentes áreas como la identidad (sentimientos crónicos de vacío, indefensión aprendida); el área cognitiva con pensamientos de inutilidad “soy una porquería”, “no sirvo para nada” y de muy baja autoestima; así como también lo conductual con una impulsividad extrema para darse atracones, fumar en exceso y auto y sobremedicarse. En el plano interpersonal la paciente experimentaba un círculo de amigos muy reducido o nulo, relaciones de pareja efímeras y poco estables y un inmenso miedo al rechazo social.

Se confeccionó un archivo donde se colocaron las hojas de registro diario de DBT que sirvió de base para el contenido de las sesiones individuales. La paciente llenaba el

contenido durante la semana. En caso de no hacerlo, se le permitía completarlo al inicio de la sesión. Se iniciaba el trabajo a partir del punto que había sido más problemático durante la semana y de manera consistente con la jerarquía de los objetivos terapéuticos. Se hacía un análisis funcional del mismo relacionándolo con el patrón límite de funcionamiento y a partir de allí se iniciaba el abordaje.

Una de las estrategias utilizadas para reducir estas conductas fue la realización del análisis conductual (con la ayuda de la paciente) de una situación específica donde se produce una conducta desadaptativa de regulación del afecto. Según Linehan, para reducir estas conductas es importante relacionar situaciones específicas de la paciente con su patrón general de funcionamiento.

A manera de ejemplo y para graficar de mejor manera cómo funciona el proceso se puede observar que la paciente dormía por lo general toda la mañana y cuando se levantaba no había nadie en casa pues todos habían iniciado sus actividades diarias. Entonces ante esta situación le surgía el pensamiento de que no tenía nada que hacer, que todos tenían sus actividades y que ella era una inútil. Estos pensamientos provocaban una emoción de aburrimiento o vacío que la paciente refiere como una sensación intensa y desagradable que le resultaba poco tolerable. A fin de poder lidiar con este malestar, ella elegía dos caminos ya sea salir a comprarse mucha comida y darse un atracón a solas en su habitación o tomar pastillas en exceso para dormir. Sin lugar a dudas, la conducta funciona como un escape al malestar emocional que funciona sólo en el corto tiempo, ya que posterior a ello siente mucha culpa y su malestar aumenta, encontrándonos con un callejón sin salida.

Con el análisis de situaciones como esta, la paciente fue adquiriendo conciencia de qué era lo que la hacía incurrir en las conductas problema. Así se trabaja en el origen y no en la consecuencia. Ella descubrió y entendió que lo que le hacía falta era aprender a regular las emociones y poder sustituir las conductas problema por otras que fueran más adaptativas. Para este aprendizaje se utilizaron técnicas de modificación de conducta, solución de problemas y sobre todo las habilidades que fue aprendiendo en la terapia grupal.

Terapia Grupal:

La terapia grupal de entrenamiento en habilidades tiene una frecuencia de una vez por semana durante 24 semanas y con una duración de dos horas y media y 15 minutos de

pausa. Las sesiones eran dirigidas por dos terapeutas y un observador participante que en este caso fue la autora del presente escrito. El número de participantes promedio es de 8 participantes.

El programa de tratamiento grupal consistió en un entrenamiento en habilidades en formato grupal cuyas metas principales fueron la reducción de los desequilibrios tanto interpersonales, emocionales como cognitivos y disminuir las alteraciones en la identidad.

El formato constaba de cuatro módulos y una clase introductoria para delimitar los objetivos.

Los módulos son: atención plena o mindfulness, regulación emocional, tolerancia al malestar y eficacia interpersonal.

Las habilidades que se lograron incrementar en PML a partir de este formato fueron:

- a) Habilidades de conciencia plena: tratar de encontrar una mente sabia que sea capaz de observar (aumentar la conciencia de lo que sucede en cada momento, observar sin quedarse atrapado en la experiencia, dejar que las vivencias, sentimientos y pensamientos entren y salgan de la mente sin ponerle trabas, guiar la atención como si fuese una linterna observando una sola cosa a la vez y que ello sea lo que a uno le funciona); de describir (ponerle palabras a la experiencia, cuando un sentimiento o pensamiento sobreviene hay que reconocerlo y nombrarlo, así también con lo que uno hace); y participando (hacer lo que sea necesario en cada situación, integrar la observación y la descripción del presente y entrar activamente a la situación, dejar de rumiar).

Todo ello se logra no emitiendo juicios, haciendo una sola cosa a la vez y siendo efectivo, es decir centrándose en lo que funciona.

- b) Habilidades de regulación emocional: tratar de reducir la vulnerabilidad. Existen cuatro emociones básicas negativas que son vergüenza, miedo, tristeza, enojo y tres emociones básicas positivas que son alegría, amor e interés. Todos nacemos con el potencial o la preparación psicológica necesaria para experimentarlas. De estas emociones primarias se derivan las emociones complejas que son fruto de la combinación de emociones básicas, o de emociones básicas y pensamientos como

en el caso de la desesperación que es la combinación de la tristeza y la idea de que esto será así por largo tiempo. Estamos entonces en la capacidad de:

- Entender la experiencia emocional (identificar y entender qué utilidad tienen las emociones)
- Reducir la vulnerabilidad emocional (disminuir la vulnerabilidad negativa a la mente emocional y aumentar las emociones positivas).
- Disminuir el sufrimiento emocional (dejar pasar las emociones dolorosas por medio de las habilidades de conciencia plena y cambiar las emociones dolorosas a través de la acción opuesta).

c) Tolerancia al malestar y cómo sobrevivir a una crisis:

Una crisis según es una situación estresante o traumática, en el corto plazo y que uno quiere resolver en el acto. A través de esta habilidad se busca resolver el problema si es posible y en caso de no ser posible, sobrevivir.

Las habilidades para tolerar sucesos y emociones dolorosas cuando no puedes mejorar la situación son las siguientes:

- Distraerse con estrategias de la mente sabia. Ello incluye actividades (tareas que ayudan a distraerse), contribuciones o ayuda (hacer algo por alguien más), comparaciones (compararse con uno mismo en otra situación o con alguien más), emociones (recordar un evento que genere una emoción distinta), tirar afuera (poner el sufrimiento en una repisa), pensamientos (contar, leer, armar rompecabezas) y sustituir la sensación (apretar hielo con la mano, apretar una pelota, realizar una caminata enérgica).
- Calmar los cinco sentidos: visión (mirar algo hermoso), oído (escuchar música que ayude a cambiar la emoción, sonidos de la naturaleza), tacto (tocar una frazada, bañarse, acariciar una mascota), gusto (beber una bebida relajante, probar distintos sabores) y olfato (usar un perfume o loción preferida, encender una vela perfumada).
- Mejorar el momento: con una sola cosa a la vez (poner la mente en el presente, enfocar toda la atención en lo que uno está haciendo), con significado (encontrar e inventar algún propósito, significa o valor en el dolor, recordar, escuchar o leer

sobre valores espirituales), con aliento (darse ánimo, repetirse una y otra vez: “puedo superarlo”, “estoy haciendo las cosas lo mejor que puedo”), con relajación (relajar los músculos, escuchar una grabación de relajación, hacer ejercicios enérgicos), con lugar seguro (imaginar una habitación secreta dentro tuyo entrar en ella y sentirse seguro), hace un alto (buscar el momento para tomarse vacaciones, meterse en la cama y cubrirse la cabeza durante 20 minutos, prepararse algo para uno mismo y darse el gusto, disfrutar del nada que hacer), y que todo ello se haga con sabiduría (abriendo el corazón a un ser supremo, a una sabiduría superior, a Dios, a tu propia mente sabia).

- Pensar en los pros y contras: hacer una lista de los pros y contras de tolerar el malestar y una lista de pros y contras de no tolerar el malestar. Hay que centrarse en los objetivos a largo plazo y recordar las ocasiones en las que el dolor ha finalizado.

d) Efectividad interpersonal:

- Efectividad en las metas (conseguir las propias metas en una situación)
- Efectividad en las relaciones (conseguir o mantener una buena relación con los demás)
- Efectividad en el auto-respeto (mantener o mejorar el auto-respeto y el agrado por uno mismo)

e) Transitar el Sendero Medio o el camino del medio: Comprender que en el medio de la aceptación (validar) y el cambio (conducta) existe la combinación entre aceptación y cambio que es el camino del medio donde tiene lugar la dialéctica. La dialéctica nos enseña a que siempre hay más de una manera de ver una situación y más de una manera de resolver un problema y que es sumamente importante no ver el mundo en términos de “todo o nada” o de “blanco y negro”. La validación comunica a la persona que sus sentimientos, pensamientos y acciones tienen sentido y son entendibles para uno en una situación particular. La autovalidación involucra a los propios pensamientos, sentimientos y acciones como aceptables en una situación dada. Hay que recordar que la validación no es acuerdo. Por otro lado, el

cambio viene dado porque a través del uso de la conducta se pueden aprender una serie de estrategias o principios utilizados para incrementar las conductas que son favorables y se quieren preservar y las que no.

Consultas telefónicas

La asistencia telefónica ayudó a PML a entrenarse en cómo pedir y conseguir ayuda. Es una manera de que ella experimente de una manera vivencial cómo utilizar medios adaptativos de pedido de ayuda.

PML cumplió con los criterios establecidos e hizo un adecuado uso de este modo DBT de tratamiento. Llamó únicamente en períodos de crisis según refiere el terapeuta y cuando requirió de ayuda para poder emplear las habilidades aprendidas. En los primeros meses de tratamiento el terapeuta recibía un promedio de 6 llamadas por mes, lo cual ha ido en descenso y en este último mes se ha presentado sólo 1 llamada telefónica.

Durante este tipo de intervenciones se dejó en claro que el objetivo no está puesto en la resolución del problema sino en que la paciente se mantenga bien, pueda llegar sin problema a la siguiente sesión y sea capaz de superar la crisis sin llevar a cabo la conducta problema.

Reuniones de supervisión con el equipo

El terapeuta de PML fue sometiendo a consulta ciertos aspectos del tratamiento de PML, también sirvieron estas reuniones para la unión de criterios en el plano psicológico y psiquiátrico ya que en la actualidad PML se atiende psiquiátricamente también.

Tratamientos auxiliares (Taller de psicoeducación para familiares y allegados)

Además del apoyo psicofarmacológico que recibió PML durante el tratamiento, fue de gran ayuda la asistencia de sus padres al taller de psicoeducación de familiares y allegados .

La autora del presente escrito tuvo la oportunidad de observar el cambio en la percepción del trastorno y por ende de actitud hacia la paciente que tuvieron los padres de PML.

Los aspectos principales trabajados en la psicoeducación fueron la definición y significado de cada uno de los criterios del trastorno, origen, pronóstico, tratamiento, prevalencia, entre otros. Y también aspectos internos de las pacientes, sensaciones, testimonios de personas

diagnósticadas y testimonios de familiares. Finalmente, se les enseñan ciertas habilidades que pueden desarrollar para manejar de mejor manera las situaciones conflictivas que se les presenten.

Fue bastante grato observar cómo a través de cada reunión los padres de PML iban disminuyendo su ansiedad respecto del tema y tomando el diagnóstico de su hija con una mayor naturalidad y menor carga. Para ellos fue de inmensa ayuda poder compartir con otros padres que pasaran por situaciones similares y recibir una guía profesional en el tema. PML contó durante las sesiones grupales el cambio de actitud de sus padres y lo favorable que habían sido estas reuniones para ellos y para la relación familiar.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

Como se explicó anteriormente, el tratamiento basado en la teoría del DBT del caso PML, tenía como objetivos principales:

- Reducción de las conductas suicidas y parasuicidas
- Reducción de las conductas que interfieren en la terapia.
- Reducción de las conductas que interfieran en la calidad de vida del paciente:
- Entrenamiento y práctica de estrategias básicas del tratamiento.

Para lo cual se aplicaron los cuatro modos de DBT y el tratamiento auxiliar que fueron: terapia individual, terapia grupal, asistencia telefónica, reuniones de supervisión del equipo y tratamientos auxiliares como el psicofarmacológico y el taller de familiares y allegados.

Los resultados a los que se pueden arribar a partir de la observación participante de las actividades antes expuestas y a las entrevistas con el terapeuta y paciente son que, las

conductas problema en las que incurría la paciente al inicio del tratamiento, disminuyeron favorablemente.

En lo que se refiere a la sintomatología, la paciente afirmó que se sentía más tranquila en su día a día, en la relación con su familia y en su funcionamiento social. Ella aceptó y conoció su diagnóstico y aprendió a manejarse ante situaciones consideradas críticas para ella utilizando las habilidades aprendidas en la terapia grupal e individual.

Sus pensamientos disfuncionales disminuyeron porque pudo registrar y nombrar sus emociones y sentirse validada tanto por sí misma como por el terapeuta y sus familiares. Así mismo fue de inmensa ayuda sentirse identificada con sus compañeras del grupo de habilidades quienes comparten el mismo diagnóstico y de esa manera no sentirse sola, según refirió la paciente.

Los cambios principales según los registros que refiere el propio terapeuta fueron:

	Enero – Julio	Agosto – Diciembre
Internaciones	2	0
Sobreingestas regulares de pastillas	6	1
Atracones	4 veces por semana	2 veces por mes

En la última entrevista, PML relató sentirse más cómoda con su vida, haber iniciado estudios de diseños de moda en una escuela no oficial, estar más integrada con su familia e iniciar un círculo social más estable. Esto último fue posible a partir de las amistadas formadas dentro de la institución.

El miedo a salir a la calle y a establecer nuevas amistades ha disminuido y dice sentirse más segura. Ha logrado tomar colectivos en compañía de otras personas aunque aún no puede hacerlo sola.

De los registros tomados durante la observación participante de las sesiones de grupo se han observado mejorías en la paciente a nivel de vestimenta, cuidado físico, seguridad al hablar, estado de ánimo durante las sesiones y niveles de participación en las tareas encomendadas.

4.2 Discusión

El objetivo principal del presente trabajo es ofrecer datos de la eficacia de la DBT después de un año de tratamiento utilizando la metodología del estudio de caso de una paciente con trastorno límite de la personalidad.

Los datos indican que la DBT ha resultado eficaz en términos generales ya que se ha producido una disminución en la sintomatología más grave. En concreto lo que tiene que ver con la impulsividad patológica y dañina y con la ocurrencia de las conductas problema.

Una de las dificultades presentadas fue la incapacidad para medir con exactitud la mejoría en los criterios del DSM-IV ya que al tratarse de un trastorno de personalidad muestra patrones rígidos que favorecen la cronicidad del trastorno.

A pesar de que los resultados parecen prometedores y consistentes con los trabajos de eficacia antes expuestos, existieron ciertas limitaciones en el presente estudio.

Se presentaron las dificultades de no tener pruebas cuantitativas para evaluar el grado de mejoría de la paciente aunque cualitativamente pudieron ser observadas.

La metodología utilizada fue una metodología de estudio de caso y si bien tiene sus ventajas puesto que se profundiza bastante en una visión integral de la paciente, las conclusiones que se obtienen a través de esta metodología son limitadas. Las medidas de bienestar, mejoría y avances han sido brindadas por el terapeuta, la paciente, los padres, las observaciones y los registros diarios de DBT pero no por test psicológicos validados científicamente. No obstante esto, la sensación de mejoría es inminente y tanto la paciente como sus terapeutas y allegados lo confirman.

El método empleado y la visión de 360 grados ha permitido confirmar la mejoría de la paciente puesto que las personas con TLP suelen tener una visión distorsionada de sí mismas y en algún caso disminuir sus logros.

Finalmente, se puede decir que los resultados confirman la eficacia de la DBT en un trastorno tan difícil de abordar como es el TLP con una comorbilidad con un trastorno de la conducta alimentario y específicamente en un ámbito que es la ocurrencia de conductas problema; así como también para mejorar la funcionalidad de la paciente. Así mismo, contempla el bienestar del terapeuta y de los familiares.

La herramienta fundamental de este método son el conjunto de habilidades que les permiten a las pacientes subsistir frente a las crisis inminentes.

5. CONCLUSIÓN

Como conclusión del presente documento se puede afirmar que el Trastorno Límite de la Personalidad ya no debe ser tratado como una patología poco tratable e inmejorable. A partir de modelos como éste tan amigables para el terapeuta y los pacientes se vislumbra un futuro prometedor y optimista.

Los profesionales ya no deben temer ni derivar incansablemente a los pacientes que se encuadran en este diagnóstico.

Con herramientas como éstas, el terapeuta puede ver resultados favorables y mejorías en sus pacientes, lo que representará una mayor motivación y fuerza en la constitución de la alianza terapéutica.

Por otro lado, los pacientes TLP finalmente cuentan con un modelo que calza a la medida justa con sus problemas y que cree en ellos. De esta manera, se abren puertas para que por fin la cronicidad de este trastorno no interfiera ni con el derecho que tienen a un tratamiento que les genere bienestar y mejorías ni con su tentativa a una vida digna y que merezca la pena ser vivida.

En el plano personal ha representado una experiencia única, un aprendizaje ilimitado y una apertura muy particular a contemplar la posibilidad de atender en el consultorio privado este diagnóstico sin mayores temores ni rechazos. Me quedo con una sensación bastante grata de lo observado y con una gran esperanza para la mejoría sostenible en el tiempo de este tipo de pacientes.

6. BIBLIOGRAFÍA

American psychiatric association (1987). DSM-III Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

American psychiatric association (1992). DSM- III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

American psychiatric association (1995). DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

- American psychiatric association (2002). DSM-IV-TR Brevario. Barcelona: Masson.
- Beck, A., Freeman, A., Davis, D., Pretzer, J., Fleming, B. & Arntz, A. (2004). Cognitive therapy of personality disorders. New York: The Guilford Press.
- Beutler Larry E. (2000), Empirically Based Decision Making in Clinical Practice. *Prevention & Treatment*, 3, 27.
- Davidson, K. M. & Tyer, P. (1996). Cognitive therapy for antisocial and borderline personality disorders: Single case studies series. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 413-429.
- Leiderman, E.A., Buchovsky, S., Jiménez, M., Nemirovsky, M., Pavlovsky, F., Giordano, S. & Lipovetzky, F. (2004). Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Borderline de la personalidad: Una encuesta a profesionales. *Vertex*, 15, 58.
- Gagliesi, P. (2005) Terapia Dialéctico Conductual en el tratamiento del Desorden Límite de personalidad. Foro DBT. Artículo no publicado.
- Gagliesi, P. & Lencioni, G. (2005) Asistencia Telefónica: una aproximación desde el DBT con pacientes borderlines. Artículo no publicado.
- Gagliesi, P. (2009) Terapia conductual dialéctica para consultantes con desorden límite de la personalidad. En Kikdibsky, Néstor M.S. (2009). *Trastornos de Personalidad aspectos generales para su tratamiento.* (pp.102-103) Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Grinker, R., Werble, B., & Drye, R. (1968). The borderline síndrome: A behavioral study of ego functions. New York: Basic Books.

- Gunderson, J.G. (1994) Building the structure for the borderline construct. *Acta Psychiatry Scand.*
- Gunderson, J.G. (1996) The borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *American Journal of Psychiatry*, 153, 752-758.
- Gunderson, J.G. (2002) Trastorno límite de la personalidad guía clínica. 3, 61 Barcelona: Ars Médica.
- Gunderson, J.G. (2002) Trastorno límite de la personalidad guía clínica. Ars Médica.
- Gunderson, J.G, Kolb, J. & Austin, Y. (1981). Discriminating features of borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 138, 896-903.
- Gunderson, J.G. & Singer, M. (1975). Defining borderline patients: An overview. *Am J Psychiatry*, 132, 1-10.
- Heard, H. L. & Linehan, M. (1993). Problems of self and borderline personality disorder: A dialectical behavioral analysis. New York: Guilford Press. Citado en: Linehan, M. (2003) Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Buenos Aires: Paidós.
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Am J Psychiatry*, 15, 641-685.
- Knight, R. P. (1954). Management and psychotherapy of the borderline schizophrenic patient. New York: International Universities Press.
- Linehan, M. (1987). Dialectical behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders*, 1, 328-333.

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

Linehan, M. (2003) *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. 1,22 Buenos Aires: Paidós.

McGlashen, T.H. (1987). Borderline personality disorder and unipolar affective disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 467-473. Citado en: Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorders*. New York: The Guilford Press.

Moonshine, C. (2008). *Acquiring competency and achieving proficiency with dialectical behaviour therapy*. Wisconsin: Pesi.

Organización mundial de la salud (1992). CIE-10 [Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud](#). Madrid: Meditor.

Paris, J. (1993). The treatment of borderline personality disorder in light of the research on its long term outcome. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38 (Suppl.1), S28-S34.

Quiroga, R. & Errasti, J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 3, 393-406.

Safer, D., Telch, C. & Chen, E. (2009). *Dialectical behaviour therapy for binge eating and bulimia*. New York: The Guilford Press.

Sanislow, C. & McGlashan, T. (1998) Treatment outcome of personality disorders. *Can J Psychiatry*, 43, 37-50.

- Shearin, E. N. & Linehan, M. M. (1992). Patient-therapist ratings and relationship to progress in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 23, 730-741.
- Simpson, E., Pistorello, J., Begin, A., Costello, E., Levinson, J., Mulberry, S., Pearlstein, T., Rosen, K., & Stevens, M. (1998). Use of dialectical behavior therapy in a partial hospital program for women with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv*, 49, 669-673.
- Turner, R.M. (1989) Case study evaluations of a bio-cognitive-behavioral approach for the treatment of borderline personality disorder. *Behaviour Therapy*, 20, 477-489.
- Waltz, J. & Linehan, M.M. (1999). Functional analysis of borderline behavioral criterion patterns. Citado en J. Derksen & H. Groen (Eds.), *Treatment of Personality Disorders*. New York: Plenum Press.
- Widiger, T. & Frances, A. (1989). Epidemiology, diagnosis and comorbidity of borderline personality disorder. *Review of Psychiatry*, 8, 8-24. Citado en: Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorders*. New York: The Guilford Press.