

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**TRABAJO DE INTEGRACION FINAL**

**APLICACIÓN del MODELO DBT en un CASO CLÍNICO**

**TUTORA: Lic. Gabriela Ramos Mejía**

**ALUMNO: Mariana Vidal**

Buenos Aires, Argentina, marzo, 2012

**INDICE**

<u>1. INTRODUCCION.....</u>	<u>4</u>
<u>2. OBJETIVOS.....</u>	<u>4</u>
<u>2.1. Objetivo General.....</u>	<u>4</u>
<u>2.2. Objetivos Específicos.....</u>	<u>4</u>
<u>3. MARCO TEORICO.....</u>	<u>4</u>
<u>3.1 Desorden Límite de la Personalidad.....</u>	<u>5</u>
<u>3.1.1. Ideación Suicida.....</u>	<u>6</u>
<u>3.1.2 Depresión.....</u>	<u>7</u>
<u>3.2. Modelo Dialéctico Comportamental (DBT).....</u>	<u>8</u>
<u>3.2.1. Tratamiento.....</u>	<u>9</u>
<u>3.2.2. Estrategias de intervención.....</u>	<u>10</u>
<u>3.2.3. Análisis en cadena.....</u>	<u>10</u>
<u>3.2.4. Couching telefónico.....</u>	<u>12</u>
<u>3.2.5. Exposición.....</u>	<u>12</u>
<u>3.2.6. Modificación cognitiva.....</u>	<u>12</u>
<u>3.2.7. Habilidades.....</u>	<u>12</u>
<u>4. METODOLOGIA.....</u>	<u>14</u>
<u>4.1 Tipo de estudio.....</u>	<u>14</u>
<u>4.3 Instrumentos.....</u>	<u>15</u>
<u>4.4. Procedimiento.....</u>	<u>15</u>
<u>5. DESARROLLO.....</u>	<u>15</u>
<u>5.1. Objetivo 1: Intervenciones que realizó el terapeuta individual en situaciones de crisis de la paciente.....</u>	<u>16</u>
<u>5.1.1. Validación.....</u>	<u>16</u>
<u>5.1.2. Resolución de problemas.....</u>	<u>16</u>
<u>5.1.3. Análisis en cadena.....</u>	<u>17</u>
<u>5.1.4. Couching telefónico.....</u>	<u>17</u>
<u>5.1.5. Exposición.....</u>	<u>18</u>
<u>5.1.6 Modificación cognitiva.....</u>	<u>18</u>

<u>5.2. Objetivo 2: Entrenamiento en los talleres de habilidades.....</u>	<u>19</u>
<u>5.2.1. Estructura de la clase.....</u>	<u>19</u>
<u>5.3. Objetivo 3: Cambios producidos por la aplicación del modelo en las conductas ideación suicida y depresión entre Marzo de 2011 y Agosto de 2011.....</u>	<u>21</u>
<u>6. CONCLUSIONES.....</u>	<u>22</u>
<u>7. BIBLIOGRAFIA.....</u>	<u>25</u>

## 1. INTRODUCCION

El siguiente trabajo se basa en la pasantía de la materia Residencia y Habilitación Profesional que se realizó en una fundación terapéutica.

Esta institución, está creada para trabajar con pacientes con diferentes trastornos, entre ellos: Trastorno Límite de la Personalidad, Trastorno Bipolar, Estrés Post traumático, Ansiedad, Depresión, Trastornos de la Alimentación, Abuso de Sustancias, etc.

En la fundación trabajan de manera interdisciplinaria un grupo de psicólogos, psiquiatras y couchers. Tiene una orientación Cognitiva - Conductual, en donde se trabaja tanto con el paciente como con su familia, de forma individual y grupal, utilizando el Modelo Dialéctico Comportamental (DBT) creado por Marsha Linehan, como también el Mindfulness o Conciencia Plena de Joan Kabat Zinn, técnicas que serán explicadas en el desarrollo del presente trabajo.

La pasantía tuvo una duración de 320 horas las cuales se distribuyeron en diferentes actividades: grupo de habilidades de mujeres, grupo de habilidades para familiares, posgrado de DBT, supervisión de clínica, supervisión de DBT, curso de videos con pacientes graves, posgrado en Psicología Cognitiva.

El tema de este trabajo surgió de la observación de la historia clínica de un paciente que tiene un diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), como así también de cuatro entrevistas con su terapeuta individual y la observación participante del grupo de habilidades al cual la paciente asistía.

## 2. OBJETIVOS.

### 2.1. *Objetivo General*

- Describir la aplicación del Modelo Dialéctico Comportamental (DBT) en el tratamiento psicoterapéutico de una paciente con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).

### 2.2. *Objetivos Específicos*

- Describir el tipo de intervenciones que realiza el terapeuta individual en el modelo DBT en situaciones de crisis de la paciente.
- Describir el entrenamiento de habilidades en el modelo DBT que realiza la paciente en forma grupal.
- Describir los cambios producidos por la aplicación del modelo DBT en las conductas problemas ideación suicida y depresión, entre Marzo de 2011 y Agosto de 2011.

## 3. MARCO TEORICO

### 3.1 *Desorden Límite de la Personalidad*

El *Desorden Límite de la Personalidad* es uno de los once trastornos de Personalidad descritos en los manuales diagnósticos (Gagliesi, 2010).

Los criterios para el diagnóstico son, a menudo, diferentes entre especialistas de distintas corrientes psicoterapéuticas trayendo confusión a la hora de pedir información y buscar un tratamiento (Gagliesi, 2010).

El término *Borderline*, fue utilizado por primera vez por Stern en 1938, para referirse a pacientes que no podían ser clasificados claramente en las categorías neuróticas

6

o psicóticas, denominándolos “grupo límite de las neurosis”. Estos pacientes ponían a prueba todos los límites que se intentaban imponer sobre ellos, hasta que finalmente, en 1980 se hizo oficial el término Trastorno Límite de la Personalidad para diagnosticarlos (Gunderson, 2006).

En el núcleo de la patología de este trastorno se encuentra una capacidad gravemente deteriorada para las relaciones y unos patrones de comportamientos desadaptativos, relacionados con la separación real o ficticia (Gunderson, 1984).

Para el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión DSM IV, el *Desorden Límite de la Personalidad*, está caracterizado como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la auto imagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: auto imagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (por ejemplo: gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de auto mutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por ejemplo: episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (por ejemplo: muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Asimismo el TLP se divide en tres tipos:

1. Desregulación emocional (criterios 6 y 8 del DSM-IV)

2. Impulsividad (criterios 4 y 5)

3. Relaciones interpersonales conflictivas (criterios 1, 2 y 6)

Es habitual la comorbilidad con trastornos del Eje 1, siendo los más habituales los trastornos del estado de ánimo (52%), abuso de sustancias (14% a 56%), desórdenes de alimentación (15%) y trastornos de ansiedad (7%) (Zanarini et al., 2004). También se presenta frecuentemente comorbilidad con otros trastornos del Eje 2, siendo los más frecuentes los trastornos de personalidad paranoide, evitativo y dependiente (Zanarini et al., 2004). Esto trae aparejadas dificultades adicionales en el tratamiento, más allá de que la comorbilidad pueda ser sólo aparente, en función de la forma de categorización de DSM vigente (Ruocco, 2005).

Se observa que el TLP supone algún tipo de conflicto entre los profesionales de la salud mental, ya que no existe un acuerdo en cuanto a su clasificación diagnóstica: si pertenece o no a los trastornos de personalidad, a los trastornos de control de impulsos o al espectro bipolar. De igual forma existen varias teorías explicativas acerca de la etiología y mantenimiento del trastorno y, por ende, diversas formas de intervención (Gagliesi & Regalado 2008). El problema es la comorbilidad de estos pacientes (adicciones, control de los impulsos, ideación suicida, depresión, pánico, entre otros) a la hora de crear un tratamiento (Gagliesi, 2010).

Hay estudios que indican que esta población consume hasta el 40 % del total de los recursos de salud mental, ya que se presenta en el 2-3 % de la población y en todas las culturas. Asimismo, las frecuentes conductas autolesivas, suicidas, parasuicidas y consumo de sustancias, implican una baja calidad de vida, así como un elevado riesgo para las personas que sufren este trastorno (Koerner & Dimeff, 2007).

Actualmente hay cuatro modelos de psicoterapia con eficacia basada en la evidencia para su tratamiento:

- Terapia Dialéctica Comportamental (DBT) creada por Marsha Linehan.
- Terapia Focalizada en esquemas de Jeffrey Young.
- Terapia Basada en la Mentalización de Bateman y Fonagy.

- Psicoterapia focalizada en la transferencia de Kernberg.

La terapia dialéctica comportamental sumó al tratamiento cognitivo conductual, otras técnicas como el mindfulness, equilibrio entre cambio y aceptación y los talleres grupales de pacientes y de familiares. La función de los mismos es el aprendizaje de habilidades interpersonales ya que este modelo teórico y práctico parte de que la desregulación emocional de los pacientes con TLP, tiene que ver con la interacción entre un ambiente invalidante, la falta de habilidades interpersonales y un componente biológico (Linehan, 1995).

Según el modelo de modos de esquema de Young, algunos de los estados emocionales son una suerte de regresiones del paciente a estados emocionales intensos experimentados en la niñez. Esos estados son conceptualizados como modos de esquema. Un modo de esquema es un patrón organizado de pensamiento, emociones y conducta, relativamente independiente de otras modalidades de esquema.

Los pacientes borderline saltarían repentinamente de un modo a otro. Los modos de esquema centrales en el borderline son el niño abandonado, el niño enojado-impulsivo, el modo de padre punitivo y el de protector desapegado. Adicionalmente, hay un modo de adulto sano, consistente en el lado saludable del paciente (Beck et al., 2004).

La teoría basada en la mentalización (TBM) de Bateman y Fonagy, se sustenta en observaciones de niños y sus cuidadores (ligado a la ciencia del apego). La TBM postula que el sentido del self se desarrolla a partir de que uno se observa a si mismo cuando es percibido, pensado o sentido por otros. La estabilidad y coherencia del sentido del self del niño, depende de las respuestas sensibles y precisas y de las observaciones que realizan sus cuidadores hacia él. De esta manera su mente interpreta al mundo (mentalizar). Aplicado al TLP, estos autores dicen que hay y hubo una falla en la función parental que causó un fracaso en la habilidad de mentalizar, produciéndose así un sentido del self inestable e incoherente (Bateman & Fonagy, 2001).

El enfoque psicodinámico enfatiza el trabajo con la transferencia, especialmente en el *aquí y ahora*, más que en la infancia temprana (según lo plantea el psicoanálisis



clásico). Kernberg desarrolló un modelo de tratamiento denominado “terapia enfocada en la transferencia” y Gunderson desarrolló la “terapia exploratoria”. Estas guías de acción son ampliamente utilizadas (Stone, 2005).

Habiendo realizado una reseña de los tipos de terapia que se aplican para el tratamiento de este trastorno, seguidamente se considera necesario hacer una referencia a la ideación suicida.

### **3.1.1. Ideación Suicida.**

En el año 2000 se suicidaron casi un millón de personas en el mundo, lo que convirtió al suicidio en la décimo tercera causa de muerte. La Organización Mundial de la Salud ha estimado que esta cifra podría duplicarse en 20 años. Típicamente, 25% de quienes intentaron una vez el suicidio, lo intentará nuevamente dentro del siguiente año y 10% lo logrará en el plazo de diez años. Asimismo, entre 45% y 70% de quienes intentan el suicidio sufren principalmente de depresión, con rasgos de impulsividad y agresividad y trastornos de la personalidad (OMS, 2002).

Blumenthal (1988), ha identificado una serie de factores que predisponen la conducta suicida y que son conocidos como factores de riesgo suicida:

1. Factores biológicos: disminución de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo.
2. Trastornos psiquiátricos: incluye trastornos afectivos, alcoholismo y esquizofrenia, entre otros.
3. Antecedentes familiares: presencia de familiares con intentos suicidas, suicidios, etcétera.
4. Rasgos de personalidad premórbida: resalta los trastornos de personalidad antisocial o límite.
5. Factores psicosociales y enfermedades médicas: incluye duelo reciente, divorcio, vida familiar crítica, jubilación, viudez reciente, etc..

La existencia de trastornos que se encuentran en el Eje I y el Eje II del DSM IV es constante en los sujetos que intentan suicidarse. La asociación con episodios depresivos o la existencia de rasgos impulsivos (característicos de ciertos trastornos de la personalidad), aumentan el riesgo de la actuación (Lecrubier, 1998).

Según Lecrubier (1998), el número de trastornos asociados es el único predictor significativo de la mortalidad. Un tratamiento adecuado podría reducir significativamente esta cifra.

Entre las víctimas de suicidio más de un 90 % tiene un diagnóstico en el Eje I, dentro de estos el más prevalente es el de depresión mayor en un 59% (66% para los síndromes depresivos). La depresión se asocia con trastornos de la personalidad en el 35% de los casos (Beautrais A y col.).

En una muestra aleatoria de 229 paciente con ideación suicida, encontraron 67 (29%) pacientes con TLP, de estos el 95% de los casos asociado a un trastorno depresivo mayor (Ismetsa y col, 1996).

Según Linehan (2003), entre los suicidios el 40 – 65 % tiene un trastorno de la personalidad, y es el TLP el más asociado a conductas suicidas. El 8 – 10 % cometen suicidio, más del 75 % cometen intentos suicidas. Para los TLP, la ideación suicida y los intentos de suicidio son concebidos como un intento de solución de un problema, la solución es a corto plazo ya que esto produce un alivio significativo, lo que aumenta la probabilidad de que la conducta vuelva a repetirse (refuerzo negativo).

Otros de los síntomas con los que este trastorno presenta comorbilidad es la depresión, que se analiza a continuación.

### **3.1.2 Depresión**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la depresión es la cuarta enfermedad que más incapacidad provoca en el mundo.

Asimismo, considera que su frecuencia aumentará en los próximos años y que pasará del cuarto puesto al segundo en esta lista de enfermedades que generan más incapacidad.

La depresión es la enfermedad psiquiátrica más frecuente. Cerca del 20% de las personas padecen a lo largo de su vida una depresión. El 70% de los pacientes con depresión son mujeres. Puede sufrirse una depresión a cualquier edad.

Clasificamos la depresión en cuatro subtipos: Depresión mayor, distimia, trastorno adaptativo, otros trastornos depresivos.

- **Depresión mayor.** Los síntomas depresivos son intensos y aparecen en forma de episodios (semanas o meses).
- **Distimia (o trastorno distímico).** Los síntomas depresivos son menos intensos, pero son muy incapacitantes por ser crónicos (duran como mínimo dos años).
- **Trastorno adaptativo.** Los síntomas depresivos son leves, están presentes durante un período breve de tiempo y se deben a algún problema (factor estresante agudo) que ha sufrido el paciente.
- **Otros trastornos depresivos.** En este apartado hay que incluir los síndromes depresivos que pueden formar parte del conjunto de síntomas de otras enfermedades psiquiátricas (por ejemplo, el trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad) y no psiquiátricas (por ejemplo, anemias, esclerosis múltiple, hipotiroidismo).

Según Vázquez (1990), el síntoma más característico de las depresiones es la tristeza. La tristeza en el paciente depresivo presenta unas características específicas que la diferencia del sentimiento de tristeza no patológico:

- Intensidad superior a la esperable para la situación ambiental en la que se encuentra el sujeto.
- El paciente la describe como diferente a otras experiencias tristes que hubiera podido sufrir previamente y existe mayor sensación de pérdida de control y gran dificultad o incluso imposibilidad para motivarse por otras cuestiones que no sean el foco de su tristeza.
- Lentitud de movimientos, gesticulación facial y corporal escasa, sensación de fatiga, irritabilidad, llanto fácil, temor a la toma de decisiones, pérdida de apetito.

- Insomnio: muy característico de las formas más graves, es lo que llamamos “despertar precoz” (se duerme bien las primeras horas de la noche y después, ya de madrugada, el paciente se despierta y ya no puede volver a conciliar el sueño).
- Gran dificultad para pensar. En personas de edad avanzada, esta dificultad para pensar propia de las depresiones puede llevar a diagnósticos erróneos de demencia.
- Un síntoma particularmente grave es la anhedonia, que consiste en una dificultad enorme para disfrutar de las situaciones y condiciones de la vida que antes de enfermar producían placer en la persona. No sólo hay falta de motivación, sino que el paciente, incluso teniendo delante algo agradable, no puede disfrutar con ello.
- Síntomas físicos, como dolor de cabeza, molestias digestivas, dolor generalizado, etc.
- Pensamientos pesimistas, con aumento de sentimientos de culpa por cosas hechas en el pasado. En casos graves las ideas pesimistas pueden llegar a ser delirantes (es decir, sin ninguna lógica); por ejemplo, asegurar que se va a arruinar (cuando su situación económica es holgada) o asegurar que en breve padecerá una enfermedad grave (sin tener ningún síntoma que lo haga pensar esto).
- Pensamientos relacionados con la muerte y entonces aumenta mucho el riesgo de suicidio, planificando el método de cómo quitarse la vida.

### **3.2. Modelo Dialéctico Comportamental (DBT).**

La Terapia Dialéctica Comportamental (DBT) evolucionó de la aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), donde la Dra. Marsha Linehan (1993), intentaba usar la TCC para crear un tratamiento posible para pacientes severamente perturbados y multi-problemáticos. Es decir que DBT es una modificación de la terapia cognitiva conductual (TCC). El motivo fue conseguir la

adherencia al tratamiento de los pacientes con trastorno límite, quienes abandonaban la terapia TCC por sentirse incomprendidos (Gagliesi, 2008).

El objetivo de mantenerlos en tratamiento comenzó a alcanzarse únicamente cuando se incorporaron a las clásicas estrategias de cambio cognitivo-conductual, otras orientadas a la *aceptación*. De este modo, se consiguió que los pacientes muestren adherencia al tratamiento y expresen tener la sensación de entendimiento por parte de los terapeutas, mejorando de esta manera el vínculo (Gagliesi, 2008).

Inicialmente los primeros trabajos de investigación se centraron en mujeres con numerosas tentativas de suicidio y automutilaciones (auto cortes, auto quemaduras, etc.). Linehan reformuló el desorden límite de personalidad como un desorden en la regulación emocional. Hizo una revisión crítica de los criterios utilizados en el DSM IV para definir este desorden, observando que, en ocasiones, son inespecíficos, no son suficientemente descriptivos de las conductas que puedan observarse, o utilizan descriptores que pueden resultar peyorativos (por ejemplo, conducta *manipulativa*). Linehan parte de que la desregulación emocional es el factor que desorganiza los otros aspectos: desregulación interpersonal, desregulación conductual, desregulación cognitiva y desregulación del self (Linehan, 2003).

La DBT utiliza técnicas de TCC como el entrenamiento de habilidades, asignación de tareas, escala de evaluación de tareas y análisis conductual, afrontamiento, desensibilización, resolución de problemas, entre otras. Sus características principales son que es un modelo directivo y flexible, con objetivos a corto y largo plazo, cambio y validación, dirigidos por principios y basado en la evidencia, directivo y multimodal. Se destacan tres principales influencias: el cognitivismo, el conductismo y la Filosofía Budista (Gagliesi, 2010).

Parte del tratamiento se basa en el balance entre estrategias de cambio y aceptación formando la dialéctica fundamental que da origen al nombre. Entendemos por Dialéctica el evaluar e integrar ideas y hechos contradictorios con una visión que pueda resolver las contradicciones (Linehan, 1993).

En cuanto a la etiología del trastorno, supone una teoría biosocial compuesta por desregulación emocional debida a vulnerabilidades biológicas, que se retroalimentan con un ambiente invalidante (Linehan, 1993). Por desregulación

emocional se entiende una alta sensibilidad a estímulos emocionales negativos, respuesta emocional de gran intensidad y un retorno lento a la calma, por lo tanto se activan fácilmente emociones en situaciones en las cuales no es de esperar que aparezcan.

A su vez, dichas emociones (con sus componentes fisiológicos, conductuales y cognitivos), producen una respuesta más intensa de lo predecible y el retorno a la calma toma más tiempo que en el general de las personas. El ambiente invalidante se refiere a un contexto en el que regularmente responde de forma inapropiada a las experiencias privadas (Gagliesi, 2010).

El modelo de tratamiento completo se integra mediante las modalidades de psicoterapia individual, grupo de entrenamiento en habilidades, consulta telefónica, farmacología y consulta de caso para los terapeutas. De todas formas, estas modalidades pueden condensarse o suplementarse en diferentes contextos (ej.: internación, atención de un solo terapeuta, etc.) (Linehan, 1993).

El terapeuta individual ayuda al paciente a inhibir conductas desadaptativas, y remplazarlas con habilidades adaptativas. En la terapia individual se produce la generalización de las habilidades aprendidas en el contexto del grupo de entrenamiento en habilidades.

Las consultas telefónicas están destinadas a brindar ayuda ante conductas-problema, o para generalizar en la vida diaria las habilidades aprendidas. Por último, las reuniones de consulta de caso de terapeutas tienen como finalidad la supervisión de los casos, la coordinación con los equipos de desarrollo de habilidades y la prevención del burn-out de los profesionales implicados con pacientes borderline (Linehan, 1993). Adicionalmente, pueden integrarse otros recursos, de acuerdo al caso (ej.: farmacoterapia, hospital de día, internación, etc.).

Los principios básicos que adoptan el equipo de profesionales con inspiración DBT a la hora de tratar con sus pacientes son:

- Los consultantes hacen lo mejor que pueden.
- Quieren mejorar.

- Necesitan mejorar, probar, intentar más y estar más motivados para el cambio.
- Puede ser que los pacientes no sean la causa de sus problemas, pero los tienen que resolver ellos mismos.
- La vida como TLP es insoportable en la forma que es vivida.
- Los consultantes deben aprender nuevas conductas en todos los contextos relevantes.
- Los consultantes no fracasan, la terapia sí.
- Los terapeutas que trabajan con TLP necesitan sostén, asistencia y colaboración.

### 3.2.1. Tratamiento.

El modelo DBT es un tratamiento motivacional, directivo y manualizado, es decir que tiene un protocolo de pasos a seguir. Estos pasos son flexibles ya que se adaptan a las características culturales de los pacientes, tiene objetivos a largo plazo, es dialéctico (cambio-aceptación), validante, basado en la evidencia y multimodal (Linehan, 1993) y organiza el tratamiento en cuatro etapas:

- Etapa de “pre-tratamiento”, es el inicio de la terapia en donde se busca orientar al paciente hacia el tratamiento, se explica que se espera de él. Los terapeutas acuerdan con sus pacientes que hay una serie de conductas, emociones y pensamientos que se deben disminuir y otra serie que se debe aumentar. Una vez acordado esto, se debe hacer una jerarquía de conductas a tratar, también llamadas conductas problemas, las cuales se negocian con el paciente, en donde se priorizan aquellas relacionadas a que el paciente continúe vivo. Si en estas sesiones iniciales el paciente expresa que desea matarse, entonces el terapeuta inicia el “*protocolo de suicidio*” y se trabaja con la “*escala de razones para vivir*”. Luego se firma un contrato de tratamiento, en donde terapeuta y paciente se comprometen a trabajar

con honestidad y se acuerda el encuadre terapéutico. Esta etapa puede llevar entre 3 y 8 sesiones.

- Etapa I, en esta etapa el paciente se encuentra dentro del tratamiento y se empieza a trabajar con objetivos terapéuticos, dentro de los cuales tenemos: disminuir los comportamientos que atentan contra la vida, disminuir los comportamientos que interfieren contra la terapia (no solo no hay tratamiento para un paciente muerto, sino que tampoco hay para uno que no va a terapia), disminuir las conductas que interfieren con la calidad de vida y aumentar las habilidades conductuales.
- Etapa II, el objetivo de esta etapa es reducir el estrés postraumático, es necesario que las habilidades de tolerancia al malestar hayan sido aprendidas y las crisis no impliquen conductas letales.
- Etapa III, la función de esta etapa es la de aumentar el auto respeto como también alcanzar los logros personales.
- Etapa IV, los objetivos son resolver el problema de la sensación de vacío y encontrar la libertad y la alegría (Linehan, 1993).

Además de las etapas, el programa DBT tiene cinco funciones (Linehan, 2003):

- Aumentar las capacidades, es en este momento en donde el entrenamiento y el aprendizaje de las habilidades cumple una función principal, dentro de las habilidades tenemos: conciencia plena, tolerancia al malestar, efectividad interpersonal, regulación emocional y sendero del medio.
- Generalizar habilidades, es decir practicar las habilidades aprendidas en todos los contextos de la vida del paciente.
- Motivar a los pacientes a cambiar y a reducir las conductas problemas para que tengan una vida que merezca ser vivida.
- Mantener y aumentar la motivación y capacidades del terapeuta, si bien trabajar con pacientes TLP es estimulante, también su complejidad pone a prueba las competencias y capacidades del terapeuta. Por esta razón hay diferentes protocolos con listas de intervenciones, también hay reuniones de



equipo semanales de supervisión y contención y es importante que los terapeutas practiquen mindfulness para de esta manera evitar el burn out (Gagliesi, 2007).

- Estructurar el ambiente, el ambiente debe acompañar al tratamiento, por ejemplo, una persona con abuso de sustancias debe mantenerse alejado de los contextos que lo promueven.

### **3.2.2. Estrategias de intervención.**

DBT es un tratamiento que tiene diferentes estrategias a la hora de intervenir, entre estas encontramos las estrategias centrales. La primera de éstas es la validación que es la herramienta principal. Se entiende por validar cuando el terapeuta le comunica al paciente que sus respuestas tienen sentido y son entendibles dentro del contexto en el que se encuentra, pero que estas conductas puedan ser entendibles no significa que sean efectivas (Linehan, 1993). Todo el tiempo se está validando a lo largo del tratamiento, durante la sesión particular, durante el grupo de habilidades y durante el coaching telefónico.

Por ejemplo, si un paciente toma alcohol para ir a una reunión social, el terapeuta puede entender que el paciente tome para resolver su ansiedad social, pero es importante que le haga ver al paciente que cuando esta ebrio puede lastimarse o lastimar a otros. El terapeuta podría validar que: a) su conducta tiene sentido ya que es el único método que conoce el paciente para calmar su ansiedad; b) que lo aprendió de su padre que se embriagaba todo el tiempo.

Validar tiene sentido para que el paciente entienda lo que le está pasando, para poder darse cuenta que es lo auténtico y que es lo aprendido (Pechón, 2008).

La segunda estrategia central es la resolución de problemas. En DBT todas las conductas disfuncionales, dentro y fuera de la sesión, son vistas como problemas a ser resueltos o, desde otra perspectiva, como una solución fallida a los problemas de la vida.

Esta estrategia está diseñada para contrarrestar a la pasividad típica de estos pacientes (Linehan, 1993). La resolución de problemas sería generar, evaluar e implementar soluciones alternativas que podrían haberse utilizado o que podrían utilizarse en el futuro en situaciones problemáticas similares (Linehan, 2007).

### **3.2.3. Análisis en cadena.**

El análisis en cadena es un método para identificar las variables que tienen incidencia en la conducta del paciente, desarrolla una descripción exhaustiva paso a paso de la cadena de eventos que llevó y siguió a la conducta problema (Gagliesi, 2010).

La esencia es examinar una conducta disfuncional en una situación específica en detalle, siendo el objetivo final relacionar la conducta disfuncional del paciente con los eventos ambientales. El análisis en cadena tiene un protocolo, es decir tiene distintos pasos a seguir.

Lo primero es identificar una conducta problema a trabajar, puede ser una conducta que pasó durante la semana o una que está pasando en terapia, por ejemplo, llegar tarde, cortarse, etc. Buena parte del trabajo del terapeuta DBT es realizar incesantes análisis en cadena de instancias específicas de una conducta problema, integrando de esta manera nueva información a la vieja, para actualizar la definición del patrón y explorar nuevas soluciones posibles a los eventos problemáticos (Gagliesi, 2010).

La primera pregunta que el terapeuta debe hacer es ¿Cuándo comenzó el problema? Vinculando la conducta con un evento ambiental, la idea es buscar en el ambiente el evento que precipitó la cadena de comportamientos. El análisis en cadena tiene varios eslabones, para llenarlos el terapeuta tiene que preguntar ¿cómo llegaste de acá hasta acá?, ¿Cómo llegaste de tener ganas de cortarte a cortarte? La clave está en pensar en términos de unidades de comportamiento pequeñas. El paciente debe ser muy detallista sobre la información, qué es lo que estaba haciendo, sintiendo (emociones y sensaciones físicas), pensando, queriendo e imaginando (Linehan, 2003).

Los objetivos del análisis en cadena son: identificar las conductas disfuncionales, identificar los eventos que pueden dispararlas, identificar los déficits que están detrás de estas respuestas, por ejemplo, si un intento de suicidio es un pedido de ayuda, es necesario que la persona aprenda a pedir ayuda de otra manera.

Identificar las creencias, los miedos, los pensamientos y las sensaciones que interfieren con las conductas desadaptativas, luego de realizar el análisis en cadena es necesario hacer un análisis de soluciones (resolución de problemas), conforme lo expuesto en el punto anterior.

Según Linehan, la guía para realizar un análisis en cadena y de solución es:

1. Describa un problema comportamental específico (cortarse, arrojar una silla).

- sea específico y detallista.

- identifique pensamientos, sensaciones, sentimientos, acciones.

2. Describa los eventos precipitantes específicos que comenzaron la cadena de eventos. Identifique un evento ambiental.

- ¿Cuándo comenzó la cadena de eventos que llevó a la conducta problema?

- ¿Qué estaba sucediendo en el momento en que la conducta comenzó?

- ¿Qué estaba sintiendo, pensando, haciendo o imaginando?

3. Describa los factores de vulnerabilidad que hicieron más vulnerable a la cadena de eventos.

- enfermedades físicas, desorden alimentario, sueño, drogas, alcohol, emociones intensas (tristeza, vergüenza), etc..

4. Describa meticulosamente y en detalle la cadena de eventos que llevaron a la conducta problema.

- ¿Qué fue lo que pasó después?

- ¿Cuál fue el pensamiento, sentimiento, sensación o acción que surgió después?

5. Consecuencias de la conducta, ser específico y detallista, efectos de la conducta en uno mismo, en los otros y en el ambiente.

6. Hacer lista escrita de posibles soluciones al problema.

7. Describir que es lo que puede hacer para reparar las consecuencias causadas por el problema.

8. Describir estrategia de prevención sobre cómo evitar que la conducta aparezca reduciendo las vulnerabilidades.

#### **3.2.4. Couching telefónico.**

El llamado telefónico se estructura como una parte del tratamiento con objetivos claros y teniendo en cuenta los principios del aprendizaje. El couching telefónico es uno de los cuatro componentes del tratamiento DBT (terapia individual, grupo de habilidades, farmacología, couching telefónico). El terapeuta debe determinar a qué horas está disponible, este horario está dentro de los límites personales que se le entregan al paciente en la primera entrevista.

Los objetivos de estos llamados son: obtener apoyo e instrucción de la puesta en marcha de las habilidades, lo que provee al paciente de la oportunidad de reducir las conductas suicidas o desadaptativas que le sirven para regular su estado de ánimo. Enseñarle al paciente como pedir ayuda en forma más adaptativa y proveer la oportunidad de reparar la relación terapéutica. Se espera que se extinga la pasividad-actividad característica de los TLP, las conductas dependientes y reforzar activamente el uso de las habilidades en todos los contextos (Linehan, 2003).

Se instruye al paciente a llamar en momentos de crisis, es importante que llame antes de cometer una conducta problema, caso contrario existe la regla de las 24 hs. que dice que si el paciente llamó después de cometer una conducta problema

(cortarse), no puede tener contacto con el terapeuta en las 24 hs. posteriores. Esta regla solo se quebranta si el paciente necesita ayuda médica. Se basa en los principios del aprendizaje ya que no se quiere que el llamado refuerce la aparición de conductas desadaptativas.

El terapeuta deberá, durante la llamada telefónica, utilizar las estrategias de resolución de problemas, cuyo objetivo será evaluar el grado de destructividad de la conducta y las soluciones más adaptativas que podrían ponerse en práctica en ese momento.

Es importante que la comunicación tenga comienzo y fin, objetivos y método, no se cumplirán estos objetivos en caso de haber riesgo suicida, supuesto en el cual se inicia el protocolo de suicidio (Gagliesi, 2008).

### **3.2.5. Exposición.**

La mayoría de las terapias de exposición seleccionan el miedo como la emoción primaria a ser tratada (pánico, fobias, estrés postraumático). DBT amplía la lista de emociones e incluye la vergüenza, la culpa, el enojo, la tristeza y otras emociones que son experimentadas como aversivas y que interfieren en la vida de los pacientes o con el tratamiento a través de la evitación de las mismas (Linehan, 1993).

La vergüenza parece jugar un rol fundamental en los comportamientos suicidas, es por eso que ésta es elegida como blanco para exposiciones durante las sesiones, ya que la acción asociada a la vergüenza es esconderse, por lo que los procedimientos de exposición suponen llevar al paciente a discutir abiertamente las experiencias vergonzosas evitando que se esconda.

### **3.2.6. Modificación cognitiva.**

La terapia DBT pone énfasis en el pensamiento funcional y efectivo más que en el pensamiento racional y empírico (Linehan, 1993). Si una persona piensa "Nadie quiere salir conmigo", puede haber algo de verdad en lo que dice, pero este pensamiento la puede llevar a comportamientos disfuncionales. La modificación

cognitiva puede ayudar al paciente a pensar en “No he salido con nadie, y muchas cosas que hago contribuyen a eso. Comenzaré a trabajar para resolverlo”.

### **3.2.7. Habilidades.**

El objetivo general de las habilidades es el de aprender y perfeccionar las habilidades necesarias para cambiar los patrones conductuales, emocionales y de pensamientos asociados a los problemas que causan malestar (Linehan, 2005).

- Mindfulness o conciencia plena: Estas habilidades son una parte fundamental del DBT, son las primeras en ser enseñadas y se practican constantemente, son las únicas habilidades que se trabajan durante todo el año y se revisan al inicio de cada uno de los diferentes módulos del tratamiento. Son versiones psicológicas y conductuales de prácticas espirituales orientales (Gagliesi, 2008).

Plantean que el ser humano tiene tres estados mentales: la mente racional que es fría, racional, pensante y focalizada hacia los objetivos y tareas; la mente emocional que es caliente, depende del humor e impulsiva y la mente sabia que es la integración entre la mente racional y la mente emocional. Añade el conocimiento intuitivo entre la experiencia emocional y el análisis lógico, enseñando al paciente TLP a experimentar el presente tal cual es, a tener sabiduría, comprensión, experiencia, libertad y compasión (Linehan, 2003).

- Habilidades de efectividad interpersonal: el objetivo de estas habilidades es enseñarle al paciente estrategias efectivas para pedir lo que necesitan, para poder decir no, para manejar efectivamente un conflicto interpersonal y tener respeto personal. Para esto es crucial poder analizar las situaciones y determinar objetivos efectivos (Pechón, 2008).
- Habilidades de regulación emocional: Los individuos con TLP tienen emociones intensas y variables, frecuentemente se encuentran enojados, frustrados, deprimidos y ansiosos. Las dificultades que tienen para regular las

emociones dolorosas juegan un papel fundamental en sus problemas (Gagliesi, 2008).

El objetivo del aprendizaje de estas habilidades es poder identificar y etiquetar las emociones, reducir la vulnerabilidad emocional, practicar emociones positivas y resolución de problemas, entre otros (Pechón, 2008).

- **Habilidades de tolerancia al malestar:** Se le enseña a los pacientes la aceptación radical. Es decir, experimentar las situaciones tal cual son, aceptar la realidad de una manera abierta y flexible. Estas habilidades constituyen una progresión natural de las habilidades de conciencia plena y van dirigidas a tolerar y sobrevivir a la crisis.
- **Habilidades de sendero del medio:** Es un nuevo grupo de habilidades referidas a la validación, aplicación de técnicas conductistas y dialéctica. Se le enseña a los pacientes que hay más de una manera de ver una situación o de resolver un problema, es importante no ver al mundo como “Blanco o Negro”, el cambio es constante (Miller, Rathus & Linehan, 2007).

#### **3.2.7.1. Entrenamiento de habilidades.**

El entrenamiento de habilidades consiste en reuniones grupales semanales de dos horas y media divididas según el sexo en las cuales se les enseña las diferentes habilidades que los pacientes TLP necesitan aprender. Estas habilidades son practicadas tanto dentro como fuera del grupo y también en la terapia individual. Los pacientes deben llenar una hoja de registro semanal de la práctica de las mismas siendo esta una forma de organizar la información y observar los logros o las dificultades para poder trabajar en la terapia individual (Linehan, 2003).

El entrenamiento de habilidades en los talleres tiene una función táctica dentro de las diferentes etapas del tratamiento. El taller es un espacio diferente del de la terapia individual, con objetivos propios, destinado solo al aprendizaje y la práctica de las habilidades, sin referirse a los problemas individuales. Los talleres están a

cargo de un coordinador, el cual enseña las nuevas habilidades y un co- coordinador que actúa como observador y ayuda en momentos de crisis (Linehan, 2003).

Los módulos de habilidades están diseñados para abordar los distintos aspectos de la desregulación. En el siguiente cuadro se muestra la relación entre las conductas problemas y la habilidad necesaria para poder disminuir las mismas (Linehan, 1993).

TERAPIA DIALECTICO CONDUCTUAL
PROBLEMA A DISMINUIR
Confusión con uno mismo
Impulsividad
Inestabilidad emocional
Problemas interpersonales
Dilema del adolescente y su familia

Antes de iniciar el grupo se tiene una entrevista de admisión, en la cual se evalúa si la persona es adecuada para estos talleres los que incluyen personas con diagnósticos de trastorno límite o alguna forma de desregulación emocional grave, trastorno bipolar, impulsividad, trastorno antisocial, consumo de sustancias.

En la entrevista mencionada el admisor lee el reglamento, se firma el acuerdo del mismo y se entrega el manual de entrenamiento de habilidades que se usará durante el taller. En esta etapa el admisor le aclara al paciente que el grupo de habilidades es sólo para el aprendizaje de las mismas. Ello así puesto que a menudo los pacientes creen que es una terapia de grupo en la que cada uno cuenta sus cosas y, uno de los requisitos, es la prohibición hacia los participantes de hablar sobre sus conductas problema o de riesgo con sus compañeros. Esta es una



medida de cuidado hacia el grupo ya que esto podría desestabilizar a uno de sus integrantes.

Cuando esto ocurre dificulta mantener la clase en orden ya que empieza haber una escalada de activación en los otros participantes. Al aparecer en el grupo un participante desbordado, se lo invita a salir de la clase con uno de los co instructores, para que de esta manera pueda atender su malestar. La forma de hacerlo es mediante la aplicación de una de las habilidades aprendidas (conciencia plena, tolerancia al malestar, etc.). También puede suceder que la evocación de una conducta problema en la clase se vuelva un estímulo aversivo logrando la evitación por parte de algunos de los participantes de volver al grupo.

En esta organización, los talleres tienen una modalidad semi abierta. Es decir, se sigue la secuencia de los módulos (Regulación Emocional, Tolerancia al Malestar, Efectividad Interpersonal y Camino del Medio, separados por el módulo de Conciencia Plena que se repite al final de cada módulo), y al llegar al último módulo se vuelve a iniciar el ciclo.

El ciclo completo dura aproximadamente ocho meses. Los nuevos participantes ingresan en los módulos de Conciencia Plena. De esa manera, no pasa demasiado tiempo desde que se prescribe al cliente la participación en los talleres y el inicio de los mismos. Esto también posibilita tener un número de participantes más o menos estable, dada la irregularidad que pueden mostrar en la adherencia a los talleres o al tratamiento. Asimismo, permite que los participantes puedan repetir módulos individuales, si oportunamente no los completaron, o si necesitan profundizarlos. La institución recomienda pasar dos veces por la misma habilidad dentro del grupo para, de esta manera, introyectarla.

Hay talleres para hombres y mujeres, de esta forma se reducen algunas emociones desregularizadas comunes al trastorno como la vergüenza. Asimismo, disminuye los riesgos de vínculos de pareja y conflictos que deteriorarían el progreso de los tratamientos. El costo es que también restringe las posibilidades de exposición a gente del sexo opuesto. Aun así, si se generan parejas dentro de un grupo, las personas deben tomar cursos distintos.

Las clases siempre son impartidas por dos co-instructores, que alternan roles a lo largo del taller. Uno de ellos está más centrado en dar los contenidos de la clase. El

otro va a observar tanto al co-instructor como al grupo. Si se incrementa demasiado el malestar emocional de algún participante, el co-instructor lo acompaña fuera de la clase e intenta alguna técnica de tolerancia al malestar o conciencia plena. También puede servir de apoyo al instructor principal cuando explica un tema y no se entiende, o para volver al tema principal si la clase se está alejando del foco.

La alternancia de instructores también promueve la puesta en escena de modalidades dialécticas: uno puede mostrarse apoyando una posición y el otro como abogado del diablo, o uno mostrarse en una posición más radical y el otro más moderado, se trata de que los roles de los co-instructores sean diferentes. Uno más pasivo, tranquilo y observador que el otro (aparentemente). Esto es para generar diferente tipo de empatía entre los participantes.

#### **4. METODOLOGIA.**

##### ***4.1 Tipo de estudio.***

Es un estudio Descriptivo.

##### ***4.2. Participantes.***

Se analizó un caso clínico único de una paciente a la que llamaremos **ML**, con trastorno límite de la personalidad, de sexo femenino, 28 años, soltera. Tiene una hija de 7 años, ambas viven con su madre en Capital Federal. Su madre es la que aporta todo el dinero para mantenerlas a ella y a su hija. **ML** no sabe quién es el padre de su hija.

**ML** fue derivada por su anterior terapeuta (orientación cognitivo-conductual), diciendo que DBT era su último intento de terapia, ya que había realizado otros seis tipos diferentes en los últimos 8 años (sistémica, gestáltica, psicoanalítica y cognitiva-conductual), abandonándolas porque según ella no veía resultado.

Al inicio de este trabajo la paciente estaba desempleada y había abandonado tres carreras universitarias. **ML** se encontraba en tratamiento DBT desde Octubre de 2010. Su tratamiento era farmacológico, terapia individual y asistía al taller grupal de enseñanza de habilidades, el cual abandonó después de dos meses de participación en medio de una crisis, y comenzó a aprender las habilidades de forma individual con su terapeuta.

### **4.3 Instrumentos.**

- Observación participante del grupo de habilidades.
- Lectura de la historia clínica de la paciente.
- Registro de las observaciones.
- Entrevistas con el terapeuta.
- Utilización del manual de habilidades.
- Observación de las reuniones de supervisión del caso.

### **4.4. Procedimiento.**

Se observó un caso único durante las reuniones de grupo de habilidades de mujeres de los días jueves de 13 a 15,30 hs. durante los meses de Marzo a Mayo del 2011 totalizando tan solo 12 encuentros, debido a que la paciente abandonó anticipadamente el taller de habilidades. La causa fue una recaída y comenzó a tener ideación suicida, por tal razón se le aconsejó a su terapeuta individual, durante una supervisión del caso, que la misma continuara su entrenamiento de forma particular hasta estabilizarse.

Estos encuentros fueron semanales de 2.30 horas de duración permitiendo observar los patrones de comportamiento dentro del grupo de la paciente. En los mismos se

utilizó el manual de habilidades interpersonales, que es el instrumento principal del taller.

Se asistió a las reuniones del grupo de supervisión de casos del equipo de DBT, en donde el terapeuta individual de la paciente supervisó el caso, ya que ella se encontraba terriblemente perturbada. Según Linehan, estas reuniones semanales son parte del tratamiento de DBT, ya que el terapeuta también necesita ayuda para poder tratar a sus pacientes y obtiene por parte del grupo de supervisión apoyo y sostén.

Se leyó la historia clínica de la paciente y se obtuvo información sobre su tratamiento por medio de entrevistas realizadas a su terapeuta individual, las cuales fueron un total de cuatro encuentros, en las que el terapeuta brindó información sobre el tratamiento, progreso e intervenciones que realizó.

## **5. DESARROLLO**

### ***5.1. Objetivo 1: Intervenciones que realizó el terapeuta individual en situaciones de crisis de la paciente***

#### **5.1.1. Validación.**

La alianza terapéutica es de suma importancia durante todo el tratamiento, ya que uno de los graves problemas de los pacientes TLP es su irregularidad en las relaciones interpersonales, su sensación de vacío y su miedo al abandono. El desafío del terapeuta es lograr establecer una relación empática y simétrica y además que se lo respete. Por ejemplo, al comienzo del tratamiento **ML** demostraba abiertamente que ella no quería estar ahí, motivo por el cual era muy difícil para el terapeuta (JA) trabajar con ella ya que no conseguía que participara en las sesiones.

**ML** llegaba desganada, malhumorada y no quería hablar, este comportamiento se repitió durante 3 sesiones seguidas hasta que **AJ** intervino de la siguiente manera:

“Sé que ahora mismo no querés estar acá. Podés seguir sintiéndote miserable, quedarte encerrada en tu cuarto, seguir peleándote con tu madre, no participar del grupo de habilidades ni de estos encuentros, o también podrías darte una oportunidad y conocer gente nueva en el grupo a la que le está pasando cosas como a vos y tal vez puedas entender que es lo que necesitas para construir una vida que valga la pena ser vivida. Algo que me gustaría ayudarte a hacer”.

Con esta intervención **AJ** consiguió mucha motivación de parte de **ML**, y de esta manera validó su conducta, **AJ** percibió el cambio instantáneo en la postura de **ML**, ella se relajó y distendió su cara y su cuerpo, ya que él entendía lo que le estaba pasando y no la criticaba, ni la juzgaba, todo lo contrario quería ayudarla.

La validación, como se explicó con anterioridad, es una de las herramientas principales a la hora de intervenir, puesto que los pacientes TLP necesitan aprobación constante de los demás y es importante que el terapeuta se la otorgue.

En este caso puntual, el terapeuta pudo entender el desgano de **ML** de concurrir a las sesiones pero también le hizo saber que con esa actitud podía llegar a dañarse o a dañar a los demás. La idea de la validación es que el paciente descubra lo que le está pasando, de esta manera aprende a ponerle nombre a sus emociones y a poder diferenciar las emociones aprendidas de las auténticas, (Pechón, 2009).

Uno de los problemas que **ML** tenía fue que antes de llegar a Foro, ya había pasado por varios tipos de psicoterapias sin obtener resultado alguno. En casi todos los casos fue **ML** quien abandonó el tratamiento debido a la falta de atención que, según ella, los terapeutas le daban. Por lo tanto, algo que **ML** aprendió era que ninguna terapia iba a funcionar, lo que repetía todo el tiempo:

“Yo estoy acá porque me obligan, no es mi intención estar acá, y no creo que vos (refiriéndose a **AJ**) ni nadie pueda ayudarme”. A lo que **AJ** le respondió que entendía muy bien lo que ella estaba sintiendo, que era normal que pensara de esta manera, ya que había pasado por muchos consultorios y ninguno le había ayudado, pero que este era otro momento de su vida y que para poder ayudarla necesitaban trabajar juntos y él estaba dispuesto al desafío. Ahora era ella la que tenía que comprometerse y darse una oportunidad. Con esta intervención el terapeuta

consiguió que **ML** distinga su emoción, se sienta entendida y no rechazada como ocurrió en los otros tratamientos.

### **5.1.2. Resolución de problemas.**

Antes de empezar a trabajar en la resolución de problemas, el terapeuta busca una conducta problema y realiza un análisis en cadena de la misma. Es necesario formular el problema en términos de conducta para poder trabajar, por ejemplo en una ocasión **ML** contó que tenía problemas de convivencia con su madre. En efecto, su madre se quejaba en forma permanente de que ella no trabajaba, dormía hasta tarde, no era capaz de lavar su ropa ni la de su hija, ni hablar de los quehaceres domésticos y ni siquiera se ocupaba de su hija.

En DBT las conductas disfuncionales, son tomadas como distintos problemas que tienen que ser solucionados o, en su caso, como un intento de solución fallida a los problemas de la vida. Las estrategias que se utilizan en estos casos están dirigidas a contrarrestar la pasividad típica de estos pacientes (Linehan, 1993).

Ante la problemática planteada el terapeuta intervino con el objetivo de lograr que **ML** hiciera una lista de soluciones posibles. **ML** confeccionó una lista que incluía los siguientes ítems: buscar trabajo, para tener dinero propio para poder mudarse; hablar con su madre sobre los problemas, levantarse temprano y ayudar en los quehaceres doméstico.

En este punto es importante resaltar que el terapeuta actúa como un guía pero la lista la tiene que confeccionar la paciente, a los efectos de que descubra que el foco principal del problema es cómo se comporta ante las situaciones que le toca vivir. Los pacientes borderline buscan una solución desadaptativa a sus problemas (me voy a matar) sin ser capaces de identificar cual es el problema (no trabajar, dormir hasta tarde, que la casa este toda sucia, que no se ocupe de su hija). Por eso la confección de la lista por parte de **ML** fue de gran ayuda para que ella pudiera distinguir el real foco del problema.

Si bien la intervención realizada fue adecuada, se considera que hubiera sido aún más productivo que el terapeuta hiciera un seguimiento del cumplimiento de los

ítems volcados en la lista. En efecto, en el siguiente encuentro se le debió haber preguntado si elaboró un curriculum, si consiguió hablar con su madre tranquilamente y si se levantó temprano para colaborar con las tareas del hogar.

### 5.1.3. Análisis en cadena.

En una de las sesiones **ML** llegó completamente activada, era muy difícil que se tranquilizara, **AJ** le indicó algunos ejercicios de mindfulness y después de tranquilizarse, le pidió que le cuente que es lo que había pasado.

**ML** comenta que tuvo una fuerte discusión con su madre y eso la llevó a tener ganas de matarse, el decir esto hizo que se activara nuevamente. Entonces el terapeuta propone hacer un ejercicio que consiste en ver pasar los pensamientos como nubes. Nuevamente se tranquiliza y empiezan a trabajar con un análisis en cadena de esta conducta problema que es la ideación suicida. De acuerdo con lo establecido por Linehan (2003), el terapeuta le pide que sea específica y detallista en la descripción del problema.

A continuación y siguiendo los pasos propuestos por Linehan (2003), el terapeuta logró que **ML** describiera los eventos precipitantes específicos que comenzaron la cadena de eventos, así como también los factores de vulnerabilidad.

En efecto, lo primero que hicieron fue identificar los factores de vulnerabilidad. Entre ellos encontraron que **ML** había estado durmiendo muy mal en los últimos tres días y que ella sentía que le estaba sucediendo algo a su madre ya que estaba de muy mal humor. Es decir que sus vulnerabilidades hacia la desregulación emocional fueron que estaba cansada y el mal humor de su madre. A partir de esto empezó a tener pensamientos rumiantes como “mi mamá no me quiere”, “me va a pedir que me mude”, “qué voy a hacer?”.

El evento precipitante fue un día en que su madre llegó a la casa y vio a **ML** en camión, acostada y toda la casa sucia. Comenzaron a discutir y la discusión fue subiendo de tono cada vez más, hasta que **ML** se encerró en el baño pensando alguna manera de matarse. El solo hecho de pensar en matarse hizo que **ML** se tranquilizara.

**AJ** le hizo ver que esa no era ninguna solución puesto que ya había intentado matarse una vez y lo único que había conseguido había sido estar internada en un lugar que ella detestaba. Entonces **AJ** por medio de las preguntas previstas por Linehan (2003), para el análisis en cadena, la hizo centrarse en lo que sentía en el cuerpo en ese momento, en dónde podía describir que estaba su emoción y cuál era el nombre de esa emoción. Luego de mucho trabajo y de tranquilizarla más de una vez, **ML** descubrió que su enojo en realidad no era enojo, sino que era tristeza y para ella era más fácil expresar el primero.

Este análisis en cadena le sirvió a **ML** para observar cuales eran realmente sus emociones y para descubrir que el suicidio no era una salida para ella, entendiendo de este modo las consecuencias de su conducta tanto para ella como para el ambiente que la rodea (Linehan, 1995).

También ayudó al terapeuta a romper la relación entre pelea e ideación suicida y a trabajar con las habilidades de tolerancia al malestar, mindfulness, regulación emocional y enseñarle una habilidad que es muy importante en DBT, que es el coaching telefónico, habilidad que **ML** en este ejemplo no utilizó. Todas estas estrategias sirven para prevenir la aparición de la conducta problema.

La intervención realizada fue apropiada. Sin embargo se podría haber profundizado en las vulnerabilidades halladas. Esto es, al referir la paciente que había dormido mal, hubiera sido pertinente aplicar el protocolo de sueño que consiste en distintas indicaciones para poder conciliar el sueño.

Por otra parte en cuanto al pensamiento vinculado con que su madre estaría de mal humor, hubiera sido conveniente que el terapeuta le indicara tener una conversación con ella para verificar si ese pensamiento era real.

#### **5.1.4. Coaching telefónico.**

En una ocasión la paciente llamo a **AJ** a las 22 hs diciendo que había ingerido tranquilizantes ya que no quería vivir más. **AJ** le pregunto cuántas pastillas había tomado, que había tomado y si estaba sola en la casa. (Es importante que el terapeuta evalúe la gravedad del episodio, si es realmente un intento de suicidio o



simplemente una manera de tranquilizar la ansiedad o los pensamientos intrusos de la paciente). En esta oportunidad **AJ** se dio cuenta que la cantidad de tranquilizantes que había ingerido la paciente no le traerían riesgo de vida.

**ML** le dijo que estaba su mamá en la cocina a lo que **AJ** le respondió que si ella quería ayuda era importante que lo llame antes de cometer una conducta problema y le recordó la regla de las 24 hs. Acto seguido le quitó calidez a su voz (castigo) y seriamente le pidió que le pase con su madre. Al hablar con ella le informó lo que había pasado y le pidió que llame a una ambulancia. (Si su madre no hubiera estado presente **AJ** habría continuado hablando con **ML** por más tiempo y él mismo habría llamado a la ambulancia).

Es importante recordar en este punto que en sesiones anteriores se había instruido a **ML** sobre cuales eran las reglas para recurrir al couching telefónico, las que deben ser cumplidas para evitar que el llamado telefónico refuerce la aparición de conductas desadaptativas (Linehan, 2003). Como **ML** llamó después de tomar los tranquilizantes (conducta problema), el terapeuta adoptó una actitud distante, dejó de hablar con ella y habló directamente con la madre.

En la siguiente entrevista **AJ** habló sobre lo ocurrido y le explicó nuevamente cómo se utilizaba el couching telefónico y la importancia de que el llamado sea antes de que ocurra la conducta. A modo de práctica, hicieron un ensayo de un llamado en la sesión. También se realizó un análisis en cadena de lo ocurrido y se hizo un análisis de soluciones posibles. Además se le recordó a **ML** el acuerdo que habían hecho al comienzo del tratamiento, el cual era detener sus intentos de suicidio por un año y remplazar estas conductas por formas más adaptativas de afrontamiento, formas que **ML** estaba practicando con el grupo de habilidades.

Cuando un paciente llama antes de llevar a cabo una acción de auto daño, el terapeuta refuerza (aumenta el afecto y la calidez en sus respuestas) y trata de implementar las habilidades aprendidas.

En otra ocasión **ML** llamó a **AJ** diciendo que se sentía muy mal, triste y sola, que sentía que no le importaba a nadie y que ni siquiera se iban a dar cuenta si ella se mataba. **AJ** le respondió que a él le importaba y mucho y le preguntó si ya había intentado algo a lo que **ML** le respondió que no, pero que sentía muchas ganas de

tomar pastillas y dormir y no despertarse más. El terapeuta chequeó la disponibilidad de las pastillas, preguntando si había medicamentos en la casa y ella le respondió que sí pero que no las iba a tomar porque había acordado con él que antes de hacer algo así lo iba a llamar.

**AJ** valida su acción y le pregunta si había intentado algunas de las habilidades que habían aprendido y le responde que no. Entonces el terapeuta le consulta si se acuerda alguna de las habilidades (trata de desfocalizarla) y **ML** le responde que podría utilizar tolerancia al malestar, mindfulness, o también utilizar la técnica del hielo que consiste en que el paciente tome un hielo entre sus manos y lo apriete hasta que se derrita. De esta manera sale de su problema para focalizarse en como el hielo se derrite entre sus manos.

**AJ** le dice que está muy contento con ella porque se acuerda todo lo que aprendieron juntos, que realmente está orgulloso, y que vaya al freezer y agarre un hielo entre las manos. En este ejemplo, lo que hizo **AJ** fue validar a **ML**, tranquilizarla, desfocalizarla y ayudarla a usar las habilidades de afrontamiento reforzando el hecho de que se acuerde de éstas.

Se ven cumplidos en este caso los objetivos del couching telefónico propuestos por Linehan (2003). En efecto, **ML** obtuvo apoyo e instrucción para la puesta en marcha de sus habilidades, se logró reducir las conductas suicidas o desadaptativas que habitualmente utilizaba y la paciente aprendió como pedir ayuda en forma más adaptativa logrando el fortalecimiento de la relación terapéutica.

#### **5.1.5. Exposición.**

Otra de las estrategias utilizadas por el terapeuta fue la exposición. Fue la vergüenza la primer emoción que eligió **AJ** para exponer a la paciente. Es necesario aclarar esto porque en DBT es casi siempre el miedo (emoción primaria) la primera a tratar, pero en el caso de NB, su vergüenza la llevaba de manera recurrente a pensamientos suicidas. Vale recordar que estas emociones son percibidas como aversivas e interfieren en la vida y en el tratamiento de los pacientes, dificultando para ellos el curso normal de sus vidas (Linehan, 2003).

En una sesión mientras **ML** contaba que se sentía deprimida sin voluntad para nada, no se bañaba, no salía de la cama y ni siquiera podía mirar a su hija a la cara, **AJ** la alentó a que, mientras le contaba el episodio, lo mirara a los ojos, pusiera su espalda recta, su cabeza en alto, no tartamudeara y no cambiara de tema.

Ella lo hacía pero no podía mantenerlo por mucho tiempo, después de unos segundos cuando hablaba su mirada se desviaba y su cuerpo se encorbaba.

**AJ** hizo psicoeducación explicándole el significado de la exposición y que iban a repetir esta técnica una y otra vez. A él no le importaba el relato sino que lo que quería era activar la vergüenza para así poder trabajarla. Así fue como una y otra vez durante esa sesión le pedía a **ML** que lo mirara a la cara, que pusiera su espalda derecha y que le diga en ese momento cuáles eran sus sensaciones, emociones y pensamientos, midiendo su nivel de ansiedad, ella tenía que decirle del 1 a 10 cual era su nivel de malestar. Como su nivel de ansiedad era al principio 10 combinaban la exposición con ejercicios de conciencia plena. **ML** tenía que respirar profundo contar 1 cuando inspiraba y 2 cuando expiraba, así hasta llegar a 10 y cuando llegaba a 10, **AJ** medía de nuevo su nivel de ansiedad.

La acción asociada a la vergüenza es esconderse, por lo que los procedimientos de exposición suponen llevar al paciente a discutir abiertamente las experiencias vergonzosas evitando que se esconda (Gagliesi, 2008).

La tristeza fue otra de las emociones que se necesitó trabajar ya que muchas veces le generaba conductas autodestructivas e ideación suicida. **AJ** le hizo entender que era importante que no viera a la tristeza como algo peligroso de lo que debía escapar. Se trabajó con la tristeza en un total de 5 sesiones y en algunas de ellas el terapeuta utilizó como intervención la modificación cognitiva.

Además de las intervenciones realizadas se considera que el terapeuta podría haberle indicado, como tarea para el hogar, que durante cinco minutos diarios se sentara frente al espejo, observe su postura corporal y la corrija en el caso en que estuviera encorbada, etc..

### **5.1.6 Modificación cognitiva.**

Con el pensamiento de **ML** “Nadie me quiere”, el terapeuta la ayudó a reconocer que aunque su madre muchas veces estaba enojada con ella, porque estaba siempre en la cama, porque no ayudaba y porque no hacía nada, eso no significaba que no la quería, es más todo lo contrario, su madre le estaba pagando el tratamiento porque la quería mucho y quería que ella se recuperara y esté mejor. El trabajo del terapeuta fue ayudar a **ML** a generar respuestas racionales para contrarrestar estas cogniciones negativas y a que **ML** entienda que estos pensamientos contribuyen a sus conductas desaptativas.

Los TLP tienen distorsiones cognitivas sobre los eventos, forman conclusiones absolutas y ven al mundo de manera dicotómica, es decir blanco y negro, tendiendo a la rigidez cognitiva (Linehan, 2003).

Se considera que esta intervención es algo incompleta. En efecto, intentar cambiar el pensamiento “mi madre no me quiere” mediante el argumento de que “sí, te quiere porque te paga el tratamiento”, es negativo puesto que parecería ligando el afecto al dinero.

Una intervención posible hubiera sido remarcarle a la paciente que la madre la quiere porque la cuida a ella y a su hija, la atiende, le da un hogar, etc..

### **5.2. Objetivo 2: Entrenamiento en los talleres de habilidades.**

La paciente acudió a 12 encuentros del grupo de habilidades de los días jueves de 13 a 15,30 durante los meses de Marzo a Mayo de 2011. El grupo estaba formado por aproximadamente 12 mujeres, era un grupo abierto, es decir cada vez que se iniciaba el aprendizaje de una nueva habilidad podían entrar nuevas pacientes. Es necesario aclarar que en estos grupos hay un gran número de abandonos, producto de la sintomatología de las pacientes.

Una importante estrategia es que los instructores y los co-instructores validen todo el tiempo las acciones de los participantes. A modo de ejemplo, en una ocasión **ML**

estaba atravesando una crisis depresiva profunda después de haber terminado una relación de un mes de forma abrupta. Por esta razón llegó al grupo activada, malhumorada, desestabilizando a todas las demás integrantes, haciendo comentarios como que el grupo no servía para nada, que Marsha Linehan era una estafadora, que ella a la salida del taller iba a demostrarle a Foro que el DBT era inservible y se iba a matar en la puerta. Estos comentarios lo único que hacían era poner más nerviosos a todos los otros integrantes, quienes comenzaron a gritar y a pelearse entre ellos.

Uno de los instructores se retiró con la paciente del salón y luego de hablar a solas y hacer ejercicios de conciencia plena y de regulación emocional para tranquilizarla, volvieron al grupo. Todo esto no fue útil ya que la paciente se tranquilizaba por un corto tiempo y empezaba de nuevo a levantar la voz y a agredir a las otras personas del grupo.

Una de las participantes llorando le gritó que si se quería matar se fuera ahora y lo hiciera lejos, ya que ni a ella ni a nadie le importaba. En ese momento la otra instructora habló en voz alta dirigiéndose al grupo para calmar la situación. Una vez logrado ese objetivo, con tono de voz pausado y tranquilo se dirigió a **ML** y le dijo que ella entendía perfectamente cómo se sentía, que era muy difícil tolerar la pérdida de un nuevo amor y que comprendía que en ese momento sintiera ganas de matarse, pero que tenía que darse una oportunidad, a ella y al grupo y que si estaba ahí sentada era porque en el fondo ella elegía vivir.

Todas las pacientes se quedaron en silencio, observando la reacción de NB, quien se tranquilizó inmediatamente y lo mismo ocurrió en el grupo, pudiéndose entonces continuar hasta el final. En este ejemplo se puede ver claramente dos tipos de intervenciones, una es la de validación, ya que la instructora validó las ganas de la paciente de matarse y la otra es la dialéctica entre morir-vivir, es decir aceptación y cambio, concepto fundamental de DBT.

### **5.2.1. Estructura de la clase.**

#### **5.2.1.1. Mindfulness.**

Como se dijo con anterioridad las clases tienen una duración de 2,30 horas, comenzando con un ejercicio de mindfulness, el cual dura aproximadamente 5 minutos. Se observó la dificultad que tienen los pacientes para realizar esta práctica, ya que la mayoría de ellos están medicados, muchos se duermen o tienen pensamientos rumiantes (invasivos) y les cuesta trabajo quedarse quietos o estar concentrados.

Los ejercicios consisten en sentarse cómodos, con los pies apoyados en el piso, la espalda erguida, con los ojos abiertos o cerrados, y prestarle atención a la respiración, o prestarle atención a los ruidos del ambiente. Si uno no puede y se pierde en los pensamientos, la consigna es dejarlos pasar y volver a la respiración o a los ruidos sin juzgar. El objetivo principal de esta práctica es estar en el momento presente, también sirve para dar marco a la clase evitando la escalada emocional típica de estos pacientes y ayuda en el manejo del estrés y control de los impulsos.

En el manual de habilidades se pueden encontrar otros ejercicios de conciencia plena y a lo largo del año se van utilizando.

El ejercicio inicial en las reuniones de grupo, era observar la respiración, poner atención en la forma, en el modo en que cada uno respiraba. Era notorio ver el ritmo agitado de la respiración de **ML** al inicio de las reuniones. El coordinador no solicitaba que cambiara el ritmo sino que dentro de la consignas dadas en voz alta decía, “acepten el momento, déjense llevar por la respiración, vean pasar los pensamientos, respiren”, de esa manera, solo observando el momento la paciente conseguía tranquilizar su respiración, su cuerpo y su mente, lograba estar en el momento presente y cada vez que su mente se iba al pasado o al futuro **ML** observaba nuevamente su respiración.

Este tipo de ejercicio era una consigna que se realizaba dentro del grupo de habilidades como así también afuera del mismo, era una herramienta a la hora de tranquilizar la mente de los pensamientos desaptativos.

**ML** tenía como tarea, hacer este tipo de ejercicios todas las mañanas en su casa y cada vez que se sintiera nerviosa, ansiosa, malhumorada.

### **5.2.1.2. Repaso de tareas.**

Luego de la práctica de mindfulness se repasa la tarea, el tiempo dedicado a esta parte puede variar entre 45 minutos a 1 hora, ya que no todas las integrantes del grupo hacen la tarea; en el caso de no hacerla se le pregunta porque no la hicieron y se elige a una de las participantes para hacer un análisis en cadena y resolución de problemas. El objetivo de esto es ver cuál es la conducta que interfiere en no hacer la tarea, ya que es muy importante hacerla y también practicarla de ser posible diariamente, puesto que las habilidades se introyectan con la práctica de las mismas, las tareas asignadas suelen ser ensayos de las habilidades que se están explicando.

Por ejemplo, en el módulo de habilidades interpersonales hay un ejercicio denominado DEAR MAN, es una regla nemotécnica para recordar los pasos que permiten ser efectivo a la hora de pedir algo o poder decir que no.

D significa describir.

E expresar.

A asertividad.

R reforzar.

M mantiene tu posición.

A aparenta estar seguro.

N negocia.

De esta manera una paciente a la hora de querer pedir alguna cosa hace este ejercicio antes de ir a pedir lo que quiere.

N.B contó que tenía muchos problemas en hablar con su madre, ya que era la madre la que se encargaba de ella y de su hija y la que traía el dinero a la casa, por esa razón creía que tenía el derecho de dirigir la vida de ella (palabras de NB), entonces cada vez que N.B quería ir a una fiesta la madre se “ponía como loca”, ya que en otras oportunidades N.B había desaparecido después de una fiesta por 1 o 2 días, sin dar información sobre donde estaba ni atender el celular.

La coordinadora le recomendó hacer el DEAR MAN antes de ir a hablar con su mamá. En la siguiente reunión del grupo, la paciente cuenta que lo que cambió de las otras veces que le tuvo que pedir permiso para salir a su mamá fue su describir y

su negociar. Le contó donde iba a ser la fiesta, dirección y teléfono del lugar, con quien iba a ir y a la hora de negociar le dijo que iba a llegar después de desayunar. De esta manera la madre no tuvo problemas en que vaya y tampoco se volvió loca. La efectividad del ejercicio consiguió en N.B la instalación de este nuevo patrón de conducta.

El repaso de las tareas también sirve para ver las dudas sobre la clase anterior, es común con los pacientes TLP que no tengan atención sostenida y por vergüenza no pregunten cuando no entienden algo. En el momento del repaso se evacuan todas las dudas y el ver cómo le sirven los ejercicios a las otras participantes también le sirve a ella, ya que significa aprender por modelado (Pechón, 2008). La clave del aprendizaje es la práctica de las habilidades en todos los contextos, el refuerzo positivo del grupo y de las coordinadoras, la validación constante (Linehan, 1993).

Una vez revisada la tarea se realiza un recreo de más o menos 10 minutos. Es de suma importancia ya que muchos de los pacientes quedan activados después de revisar los ejercicios.

### **5.2.1.3. Presentación de nuevos contenidos.**

Luego del recreo se empieza a trabajar con la presentación de los nuevos contenidos referente al módulo que se está viendo en ese momento. Es importante la participación de todos los miembros del grupo, muchos de ellos no quieren participar por vergüenza o por pasividad y lograr que ellos participen es parte de la habilidad que tiene que tener el instructor. Se les pueden hacer preguntas, chistes, contar historias propias, buscando siempre como objetivo final el aprendizaje por medio de la práctica de las habilidades.

El aprendizaje se produce por la práctica como así también por modelado, habitualmente el instructor comienza dando un ejemplo propio sobre la aplicación de las habilidades.

En una ocasión, **ML** volviendo sobre los temas vinculares con su madre, contó que quería pedirle dinero y que no se animaba porque ya era suficiente con que la mantuviera. Entonces se le recomendó hacer un ejercicio de efectividad interpersonal y que lo iban hacer en forma grupal. El ejercicio se trataba de como



regular la intensidad de las emociones a la hora de pedir algo y de los factores que se tienen que tener en cuenta antes de pedir.

El ejercicio constaba de 8 preguntas, las respuestas posibles a las mismas eran: Si o No, las preguntas eran: ¿Puede la persona darme lo que quiero?, ¿Es oportuno el momento para pedir?, ¿Estoy preparado para pedir?, ¿Tengo derecho a pedir lo que estoy reclamando?, ¿Es apropiado mi pedido para la relación?, ¿Estoy pidiendo menos de lo que estoy dando?, ¿Pedir esto es importante?, ¿Estoy actuando competentemente? Una vez respondidas las preguntas se sumaban los totales. La suma de sus respuestas fue un 8, es decir todas las respuestas fueron afirmativas por lo que tenía que pedir firmemente e insistir.

La anécdota a resaltar de este ejemplo fue ver el cambio que se produjo en el grupo cuando **ML** empezó a hacer el ejercicio y como todas las pacientes que estaban en una actitud pasiva cambiaron de postura completamente, participando, preguntando y colaborando.

Al final de la clase se hace un repaso de todo lo que se vio, se pregunta si quedaron algunas dudas y se asigna la tarea para la próxima semana. Se explica la tarea y se dan ejemplos de cómo realizarla.

Por último se hace otro ejercicio de conciencia plena, insistiendo de esta manera en la adquisición de esta habilidad y se da por terminado el encuentro.

### ***5.3. Objetivo 3: Cambios producidos por la aplicación del modelo en las conductas ideación suicida y depresión entre Marzo de 2011 y Agosto de 2011***

Lamentablemente en el mes de julio **ML** cometió un intento de suicidio y terminó internada en una clínica del conurbano bonaerense, en esa ocasión la paciente no utilizó el coaching telefónico sino que llegó a su casa después de haber ido a una entrevista de trabajo fallida, se encerró en su baño y tomó pastillas. Cuando su madre llegó, **ML** estaba acostada inconsciente.

Una de las características de estos pacientes es la recaída, tanto la familia, el paciente como el terapeuta saben que la recaída puede existir, ya que estos

pacientes tienen una alta vulnerabilidad emocional y si bien durante el tratamiento aprenden el uso de nuevas habilidades para poder tolerar una crisis, son sus conductas desadaptativas las que consiguen calmarlos a corto plazo.

Por esta razón es de suma importancia que el terapeuta y el paciente hayan firmado el compromiso para mantenerse vivo, y que hayan trabajado con una lista de razones para vivir, esta debe tener objetivos a corto, mediano y largo plazo.

Si bien estos temas se habían hablado en este caso en particular, no fueron suficientes. En el mes de julio **ML** cayó en una gran depresión, y más allá de la voluntad y capacidad de **AJ** para ayudarla a salir, éste no pudo hacer nada.

Una de las cosas que **AJ** había trabajado con **ML** era sobre la disposición de las pastillas, ya que en otras oportunidades **ML** también había elegido ese método para matarse, eran sus palabras “esta bueno, es como que te vas durmiendo de a poco y ya nada te lastima”.

Sabemos que para los pacientes TLP, el suicidio, la ideación suicida o los autocortes no son un problema sino una solución, que hace que calmen su ansiedad (Pechón, 2008), es necesario que por medio del trabajo terapéutico los pacientes sepan que es una solución a corto plazo y que por medio de las habilidades aprendan otros caminos a tomar en un momento de crisis (Linehan, 2003).

En una ocasión **ML** estaba contando como cada vez que estaba mal y pensaba en matarse se tranquilizaba. **AJ** le hizo ver que si bien para ella el suicidio era una solución, era una solución que a veces no funcionaba, que lo importante era trabajar para poder tener una vida que merezca ser vivida.

En esa sesión hicieron una lista de las razones para vivir. Algunas de ellas fueron, conseguir trabajo, ver crecer a mi hija, tener un novio que me trate bien, llevarme bien con mi madre, poder alquilar un departamento. El terapeuta tiene que guiar a la paciente a que las metas de la lista sean metas alcanzables.

En la sesión anterior al intento de suicidio **AJ** la vio muy ansiosa, antes de terminar la sesión le dijo: “Si tenés el impulso de hacerte daño, quiero que intentes usar las habilidades que aprendimos, si no te ayudan, quiero que me llames por teléfono antes de que hagas algo. Sabes que yo estoy al lado tuyo para apoyarte y escucharte y ayudarte a superar las crisis, y si reconoces el estrés y la ansiedad antes de que te actives, sé que podemos solucionarlo”.

**AJ** venía trabajando con la paciente su falta de voluntad y desgano, en las últimas cuatro sesiones no había llenado el registro diario, en donde se escribe si tuvo impulso o acción de autodaño, ideación suicida, consumo de sustancias, y que habilidades utilizó durante los días de la semana. Se notaba que **ML** tenía una recaída, ya que una de las tareas que ella siempre hacía era el llenado del registro diario. Ante esto **AJ** utilizó la habilidad de efectividad interpersonal DEAR MAN para ver si podía modificar la postura de **ML**.

- Describir: “Las últimas cuatro sesiones no trajiste tu registro, desafortunadamente sin el registro me veo limitado en la posibilidad de ayudarte”
- Expresar: “Me siento decepcionado y frustrado, porque siento que no soy capaz de transmitirme la importancia que tiene el registro”
- Asertivo: “ Realmente quiero que hagas todo lo que puedas para hacerlo”
- Reforzar: “Veo cambios importantes en vos, sé que vos podés”
- Mantener: **AJ** se mantiene focalizado en el tema del registro, le repite una y otra vez que llene el registro ya que **ML** intenta cambiar de tema.
- Aparentar confianza: **AJ** demuestra que sabe lo que quiere y esto es que **ML** llene el registro.
- Negociar: “Sabes podrías hacer parte del registro acá y después seguís en tu casa, ¿Qué te parece?”

La aplicación del DEAR MAN no funcionó, **ML** continuó sin llenar el registro.

Con respecto a trabajar sobre el desánimo de **ML**, el terapeuta le entregó en sesión una lista de actividades agradables y juntos la leyeron en voz alta y **ML** fue tildando cuál de ellas le gustaba. Pero a la siguiente sesión cuando **AJ** le preguntaba si había implementado alguna de las actividades de la lista, la respuesta era no.

Más allá del dramático final de **ML**, es importante resaltar los cambios que ella consiguió durante el tratamiento. Se sabe que los pacientes TLP abandonan sus terapias y que los cambios que hacen son pequeños y se miden en el día a día.

Con respecto a los cambios producidos por **ML**, se puede considerar que fueron significativos. En primer lugar la terapia integral -grupo de habilidades, terapia individual y psiquiátrica- que le ofreció Foro fue la más larga que hizo y en la que más se comprometió, también en más de una oportunidad pudo utilizar las

habilidades aprendidas, pudo modificar su relación con su mamá como así también con su hija. Su pasividad fue mermando día a día, hacia los quehaceres domésticos, salió en busca de trabajo, pudo trabajar con éxito su vergüenza a la hora de pedir o decir que no.

Al momento de terminar la pasantía, **ML** ya se encontraba en su casa y no había vuelto a terapia, **AJ** seguía en contacto telefónico con ella, aconsejándola y acompañándola.

## **6. CONCLUSIONES.**

El presente trabajo tenía como objetivo principal describir la aplicación del modelo DBT en un caso de una paciente TLP. Dicho objetivo se cumplió.

Se pudo observar durante la pasantía como se trabaja con este modelo, desde las diferentes intervenciones hasta la participación en los talleres de habilidades durante los cuatro meses (marzo 2011 a agosto 2011) y participar de todas las actividades que hicieron posible la realización de este trabajo.

Una crítica hacia la institución es la falta de una Cámara Gesell, la cual sería conveniente a la hora de trabajar con pacientes problemáticos como los que se ven en la fundación y particularmente en este caso.

En algunas de las entrevistas con el terapeuta individual de la paciente se pudo ver que éste se encontraba perdido, ya que la paciente era un caso complicado, es por esta razón que más de una vez acudió a la supervisión del caso, y el haber contado con una Cámara Gesell hubiera facilitado la observación del mismo.

Es necesario aclarar que fue gracias a la colaboración de los integrantes de Foro que se pudieron alcanzar las metas de este trabajo.

Dentro de los objetivos específicos se encuentra la descripción de las intervenciones del terapeuta individual, la descripción del entrenamiento en habilidades en forma grupal y la descripción de los cambios producidos por la paciente. Los mismos fueron desarrollados a lo largo de este trabajo.

En el desarrollo de la descripción de las intervenciones que realizó el terapeuta, puede verse que fueron muchas y siguiendo el protocolo de DBT.

En primer lugar en la etapa del pretratamiento, el terapeuta junto con la paciente encontraron las conductas problema que iban a tratar durante sus sesiones, lo que ambos cumplieron, trabajaron arduamente en la ideación suicida de NB, como así también en su desgano y problemas de relación con su madre.

También se puede ver como **AJ** trabaja para tener una relación terapéutica sólida, paso importantísimo a la hora de tratar con este tipo de pacientes; se observa el uso de las intervenciones centrales de DBT, entre ellas, validación, análisis en cadena, resolución de problemas, couching telefónico, exposición y modificación cognitiva. Todas ellas fueron usadas en el momento indicado según consta en el protocolo DBT.

El entrenamiento de las habilidades es de suma importancia a la hora de tratar a estos pacientes puesto que es en este ámbito que los pacientes aprenden qué hacer en momentos de crisis, contribuyendo de esta manera a mejorar los diferentes desequilibrios. Una habilidad central de estos talleres es la habilidad de conciencia plena, que es necesaria tanto para el paciente como para el terapeuta. Como se explicó con anterioridad, se usa en todos los órdenes de la vida y consiste en estar presente en el aquí y ahora, haciendo una cosa por vez, describiendo y sin juzgar (Pechón, 2008).

Una limitación para el tratamiento de NB, fue que su madre no quiso participar del taller de habilidades para padres y que la paciente abandonara el taller grupal. Si bien siguió aprendiendo las habilidades en forma individual con su terapeuta, esto no es lo mismo, ya que una de las formas de aprendizaje de las habilidades es por medio del modelado dentro del grupo y, como se explicó con anterioridad, las habilidades se convierten en hábitos con su práctica en diferentes contextos. Sin la práctica la habilidad no es reforzada y de esta manera no es aprendida (Linehan, 2003).

Se entiende que el terapeuta realizó un gran esfuerzo a la hora de tratar a la paciente, quien, en un comienzo no era colaboradora en absoluto, faltando a las sesiones, al grupo o yendo pero sin participar. Fue gracias a la habilidad y paciencia de **AJ** que la paciente pudo lograr los cambios realizados.

Cabe destacar el grado de fidelidad que presenta esta institución a la hora de implementar el modelo con la bibliografía sobre DBT, ya que DBT es un modelo

protocolizado y esto puede llevar a crear la ilusión de sencillez. DBT es un modelo complejo y sus pacientes son complejos por eso se requiere del total conocimiento del modelo.

Con referencia al tercer objetivo, si bien la paciente fue hospitalizada por un intento de suicidio abandonando de esta forma el tratamiento, puede considerarse que los cambios fueron significativos, teniendo en consideración que el proceso de cambio en casos como el presente debe medirse momento a momento, día a día.

Más de una vez a lo largo del tratamiento se pudo observar como **ML** utilizó las habilidades aprendidas, como así también consiguió salir de su casa y buscar trabajo. Este fue un cambio muy significativo ya que ella se encontraba en un estado de letargo a la hora de comenzar el tratamiento. También se observa como la relación madre-hija mejoró notablemente.

Se ve en el trabajo del terapeuta la validación constante de NB, como así también la necesidad de formar un vínculo terapéutico sólido y confiable, sabiendo que una debilidad de estos pacientes es su sensación de vacío y su miedo al abandono real o imaginario.

Con respecto al abandono del tratamiento por parte de la paciente, los estudios indican que es muy alto (seis de cada diez pacientes abandonan el tratamiento (Linehan, 1993)). De guiarse por los principios básicos que debe adoptar el equipo de DBT, el número 7 dice: "Los consultantes no fracasan, las terapias sí, que no se disponga de la tecnología para asistirlos es parte de un déficit de la profesión, no de los pacientes" (Linehan, 2003).

En cuanto a las críticas que pueden realizarse al tratamiento llevado a cabo se considera que la paciente emitió varias señales de que algo no estaba funcionando bien con el tratamiento tales como: la crisis que tuvo ante la entrevista laboral fallida, la que tuvo ante la pelea con su novio, ante la pelea con su madre, haber dejado de llenar el registro diario y, finalmente, el intento de suicidio.

Todos estos fueron indicios que, si se hubieran observado, podrían haber servido para prevenir el final. En efecto, ante todas estas señales se debieron haber propuesto otras intervenciones, tales como ofrecerle un acompañante terapéutico para que la contenga en los momentos en que no concurre a la institución, tener entrevistas con la madre para explicarle de que se trata el trastorno que padece su

hija, cual es el objetivo del tratamiento, darle herramientas para saber que hacer en momentos de crisis, solicitarle que arbitre los medios necesarios para que las pastillas no estén disponibles para **ML**, etc..

Haciendo una evaluación general del tratamiento aplicado puede considerarse que el mismo fue efectivo pero no suficiente. El hecho de seguir el protocolo DBT en forma tan estricta limitó la posibilidad de recurrir a otros tipos de intervenciones que, tal vez, hubieran complementado el tratamiento.

Es importante aclarar que, si bien hay estudios realizados sobre la eficacia de DBT para mujeres suicidas, este tipo de terapia se especializa en pacientes TLP con desregulación emocional, y aunque la perspectiva resulte promisoriosa, aun no cuenta con suficiente evidencia sobre su eficacia (Dimeff & Koerner, 2007).

Por eso, si bien el tema del trabajo fue la aplicación de DBT a una paciente con TLP, debe puntualizarse que cuando se percibe, como en este caso, que este modelo no está funcionando, deberían intentarse otras técnicas, ya que lo importante es la recuperación del paciente por cualquier medio mas allá del modelo teórico que se utilice.

Como crítica al modelo puede agregarse que el hecho de estar tan estrictamente protocolizado constituye una limitación a la que los terapeutas se someten en forma voluntaria y priorizan su aplicación rigurosa, por sobre la salud del paciente, teniendo a su disposición una gran variedad de opciones.

Para finalizar se transcribe parte de una canción, la cual explica cómo se sienten los pacientes TLP y que es lo que DBT les enseña.

“Cuando el mundo pierda toda magia,

Cuando mi enemigo sea yo,

Cuando me apuñale la nostalgia,

Y no reconozca ni mi voz.

Cuando me amenace la locura,

cuando en mi moneda salga cruz,

cuando el diablo pase la factura,

o si alguna vez me faltas tú.

RESISTIRE ERGUIDO FRENTE A TODO.”

## 7. BIBLIOGRAFIA.

American Psychiatric Association (2005). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed.). Barcelona: Masson.

Bateman, A. y Fonagy, P. (2001) Treatment of Borderline Personality Disorder With Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization: An 18-Month Follow-Up. *Am J Psychiatry*, 158, 36–42.

Beautrais A, Joyce P, Mulder R, Fergusson D, Deavoll B, Nightingale S (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case control study. *Am J Psychiatry*, 153, 1009-1016.

Beck, A., Freeman, A., Davis, D. y otros (2004). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: The Guilford Press

Blumenthal S. (1988). Ansiedad y depresión: suicidio, guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamientos de los pacientes suicidas. *Clin Med Nortam*, 4 : 999-1037.

Gagliesi, P. (2010). *Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento del Desorden Límite de la Personalidad*. Recuperado el 10 de Mayo de 2011, de <http://www.fundacionforo.com>.

Gagliesi, P. (2007). *Terapia Dialéctica Comportamental*. Buenos Aires: Fundación Foro.

Gagliesi, P. (2008) *Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento del Desorden Límite de la Personalidad*. Recuperado el 10 de Mayo de 2011, de <http://www.depsicoterapias.com/articulo.asp?IdArticulo=377>

Gagliesi P. (2010) *¿Que es DBT?* Recuperado el 10 de Mayo de 2011, de <http://www.trastornoborderline.com/dbt.html>.

Kabat-Zinn, Jon (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. New York: Hyperion.



Koerner, K. y Dimeff, L. (2007). Overview of Dialectical Behavior Therapy. En Dimeff, L. y Koerner K. (ed.) *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice*. New York: The Guilford Press.

Isometsa E, Henriksson M, Heikkinen M, Marttunen M (1996). Suicide among subject with personality disorders. *Am J. Psychiatry*, 153, 667-673.

Lecrubier Y. (1998). Risk factors for suicide attempts: epidemiological evidence. *Neurropsychopharmacol*, X, 5114.

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.

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

Linehan, M. (1993). *Skillss Training Manual for Treating Borderline Personality Disorders*. Guilford, New York, NY.

Linehan, M., Heard, H. (1993). Impact of treatment accessibility on clinical course of parasuicidal patients. *Archives of General-Psychiatry*, 50(2): 157-158.

Miller, A., Rathus, J., y Linehan, M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. New York: The Guilford Press.

Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y salud*. OMS, Ginebra.

Pechón, C. y Stoewsand, C. (2008). *Temas básicos para familiares y allegados de personas con desorden de regulación de la emociones*. Buenos Aires: Fundación Foro.

Ruocco, A. (2005). Reevaluating the Distinction between Axis I and Axis II Disorders: The Case of Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 1509–1523

Sadock, B. y Sadock V. (2004) *Sinopsis de psiquiatría: Kaplan-Sadock*. Barcelona: Waverly Hispánica.

Stoewsand, C. (2009). Clase sobre habilidades de conciencia plena. Posgrado DBT Fundación Foro. Buenos Aires.

Stone, M. (2005). Borderline and Histrionic Personality Disorders: A Review. En Maj, M., Akiskal H, Mezzich J. y Okasha, A. (ed.) *Personality Disorders*. Chichester: John Wiley & Sons.

Zanarini, M., Frankenburg, F., Hennen, J., Reich, D. y Silk, K. (2004). Axis I Comorbidity in Patients With Borderline Personality Disorder: 6-Year Follow-Up and Prediction of Time to Remission. *Am J Psychiatry*, 161, 2108–2114.

Zanarini, M., Frankenburg, F., Hennen, J. y Silk, K. (2003). The Longitudinal Course of Borderline Psychopathology: 6-Year Prospective Follow-Up of the Phenomenology of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*, 160, 274-283.

Zanarini, M., Frankenburg, F., Vujanovic, A., Hennen, J., Reich, D. y Silk, K. (2004). Axis II comorbidity of borderline personality disorder: description of 6-year course and prediction to time-to-remission. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 416–420.