



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad de Filosofía y Letras

Escuela de Psicología Clínica

**“ Plan terapéutico para un paciente adolescente con rasgos de
personalidad límite, aplicando la terapia Dialéctica Conductual ”**

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Psicóloga
Clínica**

Autora: Andrea Cañizares

Directora: Mgt. Alexandra Córdova Vega

Cuenca – Ecuador

2010

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme vivir hasta hoy. A mis padres, por su apoyo incondicional, por su esfuerzo, sacrificio y paciencia, a quienes dedico con todo mi corazón todos y cada uno de mis logros y caídas, mis alegrías y mis tristezas y todo lo que aprendí a lo largo de mis estudios universitarios. A Gabriela y Esteban, a quienes admiro, respeto y sobre todo quiero mucho, no hay mejor satisfacción que cumplir un objetivo, sigan adelante hermanos y luchen por sus ideales. A mi familia, por su cariño y su respeto, gracias. A mis Maestros, de quienes aprendí el valor de la vida, la honradez y la ética profesional. A Anita María, Gabriela, Juanita, Linda, Ivonne, Esteban y Gerardo sin ustedes la vida en la universidad hubiera sido monótona y aburrida; gracias amigos, siempre están en mi corazón. Y, a todas las personas que día a día me apoyaron y estuvieron pendientes de mi superación personal y profesional, gracias porque siempre tuvieron para mi palabras de aliento, espero no defraudarlos ni hoy ni mañana.

AGRADECIMIENTO

A la doctora Alexandra Córdova Vega, por aceptar la dirección de esta monografía y por su valiosa colaboración en el desarrollo de la misma, al Rector del Centro Educativo Fe y Alegría Lcdo. Ángel Bernal por permitirme elaborar mi trabajo investigativo en dicho centro, al personal de la biblioteca Hernán Malo de la Universidad del Azuay quienes me facilitaron los libros necesarios para la elaboración de este trabajo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Resumen.....	v
Abstrac.....	vi
Introducción.....	vii
 Capítulo I.....	 1
1. Adolescencia.....	2
1.1 Concepto.....	2
1.2 Cambios psicológicos.....	3
1.3 Factores de riesgo y protectores.....	5
2. Autolesión.....	8
2.1 Definición.....	8
2.2 Tipos de autolesión.....	8
2.2.1 Automutilación mayor.....	9
2.2.2 Autolesión estereotípica.....	9
2.2.3 Autolesión superficial.....	9
2.2.3.1 Autolesión compulsiva.....	9
2.2.3.2 Autolesión episódica.....	10
2.2.3.3 Autolesión repetitiva.....	10
2.3 Características psicológicas en los autolesionadores.....	11
3. Trastorno límite de la personalidad.....	12
3.1 Concepto.....	12
3.2 Causas.....	12
3.3 Criterios diagnósticos DSM-IV.....	13
3.4 Tratamiento.....	14
4. Terapia Dialéctica Conductual.....	15
4.1 La TDC de Linehan.....	15
4.2 Teoría biosocial: la disregulación emocional.....	17
4.3 Estadios de la terapia y objetivos del tratamiento.....	19

4.3.1	Estadio 0: pretratamiento.....	19
4.3.2	Estadio 1: lograr capacidades básicas.....	20
4.3.3	Estadio 2: reducción de la angustia postraumática.....	22
4.3.4	Estadio 3: resolver problemas de la vida.....	23
4.3.5	Estadio 4: lograr la capacidad de sostener la alegría.....	24
Capítulo II: Estrategias terapéuticas dialécticas.....		25
1.	Estrategias del tratamiento.....	26
1.1	Estrategias dialécticas.....	26
1.1.1	Asumir la paradoja.....	26
1.1.2	Usar la metáfora: parábola, mito, analogía.....	27
1.1.3	Jugar al abogado del diablo.....	28
1.1.4	Hacer limonada a partir de los limones.....	28
1.2	Estrategias nucleares.....	29
1.2.1	Validación.....	29
1.2.2	Resolución de problemas.....	30
1.2.2.1	Análisis conductual.....	30
1.2.2.2	Análisis de la solución.....	31
1.2.2.3	Procedimientos de resolución de problemas.....	31
1.2.2.4	La modificación cognitiva.....	32
1.2.2.5	La técnica de la exposición.....	32
1.3	Estrategias estilísticas.....	33
1.3.1	Comunicación recíproca.....	33
1.3.2	Comunicación irreverente.....	34
1.4	Estrategias de dirección de caso.....	34
1.4.1	Ser asesor del paciente.....	34
1.4.2	Intervención en el entorno.....	35
1.4.3	Supervisión y asesoramiento.....	35
1.5	Estrategias Integradas.....	35
Capítulo III: Estudio de caso.....		36
1.	Estudio de caso.....	37
1.1	Psicobiografía familiar del paciente.....	37
1.2	Psicobiografía del paciente.....	38
1.3	Problemática actual del paciente.....	39
1.4	Reactivos psicológicos aplicados.....	40
1.4.1	Descripción	41
1.4.2	Resultados.....	43
1.5	Diagnóstico	46
Capítulo IV: Elaboración del plan de acción.....		47
1.	Plan de acción.....	48

1.1 pretratamiento.....	48
1.2 primera etapa de tratamiento.....	48
1.3 segunda etapa de tratamiento.....	51
1.4 tercera etapa de tratamiento.....	51
1.5 cuarta etapa de tratamiento.....	52
Conclusiones y recomendaciones.....	54
Bibliografía.....	56
Información obtenida de internet.....	59

RESUMEN

La presente monografía describe una propuesta terapéutica utilizando la terapia conductual dialéctica de la psiquiatra Marsha Linehan para un paciente adolescente con rasgos de personalidad limítrofe que tiende a autolesionarse; se realizó el estudio de caso respectivo basándonos en un marco teórico referente a la adolescencia, autolesión, trastorno límite de la personalidad, terapia dialéctica conductual y sus estrategias terapéuticas; también se hicieron entrevistas estructuradas y se aplicaron reactivos psicológicos para la elaboración de un diagnóstico formal. Finalmente se elaboró un plan de acción para el abordaje de la problemática de nuestro paciente siguiendo los lineamientos básicos de la terapia dialéctica conductual que nos servirá para una futura aplicación.

Palabras clave: adolescencia / trastorno límite / autolesión / terapia dialéctica conductual.

ABSTRACT

This monographic work is a therapeutic proposal that uses psychiatrist Marsha Linehan's dialectical behavioral therapy for an adolescent patient having bordering personality traits and who tends to injure himself. The respective case study based on a theoretical framework describing adolescence, self-inflicted injury, bordering personality disorder, and dialectical behavioral therapy and its therapeutic strategies was carried out. Also, some structured interviews were made and some psychological reagents were applied in the development of a formal diagnosis. Finally, a stratagem was developed for dealing with our patient's problem following the basic guidelines of dialectical behavioral therapy which will be useful for future implementations.

Key words: Adolescence / bordering disorder / self-inflicted injury / dialectical behavioral therapy

INTRODUCCIÓN

La búsqueda de la salud física, mental y espiritual es una meta universal dentro del campo de la Psicología. Con el conocimiento y la guía adecuada todo el que tenga un sincero deseo de lograrlo puede hacerlo. El interés de esta investigación es proporcionar los lineamientos básicos, para poder aplicar la terapia dialéctica conductual en paciente adolescente con rasgos de personalidad límite dentro del contexto de la psicoterapia.

Es importante observar que el término “límite” se ha empleado de diversas maneras, muy distintas de lo que se entiende por Trastorno de Personalidad Límite en el DSM-IV, y que el mal uso del rótulo diagnóstico ha sido ampliamente criticado (por ejemplo, Knight, 1953).

Con la gran difusión reciente del diagnóstico de “Límite” y por la reputación que tienen estos pacientes de ser difíciles de tratar, a menudo se les aplica esta denominación a los casos difíciles de manera genérica, o como justificación de que la terapia no progrese.

Cualquier individuo puede presentar como en el caso de este trabajo ciertos rasgos de personalidad límite que no encajan dentro de un trastorno de personalidad a manera de etiquetarlos como personas con estructuras neuróticas o psicóticas difíciles de diagnosticar o de tratar, es por eso que en la actualidad existe un gran auge de estrategias terapéuticas para el abordaje de la personalidad límite que han dado excelentes resultados.

Un importante aporte de la terapia cognoscitivo-comportamental al área clínica es la

Terapia Dialéctica Conductual , desarrollada a finales de los años noventa por la psiquiatra Marsha Linehan, como respuesta a las dificultades en el tratamiento del trastorno de personalidad limítrofe (TPL). Se destaca por su carácter integrador, pues se basa en principios conductuales y cognoscitivos e incorpora elementos del zen. Es un tratamiento desarrollado y evaluado con pacientes que no sólo presentaban TPL, sino que, además, tenían historias de intentos de suicidio. La TCD resulta muy útil en el tratamiento de depresión, ansiedad, trastornos del control de los impulsos, ira e impulsividad.

Es por eso que el presente trabajo está especialmente enfocado en la elaboración de un plan terapéutico que se desarrollará a futuro, aplicando las estrategias dialécticas que sean necesarias para el caso clínico que se describe en esta monografía.

Finalmente se encuentran las conclusiones obtenidas respecto al análisis realizado en la presente investigación con el fin de que el mismo sirva como guía de consulta para quienes lo necesiten tanto en el ámbito académico como profesional.

CAPÍTULO I

1. ADOLESCENCIA

1.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa de transición que no tiene límites temporales fijos. Ahora bien, los cambios que ocurren en este momento son tan significativos que resulta útil hablar de la adolescencia como un periodo diferenciado del ciclo vital humano. Este periodo abarca desde cambios biológicos hasta cambios de conducta y status social, dificultando de esta manera precisar sus límites de manera exacta. (Hamel y Cols 45)

La adolescencia comienza con la pubertad, es decir, con una serie de cambios fisiológicos que desembocan en plena maduración de los órganos sexuales y la capacidad para reproducirse y relacionarse sexualmente.

El intervalo temporal en que transcurre comienza a los 11-12 años y se extiende hasta los 18-20. Sin embargo no podemos equiparar a un niño de 13 con uno de 18 años; por ello hablaremos de “adolescencia temprana” entre los 11-14 años (que coincide con la pubertad), y luego de un segundo periodo de “juventud” o “adolescencia tardía” entre los 15-20 años; su prolongación hasta llegar a la adultez, dependerá de factores sociales, culturales, ambientales, así como de la adaptación personal.(Marquez L., Phillippi A. 256).

En la adolescencia temprana, el individuo continúa la búsqueda de independencia pero con nuevo vigor y en nuevas áreas. Desea mas privilegios y libertades, como también, menos supervisión adulta. Se preocupa principalmente de su "status" con sus pares inmediatos, quiere parecerse a los otros por la sensación de encontrarse fuera de lugar con respecto a ellos.

Sus diferencias individuales son más marcadas, pero su calidad de individuo único todavía no es completamente entendida ni aceptada.

El adolescente mayor comparte muchas de las preocupaciones del adolescente temprano, pero además tiene el problema de hacerse un lugar en la sociedad adulta, siente la obligación de encontrar una identidad propia. En resumen, se puede afirmar que el joven adolescente se preocupa de quién y qué es, y el adolescente mayor, de qué hacer con eso. (Hamel y Cols. 47)

En sociedades diferentes a la nuestra y también en la misma sociedad occidental, en otros tiempos, la adolescencia puede, o podía, darse por terminada con el matrimonio y la entrada en el mundo laboral. En la actualidad, y dentro del contexto occidental, la generalizada demora del momento del matrimonio, la situación de prolongación de los estudios y, sobre todo, el desempleo juvenil, ha hecho difícil la delimitación final de la edad adolescente; en definitiva la sociedad occidental ha contribuido a alargar la adolescencia mucho más de lo habitual en otras sociedades. Lo recientemente acotado, es una realidad hoy en día en nuestro país. (Bobadilla E., Florenzano R. 165)

Los cambios biológicos marcan el inicio de la adolescencia, pero esta no se reduce a ellos, sino que se caracteriza además por significativas transformaciones psicológicas y sociales.

1.2 CAMBIOS PSICOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es quizás la época más complicada en todo el ciclo de la vida humana. Los adolescentes son muy conscientes y están seguros de que todo el mundo los observa, entre tanto, su cuerpo continuamente los traiciona.

No sabemos por qué la maduración comienza cuando lo hace, ni podemos explicar tampoco cuál es el mecanismo exacto que la desencadena, solo sabemos que a cierta edad determinada por factores biológicos, ésto ocurre. Todos estos factores ayudan de una manera u otra a crear responsabilidad en cada joven, lo que hace temprana o

tardíamente que éste obtenga una maduración intelectual que le hará abrir la memoria y pensar mejor las cosas antes de actuar.

Los cambios psicológicos que se producen durante la adolescencia son:

- **Invencibilidad:** el adolescente explora los límites de su entorno, tanto de su propio físico, como de sus posibilidades. Ello trae como consecuencia el gusto por el riesgo.
- **Egocentrismo:** el adolescente se siente el centro de atención porque se está descubriendo a sí mismo, y para él, no hay nada más importante en ese momento.
- **Audiencia imaginaria:** el adolescente, nervioso por los cambios que está viviendo, se siente observado constantemente, parece como si todo el mundo estuviera siempre pendiente de él. Es entonces cuando aparece la sensación de vulnerabilidad y el miedo al ridículo.
- **Iniciación del pensamiento formal:** durante esta época, el adolescente comienza a hacer teorías y dispone de toda una serie de argumentos y análisis que pueden justificar sus opiniones. Muchas veces, estos argumentos son contradictorios, lo cual no importa mucho al adolescente. Ha descubierto su capacidad de razonar, y la ejerce siempre que puede.
- **Ampliación del mundo:** el mundo no se acaba en las paredes del domicilio familiar, por lo que comienzan a surgir sus propios intereses.

- Apoyo en el grupo: el adolescente se siente confundido y adquiere confianza con sus iguales. El apoyo que logra en el grupo es importante para seguir creciendo, puesto que les une el compartir actividades.
- Redefinición de la imagen corporal, relacionada a la pérdida del cuerpo infantil y la consiguiente adquisición del cuerpo adulto.
- Culminación del proceso de separación/individualización y sustitución del vínculo de dependencia simbiótica con los padres de la infancia por relaciones de autonomía plena.
- Elaboración de los duelos referentes a la pérdida de la condición infantil: el duelo por el cuerpo infantil perdido, el duelo por el rol y la identidad infantil (renuncia a la dependencia y aceptación de nuevas responsabilidades) y el duelo por los padres de la infancia (pérdida de la protección que éstos significan).
- Elaboración de una escala de valores o códigos de ética propios.
- Búsqueda de pautas de identificación en el grupo de pares.

1.3 FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES EN LA ADOLESCENCIA.

La noción de crisis de la adolescencia o de crisis de originalidad juvenil (M. Debesse 74) ha servido de coartada durante mucho tiempo. Frente a las dificultades psicológicas y comportamentales del adolescente se podría considerar en efecto, o bien que se trataba de una patología psiquiátrica propiamente dicha, y nos llevaba al caso del adulto; o bien que nos encontrábamos frente a trastornos pasajeros que se atribuían a la crisis. En nombre de ésta se han considerado también, fácilmente, como normales para

esta edad las conductas más atípicas. Un autor como K. Eissler (87) ha podido escribir que un adolescente en psicoterapia era susceptible de presentar cuadros clínicos evocadores de toda patología psiquiátrica, border – line por supuesto, y también esquizofrénicos sin consecuencias para su futuro. Si los datos evolutivos actuales son menos optimistas, no por ello es menos cierto que tal postura, al menos bajo una forma más atenuada, es ampliamente compartida. Las alteraciones de las conductas en los adolescentes no tendrían consecuencias.

Sería el precio de la crisis, asimilada a una desorganización temporal, en el momento en el que el joven adolescente abandona los apoyos de la infancia sin haber encontrado todavía los de la edad adulta. Se añadirían a ello los efectos de la maduración pulsional, efectos cuantitativos que impulsarían al adolescente a conductas probatorias anárquicas, antes de poder canalizarlas de manera más estable. Pasado el tiempo de crisis, el joven adulto se situaría en la continuidad de su pasado y si sobrevinieran cambios subsiguientes, pertenecerían ante todo a la patología.

➤ FACTORES DE RIESGO

- Consumo abusivo de alcohol, ya que este puede llevar a una pérdida de la autocrítica, distorsión de la realidad, alteraciones de la conducta con desinhibición y facilitación de actos de violencia. El alcohol, al actuar sobre la voluntad debilitándola, facilita el consumo de otras sustancias.
- Dependencia al tabaco. Es un hábito que puede crear una conducta adictiva dentro de la estructuración de la personalidad, incorporándose esta modalidad de reacción para el futuro. Es también una puerta de entrada al consumo de otras sustancias.

- Alteraciones permanentes del humor: ansiedad, tristeza, aislamiento, mal humor, hostilidad hacia los familiares y amigos; aburrimiento permanente; violencia.
- Alteraciones en el estilo de vida: trastornos del sueño, expectativas que van más allá de lo realizable, fatiga frecuente, falta de interés y motivación por cosas que antes le interesaban.
- Actitud tolerante hacia el consumo de tabaco, alcohol y drogas, el frecuentar amigos o compañeros que consumen dichas sustancias.
- Disminución del rendimiento estudiantil o laboral; faltas frecuentes sin motivo, alteraciones de la conducta y sanciones disciplinarias.
- Ausencias del hogar por más de 24 horas sin aviso previo. Fugas reiteradas.
- Situaciones de conflicto familiar prolongados, falta de comunicación real y congruente, problemas de conducta con alguno de los hermanos.
- Conductas autolesivas, carencia en el control de los impulsos.

La coexistencia de los o más de los factores enumerados, nos lleva a reflexionar y a profundizar sobre este adolescente. Creemos que está tratando de llamar la atención sobre él, que algo le está ocurriendo.

➤ FACTORES PROTECTORES

- Una relación familiar armónica, donde existan la expresión del afecto y se dispense la atención necesaria a cada uno de los miembros, a través de una comprensión y comunicación efectiva.
- La existencia de oportunidades donde los jóvenes puedan llevar a cabo experiencias exitosas y excitantes, tanto a nivel estudiantil como laboral.

- Estilo de vida armónico, donde exista una escala de valores, entretenimientos compartidos con la familia y los amigos, descanso suficiente, practica de actividades físicas, y una actividad participativa en la comunidad.
- Estructuras escolares y laborales continentales que despierten inquietudes y desarrollen las habilidades que los jóvenes poseen.

2. AUTOLESIÓN

2.1 DEFINICIÓN DE AUTOLESIÓN

El Diccionario Médico de Mosby (1994) da la siguiente definición:

Estado en el que se encuentra un individuo que tiene un alto riesgo de hacerse daño pero no de matarse, y produce daño en los tejidos y logra aliviar la tensión que siente. Los grupos de alto riesgo son las personas que son incapaces de manejar la tensión psicológica de manera sana, estar en estado de ansiedad, culpa o despersonalización, en necesidad de estimulación sensorial para regresar a la realidad, privación de cuidado paterno/materno o perteneciente a una familia disfuncional. Gente en riesgo incluye a pacientes con personalidad limítrofe (especialmente mujeres entre 16 y 25 años de edad), pacientes en estado sicótico (frecuentemente varones jóvenes adultos), niños golpeados o con disturbios emocionales, niños con retraso mental o autistas, pacientes con un historial de autolesión, o con un historial de abuso físico, emocional o sexual. (Mosby, 233)

2.2 TIPOS DE AUTOLESIÓN

Favazza (135) clasifica a la autolesión en tres tipos:

2.2.1 Auto-mutilación mayor (incluye cosas como castración, amputación de miembros, sacarse los ojos, etc.) es un fenómeno poco común y normalmente está asociada a estados sicóticos.

2.2.2 Autolesión estereotípica incluye acciones como golpearse la cabeza rítmicamente contra una pared, etc. Este tipo de AL se presenta principalmente en personas con retraso mental, autistas o psicóticos.

2.2.3 Autolesión superficial o moderada. Este tipo de autolesión es el más común; incluye: cortarse, quemarse, rascarse hasta sangrar, arrancarse el pelo, romperse huesos, pegarse, lastimarse sobre una herida deliberadamente, interferir con la saneamiento de una herida, y casi cualquier método en que uno mismo se infrinja daño físico.

En estudios clínicos y en una encuesta informal, el acto más popular fue el de cortarse y los lugares más comunes fueron las muñecas, parte alta del brazo, y la parte interior de los muslos. Mucha gente ha usado más de un método, sin embargo prefieren uno sobre los otros, y casi siempre se dañan en los mismo lugares.

Favazza subdivide a la autolesión superficial/moderada en tres tipos: compulsiva, episódica y repetitiva.

2.2.3.1 Autolesión compulsiva

La autolesión compulsiva tiene diferencias de carácter en comparación con las otras dos y está asociada con el desorden obsesivo-compulsivo. El auto-daño compulsivo incluye el arrancarse el pelo (tricotilomanía), fricción excesiva de la piel y excoriación.

Estos actos pueden ser parte de un ritual obsesivo-compulsivo con pensamientos insistentes: la persona al hacerse daño trata de aliviar la tensión y prevenir algo terrible que piensan puede pasar.

La autolesión compulsiva tiene una naturaleza diferente y raíces diferentes de la auto-lesión impulsiva (episódica y repetitiva).

2.2.3.2 Autolesión episódica

Tanto la autolesión episódica como la repetitiva son actos impulsivos, y la diferencia entre ellos tiene que ver más con el grado o nivel de hacerlo.

La autolesión episódica es una conducta llevada a cabo tan a menudo que la persona que lo hace ni lo piensa y no se considera como gente que se hace daño. Generalmente es un síntoma de algún otro desorden psicológico.

Lo que empieza como una autolesión episódica puede escalar hasta llegar a ser repetitiva. Muchos terapeutas (Favazza and Rosenthal, 1993; Kahan and Pattison, 1984; Miller, 1994; entre otros) consideran que la auto-lesión repetitiva debería estar clasificada por separado en el Eje I como trastorno del control de los impulsos no especificados.

2.2.3.3 Autolesión repetitiva

La autolesión repetitiva se caracteriza por conscientemente considerar el hacerse daño incluso aunque se lleve a cabo, y las personas se identifican a sí mismas como gente que se autolesiona.

La autolesión episódica se vuelve repetitiva cuando lo que inicialmente era un síntoma se vuelve una enfermedad en sí misma (como se puede constatar en mucha gente que se hace daño y describe a la auto-lesión como ‘adictiva’). Es impulsiva por naturaleza y normalmente se convierte en una respuesta reflejo a cualquier tipo de

estrés, positivo o negativo. Así como los fumadores que agarran un cigarro cuando se sienten abrumados, los que se auto-lesionan de manera repetitiva agarran un encendedor o una navaja, o un cinturón cuando ya no pueden soportar una situación.

2.3 CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS COMUNES EN LOS AUTOLESIONADORES

Hablando en términos generales, es gente que:

- Se invalidan / aborrecen fuertemente.
- Son hipersensibles al rechazo.
- Están crónicamente enojados, casi siempre con ellos mismos.
- Tienden a suprimir su enojo.
- Tienen niveles muy altos de sentimientos agresivos, los cuales desaprueban de manera contundente y normalmente o los suprimen o bien los dirigen hacia ellos mismos.
- Son más impulsivos y les falta más control sobre sus impulsos.
- Tienden a actuar de acuerdo a su estado de ánimo del momento.
- Tienden a no planear para el futuro.
- Están deprimidos y piensan en el suicidio o en la auto-destrucción.
- Sufren de ansiedad crónica.
- Tienden a la irritabilidad.
- No se consideran como hábiles para manejar situaciones difíciles.
- No tienen un repertorio flexible de técnicas para hacer frente a situaciones.
- Sienten que no tienen suficiente control sobre cómo manejan su vida.
- Tienden a ser evasivos.
- No se ven como personas con poder o autoridad

3. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

3.1 CONCEPTO

En el DSM-IV-TR (APA, págs. 346.347), el Trastorno Límite de la Personalidad o Borderline es definido como una pauta duradera de percepción, de relación y de pensamiento sobre el entorno y sobre sí mismo en la que hay problemas en diversas zonas: la conducta interpersonal, el estado de ánimo y la autoimagen, estos individuos experimentan una amplia gama de dificultades. Los rasgos que más impresionan son la intensidad de sus reacciones emocionales, la inestabilidad de sus estados de ánimo y la gran variedad de síntomas que presentan. Pueden pasar abruptamente de un ánimo profundamente deprimido a una agitación ansiosa o a una ira intensa; también emprenden de modo impulsivo acciones que más tarde reconocen como irracionales y contraproducentes.

Lo típico es que presentan un patrón de problemas erráticos, incongruentes, impredecibles y que puedan funcionar con competencia en algunas zonas de la vida, mientras que tienen dificultades enormes en otras.

3.2 CAUSAS

No se entienden por completo las causas del Trastorno Límite de la personalidad, aunque se cree que la química cerebral, genética, y factores del entorno desempeñan una función. Las personas con TLP probablemente nacen con una vulnerabilidad subyacente a la enfermedad. Cuando están expuestos a ciertas experiencias y tipos de estrés, incrementan sus probabilidades de desarrollar la enfermedad. Con frecuencia se encuentra que las personas que padecen TLP han experimentado abuso infantil, negligencia, separación, abuso sexual o violencia.

Los siguientes factores incrementan sus probabilidades de desarrollar TLP:

- Sexo: femenino.
- Un historial de abuso, negligencia o abandono en la infancia.
- Un historial de abuso sexual o violencia.
- Sensibilidad innata al estrés.
- Mala imagen personal; no tener un sentido claro de quién es.
- Madre, padre o hermano con TLP.

Se cree que el TLP se desarrolla a partir de una combinación de desequilibrios químicos en el cerebro y experiencias traumáticas en la vida.

3.3 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN EL DSM – IV –TR PARA EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, 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:

- Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio cinco.
- Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
- Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de

comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.

- Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación.
- Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
- Sentimientos crónicos de vacío.
- Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
- Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

3.4 TRATAMIENTO PARA EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

➤ Psicoterapia

La terapia individual, grupal, y familiar forma la base del tratamiento de BPD. La psicoterapia individual por lo general consiste de 2-3 sesiones a la semana durante un periodo de años. La terapia de comportamiento dialéctico (DBT) es un tipo de terapia cognitiva conductual que ha mostrado particular éxito en personas con BPD. Se puede aplicar como terapia grupal. El objetivo de la terapia es ayudar a la persona con BPD:

- Entender su comportamiento
- Mejorar su capacidad de tolerar la frustración, ansiedad, soledad, e ira
- Controlar el comportamiento impulsivo
- Mejorar habilidades sociales

La terapia familiar puede ayudar a que miembros de la familia lidien con los efectos del BPD y proporcionen apoyo para la persona que padece BPD.

➤ Medicamentos

Se pueden usar medicamentos antidepresivos y estabilizadores del estado de ánimo para tratar la depresión coexistente y los cambios de humor. Se pueden usar medicamentos antipsicóticos en bajas dosis para controlar el pensamiento distorsionado o la ansiedad.

4. TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.

4.1. LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL, DE LINEHAN

Esta terapia cognitivo – conductual ha sido desarrollada por la psiquiatra Marsha Linehan para el tratamiento de pacientes con trastorno de personalidad límite y con comportamientos parasuicidas (Linehan, 1987; 1993a , b). Linehan utiliza una teoría biosocial para conceptualizar al TLP, donde la base constitucional del trastorno es la elevada reactividad emocional y la falta de regulación. Propone que los patrones conductuales del TLP, son el resultado de la transacción entre el niño emocionalmente vulnerable y el ambiente que invalida las expresiones de la experiencia privada, especialmente de las expresiones emocionales.

La TCD es una modificación de la TCC estándar que incorpora a las técnicas conductuales del cambio algunas estrategias de aceptación, para buscar el cambio conductual a través de la experiencia. La TCD utiliza herramientas terapéuticas

fundamentales de la TCC, como el análisis comportamental, la exposición, el manejo de contingencias y la reestructuración cognitiva.

En la TCD se recalca la importancia de encontrar un equilibrio entre el cambio y la aceptación, y por ello se le enseña al paciente a aceptarse a sí mismo y al mundo tal cual es en el momento.

Otra de las modificaciones a la TCC estándar que hace Linehan en la TCD es la importancia que le da tanto a la relación terapéutica (parte esencial del tratamiento) como al manejo de las conductas que interfieren en la terapia por parte del paciente y del terapeuta .

La terapia dialéctica conductual implica, de forma simultánea, terapia individual, entrenamiento en habilidades sociales, acompañados normalmente con terapia de grupo, asistencia telefónica y grupos de psicoeducación para familiares y allegados (Aramburú, 92; Linehan, 123 a, b). El formato de grupo es psicoeducativo enfatizando la adquisición de las habilidades conductuales, como la eficacia interpersonal, la regulación de las emociones, la tolerancia ante el malestar, las prácticas de meditación y el autocontrol.

En el tratamiento individual, los objetivos del tratamiento se colocan jerárquicamente del siguiente modo (Aramburú, 1996; García Palacios, 2004; Turek y Linehan, 1994): (1) disminución o eliminación de las conductas suicidas y parasuicidas; (2) disminución o eliminación de las conductas que interfieren con el curso de la terapia; (3) disminución o eliminación de las conductas que interfieren con la calidad de vivir; (4) adquisición de habilidades conductuales; (5) reducción de los efectos del estrés

postraumático; (6) aumento del respeto por uno mismo y (7) obtención de los objetivos individuales que el paciente trae a la terapia.

El primer objetivo de la terapia individual sería bloquear las conductas en las primeras tres áreas y sustituirlas por habilidades conductuales en la cuarta área. Luego, los objetivos son descubrir y reducir los efectos de los traumas infantiles sexuales, físicos y emocionales (objetivo 5) y enseñar a los pacientes a confiar en ellos mismos (objetivo 6) .

La ordenación jerárquica implica no solamente un orden de prioridades, sino también las exigencias de que para tratar un objetivo posterior no deben darse incidencias de conductas problema que tengan una prioridad más alta (Aramburú, 1996: 133).

La terapia dialéctica conductual ha sido quizás la primera terapia cognitivo – conductual en ser evaluada empíricamente para el TLP (Linehan, et al.,1991; Linehan, Heard y Armstrong, 1993) y es una de las más específicas y sistematizadas, aunque a veces pueda parecer excesivamente compleja y con demasiados procedimientos heterogéneos en la aplicación de la misma.

4.2 TEORÍA BIOSOCIAL: LA DISREGULACIÓN EMOCIONAL

La teoría biosocial de Linehan para el TLP, explica la interacción entre el entorno, los factores biológicos y emocionales.

Específicamente, esta teoría indica que los individuos con un TLP tienen predisposición biológica a la reactividad emocional y a la sensibilidad, de modo que experimentan las emociones más intensamente que otros y tiene un retorno más lento a

la basal. Además, reciben retroalimentación del entorno, el cual es invalidante de su experiencia emocional.

Por otra parte Linehan indica que no es suficiente que se dé en el sujeto esta vulnerabilidad inicial sino que, además, éste ha de estar expuesto a un “entorno invalidante”. Las características de este entorno consisten en que niega o responde de modo no adecuado a las experiencias privadas de los sujetos. No se toman sus reacciones emocionales como válidas ante los hechos que las provocan, sino que se las trivializa, se las desprecia, se las desatiende o incluso, se las castiga. Estas familias tienden a valorar el control de la expresión emocional, transmiten que la solución de los problemas es más simple de lo que realmente corresponde y no toleran la manifestación de afectos negativos. El resultado de todo esto es la exacerbación de la vulnerabilidad emocional del individuo, lo cual, a su vez, influye recíprocamente en el entorno invalidante. De ahí resulta la persona con TLP, que no sabe cómo etiquetar y cómo regular su excitación emocional, ni confía en sus respuestas emocionales para interpretar y juzgar los hechos. El sujeto desconfía de sus propios estados internos, lo que le lleva a una sobredependencia de los otros, y esto a su vez impide el desarrollo de un sentido del self cohesionado. Estos tres factores, las relaciones con los demás, la capacidad para regular las propias emociones y el sentido del self estable y cohesionado, influyen recíprocamente entre sí y, por tanto quedan todos alterados. Por último, para Linehan las conductas autolesivas de los sujetos límite se interpretan como intentos de regular el afecto y además tienen un importante papel comunicativo en tanto que provocan conductas de ayuda en un entorno que en sí no responde empáticamente hacia ellos. Linehan describe los modelos conductuales de los pacientes como una serie de dilemas dialécticos. Un dilema dialéctico es una dimensión bipolar en la cual el terapeuta tiene la labor de encontrar una posición más equilibrada (síntesis) que supere

las anteriores oposiciones (tesis y antítesis). Estos dilemas están representados por un lado por la dimensión “factores-biológicos”, y por otro por la dimensión “entorno-invalidante” (algo que tiene mucho que ver con las series complementarias freudianas).

La autora propone tres dimensiones de conductas definidas por polos opuestos. En una primera dimensión, un paciente TLP puede oscilar entre invalidarse y culparse a sí mismo por su sufrimiento emocional, o bien culpar al resto del mundo por tratarlo injustamente. Así, la conducta suicida puede explicarse tanto como agresión a sí mismo como conducta de petición desesperada de ayuda. Una segunda dimensión consiste en uno de sus polos en la tendencia biológica a la “pasividad activa”, en la cual el paciente se acerca a los demás para que le den soluciones y en el otro polo estaría la conducta del paciente que aparenta más competencia de la que realmente tiene, porque su entorno invalidante ha exigido de él en demasía. El propio terapeuta tiende, dependiendo de la posición en que se ubique el paciente, a subestimar o bien a sobreestimar sus capacidades. Por último, la tercera dimensión tiene en el polo biológico la tendencia del paciente a experimentar la vida como una serie interminable de crisis y en el otro polo estaría la conducta provocada por el entorno de “aflicción inhibida” (lo que nosotros llamaríamos disociación) por la que el paciente no puede experimentar las emociones asociadas a traumas o pérdidas significativos. Como dijimos, el terapeuta trabaja en la dirección de buscar el equilibrio y la síntesis de los opuestos existentes en el sujeto.

4.3 ESTADIOS DE LA TERAPIA Y OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

4.3.1 Estadio 0: Pretratamiento: orientación y compromiso. A lo largo de las tres primeras entrevistas, terapeuta y paciente llegan a un acuerdo y un compromiso de trabajar juntos. Pero para esto se trabaja primero con las expectativas que el paciente tiene, estudiándose si son o no realistas. Se aclara que este tratamiento no es un

programa de prevención de suicidio, sino que pretende, a través del trabajo en equipo, crear una vida que merezca la pena vivirse (aquí vemos la importancia que se da no sólo a la conducta, sino a las vivencias del paciente). Además, se exponen las bases del tratamiento, describiéndolo como una terapia cognitivo-conductual, que pone especial énfasis en el aprendizaje de habilidades. Ya en esta fase se utilizan estrategias específicas, que son explicadas más adelante.

4.3.2 Estadio 1: lograr capacidades básicas. Este estadio se centra en conseguir un modo de vida razonablemente funcional y estable. Con los pacientes suicidas, graves, normalmente esta etapa dura un año como mínimo. A continuación se describen los objetivos de este estadio.

En primer lugar las conductas suicidas. Señalan con toda claridad que la primera prioridad de la terapia es mantener al paciente vivo. Por tanto, se trabaja todo lo relacionado con conductas suicidas y parasuicidas, incluyendo las amenazas de suicidio, planearlo, prepararlo, pensar sobre ello, así como con la conducta autolesiva. Lo más significativo en este enfoque es que este objetivo se hace explícito al paciente.

Un segundo objetivo son las conductas que interfieren con la terapia. Este objetivo es importante con este tipo de pacientes, debido por un lado a que presentan un índice muy elevado de abandono de la terapia, y por otro, al alto grado de tensión que se produce en los terapeutas, o sea la posibilidad de que éste “se queme” o intervenga de modo iatrogénico. Los autores dejan claro que las conductas que interfieren con la terapia, tanto por parte del paciente como del terapeuta, son trabajadas “directamente, inmediatamente, consistentemente y constantemente y, lo más importante, antes más bien, que después de que el terapeuta o el paciente no quieran continuar más tiempo.” Un ejemplo de conducta que interfiere con la terapia por parte del paciente sería la de

intentar traspasar los límites personales del terapeuta y esto se trabaja dentro de la sesión. Un ejemplo de conducta interferente del terapeuta serían conductas iatrogénicas como las que causan ansiedad innecesaria al paciente, o aumentan sus dificultades. Se tratan estas conductas del terapeuta en las sesiones de terapia si el paciente trae este material, pero también en las supervisiones/consultas.

Un tercer objetivo son las conductas que interfieren con la calidad de vida. Aquí se incluyen conductas como el abuso de sustancias, trastornos graves de alimentación, conductas sexuales de alto riesgo y fuera de control, dificultades financieras extremas (jugar o gastar de forma incontrolada), conductas criminales que pueden llevar a la cárcel, o conductas relacionadas con el trabajo o la escuela (como faltar, no hacer nada productivo, abandonar prematuramente, etc.), conductas disfuncionales relacionadas con el hogar (como vivir con gente que abuse de ellos, no tener casa estable), con la salud mental (como no tomar los medicamentos prescritos o bien abusar de ellos), y con la salud en general (como no tratarse problemas médicos serios). Se trata de alcanzar una vida mínimamente segura y adecuada.

Por último, en el Estadio 1 se tratan las habilidades conductuales. Aquí se busca aumentar las habilidades en relación a regular las propias emociones, mantener las relaciones interpersonales y tener autonomía mínima.

Dentro de estas habilidades, hay una que los autores incluyen como central en su tratamiento, y que está tomada de la práctica de meditación Zen, que ellos llaman habilidades de “toma de conciencia”. Esta toma de conciencia se refiere especialmente a poner nombre a lo que se está sintiendo, vivenciarlo conscientemente, prescindiendo de la instancia que lo juzga o lo critica, algo que consideran está muy relacionado con la

tolerancia a la ansiedad. Aquí vemos de nuevo una relación muy cercana con las propuestas de la escuela psicoanalítica del self (Kohut, 67).

4.3.3 Estadio 2: reducción de la angustia postraumática. Aunque en el Estadio 1 se han podido explorar la relación entre la conducta presente y eventos traumáticos previos, incluidos los de la niñez, es en el Estadio 2 donde el foco se dirige específicamente a elaborar (“procesar” es el término que usan) hechos traumáticos anteriores. El procedimiento consiste en volver a exponer al paciente a claves asociadas con el trauma, dentro de la terapia. Los autores explican que en un lenguaje psicodinámico el Estadio 1 sería una fase “contenedora” y el Estadio 2 una fase de “descubrimiento”. Se trata de recordar y aceptar los hechos traumáticos tempranos, reducir la estigmatización y autoinculpación que suele asociarse con ellos (se da un alto índice de abuso sexual infantil entre estos pacientes), reducir la negación y resolver las tensiones dialécticas en cuanto a la atribución de la culpa que produce el trauma. Pero para pasar a este estadio, los autores ven necesario haber superado los objetivos del Estadio 1, ya que de lo contrario el paciente no podrá afrontar la ansiedad que desencadena este nuevo proceso.

Efectivamente, como los propios autores indican, vamos viendo que éste es un proceso al que no le faltan ingredientes para ser descrito como psicoanalítico. Lo que de momento señalamos como distinción es la clara y evidente programación de antemano de los objetivos a tratar, evidentemente surgida de la extrema gravedad de los pacientes para los que se ha diseñado el tratamiento. Siguiendo un criterio pragmático, se señala que los objetivos primeros pasan porque el paciente siga vivo, siga con la terapia, y su vida esté mínimamente resuelta como para poder pasar a los objetivos más clásicamente psicoanalíticos de elaboración de situaciones traumáticas y toma de conciencia de

motivaciones, temores y conflictos internos inconscientes. Y este orden es explícito, se trabaja directamente con el paciente cada iniciativa referida a esos primeros objetivos. En un enfoque analítico tradicional, podría pensarse que mientras los traumas no estén elaborados no tiene sentido pedir al paciente que controle su conducta suicida o parasuicida. Aquí se hace justo lo contrario: se establecen en primer lugar unos criterios conductuales mínimos (que duran, como mínimo, 1 año) para poder entrar después en un trabajo más profundo. Pero bajo la interpretación de los autores, no es que no se dé a los criterios del segundo estadio el valor de agentes causales de la conducta (en amplio sentido) del paciente. Por lo que podemos ver, se trata más bien de un criterio pragmático, estratégico, según el cual lo primero es establecer un vínculo fuerte y con alto nivel de compromiso en base al cual las conductas más peligrosas sean controladas, y sólo después se entra en el trabajo interpretativo que es el que realmente dotará al paciente de la autonomía necesaria para que las habilidades que se están enseñando y practicando, sean realmente internalizadas.

4.3.4 Estadio 3: resolver problemas de la vida e incrementar el autorrespeto. Aquí se presupone que el paciente tiene ya un nivel de funcionamiento suficientemente bueno en casi todos los dominios. El objetivo ahora se dirige por un lado a la confianza en sí mismo y la autoestima y por otro lado a la autonomía. El paciente debe conseguir que su autorrespeto sea razonablemente independiente de la valoración externa. Y esto significa que deben promoverse también la independencia para con el propio terapeuta, que irá estimulando los pasos hacia la autonomía del paciente respecto a él mismo. De nuevo una digresión para señalar la sensación a la vez de cercanía y lejanía para con la técnica psicoanalítica. En el lenguaje clásico del psicoanálisis se habló de resolución de la neurosis de transferencia. Hoy día, la transferencia se ve de forma distinta a como se veía antes (Westen y Gabbard, 54-55), se considera necesario una progresiva toma de

conciencia de las modalidades de reacción activadas en el específico contexto interpersonal de la relación terapéutica, para así regularlas -si bien la perspectiva teórica de ahora ve que este trabajo va combinado con los efectos directamente terapéuticos del nuevo vínculo, que no pasan por la toma de conciencia.

Entendemos que en este Estadio 3 se trabaja específicamente con las actitudes del paciente que puedan implicar dependencia del vínculo para el mantenimiento del self, y se tiene cuidado de tomar conciencia de las actitudes del propio terapeuta que puedan potenciar esta dependencia, para manejarlas.

4.3.5 Estadio 4: lograr la capacidad de sostener la alegría. Los autores no se detienen mucho en explicar esta fase, diciendo sólo que ahora los objetivos pasan por ampliar la conciencia, la plenitud espiritual y el movimiento dentro del flujo vital y que en este momento los pacientes pueden beneficiarse de la psicoterapia de larga duración orientada al insight y de dirección espiritual o las prácticas espirituales.

CAPÍTULO II

ESTRATEGIAS

TERAPEÚTICAS

DIALÉCTICAS

1. ESTRATEGIAS DEL TRATAMIENTO

En este apartado los autores entre estos (Linehan, 1993) describen las diferentes estrategias que se usan, de forma coordinada, en TCD. Existen cinco clases de estrategias: dialécticas, nucleares, estilísticas, estrategias de dirección del caso y estrategias integradas.

1.1 ESTRATEGIAS DIALÉCTICAS

Con la expresión “estrategias dialécticas” se refieren a distintos significados. Por un lado, a que el terapeuta tiene que estar continuamente buscando el equilibrio entre las tensiones que se producen en la terapia, por ejemplo se busca el equilibrio entre la aceptación y el cambio, entre el “nutrir” (para nosotros afirmar, validar, reconocer) y el retar (psicoanalíticamente sería confrontar, interpretar), entre prestar atención a las capacidades y hacerlo a las limitaciones o déficits. En TCD se convierte en fundamental el buscar el equilibrio a través de analizar los opuestos y encontrar una síntesis. Este equilibrio ha de enseñarse al paciente, no de forma explícita o teórica (debido a lo abstracto de estos conceptos) sino a través de ir viendo en cada ejemplo cómo la comprensión y aceptación de una idea, un deseo, no invalida otro opuesto que también está presente. En resumen, se intenta que el paciente abandone su pensamiento dicotómico y vaya haciendo suya una forma de pensamiento que ve la realidad como compleja y múltiple, que tolere sus contradicciones internas.

Entre las estrategias dialécticas tenemos:

1.1.1 Asumir la paradoja.

El terapeuta no niega las paradojas implícitas en el proceso de tratamiento o en la realidad en general, sino que las presenta tal como se dan, sin explicarlas racionalmente. Se deja que sea el paciente el que busque la síntesis de las polaridades para comprender. Ejemplos de paradoja de Linehan son: los pacientes son libres de elegir su conducta, pero no pueden estar en terapia si no trabajan para cambiarla. Se les enseña a adquirir más independencia, para que la usen pidiendo ayuda a los otros. El paciente tiene derecho a matarse a sí mismo, pero si alguna vez se considera que están en serio riesgo de suicidio se le encerrará. El paciente no es responsable de estar como está, pero es responsable de lo que llega a ser.

1.1.2 Usar la metáfora: parábola, mito, analogía y contar cuentos.

Se utilizan todos estos recursos para que el paciente comprenda algo que en principio le cuesta. Vamos a un ejemplo que se relata en las sesiones clínicas transcritas. La paciente llega a sesión tras un incidente esa semana en que se ha autolesionado abriéndose una herida previa que ella misma se había infligido. La explicación que da es que el médico no quiso facilitarle medicamentos para el dolor, y como éste no creía hasta qué punto le dolía, sintió que tenía que demostrárselo de alguna forma. De manera que la explicación o “pensamiento falso” de la paciente es que se autolesionó por no poder soportar el dolor físico, pero la terapeuta quiere hacerle ver que la motivación real no era el dolor, sino más bien otra (que más adelante sale a la luz, relacionada con su sentimiento de no importarle a nadie, de no ser cuidada ni reconocida ni amada). Para esto, la terapeuta cuenta a la paciente una historia, le pide que se imagine que ambas van en una barca en medio del océano, porque su barco se ha hundido. Al hundirse el barco la paciente se cortó la pierna y le duele mucho. Se la han vendado, pero no tiene ningún analgésico en la balsa a la deriva. La cuestión es, si ella le pidiera medicación y la

terapeuta dijera que no, ¿se habría lesionado la pierna para ponerse peor? e incluso, si hubiera medicamentos para el dolor pero le dijera que no se lo daba porque debían guardarlos y no gastarlos por la situación en que estaban, ¿se habría lesionado entonces? La paciente responde que no. Así se avanza en la aclaración de que el dolor no es lo que le provoca herirse sino, más bien, sentir que alguien no le ofrece ayuda cuando ella siente que podría dársela si quisiera.

1.1.3 Jugar a abogado del diablo.

Esta estrategia proviene de las terapias cognitivas y se trata de que el terapeuta se coloque en la posición de quien defiende creencias disfuncionales del propio paciente, en una versión extrema. Siguiendo el ejemplo de los autores, si el paciente dice “estoy tan gorda, que mejor estaría muerta”, el terapeuta entonces argumenta a favor de esto, y sugiere que como eso es verdad para la paciente, también debe ser verdad para el resto de la gente, de modo que toda la gente con sobrepeso debería estar muerta. Y como es muy relativo lo que cada uno considera que es estar gordo, debe haber muchísima gente que debería morir.

Sin embargo, la estrategia de abogado del diablo puede volverse en contra si el terapeuta no tiene suficiente sensibilidad como para sentir cuándo está llegando al límite de la tensión que la paciente puede soportar.

1.1.4 Hacer limonada a partir de los limones

Se trata de ver los problemas como oportunidades para que el paciente se desarrolle. Seguimos con el ejemplo anterior. La paciente va relatando los pasos que precedieron a su autolesión, y cómo fallaron los intentos de aguantar el dolor, de soportar la ansiedad, de regular las emociones que la abrumaron. Ante esto, la terapeuta muestra que ella

realmente usó habilidades que estaba aprendiendo, y durante un breve tiempo funcionaron (intentó evadirse del dolor tocando música, leyendo, haciendo crucigramas; intentó la estrategia de “aceptación” concienciándose de que en realidad –los otros- no iba a cambiar y debía aceptarlo) hasta que algo no dio resultado. Así, la terapeuta anima y ofrece a la paciente una visión más positiva de sí misma.

1.2 ESTRATEGIAS NUCLEARES

Las estrategias nucleares son de dos tipos: validación y resolución de problemas, y en todo momento los autores enfatizan la necesidad de equilibrar ambos tipos en los distintos momentos del tratamiento.

1.2.1 Validación

Implica comunicar al paciente que sus respuestas tienen sentido dentro de su contexto y su situación vital, y con ello se comunica una aceptación. No se minusvalora el sufrimiento que le lleva a sus respuestas, por más disfuncionales o destructivas que éstas puedan parecer. Los autores sostienen que la validación es un reconocimiento de lo que es válido, pero no significa “hacer” válido. Pensamos que con esto intentan diferenciarla de lo que podría entenderse erróneamente como una transmisión directa de valores, cuando especifican que el terapeuta no aporta al paciente la conducta que es válida, sino que reconoce su validez para el paciente, ya que si éste la sostiene es porque ha tenido sus motivos –aunque esto no implique que esa conducta sea saludable o adaptativa.

En el libro de Linehan, se muestra la importancia de este concepto. Ella establece seis niveles distintos de validación, en orden creciente de complejidad. Estos niveles son descritos como: 1) estar genuinamente interesado en el paciente; 2) transmitir a éste

entendimiento y reflexión de lo que éste ha dicho; 3) transmitirle a su vez comprensión de aspectos de la experiencia que el paciente no ha comunicado directamente; 4) validar la conducta a través de mostrar que ésta es causada; 5) mostrar los aspectos razonables y bien basados, en relación con la respuesta del entorno, de la conducta (sin evitar comentar también los aspectos disfuncionales); y 6) creer en el paciente como sujeto capaz de cambio, como persona de igual estatus e igual merecido respeto, que va más allá de lo que implica la etiqueta de su diagnóstico o su rol como paciente.

1.2.2 Resolución de problemas

Éste es el otro grupo de estrategias que forman el núcleo de TCD, y son la contrapartida de la validación, ya que si ésta se centra en la aceptación de la situación presente, la resolución de problemas se centra en el cambio. Se proponen 6 tipos de estrategias de resolución de problemas, que iremos describiendo a continuación.

1.2.2.1 Análisis conductual.

Aquí el terapeuta selecciona un problema, normalmente a través del relato del paciente o de lo que escribe en su tarjeta diaria y se define en términos conductuales. A partir de ahí, se realiza un análisis exhaustivo de toda la cadena de eventos que se suceden unos a otros hasta llegar a la conducta. El terapeuta así va construyendo un esquema general que es como un mapa, en el que se ve cómo el paciente llega a sus respuestas disfuncionales, cómo empieza el proceso, y también señala qué posibles vías alternativa hubieran llevado a otra posible solución. El objetivo aquí es determinar qué función tiene la conducta en el contexto de una serie de conductas. Para este análisis en cadena se empieza siempre con un evento específico del entorno, atendiendo siempre a la descripción de todos los eventos que estuvieron presentes simultáneamente con el

comienzo del problema, y algo importante, se realiza este análisis a partir de aquí utilizando segmentos de conducta muy pequeños. Por otra parte, se estudian también las consecuencias que mantienen esta respuesta problemática, es decir, no sólo se presta atención a los eventos antecedentes, sino a los posteriores, tanto para las emociones, sensaciones somáticas, pensamientos o suposiciones del paciente, como a lo que cambió en el propio entorno. Por último se construyen hipótesis sobre las causas, los hechos que son importantes a la hora de generar y mantener la conducta problema, tanto externos al sujeto como internos (estados emocionales intensos para los que existe la motivación a reducirlos, déficits en pensamiento dialéctico o en habilidades conductuales).

1.2.2.2 El análisis de la solución

Es la segunda estrategia de resolución de problemas del TCD, y consiste en un intento activo de encontrar soluciones alternativas al problema que ya se ha identificado y analizado. Aunque a veces esto ya se ha hecho antes, como hemos visto en el ejemplo, otras veces no ha surgido tan fácilmente y hay que completar la tarea, pidiéndose al paciente una lluvia de ideas para buscar soluciones posibles, teniendo en cuenta primar los resultados a corto plazo más que a largo, y primar también que esas soluciones den ganancias para el paciente más que para los otros.

1.2.2.3 Procedimientos de resolución de problemas

Estos procedimientos están directamente extraídos del enfoque cognitivo-conductual: son el entrenamiento en habilidades, los procedimientos de contingencia, la exposición y la modificación cognitiva. Ahora bien, aquí los autores resaltan una diferencia respecto al modo como se trabaja en los tratamientos clásicos conductuales y cognitivos. La diferencia está en que en TCD estas estrategias no se emplean de forma

estructurada sino entrelazadas con el diálogo terapéutico, no diferenciando demasiado entre una u otra técnica, y en sus propias palabras “aunque el terapeuta debe también ser consciente de los principios que gobiernan la efectividad de cada procedimiento, el uso de cada uno es normalmente una respuesta inmediata a los eventos que se despliegan en una sesión particular”.

1.2.2.4 La modificación cognitiva

Es el tercer procedimiento de resolución de problemas, veamos lo que dicen los autores. Para ellos, aunque se usan las clásicas técnicas de reestructuración cognitiva de Beck o Ellis, éstas no son predominantes en TCD, contrariamente al análisis de contingencia, que se usa sin interrupción. Además, sostienen que se da a los pacientes el mensaje de que es igualmente probable que se produzca una distorsión cognitiva a causa de la excitación emocional, como que se da al revés, que la excitación emocional sea causa de la distorsión cognitiva. Señalan que la mayor parte de las veces lo que causa el sufrimiento son los eventos en extremo estresantes de su vida, y no que se distorsionen los eventos reales.

1.2.2.5 La técnica de la exposición

Por último, un cuarto procedimiento es lo que se conoce como **exposición**. Esta es una técnica conductual que, recordamos, consiste en exponer al paciente a las condiciones que le perturban pero para poder enfrentar la situación de una manera diferente desde el punto de vista emocional.

Las indicaciones de los autores en este apartado van en tres sentidos: 1) cuidar que no se refuerce la clave o señal que precede a la conducta problema, 2) obstaculizar las respuestas disfuncionales, 3) reforzar las conductas opuestas a la conducta disfuncional

(si una conducta suicida está relacionada con sentimientos de vergüenza y dolor, reforzar al paciente para que hable de estos sentimientos). Estos procedimientos se usan a lo largo de toda la terapia, pero especialmente en el Estadio 2, y previamente se orienta al paciente sobre el sentido de la técnica y su dificultad. Además, se va enseñando al paciente a ir adquiriendo control sobre los hechos aversivos, de ahí que en TCD se cuide que el paciente vaya teniendo algún medio de finalizar la “exposición” (el enfrentamiento a lo que se teme, por haberse dado condicionamiento previo disfuncional) cuando las emociones sean muy fuertes. En el ejemplo de una paciente que está hablando de un tema que le está produciendo fuertes emociones dolorosas, como puede ser recordar el abuso sexual en su niñez, el paciente debe poder finalizar esa exposición al reencuentro con la memoria del acontecimiento de alguna manera previamente acordada en la terapia.

1.3 ESTRATEGIAS ESTILÍSTICAS

Estas estrategias se refieren al estilo de comunicación. Se presentan dos estilos diferentes, contrapuestos, para aplicar en distintas ocasiones pero entre los que ha de haber equilibrio.

1.3.1 Comunicación recíproca.

Se intenta colocar al terapeuta en una posición más cercana a la del paciente, de modo que se reduzca la diferencia de poder que conlleva la relación terapéutica. Los autores la comparan con el estilo de comunicación defendido por la terapia centrada en el paciente (Rogers, 1951). Es un estilo afectuoso, empático, cálido, que implica compromiso en la relación. Lo más interesante aquí es que conlleva la autorrevelación (algo similar ya fue propuesto por Kernberg, 1984). El terapeuta comunica al paciente

sus reacciones inmediatas, personales, ante su conducta, por ejemplo “Cuando exiges calidez de mí, eso me empuja a alejarme y se me hace más difícil ser cálido”. Estas declaraciones validan –en cuanto lo que tiene de la implicación afectiva que muestra la respuesta- y a la vez desafían, en tanto que muestran al paciente lo inapropiado de su conducta para conseguir lo que desea. Los autores la muestran como ejemplo de manejo de la contingencia, refiriéndose con esto a que son a la vez reforzadoras y castigadoras , y un ejemplo también de clarificación contingente, porque hacen que el paciente se de cuenta de los efectos inmediatos de su conducta interpersonal.

1.3.2 Comunicación irreverente.

Es la contrapartida del anterior, pues implica una dosis de humor, de ingenuidad, y de confrontación, usando la lógica para atrapar al paciente en la red de su propia actitud. Sirven para dar empuje a la terapia cuando la comunicación se estanca. Ejemplos dados para ilustrarla son: el paciente dice “voy a matarme,” y el terapeuta responde “pensaba que estabas de acuerdo en no abandonar la terapia”. Es un estilo que maneja la ironía, pero siempre con cuidado de que esta no sea agresiva. Otros ejemplos: el terapeuta puede decir “estás ida”, o bien “no habrás creído ni por un momento que yo iba a pensar que era una buena idea, ¿no?”.

1.4 ESTRATEGIAS DE DIRECCIÓN DE CASO

1.4.1 Estrategia de ser asesor/a del paciente.

Consiste en considerar que el terapeuta es un asesor del paciente. Esto implica que el terapeuta no interviene en el entorno (por ejemplo la familia) para que éste se ajuste al paciente, sino que asesora al paciente para que éste trate con aquél. Tampoco en el

caso de que el terapeuta necesite asesoramiento de otros profesionales lo hace a espaldas del paciente, por el contrario, hace que el paciente esté presente e, incluso, organice la puesta en común.

1.4.2 Intervención en el entorno

Esta intervención aunque no es predominante, tampoco se rechaza cuando se considera necesaria. Aquí la regla de los autores indica que cuando los pacientes carecen de las habilidades necesarias, están proclives a hacerse daño si el terapeuta no interviene de la manera correcta.

1.4.3 Supervisión/asesoramiento

Al terapeuta se considera crucial en TCD. El supervisor o equipo de consulta ayuda al terapeuta a mantener la relación terapéutica, a guardar el equilibrio. A veces será necesario mantener una posición fuerte (no dejarse manipular o no ceder cuando lo considerado terapéutico es mantener los límites fijados previamente) y otras veces por el contrario lo ayudará a acercarse emocionalmente al paciente.

1.5 ESTRATEGIAS INTEGRADAS

Las estrategias integradas dentro de la Terapia Dialéctica Conductual es una mezcla de todas las ya mencionadas que el terapeuta individual las puede combinar como crea necesario y con su propio toque personal conjugando así las estrategias dialécticas, nucleares, estilísticas y estrategias de dirección de caso.

CAPÍTULO III

ESTUDIO DE CASO

1. ESTUDIO DE CASO

1.1 PSICOBIOGRAFIA FAMILIAR DEL PACIENTE

Paciente de 15 años de edad, nace en la ciudad de Cuenca, de sexo masculino, estudiante del Décimo año de Educación Básica de la Unidad Educativa F Y A, acude a consulta por requerimiento de su madre relatando que le preocupa las conductas autolesivas de su hijo en los brazos y manos.

Proviene de una familia con un nivel socio-económico bajo, el grupo familiar está conformado por 5 integrantes, su padre de 40 años de edad, alcohólico recuperado, chofer, alcanzó la instrucción secundaria, tiene un hijo de otra relación con la que le fue infiel a su esposa, la mayor parte del tiempo por cuestiones laborales ha permanecido lejos del hogar por algunos meses, lo que le ha llevado a ser infiel a su esposa por varias ocasiones, aporta en el hogar con una cantidad mínima lo que resulta difícil para la madre solventar las necesidades básicas.

El padre del paciente nunca ha tenido un apego hacia sus hijos. Cabe mencionar que todos los hermanos del padre del paciente son divorciados.

Su madre se desenvuelve en el hogar como ama de casa, tiene 40 años de edad, alcanzó hasta la instrucción primaria; a la edad de 17 años fue violada teniendo como consecuencia un embarazo no deseado, a la edad de 19 años conoce al padre del paciente y empieza con una relación a la distancia debido a que éste trabajaba en Quito. Después de un tiempo se reunieron en unión libre por un periodo de cinco años, y luego se casaron por la ley, al principio, comenta la madre del paciente, que la relación afectiva era muy buena hasta que obtuvo el trabajo como chofer, es aquí donde empiezan los problemas de pareja, la ingesta de alcohol de su esposo, las varias infidelidades y el maltrato psicológico constante. Todos estos conflictos intrafamiliares

generaron en la madre del paciente depresión, ansiedad por la comida, y aproximadamente hace un año intentó suicidarse al enterarse de las múltiples infidelidades de su esposo y del maltrato psicológico que recibe a diario del mismo.

La relación del paciente hacia su madre es muy buena, existe comunicación, el paciente es el segundo de tres hermanos, su hermana mayor de 22 años de edad es estudiante y su hermana menor de 8 años de edad, estudiante, la relación afectiva entre ellos es muy buena.

1.2 PSICOBIOGRAFIA DEL PACIENTE

Nace a los 9 meses de gestación de parto normal sin complicaciones, su desarrollo psicomotor fue normal, gateó a los 7 meses y medio y camino al año. Informa la madre, que como todo niño era travieso, ante un castigo reaccionaba con rabietas pateando a las paredes, por lo que la madre y el padre siempre acudían a los golpes para eliminar la conducta no deseada.

Inicia su vida escolar a los 5 años de edad, Ingresa a la unidad educativa F y A; en cuanto a sus relaciones interpersonales comunica el paciente haber sido amigable, sociable, buen estudiante, manifiesta la madre y el paciente no haber tenido complicaciones en el estudio hasta el 4to año de educación básica; en los tres años posteriores, (5to, 6to y 7mo de básica) el rendimiento académico en cuanto a calificaciones, empieza a bajar de una manera abismal, debido a que los problemas en su casa empezaron a intensificarse, el hecho que el paciente estuviera expuesto a un ambiente invalidante por las peleas constantes de sus progenitores y la distancia del padre hacia él, generó en el paciente actitudes como desdén, tristeza, baja en el estado de ánimo por ende el bajo rendimiento .

A la edad de 12 años ingresa al colegio F y A cursando el 8vo año de educación básica, etapa en la que sus cambios psicológicos y físicos empiezan a ser manifiestos, sus relaciones interpersonales fueron buenas tanto con sus compañeros como compañeras, las responsabilidades académicas empiezan a dar un giro positivo puesto que empieza nuevamente a tener buenas calificaciones y buena conducta, comenta que se empieza a interesar por el sexo opuesto. Al finalizar el año lectivo y que estos cambios en su personalidad los veía muy agradables puesto que ya se sentía un hombre, informa que a pesar de los problemas que existían en su hogar, asistir al colegio le hacía olvidar de sus conflictos intrafamiliares. En noveno de básica relata que empieza a salir frecuentemente con sus amigos del barrio y del colegio a fiestas en horarios de la tarde sin importarle lo que le digan en su casa, manifiesta que es la etapa en que por primera vez consume alcohol y cigarrillo, según él por curiosidad e informa no haberle encontrado el gusto, el desenvolvimiento académico bajó nuevamente debido a que las constantes peleas, insultos, maltrato psicológico entre sus padres se incrementan tornándose en el hogar un ambiente de tensión diaria, el paciente informa que empieza desde entonces los cambios en su estado de ánimo de la alegría a la tristeza especialmente cuando fue testigo del intento de suicidio de su madre, explica que su ira ante la impotencia de no poder hacer nada al respecto lo llevaron a golpearse contra la pared repetidamente manifestando no haber pensando en lo que hacía en ese momento y que luego del hecho tomaba consciencia de su comportamiento y reflexionaba.

1.3 PROBLEMÁTICA ACTUAL DEL PACIENTE

Aproximadamente hace 5 meses el paciente a raíz de los problemas intrafamiliares, escolares y emocionales busca como alternativa para salir de sus conflictos internos la autolesión, cortándose sus brazos y manos con cuchillas por cuatro ocasiones; el paciente comunica que el impulso de autolesionarse se presenta cuando se siente triste,

cuando su estado de ánimo fluctúa y cuando no puede resolver sus problemas emocionales, manifiesta que en el trance de acudir a la autolesión no piensa y simplemente se da a sus impulsos y que luego del acto autodestructivo reflexiona ante lo sucedido sintiéndose emocionalmente peor.

La conducta autodestructiva en el adolescente, la falta de control de sus impulsos, y los cambios en el estado de ánimo son preocupantes debido a que al parecer podría estar manifestando rasgos de personalidad limítrofe por ende sería un individuo proclive a desarrollar un trastorno de personalidad en la edad adulta.

Entre los factores sinérgicos manifiestos en el paciente se encuentran:

- Manifiesta sentirse enfermo emocionalmente
- Manifiesta sentirse frustrado totalmente
- Manifiesta sentir satisfacción cuando se autolesiona sus brazos y sus manos.
- Siente dolor emocional.
- Existen cambios diarios en su estado de ánimo.
- Siente odio hacia las personas que le han hecho daño.
- Dificultad para controlar sus impulsos.
- Se considera infeliz.
- Dificultad en el manejo de sus emociones.
- Manifiesta tener ira intensa.
- Conflicto con la figura paterna.
- Existe carencia afectiva.

1.4 REACTIVOS PSICOLÓGICOS APLICADOS: DESCRIPCIÓN Y RESULTADOS.

1.4.1 DESCRIPCIÓN

Tras el establecimiento de la entrevista clínica, al paciente se le aplicaron diversos tests psicológicos cuyo propósito es el de facilitar un acercamiento aún más asertivo respecto de sus rasgos de personalidad, sus motivaciones intrapsíquicas, mecanismos de defensa y distorsiones cognitivas.

Los tests utilizados para ésta tarea fueron:

- ❖ HTP: Test gráfico proyectivo H.T.P (House-Tree-Person Projective Drawing Technique)

Autor: Buck John, Versión en Castellano: Romero Soto 1995.

Esta prueba es utilizada para obtener información acerca de la manera en que un individuo experimenta su “yo” en relación con los demás y con su ambiente familiar, facilitando a su vez la proyección de elementos de la personalidad y áreas de conflicto, permitiendo en el entorno terapéutico identificarlas para su valoración a fin de compartirlas y establecer una comunicación terapéutica eficaz. Para esta prueba se le solicita al individuo que dibuje libremente una casa, un árbol y una persona, posteriormente se evalúan los dibujos buscando signos de posible psicopatología en base al contenido de los mismos y sus características como el tamaño la ubicación y la presencia o ausencia de partes específicas.

- ❖ TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA: Test proyectivo, evalúa aspectos holísticos de la personalidad.

Autor: Arnolds Abrams.

Es una prueba proyectiva, ya que el sujeto se manifiesta en su acción: él debe hacer el trabajo, no se le ofrece copia. De este modo impregna el dibujo con su propio estilo,

forma de percibir su esquema corporal. En síntesis, deja la huella de su vida interior. Puede ser utilizado por terapeutas, docentes, psicólogos y todo profesional que trabaje en temas de salud.

- ❖ MMPI: Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota revisado (MMPI-2) .

Autores: Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989.

El MMPI se compone de más de 50 reactivos de auto reporte o afirmaciones impresas a las que el sujeto responde “verdadero”, “falso” o “no puedo decirlo”. El MMPI está diseñado para medir tendencias hacia la patología o conducta anormal. El MMPI es empleado como un auxiliar en el diagnóstico de trastornos psiquiátricos y es usado en forma amplia en la investigación de la personalidad.

- ❖ IPDE: Cuestionario de evaluación IPDE módulo DSM-IV(TR) (International Personality Disorder Examination)

Autor: Loranger Armand, 1997. Versión en Castellano: Pérez Urdániz Antonio, Rubio Larrosa Vicente.

Es un instrumento diagnóstico, basado en un inventario estructurado que es compatible con los criterios de valoración CIE-10 y DSM-IV (TR). Sus resultados permiten además medir otras categorías mayores de desórdenes de personalidad que hasta ahora se habían omitido, ofreciendo un diagnóstico fiable uniforme que además pueda ser internacionalmente aceptado.

- ❖ EPQ: Cuestionario de personalidad (Eysenck Personality Questionnaire).

Autor: H. J. Eysenck y S. B. G. Eysenck, 1984.

EPQ-J es un Cuestionario de Personalidad para jóvenes de 8-15 años. EPQ-A se aplica de 16 años en adelante. La prueba consta de 81 ítems que se contestan con sí/no. En él aparece el factor P, denominado "Dureza" en lugar de "Psicoticismo" por las implicaciones negativas de la denominación de este factor. La forma J incluye también una escala de Conducta Antisocial (CA). La fiabilidad test-retest de la prueba oscila entre 0,69 y 0,90 en el EPQ-A y entre 0,61 y 0,88 en el EPQ-J.

1.4.2 RESULTADOS

❖ HTP:

En cuanto al ambiente familiar el paciente proyecta: oposición, confusión del pensamiento, agresividad, inadaptación, dificultad organizativa y formal, dificultad en el manejo de las relaciones interpersonales, dificultad de contacto con el ambiente, inseguridad, evasión, hostilidad, necesidad de apoyo, inferioridad; las relaciones con el entorno social denotan calma, inseguridad, flema, impulsividad, nerviosismo, predominio de la razón, frialdad, susceptibilidad, terquedad, obstinación, oposición, desarraigamiento, frustración, falta de apoyo o estabilidad, afán de mantener la integridad de la personalidad, defensa compensatoria para encubrir y combatir el temor de la difusión y la desintegración de la personalidad, fijación, tendencia a la brutalidad, violencia, primitivismo, débil, falta de madurez afectiva; en cuanto a su persona manifiesta ser auto-dirigido, adaptado, acepta la realidad del miedo, afán de señalar la importancia del poder intelectual, el dominio social y de impulsos provenientes del cuerpo, posible trastorno en las relaciones interpersonales, habría de averiguar la calidad del pensamiento, un análisis del control racional sobre los impulsos, fantasía compensatoria de sentimientos de debilidad adoptando una imagen del yo agresiva y socialmente dominante, dificultad en el contacto, sentimientos de culpa por actividades manipuladoras.

❖ TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA

Manifiesta ser una persona bien ubicada en el espacio, pesimismo, debilidad, depresión, fatiga, desaliento, pereza, agotamiento, ansiedad, impulsividad de controlar impulsos, descontrolado, seguridad, extroversión, agresión, hostilidad frente al mundo, inconstancia, franqueza, excitabilidad, dispuesto a enfrentar el mundo, bajo nivel de tolerancia a la frustración, falta de defensas, persona que se expone y corre riesgos, desaliento, tendencia verbal sádico agresiva, sentimiento de inmovilidad, impulsividad, falta de equilibrio, aislamiento.

❖ CUESTIONARIO IPDE:

Obtuvo un mayor puntaje en la escala de personalidad tipo Límite marcando un sí en los siguientes ítems: Me es difícil decidir, Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas, Me involucro en relaciones muy intensas pero poco duraderas, Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito, A menudo me siento vacío por dentro, Tengo ataques de ira o enfado, Soy muy emocional y caprichoso, Llego al extremo para evitar que la gente me deje.

❖ EPQ-J

El paciente obtuvo un puntaje alto sobre la media en la escala N (Emocionabilidad) lo que indica que es un sujeto ansioso, preocupado, con cambios de humor y frecuentemente deprimido; probablemente duerme mal y se queja de diferente desórdenes psicosomáticos; es exageradamente emotivo, presenta reacciones muy fuertes a todo tipo de estímulos y le cuesta volver a la normalidad después de cada experiencia que provoca una elevación emocional. Sus fuertes reacciones emocionales le interfieren para lograr una adaptación adecuada, y le hacen reaccionar de una manera irracional y, en ocasiones rígida.

❖ MMPI

Dentro de las escalas clínicas el paciente obtuvo un puntaje elevado sobre la media en lo siguiente:

Paranoia: Lo que indica que existe predisposición paranoide, excesivamente sensible, suspicaz, airado, resentido, reservado.

Psicastenia: Miedo extremo, ansiedad, tensión, Trastornos del pensamiento, percepción defectuosa, falta de concentración, rumiaciones, rituales rígidos, sentimientos de culpa.

Hipomanía: Posible trastorno bipolar, tipo maníaco.

Dentro de las escalas de contenido el paciente obtuvo un puntaje elevado sobre media en lo siguiente:

Depresión: pensamientos significativamente depresivos, se siente melancólico, con incertidumbre acerca de su futuro y sin interés por su vida, probablemente dan muchas vueltas a las cosas, están tristes, lloran fácilmente y sienten desesperanza y vacío, tienen pensamientos de suicidio o deseos de estar muertos, suelen creer que están condenados, no suelen ver a los demás como fuente de ayuda.

Pensamiento Extravagante: pensamiento psicótico, pueden informar ideación paranoide.

Baja Autoestima: mala opinión de si mismo, no creen que los demás les aprecien ni se consideran importantes, adoptan múltiples actitudes negativas hacia sí mismos, incluyendo pensamientos de que no son atractivos, que son desmañados, torpes, inútiles y una carga para los demás, tienen una clara carencia de auto – confianza y les cuesta aceptar cumplidos, se sienten abrumados por todos los errores que ven en sí mismos.

Problemas Familiares: Su familia es descrita como carente de amor, con constantes riñas y desagradables, puede incluso sentir odio hacia algún miembro de su familia, su infancia puede describirse como humillante.

1.5 DIAGNOSTICO FORMAL:

De acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM – IV – TR, a los resultados de los reactivos psicológicos aplicados y a las entrevistas estructuradas realizadas, el paciente manifiesta Rasgos de Personalidad tipo Límite, puesto que la edad del paciente (15 años) no se encuentra dentro de los rangos, y no se diagnostica como Trastorno de Personalidad.

Los criterios diagnósticos que cumple el paciente son:

- Un patrón de relaciones interpersonales intensas, caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- Comportamientos de automutilación.
- Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo.
- Sentimientos crónicos de vacío.
- Ira inapropiada e intensa, o dificultades para controlar la ira.

CAPÍTULO IV

ELABORACIÓN DEL

PLAN DE ACCIÓN

1. PLAN DE ACCIÓN:

El proceso terapéutico se llevará a cabo en dos sesiones psicoterapéuticas semanales. La terapia es de duración prolongada debido a que se está tratando Rasgos de Personalidad y se requiere de tiempo para lograr cumplir los objetivos planteados a continuación.

El tratamiento se divide en cuatro etapas, con objetivos distintos para cada etapa.

1.1 PRETRATAMIENTO

A lo largo de las tres primeras entrevistas el objetivo consistirá en realizar Psicoeducación, terapeuta y paciente llegaremos a un acuerdo y un compromiso de trabajar juntos. Para esto se trabaja primero con las expectativas que el paciente tiene, estudiándose si son o no realistas. Se aclara que este tratamiento no es un programa de prevención de suicidio, sino que pretende, a través del trabajo en equipo, crear una vida que merezca la pena vivirse (aquí daremos la importancia que se da no sólo a la conducta, sino a las vivencias del paciente). Además, se exponen las bases del tratamiento, describiéndolo como una terapia cognitivo-conductual, que pone especial énfasis en el aprendizaje de habilidades.

1.2 PRIMERA ETAPA DEL TRATAMIENTO (ESTADIO 1).

Objetivo 1: Reducir y eliminar los comportamientos suicidas y de auto daño.

Se trabajará con técnicas dialécticas como asumir la paradoja, usar la metáfora, hacer limonada a partir de los limones; con el objetivo que el paciente abandone su

pensamiento dicotómico y vaya haciendo suya una forma de pensamiento que ve la realidad como compleja y múltiple, que tolere sus contradicciones internas.

Se trabajará con estrategias nucleares entre éstas la Validación que se centra en la aceptación de la situación presente del paciente, y se trabajará en Resolución de problemas centradas en el cambio, con esto nos enfocaremos en un análisis conductual del paciente y se trabajará con el uso de tarjetas diarias donde se escribe cada incidente de conductas parasuicidas, ideación suicida, tristeza, consumo de drogas y la práctica de habilidades conductuales que haya realizado con la finalidad de hacer un análisis exhaustivo de toda la cadena de eventos que se suceden unos a otros hasta llegar a la conducta no deseada como la autolesión; luego de haber analizado la conducta haremos un análisis de la solución que consiste en un intento activo de encontrar soluciones alternativas al problema que ya se ha identificado y analizado; luego se trabajará en procedimientos de resolución de problemas como: el entrenamiento en habilidades, los procedimientos de contingencia, la exposición y la modificación cognitiva.

La consulta telefónica es parte integral del tratamiento con la función de dirigir la puesta en práctica de las habilidades, favoreciendo su generalización en ámbitos cotidianos, intervenir en crisis de emergencia, y aportar un contexto para reparar la relación terapéutica sin que haya que esperar la próxima sesión.

Objetivo 2: Reducir conductas que interfieran en el proceso terapéutico.

En el caso de que se presenten conductas que interfieren con la terapia, tanto por parte del paciente como del terapeuta, se trabajará “directamente, inmediatamente, consistentemente y constantemente”.

Para esto se trabajará con Técnicas Estilísticas utilizando la comunicación recíproca, se comunicará al paciente las reacciones inmediatas personales, ante su conducta; como también se utilizará la técnica de la comunicación irreverente que implica una dosis de confrontación, usando la lógica para atrapar al paciente en la red de su propia actitud.

Objetivo 3: Reducir conductas que interfieran en la calidad de vida del paciente.

Dentro de éste objetivo se trabajará en las conductas disfuncionales relacionadas con el hogar debido a que la familia invalidante del paciente generó en él la sintomatología presente.

Se trabajará específicamente en Resolución de problemas tanto con el paciente como con su familia, de esta manera haremos un análisis conductual de cada miembro del hogar, análisis de la solución y procedimientos de resolución de problemas donde nos enfocaremos en entrenamiento de habilidades para disminuir la ansiedad que existe en el ambiente utilizando técnicas de relajación y manejo del estrés, la importancia de la comunicación y la conducta asertiva que les permitirá expresarse adecuadamente sin mediar distorsiones cognitivas o ansiedad y combinado los componentes verbales y no verbales de la manera más efectiva posible, por último se trabajará en tolerancia a las situaciones que no se pueden cambiar de esta manera se espera lograr en el paciente una mejor calidad de vida dentro de su entorno familiar.

Objetivo 4: Incrementar habilidades conductuales.

Se realizará la práctica de meditación Zen, para incrementar habilidades de “toma de conciencia”. Esta toma de conciencia se refiere especialmente a poner nombre a lo que se está sintiendo, vivenciarlo conscientemente, prescindiendo de la instancia que lo

juzga o lo critica, algo que consideran está muy relacionado con la tolerancia a la ansiedad.

1.3 SEGUNDA ETAPA DE TRATAMIENTO (ESTADIO 2).

Objetivo 1: Reducción de la angustia postraumática, donde el foco se dirige específicamente a “procesar y elaborar” hechos traumáticos anteriores. Siguiendo el siguiente procedimiento: 1) cuidar que no se refuerce la clave o señal que precede a la conducta problema, 2) obstaculizar las respuestas disfuncionales, 3) reforzar las conductas opuestas a la conducta disfuncional; Además, se va enseñando al paciente a ir adquiriendo control sobre los hechos aversivos.

Para esto se utilizará una estrategia nuclear: la “ Técnica Conductual de la Exposición” que consiste en exponer al paciente a las condiciones que le perturban pero para poder enfrentar la situación de una manera diferente desde el punto de vista emocional.

1.4 TERCERA ETAPA DE TRATAMIENTO (ESTADIO 3).

Objetivo 1: Resolver problemas de la vida e incrementar el auto-respeto, incrementando la confianza en sí mismo, la autoestima y la autonomía.

Aquí se presupone que el paciente tiene ya un nivel de funcionamiento suficientemente bueno en casi todos los dominios.

El paciente debe conseguir que su auto-respeto sea razonablemente independiente de la valoración externa. Y esto significa que debe promoverse también la independencia para con el propio terapeuta, que irá estimulando los pasos hacia la autonomía del paciente respecto a él mismo.

Se trabajará en técnicas para incrementar la autoestima puesto que aquí aumenta la confianza en sí mismo y su autonomía.

- La racha de apreciación. La intención es que el paciente logre cambiar su manera de ver la vida y aprecie cada vez más y desprecie cada vez menos.
- Puedo sentarme en mi cuarto y observar lo que me rodea.
- Puedo apreciar a una persona en su presencia o su ausencia.
- Escribo una lista de las cosas que aprecio de mí mismo.
- Puedo inventar muchos otros ejercicios de apreciación si me lo propongo.
- Lista de nueve momentos en mi vida en que he tomado una decisión, asumiendo el control de mi vida.
- Afiche de la vida de mis sueños.
- Describo nueve cosas que me gusta mucho hacer y me explico las razones por las que me voy a permitir hacerlas más.
- Describo nueve momentos en que he realizado un sueño – pequeño o grande – y la emoción que sentí al verlo realizado.
- Dejar ir, soltar, aflojar, liberar. Describo nueve momentos en mi vida en que he dejado ir algo y me he sentido liberado. La intención es que la sensación de libertad, de liviandad, de soltura la pueda recrear en este instante.

1.5 CUARTA ETAPA DE TRATAMIENTO (ESTADIO 4).

Objetivo 1: Lograr la capacidad de sostener la alegría.

Los autores no se detienen mucho en explicar esta fase, diciendo sólo que ahora los objetivos pasan por ampliar la conciencia, la plenitud espiritual y el movimiento dentro del flujo vital, y que en este momento los pacientes pueden beneficiarse de la

psicoterapia de larga duración orientada al insight, y de dirección espiritual o las prácticas espirituales.

Las sesiones terapéuticas en este estadio serán de seguimiento, se citará al paciente asistir a consulta una vez cada 15 días, posteriormente una vez al mes, luego cada 6 meses y por último una vez al año.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con el estudio de caso realizado y las diferentes referencias, ha quedado en claro la importancia que tiene la Terapia Dialéctica conductual.

Se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. Lo primero que nos llama la atención de la aproximación de Linehan es la gran capacidad de integración de diferentes teorías psicopatológicas y de las diferentes técnicas psicoterapéuticas correspondientes. Reconocemos esto como un valor. Muestra una visión de la realidad muy compleja, y la capacidad consecuente de abordarla en muy diversas direcciones. Posiblemente ahí radique la demostrada efectividad del tratamiento, y por tanto es algo digno de ser emulado. Y en el éxito de esta integración ha sido clave la visión dialéctica, que permite aproximarse más a la complejidad de lo real.
2. Creemos que el abordaje creado por Linehan, una vez filtrado por el tamiz de nuestras perspectivas y planteamientos teóricos esenciales, puede ayudarnos a enriquecer nuestro trabajo, al ser un modelo en primer lugar de capacidad de integración, en segundo lugar de complejidad, y por último de pragmatismo, un valor incuestionable cuando se trata de enfermos tan frágiles como son los pacientes límite.
3. La Terapia Dialéctica Conductual es un tratamiento cognoscitivo y del comportamiento integral.

4. La Terapia Dialéctica Conductual ha sido evaluada y señalada como el tratamiento de elección para el Trastorno Límite de la Personalidad.
5. De acuerdo al diagnóstico del paciente se concluye que manifiesta Rasgos de Personalidad Límite y sería proclive a desarrollar un Trastorno de Personalidad si no se lleva a cabo el plan terapéutico expuesto en ésta monografía.
6. Se recomienda que el paciente asista a las sesiones terapéuticas elaboradas para mejora de su integridad física y emocional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ávila, Alejandro & Jimenez, Fernando., Inventario Multifásico de personalidad de minnesota – 2, Tea ediciones, Madrid, 2000.
2. Birmaher, B., Stanley, M., Greenhill, L., Twomey, J., Gavrilescu, A., & Rabinovich, H, Platelet imipramine binding in children and adolescents with impulsive behavior. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, New York, 1990.
3. Brodsky, B. S., Cliotre, M, & Dulit, R. A, Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry, New York, 1995.
4. Buck, John. Manual y guía de interpretación de la técnica de dibujo proyectivo HTP, ed. El manual moderno, México, 2000.
5. Craig, Grace J. & Baucum, Don, Desarrollo psicológico, Nualpan de Juarez, México, 2001.
6. DiClemente, R., Ponton, L., & Hartley, D, Prevalence and correlates of cutting behavior: risk for HIV transmission. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, New York, 1991.
7. Eysenk, J. H., Cuestionario de personalidad para niños y adultos, ed. Tea ediciones, Madrid, 1984.
8. Favazza, A. R. & Conterio, K. The plight of chronic self-mutilators. Community Mental Health Journal, New York, 1988.
9. Ferreira de Castro, E., Cunha, M. A., Pimenta, F., & Costa, I. Parasuicide and mental disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica, New York, 1998.

10. Kavoussi, R. J., Liu, J., & Coccaro, E. F. An open trial of sertraline in personality disordered patients with impulsive aggression. Journal of Clinical Psychiatry, New York, 1994.
11. Linehan, M. M. Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. The Guilford Press. New York, 1993a.
12. Linehan, M. M. Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. The Guilford Press. New York, 1993b.
13. Linehan, M. M., Armstrong, H., Suarez, A. Allmon, D. & Heard, H. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Archives of General Psychiatry, New York, 1991.
14. Linehan, M. M., Oldham, J. & Silk, K. Dx: Personality disorder, Patient Care, New York, 1995.
15. Linehan MM, Schmidt H 3rd, Dimeff LA, Craft JC, Kanter JW, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. Am J Addict, New York, 1999.
16. Linehan, M. M., Tutek, D., Heard, H. & Armstrong, H. Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. American Journal of Psychiatry, New York, 1992.
17. M. Silvia., & Chavez Paz. Test de la persona bajo la lluvia, ed. Buenos aires, 2007.
18. Marziali, E., & Munroe-Blum, H. Interpersonal Group Therapy for Borderline Personality Disorder. Archives of General Psychiatry ,New York, 1994.
19. Simpson, E. B., Pistorello, J., Begin, A., Costello, E., Levinson, J., Mulberry, S., Pearlstein, T., Rosen, K., & Stevens, M. Use of dialectical behavior therapy in a

partial hospital program for women with borderline personality disorder.

Psychiatric Services, New York, 1998.

20. Vélez, A. H., Rojas, M. W., Borrero, R. J., Restrepo, M. J, Fundamentos de medicina y psiquiatría, ed. Ricardo José Toro y Luis Eduardo Yepes, Colombia, 2004.

INFORMACIÓN OBTENIDA DE INTERNET

http: www.kindsein.com/es/10/psiquiatria/276/

http: www.autolesion.com/services.as

http: www./borderline-personaity-disorder-in-children-and-adolescents.htm