

Psicoterapia:

Efectividad y evolución de tratamiento basado en Terapia Dialéctica Conductual en paciente con Patología Dual

Natalia Clavería¹, María Herrera², Gabriela Fernández³

Resumen

Mujer joven con diagnóstico de polidependencia a sustancias psicoactivas y trastorno límite de personalidad, tratada utilizando metodología de la Terapia Dialéctica Conductual. Belén, 19 años, ingresó a tratamiento residencial en comunidad terapéutica, luego de episodio de abandono de su hogar, asociado a consumo de cocaína, marihuana, alcohol y conductas sexuales de riesgo. Además presentaba conductas auto y heteroagresivas que dificultaban su desempeño en los distintos ámbitos de la vida diaria.

En su historia de vida se describen circunstancias que permitieron establecer la existencia de un ambiente invalidante durante su desarrollo, así como una dinámica familiar disfuncional en la actualidad.

En el tratamiento, Belén logra establecer conductas problema que desea cambiar, para lo cual se realizaron análisis conductuales y entrenamiento en habilidades, que permitieron logros asociados al control y posterior cese de conductas agresivas y de consumo, así como también una mejora significativa en las relaciones interpersonales con sus pares y familia.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad (TLP) Terapia dialéctica conductual, dependencia a sustancias, análisis conductual, DBT.

Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy in Dual Pathology patient

Abstract

Young woman diagnosed with polydependence to psychoactive substances and borderline personality disorder, treated with Dialectical Behavioral Therapy methodology. Belén, 19-year-old, initiate residential treatment in a therapeutic community after an episode of abandonment of her home, associated with

abuse of cocaine, marijuana, alcohol, and risky sexual behavior. In addition she presented self and heteroaggressive behaviors that difficult her performance in the different areas of daily life. In her life story, the circumstances described allowed to establish the existence of a invalidating environment during her development, as well as a dysfunctional family dynamics in the present.

In treatment, Belén could establish some behavior problems that she wanted to change. With behavioral analysis and skills training process she got achievements associated with the control and subsequent cessation of aggressive behavior and drug use, as well as a significant improvement in the relationship with their peers and family.

Key words: Dialectical Behavior Therapy, substance dependence, behavioral analysis, DBT.

Introducción

El Trastorno límite de la personalidad (TLP) está definido por el DSM – IV como un trastorno de la personalidad emocional, pensamiento polarizado y relaciones interpersonales caóticas. Otras características muy marcadas del trastorno son la inestabilidad del estado de ánimo, de la autoimagen y de la conducta, así como del sentido de identidad, que puede llevar a periodos de disociación.

El término psiquiátrico lo clasificó CH Hughes y lo adoptó el psicoanalista Horold Stern en 1938, al caracterizar el límite entre la neurosis y la Psicosis. El trastorno de personalidad límite no apareció en el manual diagnóstico de los trastornos mentales (DSM) hasta 1980; con esta revisión se constituyó como un cuadro de entidad propia y no como un límite entre dos trastornos.

La personalidad límite se ha convertido en un constructo muy discutido, porque todos los pacientes son distintos. Incluso a lo

1. Terapeuta. Ocupacional
2. Psicóloga
3. Trabajadora Social

largo del historial del propio paciente, varían las manifestaciones del trastorno. Aunque esto es válido para otros trastornos, lo es mucho más para el trastorno límite de personalidad. El diagnóstico suele ser un proceso largo y complejo, que a menudo dura años y se realiza tras diagnósticos anteriores erróneos o incompletos.

En casos con este diagnóstico la Terapia Dialéctica Conductual se establece como una metodología de tratamiento. Fue diseñada por Marsha Linehan y su equipo, en EEUU, en el año 1993. Se basa en la teoría bio-social del aprendizaje, propuesta por Millon (1987), según la cual el trastorno límite de personalidad resulta del deterioro de patrones previos no tan graves. Millon propone la interacción recíproca de factores biológicos y aprendizaje social en el origen del trastorno.

Linehan dice que la mayoría de los comportamientos del trastorno límite de personalidad se pueden explicar cómo resultado

de errores dialécticos entre polos opuestos, en los que a menudo se mueve el paciente. Los pacientes con trastorno límite de personalidad se activan fácilmente ante situaciones donde no se esperaría esa respuesta. Dichas emociones producen una respuesta más intensa de lo predecible y el retorno a la calma toma más tiempo que el usual en otras personas.

De hecho, el abordaje dialéctico se define por intentar unir opuestos, es decir dicotomías, fundamento a partir del cual se generan tres suposiciones para la terapia: los pacientes colaboran de la mejor manera posible; los pacientes pueden no haber causado todos sus propios problemas y haber intentado solucionarlos; y, los pacientes no pueden fallar, es el tratamiento el que fracasa.

Con estos presupuestos, la Terapia Dialéctica Conductual se organiza en cuatro fases diferentes (Linehan, 1993), que a su vez incluyen distintos módulos. La estructura general sería la siguiente:

<p>Fase I: Mindfulness. Centrarse en el momento. Conciencia sin crítica</p>
<p>Fase II: Tolerancia al dolor: Estrategias para sobrevivir a las crisis. Aceptación radical de la realidad.</p>
<p>Fase III: Regulación emocional. Observar e identificar estados emocionales. Validar y aceptar las propias emociones. Reducir la vulnerabilidad a las emociones negativas. Aumentar la experiencia de las emociones positivas.</p>
<p>Fase IV: Efectividad personal Entrenamiento en asertividad. Reestructuración cognitiva Equilibrio entre los objetivos y el mantenimiento de las relaciones y la autoestima.</p>

Es interesante recalcar los objetivos terapéuticos que se marcan en la primera fase, por su condición de jerarquizados, y que obligan en un primer lugar a reducir las conductas parasuicidas, en segundo lugar, a reducir las conductas que interfieren en la terapia, y, en tercer lugar, a reducir las conductas que interfieren en la calidad de vida (Stanley y Brodsky, 2007). Hay que tener en cuenta estos objetivos eliminando la crítica y centrándose en el momento actual.

En relación al objetivo del presente trabajo es interesante recalcar los procesos objetivos en la fase III de regulación emocional. En esta fase, la respuesta emocional y su vulnerabilidad se regula centrándose en procesos biológicos, cognitivos y conductuales.

Para los procesos biológicos se incluyen habilidades específicas como las habilidades que se centran en la optimización del ámbito físico, alimentario, del consumo de drogas, de los patrones de sueño y del ejercicio físico.

Para los procesos cognitivos implicados en la respuesta emocional se incluyen la actuación sobre procesos atencionales y de valoración, así como de autoconocimiento o metacognitivas.

Una revisión exhaustiva y reciente sobre la regulación emocional en la Terapia Dialéctica Conductual y sus fundamentos se puede encontrar en Linehan, Bohus y Lynch (2007).

DIAGNÓSTICO DE INGRESO:
Eje I : Dependencia a THC, OH, COC y Tabaco; Trastorno de la conducta alimentaria
Eje II : Trastorno límite de personalidad
Eje III : -
Eje IV : Problemas relativos al grupo primario de apoyo, problemas relativos al ambiente social, conductas heteroagresivas, socialización callejera y pertenencia a "pandillas", conductas de riesgo en ámbito sexual
Eje V : 50%

Material y métodos

Se presenta caso de paciente de comunidad terapéutica que ingresa a tratamiento residencial, con una estadía aproximada de 6 meses en la institución, describiendo la utilización de estrategias de la Terapia Dialéctica Conductual o DBT (*Dialectical Behavior Therapy*).

Descripción del caso:

Belén, mujer de 19 años, soltera, vive en Con-Con, con madre adoptiva y abuela materna, hija única. Actualmente realiza 3° año de Enseñanza Media, en modalidad de exámenes libres. Ingresa a la comunidad derivada de consulta en centro de especialidad, luego de evento de consumo abusivo de alcohol y drogas, asociado a circunstancias de abandono de su hogar por 4 días y conductas sexuales de riesgo, con pareja heterosexual desconocida. (Miller AL, 2007)

Antecedentes relevantes:

Belén sufre abandono por parte de su madre biológica en Servicio de Urgencia, con cuadro de bronquitis obstructiva crónica; es adoptada posteriormente por enfermera del Hospital. A los 13 años inicia socialización callejera, y establece grupo de pertenencia con delincuentes y traficantes, presenta conductas agresivas con entorno familiar, situaciones de abandono de hogar.

En cuanto al área escolar, presenta repitencias durante la enseñanza media (1° y 2° Medio) y deserción escolar; además, sufre *bullying* por parte de compañeras del colegio (quienes exponen fotos íntimas de ella en internet), situación que gatilla cambios conductuales de agresión severa en la menor y trastorno alimentario (atracones). A los 15 años establece relaciones sexuales promiscuas y es víctima de explotación sexual comercial. Es hospitalizada por automutilaciones y episodios de desajuste conductual agresivo. A los 16 años inicia poli consumo de sustancias (COC, THC, OH y tabaco), de frecuencia diaria. (Dimeff, L. A., (2008).

Ambiente invalidante y disfunción emocional basada en la biología

Se pueden establecer factores que determinan la existencia de un ambiente invalidante y disfunción emocional basada en la biología, como es la condición de abandono y negligencia por parte de la familia biológica; una escasa red familiar actual (madre, abuela y tía); carencia de figura paterna en su historia de vida; vivencia de abandono materno (desprotección ante agresión y ambiente escolar hostil; negligencia y baja contención emocional); carencia de una estructura familiar que posibilita la deserción escolar; vivencia de agresión física y psicológica por parte de la abuela materna; dificultad para reconocer identidad sexual de la madre adoptiva (quien mantiene una relación de larga data, negando relación homosexual); negación por parte de la familia de Belén de sus conductas desajustadas de hiperactividad, prostitución y socialización callejera

Compromiso explícito y establecimiento de metas personales

A partir de la evaluación realizada, se procede a establecer el listado de metas de la paciente, quien desea:

1. Dejar la prostitución
2. Abandonar la vida de calle y pandillas
3. Dejar las drogas y alcohol
4. No ser más "flaite" (eliminar conductas y jerga callejera)
5. Dejar de ser agresiva
6. Reinsertarse en los estudios
7. Estudiar enfermería "igual que su madre"

De acuerdo a los objetivos e intervenciones a realizar, Belén se encontraría oscilando entre las fases III y IV del tratamiento, debido a que sus conductas de heteroagresión son de alto riesgo para su vida y la de terceros (participación en pandillas, manejo de armas de fuego y corto punzantes); y puesto que presenta

conductas que interfieren con la calidad de vida, producto de su historia de vida en la adolescencia (vida de calle, red de explotación sexual comercial infantil, abuso de drogas y alcohol, tráfico, proxenetas y delincuencia). (Linehan, M.M., (1993, 1994).

FASE I

Amenazan la vida (Incluye cualquier violencia física de parte del paciente u otros en el ambiente)	Interfieren con la terapia (Incluye comportamientos del paciente, otros en su ambiente y el terapeuta)	Interfieren con la calidad de vida (Listar en orden de severidad, de más a menos severos)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuir conductas de hetero agresión 2. Disminuir conductas de prostitución. 3. Disminuir conductas de intoxicación por policonsumo de OH y sustancias. 4. Aumentar habilidades conciencia plena, habilidades de tolerancia al malestar, habilidades de regulación emocional, efectividad interpersonal y de automanejo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuir Conductas hiperactividad durante la terapia. 2. Disminuir inasistencia e impuntualidad a terapia 3. Disminuir sus conductas que Interfieren terapia 4. Disminuir Agresiones verbales a sus pares durante el grupo. 5. Disminuir transgresión de normas de convivencia en comunidad terapéutica. 6. Aumentar la participación activa en terapias 7. Aumentar el control de sus impulsos. 8. Aumentar el respeto por las normas de la comunidad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuir conductas asociadas a la prostitución 2. Aumentar la sexualidad responsable (pareja única, vínculo sano, uso de preservativo) 3. Aumentar red familiar y social de apoyo 4. Aumentar la motivación a la reinserción escolar. 5. Aumentar red de pares saludables 6. Aumentar la consolidación por el respeto social.

FASE II

Trastornos residuales del Eje I (Ejemplo: estado de ánimo, ansiedad o trastornos del control de los impulsos)	Estatus exterior no deseado (Ejemplo: vergüenza/sensibilidad al criticismo, ira, soledad)	Evitación experiencial (Ejemplo: duelo inhibido, vacuidad, aburrimiento)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastorno Poli adictivo THC, OH, COC y Tabaco. 2. Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad 3. Trastorno límite de personalidad con rasgos antisociales <ul style="list-style-type: none"> • Hiperactividad • Hipersexualidad • Ansiedad • Impulsividad • Neurosis de abandono: Temor a fallecimiento materno • Síntomas paranoides 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la Ira • Disminución Sensibilidad al criticismo • Disminución Conductas marginales • Disminución Jerga callejera • Disminución Modales vulgares • Disminución presencia en red social como prostituta 	<ul style="list-style-type: none"> • Duelo inhibido de su madre biológica • Duelo por fallecimiento de amigo, en homicidio en riña callejera • Carencia de imagen paterna • Aburrimiento • Dolor inhibido por Bullying en etapa escolar

FASE III

Autorrespeto	Problemas individuales en el vivir	Trastornos del eje I de intensidad leve
<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar Autorrespeto • Disminución de conductas de autolesión • Disminución de conductas de prostitución y sexo riesgoso. • Aumento de su individuación, autonomía y autoestima. • Aumentar la aceptación de su imagen corporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar su red de apoyo sano. • Aumentar el pensamiento dialéctico en su quehacer diario. • Aumentar actividades de vida diaria saludables • Aumentar habilidades de relaciones interpersonales. • Disminuir querellas maternas filiales. • Aumentar el manejo de la co dependencia • Aumentar la comunicación asertiva • Aumentar la resolución de conflictos efectiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir el Trastorno de Ansiedad generalizada • Trastorno depresivo ansioso

FASE IV

Conciencia extendida	Experiencias de psico/flujo	Realización espiritual
<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer y mantener habilidades de conciencia plena en el diario vivir • Prevención de recaídas • Fortalecer habilidades de aceptación radical • Fortalecer habilidades de alimentación consciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Realización espiritual • Desarrollar el amor bondadoso. • Desarrollar la autocompasión y la compasión hacia el otro

Análisis en cadena

Se establece un comportamiento objetivo o blanco, relacionado con las *conductas heteroagresivas*; en situación donde Belén transgrede normas de la comunidad, es agresiva con una de sus compañeras, presenta conducta callejera ("chispea los dedos") y realiza amenaza de muerte. A partir de esta situación, se desarrolla un análisis en cadena de dicha conducta

Belén, quien participa de programa de alimentación saludable, trasgrede normas de la comunidad y trae desde su casa un paquete de papas fritas que le había comprado su madre y su tía, las reparte con sus "amigos", excluyendo sólo a una de sus compañeras, Damari, con quien tiene mala relación. Cuando ésta le pide, Belén se niega, ante lo cual la otra joven le dice *"te va a crecer a ti la guata como un chancho"*.

Cuando esta situación ocurrió, Belén se encontraba sensible frente al tema del sobre peso porque había recientemente trabajado el problema de los atracones en terapia (*factor de vulnerabilidad*); por lo que su reacción frente a la respuesta de su compañera es agresiva, "chispea" los dedos y la amenaza, diciéndole *"si estuviera en la calle, te mataría"* (*desregulación emocional*). La situación incrementa en agresiones verbales, hasta que las otras compañeras las separan. Posterior al hecho, Damari es derivada a tratamiento ambulatorio y Belén es sancionada con retiro de privilegios, suspensión de salida y quedar fuera de la estructura terapéutica.

Como consecuencias asociadas, el grupo la aísla y Belén no se levanta durante una semana, aislándose, aburrída y somatizando dolencias físicas. Durante esta sanción, Belén vuelve a

Factores de vulnerabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo previo relacionado con trastorno alimentario: atracones • Transgresión a su dieta alimentaria. • Auto indulgencia de Belén respecto la alimentación saludable. • Permisividad materna/familiar • Inasistencia a actividades de salud física y recreación
Evento desencadenante:	Compañera le dice "tú vas a estar gorda como un chancho"
Vínculos disfuncionales:	<ul style="list-style-type: none"> • Desregulación de la rabia • Distorsiones cognitivas • Intolerancia al malestar • Déficit en las habilidades de las relaciones interpersonales
Dilemas dialécticos:	<ul style="list-style-type: none"> • Vulnerabilidad emocional • Crisis • Auto indulgencia/ indulgencia. Tanto Belén como su madre y su tía se encuentran con la dialéctica rota en este polo, todas son excesivamente indulgentes.
Consecuencias	<ul style="list-style-type: none"> • Descarga de su rabia inmediata. • Consecuencia tardía: Sanción grupal por su conducta; desregulación emocional con Hipersomnia; Pierde privilegio de salida semanal y de llamado telefónico.

Resultados

Luego de realizar el análisis en cadena, el equipo multidisciplinario elabora un plan de tratamiento con el objetivo de eliminar las conductas heteroagresivas; orientado al manejo de las conductas de contingencia, por una parte, y a los estados de la mente, por otra.

Respecto al manejo de las conductas de contingencia, se tomaron medidas como el retiro de los privilegios, suspensión de visitas y llamados telefónicos, quedar fuera de las estructuras, utilización de tarjeta de registro diario, tareas de DBT, psicoterapia individual de DBT, control psiquiátrico y manejo farmacológico, intervención en la dinámica familiar, dilemas dialécticos multifamiliares, psicoeducación, análisis en cadena de la conducta problema con la familia y específicamente con la madre, identificación de emociones, asertividad, surfear las ansias y tolerancia al malestar. Gempeler (2008)

En cuanto a los *Estados de la Mente*, se llevaron a cabo estrategias de reestructuración cognitiva para abordar cogniciones emocionales disfuncionales en mente emocional, Role Playing (de validación, exposición al duelo inhibido de su amigo). El enlace disfuncional de la intensa desregulación emocional de la rabia fue intervenido con las herramientas de Mindfulness de la emoción, habilidades de tolerancia al malestar y con la habilidad de la acción opuesta, que indica evitar el estímulo, además de resolución de conflictos. (Mañas, I. M. (2009)

Los enlaces disfuncionales de las distorsiones cognitivas se trabajaron con la herramienta de pensamiento dialéctico y modificación cognitiva. Intervención psicoterapéutica semanal de una hora sumada a los grupos diarios durante el periodo de tratamiento debido a las sintomatologías presentadas al principio de su tratamiento y su poco nivel funcional. (Mercedes G. 2015)

Se utilizaron estrategias de otros enfoques, como el modelo cognitivo o la terapia de aceptación y compromiso. La primera fase de tratamiento se centró en establecer una relación terapéutica centrada en la validación de sus pensamientos, sentimientos y acciones, con el objetivo de promover una actitud de colaboración y de cumplimiento regular con las sesiones de intervención. La alianza terapéutica y la constancia en el tratamiento, tanto por parte del paciente, para mantenerse en estructura, como por parte del terapeuta fueron los objetivos principales para el desarrollo de la intervención, ya que son dos aspectos fundamentales en el caso de trastorno límite de personalidad

En este mismo sentido, desde un inicio se empezó a trabajar la reducción y control de conductas que pudieran interferir en el tratamiento, como la puntualidad en las sesiones, la realización de la ficha de control diario y la adherencia al tratamiento farmacológico. (Linehan, M.M., (2007).

Los objetivos generales durante la primera fase se centraron en la psicoeducación del trastorno límite de personalidad, tanto

con la paciente como con su madre y abuela, y la detección de situaciones concretas y reales que le provocaban inestabilidad, tanto emocional como conductual. También en el control de conductas impulsivas y estrategias de regulación emocional; la mejoría y control de hábitos; el restablecimiento y cumplimiento de rutinas diarias y el entrenamiento y puesta en práctica de las estrategias básicas de tratamiento y cumplimiento de las tareas de la comunidad.

La segunda fase de tratamiento se centró en reforzar el uso de las habilidades trabajadas durante la primera fase y aplicarlas a situaciones concretas de Belén, así como alcanzar la máxima estabilidad emocional y conductual en su día a día.

En la última fase el objetivo principal es el de mantener la estabilidad y revisar el uso de estrategias. El abordaje de los primeros objetivos se realizó en función de la importancia y mayor interferencia en su vida diaria, de modo que en la primera fase de intervención se priorizó el control de las conductas impulsivas, el consumo abusivo de múltiples drogas y la reducción de las conductas heteroagresivas.

En su caso, nunca ha existido ideación suicida; aun así, al inicio del tratamiento se produjo una tentativa autolítica con alta rescatabilidad y baja letalidad.

Una de las técnicas utilizadas para el control de conductas impulsivas de Belén fue el análisis conductual, con el objetivo de identificar aquellas situaciones que desencadenaban la desregulación emocional y sustituir las estrategias inadecuadas que ella utilizaba por otras alternativas eficaces y no perjudiciales.

En este sentido trabajamos sobre acciones con las que pudiera experimentar sensaciones intensas, para interferir en el componente fisiológico de la emoción y centrar la atención en algo diferente al malestar, como morder un limón, ducharse con agua fría o apretar fuertemente un hielo.

De la misma forma se establecieron unas normas de actuación frente a situaciones de crisis, en las que la paciente no podía realizar ninguna acción hasta no hablar antes con las personas acordadas. El entrenamiento de estas habilidades básicas de consciencia quedó registrado en la ficha de control diario, en la que la Belén tenía que anotar qué habilidades había practicado durante la semana y explicar en qué situaciones.

En este primer entrenamiento, la paciente fue siendo consciente de la diferencia entre su estilo impulsivo de interpretar y actuar delante de acontecimientos diarios, y un estilo consciente y reflexivo, en el que las consecuencias no le generaban

malestar, a diferencia del anterior. A menudo Belén discutía y tenía importantes problemas con su madre y abuela; estas situaciones le generaban rabia e impotencia intensas, por lo que generalmente se autolesionaba con pequeños cortes en la muñeca o consumía alcohol o alguna otra droga a su alcance para dejar de sentir malestar. Al cabo de unas horas, Belén sentía fuertes sentimientos de culpa por haberse cortado o por haber consumido. Se enseñaron y practicaron habilidades de regulación emocional. Desde nuestro enfoque, las conductas disfuncionales de Belén, como el consumo de drogas, escaparse de casa o las autolesiones eran intentos de soluciones frente a emociones intensas y desagradables.

En un primer momento, dedicamos diferentes sesiones a aprender a identificar y etiquetar emociones, así como a detectar la función de las conductas emocionales. Belén tuvo grandes dificultades para reconocer emociones, tanto propias como ajenas, así como para identificar la intención de sus respuestas emocionales. En esta misma línea, una de las estrategias de regulación emocional que se ha ido trabajando durante todo su tratamiento, ha sido la de reducir y/o controlar las situaciones que producen estrés o vulnerabilidad emocional.

Belén presenta una desregulación emocional mayor en situaciones de exámenes; durante los días previos a la menstruación; cuando existe un consumo excesivo de alcohol y drogas.

El objetivo principal del entrenamiento en habilidades de tolerancia al malestar es el de sobrevivir a las crisis y aceptar el momento actual tal y como es, llevando a cabo estrategias distractoras, generar emociones opuestas a las que generan malestar, hacer comparaciones o experimentar sensaciones intensas como las que se han presentado previamente; este tipo de habilidades son la continuación de las habilidades básicas de consciencia.

Con Belén, también se realizaron ejercicios de mindfulness, centrados en la observación de la respiración y la consciencia del cuerpo. Según informaban los familiares, Belén presentaba importantes dificultades para tolerar la frustración, sobre todo en el ámbito familiar, por lo que el entrenamiento de las Habilidades de efectividad interpersonal, una de las principales quejas de Belén durante el tratamiento, siempre han sido los problemas relacionados con su interacción con los demás, la vida callejera que la ha marcado gran parte de su adolescencia ya sea con sus relaciones de pareja, como con sus amigos o sus familiares. Sus interacciones vienen marcadas por el conflicto intenso, que la llevan a realizar conductas perjudiciales como consumir grandes cantidades de drogas con el fin de sentirse más segura y poderles hacer frente.

De esta forma, se entrenó a Belén en habilidades sociales y estrategias de solución de problemas, con ensayos conductuales o *role playing* y tareas de práctica en situaciones reales, lo cual permite reducir la pasividad característica de Belén con su trastorno límite de personalidad en el momento de resolver problemas interpersonales, de modo que se incrementa la actitud activa y la sensación de competencia y de eficiencia, respecto a las relaciones con los demás.

En la última fase de mantenimiento, en la cual se encuentra Belén, uno de los puntos principales a trabajar con ella ha sido el de cambiar el centro de su atención; ella tiende a focalizarse sólo en aquello de lo que no se siente satisfecha, de modo que su percepción de la realidad es completamente negativa. Por ello, un ejercicio, que se ha ido realizando durante toda esta última fase del tratamiento, ha sido el de plasmar en un papel todos y cada uno de los aspectos que forman parte de su vida en este momento, y realizar una valoración subjetiva en función de su satisfacción.

Luego de la puesta en práctica del plan de tratamiento descrito se puede observar en Belén una importante disminución de conductas hetero agresivas; aquellas que amenazan la vida y la calidad de vida, así como también las que interfieren en la terapia; aunque existieron recaídas, éstas disminuyen en intensidad y frecuencia. (Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A. et al. (1991).

En cuanto a las conductas agresivas, al inicio del tratamiento Belén presentaba explosiones de rabia 2 veces por la semana en promedio, las cuales, durante el último mes, disminuyeron a una frecuencia de una cada 15 días, hasta que finalmente, cesó la conducta de agresión física a sí misma y a terceros.

Entre los logros alcanzados por Belén, se puede destacar un mayor control de sus conductas auto agresivas; remisión de consumo de sustancias tanto en ambiente protegido como en ambiente ambulatorio; control de la conducta sexual y control de los impulsos sexuales; disminución de jerga callejera y normalización del lenguaje; disminución de conductas hiperactivas y aumento de su tolerancia al malestar.

Asimismo durante este período mejora relación con sus pares, eliminando conflictos interpersonales. Por su parte, la familia también estableció cambios positivos en la dinámica relacional con Belén; la madre logró disminuir el nivel de permisividad con su hija, posibilitando que Belén logre mantener conductas de respeto hacia su madre, cesando las conductas agresivas hacia ella y su abuela. Además, logra bajar de peso y disminuye progresivamente atracones, hasta eliminarlos.

Discusión

En el caso de Belén ha habido una evolución positiva del trastorno, ya que Belén sabe reconocer sus reacciones emocionales, entendiendo que es una persona inestable emocionalmente, aunque sin censurarse por ello.

Se observan avances significativos en distintas áreas: psicológica, conductual, emocional, relacional. Ha aprendido a cuidarse, tanto física, como psicológicamente y a buscar alternativas de solución de problemas. También es capaz de plantearse hacer cosas para manejar sus impulsos, como por ejemplo hacer deporte.

La mayoría de los pacientes con Trastorno límite de personalidad presentan evoluciones más complicadas, y a menudo con mayor grado de conflictividad familiar, social, comunitaria y funcional. Creemos que la buena evolución del trastorno que presenta Belén está relacionada fundamentalmente con la buena adherencia al tratamiento, el inicio precoz de éste y la efectividad de la estructura de habilidades de la DBT para enfocar cada fase dentro del tratamiento. (Livesley, W.J. (2003).

Estos tres aspectos son fundamentales para el tratamiento de las personas con trastorno límite de personalidad, en la cual los abandonos son comunes, y por otro lado es importante la participación y comprensión de los familiares participativos en el tratamiento del paciente ya que facilitan el apoyo y seguimiento en los mismos tratamientos.

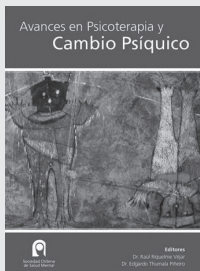
Bibliografía

1. Dimeff, L. A., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addict Sci Clin Pract*, 4(2), 39-47.
2. Gempeler J. (2008) Terapia Conductual dialéctica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 37, núm. 1, 2008, pp. 136-148
3. Gibert, M. El trabajo con adolescentes con tendencia límite y trastorno por uso de sustancias en un hospital de día. *Revista de Patología Dual* 2015;2(3):16
4. Mañas, I. M. (2009) Mindfulness (Atención plena): la meditación en psicología clínica. *Gaceta de Psicología* N° 50, pp13-29
5. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York: Guilford; 2007
6. Millon T. MCMI-II, Millon Clinical Multiaxial Inventory-II. Minneapolis: National Computer Systems, (1987)
7. Linehan, M.M (1993) Skill Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press. Este libro ofrece una excelente síntesis de DBT y el entrenamiento de habilidades. Esta traducido al castellano (Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite, Paidós 2003).
8. Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A. et al. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borerline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064
9. Linehan, M.M., Bohus, M., Lynch, T.R.(2007). Dialectical Behavior Therapy for pervasive emotion dysregulation. En J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 581-605). New York: Guilford Press
10. Linehan, M.M., Heard, H.L., y Armstrong, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-975.
11. Linehan, M.M., Tutek, D., Heard, H.L. et.al. (1994). Interpersonal outcome of cognitive-behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 5, 1771-1776.
12. Livesley, W.J. (2003). Diagnostic dilemmas in classifying personality disorder. En K.A. Phillips, M.B. First y H.A. Pincus (Eds.), *Advancing DSM: Dilemmas in psychiatric diagnosis* (pp. 153-190). Washington, DC: AP
13. Stanley B., Brodsky B, Nelson JD, Dulit R. Brief dialectical behavior therapy (DBT-B) for suicidal behavior and non-suicidal self injury. *Arch Suicide Res.* 2007;11(4):337-41.

Enlaces de internet

1. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000500012&lng=en&tlng=es.
2. www.fundacionforo.cl

“AVANCES EN PSICOTERAPIA Y CAMBIO PSÍQUICO”



Este libro reúne a destacados especialistas chilenos y extranjeros en el intento de dilucidar los mecanismos y factores que promueven el cambio en las personas.

Los Editores son psiquiatras, iniciaron juntos sus estudios de Medicina en la Universidad de Chile, en 1969. Se han interesado especialmente en el trabajo en Salud Mental. El Dr. Riquelme primero como director del Hospital Psiquiátrico de Putaendo y posteriormente como Director del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak", mientras el Dr. Thumala formó y coordinó los tres primeros centros de salud mental comunitarios intersectoriales en el SSMO en la década de los 80. Paralelamente, ambos han ejercido como psicoterapeutas. El Dr. Riquelme formándose como psicoanalista y el Dr. Thumala como terapeuta familiar y luego como terapeuta grupal psicoanalítico.

Número de páginas: 464