

Estudio de Caso sobre Regulación emocional de la terapia Dialéctica Conductual en paciente con diagnóstico de Trastorno de Personalidad Límite.

Case study in emotional regulation techniques of Dialectical Behavioral therapy in a patient with diagnosis of Borderline Personality Disorder.

Francisca Milena Chacón Retana

Psicóloga Clínica, Investigadora Independiente, San José, Costa Rica.

✉ Contacto de correspondencia: Francisca Milena Chacón Retana milena.chacon@cruzroja.or.cr

RESUMEN

El Trastorno de Personalidad Límite (TPL) es uno de los trastornos de personalidad con mayor prevalencia en la población. Los portadores de este diagnóstico hacen uso constante de los servicios de salud públicos y privados debido a los afrontamientos autodestructivos que presentan y que generan riesgos graves tanto contra sí mismos (intentos de autolesión, conducta suicida), como contra sus allegados (agresividad, relaciones interpersonales caóticas, etc.).

El adecuado diagnóstico y uso de tratamientos basados en evidencia permiten la disminución de riesgos en los consultantes con TPL, la mayor adquisición de destrezas adaptadas a sus características de personalidad, y la disminución de la consulta en los servicios de emergencias.

En el presente estudio de caso clínico único, se describe el proceso diagnóstico realizado a una paciente mujer joven, diagnosticada con TPL, así como con el Trastorno Depresivo No Especificado y el Trastorno de Pánico, en remisión parcial. Se realizó un proceso terapéutico breve en doce sesiones, donde se aplicaron principalmente técnicas para la enseñanza de habilidades de regulación emocional provenientes de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), acompañado de técnicas cognitivas conductuales para la disminución de la sintomatología depresiva.

Palabras clave: Trastorno de la Personalidad Límite, Terapia Dialéctica Conductual, Desregulación Emocional, Habilidades de Regulación Emocional.

Cómo citar:

Chacón Retana, F.M. Regulación emocional de la terapia Dialéctica Conductual en paciente con diagnóstico de Trastorno de Personalidad Límite. : Emotional Regulation in Borderline Personality Disorder. Revista Ciencia Y Salud, 7(1). <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v7i1.579>

Recibido: 17/Nov/2022

Aceptado: 21/Dic/2022

Publicado: 16/Mar/2023



ABSTRACT

The Borderline Personality Disorder (BPD) is one of the Personality Disorders with high prevalence in the population. These patients frequently use public and private health services because of the auto destructive coping strategies that the present and that cause risks against people's life (like cutting, suicidal conducts) and their families (aggression and chaotic relationships).

The right diagnostic and the use of psychotherapy based on scientific evidence will permit the decrease of risks in people diagnosed with BPD, the increase of more skills adapted to their personality characteristics and the decrease of the assistance to emergency services.

The present clinic study case describes the diagnostic process executed on a female patient, with BPD, Other Non-Specific Depression Disorder and Panic Disorder in partial remission. As a treatment strategy, twelve sessions of brief psychotherapy were executed, applying techniques for the development of emotional regulation skills from Behavioral-Dialectic Therapy, alongside with Behavioral-Cognitive techniques, for the decrease of the depressive symptomatology.

Keywords: Borderline Personality Disorder; Behavioral Dialectic Therapy, Emotional Deregulation; Skills of Emotional Regulation.

INTRODUCCIÓN

Según el *Manual de Diagnóstico DSM-V* (1) el TPL es un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos.

Los criterios que conforman el TPL acorde con el DSM-V son esfuerzos desesperados para evitar el desamparo; patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas; alteración de identidad; impulsividad en dos o más áreas autolesivas; comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio o conductas autolesivas; inestabilidad afectiva; sensación crónica de vacío; enfado inapropiado e intenso; y síntomas disociativos graves.

“La prevalencia del TPL se estima en un 1,6 % a nivel general, suele disminuir en los grupos de mayor edad y se diagnostica mayoritariamente en mujeres (un 75 %)” (1).

El modelo biopsicosocial de la salud, desde el punto de vista filosófico, es una manera de entender cómo el sufrimiento y la enfermedad son afectados por diversos niveles de organización, desde la social a la molecular. Desde el nivel práctico, es una manera de entender la experiencia subjetiva del paciente como contribuyente esencial para lograr un diagnóstico acertado, resultados en la salud y el cuidado humano (2). Desde la teoría biopsicosocial, el principal síntoma en el TPL es la desregulación de las emociones, la cual es resultado conjunto de disposición biológica, contexto ambiental y cierta transacción, entre estos dos factores durante el desarrollo (3).

La desregulación general se produce debido a una mayor vulnerabilidad emocional presente en la persona, lo cual es un factor interno, y al uso cotidiano de estrategias de manejo de emociones inadecuadas y desadaptativas frente al entorno y las dinámicas vinculares. Estos entornos y dinámicas en ocasiones suelen ser también inadecuados, lo cual incrementa la desregulación de forma dialéctica.

Desde el enfoque cognitivo-conductual se ha desarrollado una terapia específica para abordar las particularidades del TPL, ya que se ha identificado a través del tiempo que las terapias generales no son efectivas en la atención de la sintomatología específica de este (3).

Presentación del caso

La paciente es una adulta joven de 30 años, bachiller universitaria, estudiante de Derecho, desempleada, soltera, quien vive de forma independiente en la zona urbana central con su hijo adolescente de 12 años. Los progenitores de la paciente son quienes apoyan en el cuidado de este. Fue la consultante quien solicitó la evaluación e intervención de forma voluntaria y directa.

La paciente indicó como motivo de consulta lo siguiente: “vengo como para poder manejar más mis emociones y sentir más estabilidad. Estoy agotada de sentir ansiedad o lo que sea que tengo”.

Historia clínica de relevancia

La paciente creció en una familia nuclear de zona urbana conformada por seis miembros. Ella es la hija mayor de un grupo filial conformado por cuatro hermanos. Durante su infancia y adolescencia fue testigo de violencia intrafamiliar, recibió maltrato físico y verbal por parte de su progenitor. Durante la adolescencia, sufrió acoso callejero a los 12 años.

A los 17 años quedó embarazada de su novio de entonces. El embarazo fue aceptado por ella, pero rechazado por su familia. El progenitor del niño nunca se involucró con la crianza. Posterior al parto, la consultante fue diagnosticada por un médico general con depresión postparto a los 18 años. La paciente estuvo tomando fluoxetina hasta que, por indicación médica, se le solicitó dejar de hacerlo. Durante ese periodo, la consultante reportó ideación suicida. A pesar de esto, la consultante mantuvo, según su criterio, un buen ejercicio del rol maternal.

A los 21 años se vio obligada a salir de su casa por exigencia de su padre, por lo que residió de forma independiente con su hijo, pero cerca de su familia de origen. La consultante se encargó de la crianza y manutención del niño, con apoyo de su familia de origen, quien fungió como cuidadora del niño.

A los 23 años comenzó a laborar en el lugar donde conoció a su actual pareja, con quien mantiene desde hace siete años una relación, sin convivencia conjunta.

Durante su adultez joven, retomó el tratamiento farmacológico con fluoxetina a los 28 años durante un mes (noviembre 2017) ante consulta en medicina general, pero pese a que desertó del tratamiento, no reportó cambios significativos en sus síntomas.

A nivel de empleo no mostraba problemas en la inserción laboral, pero se le dificultaba la permanencia, cuyo despido más reciente fue a los 29 años debido a una situación de acoso sexual que tramita vía judicial, y desde entonces ha sido difícil encontrar un nuevo empleo. A nivel académico, culminó a los 30 años el bachillerato universitario y se encontraba cursando la licenciatura universitaria en la carrera de Derecho.

Cuando tenía 29 años un médico general le diagnosticó “ansiedad” y le recetó nuevamente tratamiento farmacológico con dos tabletas de fluoxetina, mostrando en esa ocasión buena adherencia al tratamiento. A su vez, comenzó a asistir al proceso grupal en la asociación privada ACOTAR para el abordaje de trastornos del estado de ánimo, pero asistió únicamente a cuatro sesiones, ya que desertó por dificultades entre su horario laboral de aquel entonces.

El diagnóstico de ansiedad se dio al presentar cuadros caracterizados por llanto incontrolable, sudoración, hiperventilación, sensación de vacío en el diafragma; con mayor frecuencia los fines de semana y entre semana en las tardes con hora fija de 4:00 pm a 5:00 pm, por lo que procuraba permanecer acompañada.

Aunado a lo anterior, a los 29 años reportó haber comenzado a presentar dolores en la parte izquierda del cuerpo, a los cuales no le han encontrado explicación médica, pero le indicaron podría ser “fibromialgia”.

A sus 30 años, la consultante identificó como evento desencadenante de las crisis de ansiedad más recientes, el incidente de acoso sexual laboral, los dos procesos legales que tramitaba en vía judicial y una infidelidad por parte de su pareja descubierta ese año. A nivel económico, mostraba dependencia de los ingresos que le proveía su pareja, por su situación de desempleo.

Como factores protectores individuales, la paciente destacó el vínculo materno-filial con su hijo y su estabilidad habitacional. No obstante, reportó dificultades en el ejercicio de la maternidad al ingresar su hijo a la fase del desarrollo de la adolescencia, ya que refirió mayor distanciamiento de este.

Evaluación clínica con diagnóstico

Se procedió a realizar una evaluación psicológica para cuantificar el malestar referido y detectar con mayor certeza las necesidades de intervención de la joven. Las fuentes de información clínicas y las pruebas psicológicas aplicadas fueron:

- La entrevista clínica semiestructurada.
- El examen del estado mental del doctor Rojas.
- La prueba de tamizaje cognitivo Neuropsi Atención y memoria, con baremos mexicanos, que evalúa áreas como la atención (selectiva, sostenida y control atencional) y las funciones ejecutivas; así como los tipos y las etapas de memoria incluyendo la memoria de trabajo, la memoria a corto y la memoria a largo plazo (4).
- El inventario de evaluación de la personalidad PAI, con baremos españoles y la prueba MMPI-2-RF, “la cual evalúa factores de la personalidad” (5).
- La prueba LSB-50 como línea base es un instrumento, cuyo objetivo es identificar y valorar síntomas psicológicos y psicosomáticos, del cual se obtienen trece índices fundamentales de psicopatología, incluyendo un indicador de riesgo que identifica a pacientes potencialmente graves (6).
- El cuestionario WHODAS 2.0 (1) es un instrumento de evaluación genérico y práctico que puede medir la salud y la discapacidad mental en la población y en la práctica clínica.

Del análisis funcional se identificaron los siguientes síntomas conductuales: alteración en actividades básicas diarias, abulia, falta de voluntad presente por un año, baja productividad general y conductas heteroagresivas (como gritar, lanzar piedras o golpear carros) dirigidas especialmente a su pareja y desencadenadas por conflictos con su familia de origen o su pareja.

A nivel somático, la paciente refirió dolores de cabeza y dolores en el lado izquierdo del cuerpo en puntos específicos. A nivel cognitivo quedó en evidencia la presencia de pensamientos obsesivos y referenciales como “debo completar algo para poder hacer otra cosa, sino pienso que sale mal” o “me irrito fácilmente por la presión de mi mamá, le grito a mi novio, le he tirado piedras, y luego pienso: ¿fui yo?”. A nivel afectivo refirió sentir “desesperación, descontrol, tengo llanto diario en cualquier momento, siento falta de voluntad”.

Según la sintomatología anteriormente descrita y basado en el DSM-V (1), la consultante presentó el siguiente diagnóstico:

Sección 1:

- 301.83 (F60.3) Trastorno de la Personalidad Límite: criterios 2, 3, 6, 7, 8, 9.
- 311 (F32.9) Otro Trastorno Depresivo No Especificado, ya que la consultante presentó algunos de los criterios de forma persistente, pero sin cumplir la cantidad requerida para diagnosticar el trastorno depresivo mayor o especificado.
- 300.01 (F41.0) Trastorno de pánico, en remisión parcial por tratamiento farmacológico con fluoxetina desde setiembre 2018.

Sección 2:

- V61.10 (Z63.0) Relación conflictiva con la pareja.
- V62.29 (Z56.9) Otro problema relacionado con el empleo.

Sección 3:

La evaluada presentó una puntuación general de discapacidad mental de 26,4 %, que no corresponde a ningún nivel de discapacidad mental a nivel global.

De la evaluación se concluyó que el síntoma que generaba mayor malestar era la desregulación emocional, la cual es la principal característica del TLP, y se recomendó la realización de una psicoterapia breve mediante la TDC, focalizada en el entrenamiento en habilidades de regulación emocional.

Intervención psicológica

La intervención psicoterapéutica fue realizada desde el enfoque cognitivo-conductual, de Linehan, quien desarrolló una terapia específica para abordar las particularidades del TPL, la cual denominó Terapia Dialéctica Conductual (TDC). Para la TDC “el pensamiento, la conducta y las emociones dicotómicas y extremas, características del TPL, son fracasos dialécticos” (3).

Uno de los aspectos innovadores de la TDC es el cambio de objetivo de la terapia, ya que la terapia cognitiva-conductual clásica se centra en conseguir la solución de problemas emocionales a través del cambio comportamental y cognitivo. Mientras que la TDC pone énfasis en la aceptación y la validación para conseguir el cambio (7). Se definen cuatro habilidades fundamentales para enseñar:

- **Tolerancia al malestar:** “Capacidad para aceptar, de una manera no evaluativa ni enjuiciadora, a uno mismo y a la situación actual” (3).
- **La atención consciente:** incluye observar los hechos, emociones y otras respuestas conductuales sin prolongarlas o detenerlas, sean placenteras o dolorosas; describir las situaciones, no tomando las emociones y pensamientos de forma literal; y participar de los hechos, pero teniendo la capacidad de separarse de estos (3).
- **La eficacia interpersonal:** “La efectividad es obtener los cambios que uno desea, mantener la relación y el respeto personal” (3).
- **La regulación emocional:** es la capacidad de la persona para disminuir el malestar emocional que le provocan las respuestas secundarias intensas a las emociones primarias. Las emociones primarias son adaptativas al contexto y responden a este, por ejemplo: enojo, tristeza, alegría o miedo. Mientras que las emociones secundarias son respuestas reactivas a otras emociones, por lo que suelen no ser congruentes con el contexto, sino que responden a procesos internos, por ejemplo, la ira, la vergüenza o la ansiedad (3).

Sobre la eficacia de la TDC, en la actualidad hay un total de 11 ensayos aleatorios y controlados llevados a cabo en sitios independientes en los que se compara la TDC y el tratamiento habitual. Los estudios reportan beneficios en la sintomatología límite: conducta suicida, depresión, ansiedad (efecto muy importante), rabia (efecto importante), conductas parasuicidas (efecto moderado) y salud mental general (efecto de moderado a importante) (8).

Para el caso descrito se aplicó el modelo de psicoterapia breve, definido como un proceso psicoterapéutico centrado más en el presente que en la historia lejana de la persona. “La terapia breve trabaja la cognición y emoción para lograr el cambio; y tiene como objetivo la toma de decisiones y el inicio del cambio comportamental” (9).

Como objetivo terapéutico se propuso aumentar en la consultante las habilidades de afrontamiento para la activación conductual y la autorregulación emocional que le permitieran una mejora en su funcionamiento en los distintos entornos donde se desenvolvía y en la calidad de sus relaciones interpersonales.

Las áreas prioritarias de intervención seleccionadas fueron la sintomatología depresiva y la desregulación emocional, “ya que casi el 75 % de pacientes con TPL presentan otros trastornos mentales, siendo los más comunes los trastornos depresivos, de ansiedad, consumo de sustancias y alimentarios” y a su vez, dentro de los trastornos de la personalidad “el TPL es el que mejor representa el papel de los déficits en los problemas de regulación emocional” (10), (11).

Intervención psicoterapéutica

Tabla 1. Protocolo de Intervención resumido

No.	Objetivos	Actividades realizadas	Técnicas empleadas
1	Conocer variación de sintomatología presente en el último mes.	Valoración de riesgo suicida según la suicidología moderna.	Entrevista semiestructurada.
	Brindar a la consultante la explicación sobre el encuadre del proceso psicoterapéutico.	Devolución del psicodiagnóstico, encuadre del proceso de atención y firma del consentimiento. Se explicó el enfoque educativo de la terapia.	Psicoeducación sobre desregulación emocional. Encuadre desde la TDC.
	Validar junto a la consultante la selección de áreas prioritarias de atención.	Se propuso a la consultante las áreas a trabajar, haciendo énfasis en la activación conductual, para abordar posteriormente la desregulación emocional.	Tareas: psicoeducación y programación de actividades.

2 y 3	Definir junto a la consultante una programación de actividades diarias.	Revisión de la tarea del cronograma de actividades.	Destrezas de distracción: programación de actividades y lista de actividades agradables.
	Enseñar a la consultante sobre desregulación emocional y el uso de estrategias de afrontamiento de emociones.	Psicoeducación sobre las afirmaciones positivas, como estrategia de distracción y aceptación para sustituir pensamientos distorsionados y negativos.	Psicoeducación de las estrategias de afrontamiento. Destrezas de aceptación: afirmaciones positivas de Louise Hay. Tarea: programación de actividades.
4	Monitorear riesgo suicida en la consultante.	Valoración de riesgo suicida según la suicidología moderna.	Entrevista semiestructurada.
	Brindar herramientas para el reconocimiento de emociones y pensamientos.	Reconocimiento de emociones, mediante un registro de emociones. Entrenamiento en respiración consciente.	Psicoeducación. Registro de emociones. Relajación progresiva de Jacobson.
	Fortalecer el vínculo de la consultante con su hijo.	Revisión de cronograma de actividades.	Tareas: incorporación de tiempo de calidad madre-hijo. Registro de emociones diario.
5	Monitorear la presencia de riesgo suicida.	Entrevista semiestructurada.	Valoración de riesgo suicida.
	Incrementar la ejecución de actividades diarias.	Revisión de la tarea del cronograma de actividades.	Programación de actividades.
	Brindar herramientas para el reconocimiento de emociones y pensamientos.	Entrenamiento en autoinstrucciones positivas.	Debate socrático con análisis coste-beneficio. Registro de emociones, autoinstrucciones positivas.
6	Entrenar a la consultante en las habilidades de reducción de su vulnerabilidad cognitiva.	Revisión registro de emociones. Debate socrático sobre generalizaciones y pensamiento dicotómico. Entrenamiento en autoinstrucciones positivas.	Registro de emociones. Debate socrático. Análisis coste-beneficio. Autoinstrucciones positivas.
	Conocer percepción cualitativa respecto a avances logrados durante el tratamiento y su proyección en un mediano plazo.	Entrevista sobre presencia de motivación para continuar con el tratamiento y percepción de evaluación de resultados.	Entrevista semiestructurada de evaluación. Visualización en seis meses. Tarea: registro de emociones ampliado.

7 y 8	Entrenar a la consultante en las habilidades de reducción de su vulnerabilidad cognitiva.	Revisión de la tarea del registro de emociones. Reconocimiento de herramientas adquiridas. Debate socrático sobre las recaídas. Se reforzó el abordaje de los pensamientos dicotómicos y catastróficos.	Registro de emociones. Debate socrático con equilibrio de pensamientos-sentimientos, análisis coste-beneficio y generación de alternativas.
	Entrenar en estrategias de afrontamiento adaptativas para la toma de decisiones.	En la sesión 7 se revisó el registro de emociones. En la sesión 8 se trabajó el debate socrático y se psicoeducó sobre la fase del desarrollo de su hijo.	Balanza de responsabilidad. Debate socrático.
	Disminuir los pensamientos distorsionados de la consultante relacionados con las recaídas y retrocesos.	En la sesión 8, mediante revisión de tarjetas de emociones, se abordó la aceptación de las emociones. Se realizó un debate con base en el registro de emociones. Se abordó la prevención de recaídas.	Psicoeducación sobre recaídas. Kit de destrezas de afrontamiento. Tareas: registro y tarjetas de emociones. Círculo de tiempos y responsabilidades. Lectura sobre distorsiones.
9	Incrementar la sensación de eficacia de la consultante en el manejo de emociones y resolución de conflictos diarios.	Revisión registro de emociones. Abordaje de los principios de la comunicación asertiva: cómo, cuándo y dónde. Revisión de la tarea de los círculos de tiempo.	Registro de emociones ampliado. Debate socrático. Kit de destrezas de afrontamiento adaptativas. Círculos de influencia y responsabilidad. Comunicación asertiva.
	Entrenar a la consultante en el reconocimiento de sus emociones con consciencia y sin juzgarlas.	Abordaje de la culpabilidad mediante revisión de registro de emociones. Psicoeducación sobre las emociones con base en la tarea de las tarjetas de emociones.	Análisis de eventos expuestos en tarjetas. Psicoeducación sobre la aceptación. Análisis de proporcionalidad basado en evidencia.
	Entrenar en identificación de distorsiones cognitivas.	Revisión de lectura sobre distorsiones cognitivas.	Psicoeducación sobre distorsiones cognitivas. Registro de emociones.
10	Entrenar en el manejo adaptativo de emociones de mayor dificultad para la consultante.	Revisión de registro de emociones. Debate y psicoeducación sobre estas emociones: enojo-ira, enojo-culpa. Establecimiento plan de acción para evitar acciones impulsivas de agresividad.	Registro de emociones ampliado. Debate socrático. Psicoeducación sobre estrategias de afrontamiento. Análisis coste-beneficio.
	Entrenar en elementos de comunicación asertiva.	Psicoeducación sobre la comunicación asertiva, no asertiva y agresiva, se brindaron ejemplos.	Psicoeducación sobre comunicación asertiva.
	Entrenar a la consultante en técnicas de autocontrol y solución de conflictos cotidianos.	Entrenamiento en técnica de autocontrol y solución de conflictos con los siguientes pasos: calmarse, reflexionar, escuchar al otro, conversar y explicarse, llegar a acuerdos, monitorear y sostener acuerdos.	Técnica de autocontrol y solución de conflictos. Tareas: registro de emociones y carta a sí misma.

11	Aplicar post-test LSB-50.	Segunda aplicación de la prueba LSB-50. Se realizó actualización a través de registro de emociones. Debate sobre la aplicación de las técnicas de comunicación asertiva y autocontrol.	Test LSB-50.
	Entrenar en técnicas de autocontrol y solución de conflictos cotidianos.		Registro de emociones ampliado. Técnica de autocontrol y solución de conflictos. Psicoeducación.
	Permitir a la consultante identificar logros y su cuota de responsabilidad en el tratamiento.	Mediante las cartas, la consultante reflejó e integró aspectos positivos y negativos, ganancias y pérdidas, lo cual reflejó mayor aceptación y flexibilización de la percepción de las situaciones.	Análisis de carta elaborada. Tareas: elaboración de kit de herramientas personal.
12	Realizar cierre del proceso de atención con la consultante	Devolución de resultados cuantitativos acorde a test LSB-50. Revisión de la caja de herramientas. La consultante aportó los elementos de la caja de herramientas. Entrevista de valoración de resultados y áreas por continuar fortaleciendo. Se estableció un plan de mantenimiento de resultados.	Entrevista de valoración de resultados percibidos a nivel emocional, cognitivo y conductual. Devolución de resultados de pre-test y post-test del LSB. Definición de un plan de acción ante crisis.

Elaboración propia (octubre, 2019)

Discusión

Respecto al objetivo terapéutico planteado, se consideró como logrado de forma satisfactoria. En relación con las técnicas empleadas que fueron más eficaces, se identificó la psicoeducación como una herramienta funcional durante todo el tratamiento, esto debido al enfoque educativo y de desarrollo de destrezas propio de la TDC. Es así como se logró una mayor adherencia al tratamiento debido a que la terapeuta psicoeducó a la paciente sobre la desregulación emocional, la aceptación radical y las estrategias de afrontamiento autodestructivas versus las estrategias de afrontamiento adaptativas.

Por otra parte, la activación conductual, como estrategia para optimizar las horas de sueño de la consultante, se consideró primordial, ya que la paciente logró regular sus horarios de sueño, se disminuyó la frecuencia de administración del fármaco fluoxetina, contó con mayor motivación interna para la ejecución de actividades y disminuyó la sintomatología depresiva. Esto se alcanzó con una postura directiva de la terapeuta, la cual es requerida para promover la consecución de logros de forma inicial, ya que las personas con trastorno de personalidad límite suelen replicar sus interacciones cotidianas en el ámbito terapéutico.

En vista de que la paciente podría intentar sabotear el proceso al incumplir tareas o realizarlas de forma parcial, esperando la respuesta acostumbrada de rechazo de la terapeuta o desinterés, se comenzó cada sesión con la revisión constante de tareas. En este caso, el cronograma de actividades permitió modelar, en la relación terapéutica, la aceptación radical y validación, junto con el desarrollo de destrezas y la adquisición de habilidades. Además, contribuyó a que la paciente disminuyera sus horas diarias de sueño y percibiera un apoyo externo para la ejecución de actividades, logros que se debieron adjudicar explícitamente a las capacidades de la consultante, para promover su validación.

De forma paralela a la activación conductual, se implementaron técnicas de distracción y aceptación (autoafirmación y relajación progresiva). Estas tuvieron un resultado positivo al comienzo del tratamiento al disminuir la percepción de malestar, la cual, como se verá posteriormente a través del análisis

cuantitativo, se encontraba maximizada por la consultante; además de incrementar la adherencia al tratamiento con técnicas de fácil aprendizaje y uso.

Una vez lograda la mayor activación conductual de la consultante, se procedió a identificar las estrategias autodestructivas más utilizadas por ella e identificaron cinco estrategias cuyo componente común era la dimensión cognitiva como principal desencadenante del malestar. Por esta razón, las destrezas de regulación emocional seleccionadas se basaron en técnicas cognitivas, tales como el registro de emociones, el equilibrio de pensamientos y sentimientos; combinado con habilidades de reducción de vulnerabilidad cognitiva, como el análisis coste-beneficio, el debate socrático y la generación de alternativas. Lo anterior produjo que la consultante fuera capaz de identificar distorsiones cognitivas, en especial el pensamiento dicotómico. De igual forma, logró generar modificaciones a sus pensamientos y flexibilizarlos mediante generación de alternativas, disminución de la maximización y la búsqueda de evidencia.

Al finalizar el tratamiento, a solicitud de la consultante, y con el fin de lograr la aplicación de las destrezas aprendidas en sus relaciones interpersonales, se brindaron elementos básicos de comunicación asertiva y solución de conflictos. Estos elementos, según lo reportado por la consultante, contribuyeron con su regulación emocional, ya que disminuyó la presencia de conductas agresivas físicas, como golpear carros, además de lograr la disminución de “gritos” y contar con mayor tolerancia ante los conflictos cotidianos con su hijo adolescente. Así mismo, la consultante incrementó el tiempo de calidad en horas que compartía con su hijo, lo cual fue considerado un elemento contenedor para ella, al generar emociones positivas.

Durante el proceso de psicoterapia se abordaron cinco habilidades propias de la regulación emocional: reconocimiento de emociones, reducción de barreras físicas y cognitivas, incremento de emociones positivas, consciencia de emociones sin juzgar y solución de problemas.

Sobre la eficacia, el presente estudio de caso fue evaluado de forma cuantitativa mediante la aplicación pre-test y post-test del listado de síntomas breve LSB-50. Del pre-test al post-test la evaluada reportó puntuaciones inversas de minimización y magnificación, lo que refleja que presentó mayor minimización de la intensidad con la que percibía su sintomatología posterior al tratamiento en comparación con el resultado inicial.

En relación con el grado de afectación global psicopatológico, la evaluada se ubicó en un rango promedio. Continuó presentando alta cantidad de sintomatología, pero con una percepción de intensidad menor en comparación con la línea base inicial.

Referente al área de intervención relacionada con los síntomas depresivos, es importante mencionar que la escala de depresión presentó una disminución de 49 puntos, pasando de un rango muy alto al rango promedio, siendo que la depresión se podría considerar un aspecto relacionado con la desregulación emocional. Mientras que, sobre la desregulación emocional, los resultados del LSB-50 post-test denotan una baja significativa en los puntajes relacionados con las escalas de psicorreactividad e hipersensibilidad, bajando ambas escalas en 28 y 32 puntos respectivamente. A su vez, la escala de ansiedad tuvo una disminución mayor, pasando de 97 puntos a 25 puntos, reflejando un cambio de 72 puntos.

CONCLUSIÓN

La detección de Trastornos de Personalidad en la clínica cotidiana puede pasar desapercibida por la comorbilidad que suelen presentar con Trastornos Afectivos y de Ansiedad, tal como se observa en el presente caso, siendo crucial el establecimiento de un proceso psicodiagnóstico, el cual se ha realizado con pruebas que posean evidencia científica.

Es importante tomar en cuenta lo anterior, a pesar de la premura que suele presentarse al clínico cuando atiende a pacientes con TPL, debido a que estos se acercan a los servicios de atención en salud públicos o privados ante la ejecución de intentos suicidas o por insistencia de sus familiares. Una vez atendida la

crisis con la cual llega el paciente, se considera indispensable ejecutar la entrevista clínica y la aplicación de pruebas de personalidad con respaldo científico.

Asimismo, ejecutado el proceso diagnóstico pertinente, se facilita el planteamiento de la propuesta de intervención, la cual debe ser basada en terapias con eficacia probada mediante estudios clínicos según el diagnóstico detectado. Para la presente propuesta se planteó un proceso de psicoterapia breve, basado desde la terapia dialéctica conductual (TDC) de Linehan, que es la terapia que más eficacia ha mostrado en el tratamiento de personas con trastorno límite de la personalidad.

A pesar del cambio en la duración de la modalidad terapéutica individual propuesta por Linehan en la bibliografía, el presente estudio de caso clínico demostró la efectividad del modelo terapéutico de desarrollo de destrezas de la TDC, siendo útil en la mejora de habilidades de regulación emocional.

Uno de los mayores aciertos identificados por el modelo terapéutico bajo la filosofía dialéctica es la relevancia de la aceptación y validación por parte del terapeuta durante el establecimiento de la alianza terapéutica. Una gran mayoría de consultantes con TPL han sido atendidos previamente en otros servicios de salud y suelen percibir rechazo o exclusión por parte de los profesionales encargados. Esto ante la frustración e impotencia que genera la reincidencia de conductas de riesgo, autolesiones y la impresión de que el consultante tiende a manipular.

No obstante, si el terapeuta cuenta con claridad del modelo filosófico que incluye Linehan en su terapia, comprenderá la importancia de promover la aceptación por parte del consultante, y si es posible de los familiares, de las características de personalidad de la persona con diagnóstico de TPL. De esta forma las expectativas del tratamiento serán realistas y generará adherencia a él.

Así mismo, en casos de pacientes límite con síntomas depresivos, según los alcances obtenidos en el presente estudio de caso único, se recomienda el uso combinado de la TDC con técnicas cognitivo-conductuales de activación conductual. Además, la presencia de abulia podría ser un elemento limitante durante todo el proceso atencional, pues la TDC requiere la ejecución de tareas, el cumplimiento de asistencia a sesiones y la puesta en práctica de las destrezas aprendidas en el cotidiano. Por otra parte, si los trastornos de sueño o sintomatología depresiva se intensifican o se muestran de forma crónica, se debe referir al servicio de medicina y comenzar tratamiento farmacológico.

En relación con el presente estudio de caso, se identifica como acierto el trabajo inicial realizado en disminuir la sintomatología depresiva, lo cual queda evidenciado en la significativa disminución de las escalas de depresión y alteraciones de sueño puntuadas en el test LSB-50, que además coincidió con los auto reportes realizados por la consultante. Esto debido a que para lograr un aprendizaje adecuado de destrezas y habilidades se requiere que la persona cuente con motivación interna, capacidad de planeamiento, toma de decisiones y voluntad para la ejecución de tareas y ejercicios.

Se deben priorizar las habilidades de tolerancia al malestar cuando la caracterización de síntomas de los consultantes se centre en conductas agresivas. En este caso, la consultante presentaba conductas violentas hacia externos que podían implicar conflictos legales y lesiones físicas hacia sí misma y terceros, razón por la cual, en el abordaje de las habilidades de regulación emocional, se tomó siempre en consideración la conducta impulsiva.

Con base en los resultados obtenidos, se consideró acertado el abordaje educativo y posicionado desde el principio de la aceptación radical como catalizador del cambio propuesto por la filosofía de la TDC, siendo que las personas y familiares de personas con TPL deben tener una conciencia de los mecanismos de afrontamiento de los consultantes, los cuales se caracterizan a nivel afectivo por la desregulación emocional, a nivel interpersonal por las relaciones caóticas y a nivel cognitivo por la rigidez y el pensamiento dicotómico. Una vez adoptado este modelo propuesto por Linehan, tanto por el terapeuta como por el consultante,

la propuesta de desarrollo de destrezas o habilidades tiene mayor aceptación, tal y como sucedió con la consultante del caso descrito.

De lo anterior se extrae que los terapeutas deben centrarse más en el aprendizaje de habilidades y no en los registros anecdóticos propios de los consultantes con TPL, ya que el proceso terapéutico, sea individual o grupal, se convierte en un espacio de modelaje de interacciones para el consultante con TPL, quien suele vincularse de forma caótica y desorganizada con otras personas. Es así como en lugar de centrar las interacciones en los problemas o conductas autodestructivas, la terapia debe centrarse en que cada evento es una oportunidad de aplicar o entrenarse en alguna de las destrezas propuestas por la TDC.

Respecto al riesgo suicida, no se presentó como un elemento a intervenir, debido al bajo nivel que presentaba la consultante; sin embargo, se destaca que la valoración del riesgo suicida en consultantes con TPL debe presentarse de forma transversal durante todo el proceso de intervención.

Finalmente, con base en los resultados obtenidos, el éxito de una psicoterapia breve con pacientes límite se debe no solo a la efectividad del modelo terapéutico, sino también a la valoración del terapeuta sobre las destrezas principales a trabajar y a la detección de los recursos personales con que cuente el paciente para asimilar en tan corto tiempo un proceso que, según Linehan, se recomienda dure un año, lo cual es requerido para pacientes con predominancia de mayores conductas de riesgo y que requieran el entrenamiento de las cuatro destrezas propuestas en la teoría de la TDC.

Declaración de conflicto de interés

No existe ningún conflicto de intereses en el presente estudio de caso.

Declaración de financiamiento

Este no requirió de financiamiento externo, todos los gastos fueron asumidos por la profesional investigadora.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asociación Americana de Psiquiatría (APA) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Versión 5. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2013
2. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. El Modelo Biopsicosocial 25 años después: Principios, Prácticas e Investigación Científica. Revista Chilena de Medicina Familiar. 2006 Agosto. 7(2): 67-75.
3. Linehan M. Manual de Tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite. Barcelona: Paidós; 2003.
4. Ostrosky F, Gómez ME, Matute E, Rosselli M, Alfredo A, David P. Neuropsi Atención y Memoria. Ciudad de México: Manual Moderno; 2012.
5. Ben-Porath Y, Tellegen A. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2-Reestructurado MMPI-2RF. Madrid: TEA Ediciones; 2012.
6. Rivera L, Abuín M. Listado de Síntomas Breves LSB-50. Madrid: TEA Ediciones; 2012.
7. Caballo V. Manual de Trastornos de la Personalidad: Descripción, evaluación y tratamiento. Madrid: Editorial Síntesis S.A; 2004.
8. Soler J, Elices M, Carmona C. Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. Análisis y Modificación de Conducta. Mayo 2016. 42: 165-166.

9. Hewitt N, Gantiva C. La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. Revista Avances en Psicología Latinoamericana. Enero-Junio 2009. 27(1). 165-176.
10. Font E. Trastorno Límite de la Personalidad. Revisión Sistemática de las Intervenciones TPL: Comparación de Tratamientos. Revista de Psicoterapia. Julio 2019. 30(113): 197-212.
11. Hervás, G. Psicopatología de la regulación emocional: El papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos. 2011. 19(2). 347-372.