



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Más allá de los Límites:

La alianza terapéutica en la Terapia Dialéctico- Conductual

Estudiante: Bonifacio Machado

4.757.828-4

Tutor: Prof. Adj. Gabriela Prieto Loureiro

Fecha de entrega: 30 de Octubre de 2015

Montevideo.

ÍNDICE

RESÚMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
1. PERSONALIDAD	
1.1. Concepciones.....	5
1.2. La Personalidad según Millon.....	7
1.3. Las concepciones de Normalidad y Anormalidad según Millon....	8
2. EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.....	11
2.1. La Historia del Trastorno Límite de la Personalidad.....	14
2.2. La etiología del Trastorno Límite de la Personalidad.....	17
3. EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	
3.1. La perspectiva general.....	21
3.2. La perspectiva de la Terapia dialéctico-conductual.....	22
3.3. La importancia de la alianza terapéutica como estrategia de tratamiento del trastorno.....	28
4. LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN LA TERAPIA DIALÉCTICO- CONDUCTUAL	
4.1. El acuerdo en los objetivos.....	32
4.2. El acuerdo en las tareas.....	33
4.3. El vínculo positivo.....	34
4.4. CONSIDERACIONES FINALES.....	38
BIBLIOGRAFÍA.....	39

RESÚMEN

El trastorno límite de la personalidad se caracteriza fundamentalmente por la inestabilidad emocional y la impulsividad. Su intervención ha mostrado resultados frustrantes y un pronóstico desalentador, la terapia dialéctico-conductual demostró empíricamente su eficacia para el tratamiento de este trastorno, es un modelo que combina la aceptación con la necesidad de cambio, teniendo como meta que el paciente logre vivir una vida más plena y adaptativa de acuerdo a sus objetivos y valores propios.

El objetivo del presente trabajo es abordar la relevancia que tendría desarrollar una alianza terapéutica que pueda facilitar la conquista de los objetivos de la terapia, desde la perspectiva de la terapia dialéctico-conductual.

Palabras clave: Personalidad, trastorno límite, terapia cognitivo-conductual.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), involucra un deterioro notorio en la vida del paciente, tanto a nivel social, laboral o familiar, esto obedece a elementos propios del trastorno, como son fundamentalmente la inestabilidad emocional y la impulsividad. Los síntomas y signos asociados a este trastorno, como son, entre otros, la sensación crónica de vacío, las conductas suicidas, las automutilaciones, autolesiones y abuso de sustancias psicoactivas, hacen de él un reto clínico. La psicoterapia con pacientes límite es difícil y por eso suele ser afrontada con aprensión. (Aramburú Fernández, 1996)

En el presente trabajo se hará mención en primera instancia a concepciones destacadas acerca de la personalidad, como las propuestas por Hans Eysenck, Cloninger y Millon, desde la perspectiva de este último se retomará las concepciones de personalidad normal y anormal. Luego se realizará un breve recorrido histórico analizando la evolución del término límite, hasta llegar a la actualidad, ubicado en el grupo B de los trastornos de la personalidad en el DSM IV-TR. (APA, 2000)

Se enfatizarán algunas hipótesis explicativas de los factores etiológicos del trastorno, luego se hará mención especialmente a las principales técnicas cognitivo-conductuales de tratamiento. De allí se desprenderá el siguiente apartado que estará dedicado exclusivamente a la Terapia dialéctico-conductual (TDC), desarrollada por la Dra. Marsha Linehan, ella demostró empíricamente su eficacia, especialmente en el tratamiento de pacientes límite con conductas suicidas recurrentes, este modelo incluye elementos de la terapia cognitivo-conductual tradicional, a los que les introduce elementos de Mindfulness y de la Filosofía Dialéctica. (Elices, 2011)

Sobre el final, se destacará la importancia de una alianza terapéutica eficaz para lograr los objetivos propuestos en un proceso psicoterapéutico, para ello se mencionarán sus elementos componentes desde la teoría desarrollada por Bordin en 1976 (citado por Corbella & Botella, 2003): El acuerdo en las tareas, el vínculo positivo y el acuerdo en los objetivos. Finalmente se intentará vincular los elementos de la alianza terapéutica con la perspectiva de la TDC.

LA PERSONALIDAD

Concepciones

Thorndike, 1935 (citado por Millon & Everly 1994), expresaba cómo el niño iba progresivamente desarrollando un repertorio de conductas, puestas a rigurosa comprobación empírica, para conseguir refuerzo y evitar el castigo. Con el paso del tiempo el niño pondrá en práctica respuestas conductuales concretas singularmente estables en situaciones diversas, dando entonces lugar al hábito. Estos hábitos en definitiva, con el proceso de maduración del niño, se irán progresivamente mostrando en grupos y de manera reiterada, con lo que se podría hablar de un rasgo.

Finalmente el niño muestra de manera solidificada un patrón predilecto de comportamiento, de percepción del mundo y de sí mismo. Este tipo de patrones se vuelven claramente resistentes a la extinción y sientan las bases de la personalidad.

Hans Eysenck, 1985 (citado por Schmidt et al., 2010), proponía que la personalidad sería: “Una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única al ambiente”. (p.9)

Esta teoría desarrollada por Eysenck es entendida como una teoría de rasgos, concebidos como factores de primer orden, siendo componentes que establecen o marcan la pauta de cuál será la conducta del individuo, frecuentemente y de forma persistente, a la hora de enfrentar situaciones diversas a lo largo de la vida.

Para el autor habría un factor de segundo grado, que explicaría la relación existente entre los rasgos, la dimensión, estas dimensiones son en un principio: La extroversión, donde se destacan entre otros, los rasgos de sociabilidad y actividad; el neuroticismo, individuos con alto neuroticismo serán ansiosos, tímidos, personas con baja autoestima. Por último el psicoticismo, que es alto en egocéntricos, personas hostiles, individualistas e impulsivas.

A las dimensiones mencionadas luego se les sumará una cuarta dimensión: La Inteligencia o factor G. Pudiendo de esta manera describir las diferentes personalidades en función del grado que presenten de cada una de estas dimensiones (no excluyentes entre sí) plasmadas en un esquema tridimensional. (Schmidt et al., 2010)

A la teoría desplegada por Eysenck se le atribuye además una concepción jerárquica, dado que en el primer nivel están las acciones, reacciones emocionales y cognitivas específicas. En un segundo nivel, encontramos los actos, emociones y cogniciones que son habituales en el sujeto, a su vez, son esas mismas conductas en constante relación las que gestan el tercer nivel, el de los rasgos y entonces así, en el cuarto y último nivel, se encuentran las dimensiones, que componen el nivel más general y básico de la personalidad del individuo. (Schmidt et al., 2010)

Otro modelo que adquirió mucha preeminencia es el modelo psicobiológico desarrollado por Cloninger, Svrakic & Pryzbeck en 1993 (citado por Gabbard, 2002). Es modelo que le imputa aproximadamente el cincuenta por ciento de la personalidad al temperamento, determinado en mayor medida por variables de herencia genética y el restante cincuenta al carácter, determinado en cambio, por variables ambientales.

El modelo antes mencionado desarrolla cuatro dimensiones para el temperamento: En primer lugar, la búsqueda de la novedad, que como lo indica su nombre, engloba a todas las actividades del individuo en pos de apropiarse de su medio. Ésta se puede asociar a la impulsividad, entre otras cosas por la tendencia a evitar la frustración y perder la paciencia con facilidad.

La evitación del daño, que implica ansiedad pesimista en relación al propio futuro, marcada por una conducta evitativa, experimentando temor o timidez frente a la incertidumbre o lo desconocido

En tercer lugar está la dependencia de la recompensa, la que se puede identificar por un pronunciado sentimentalismo y principalmente necesidad exagerada de la aprobación social. Por último, la persistencia, que se refiere

precisamente a la capacidad de perseverancia del individuo, a pesar de la frustración y el agotamiento. (Cloninger et al., 1993, citado por Gabbard, 2002)

Por otro lado, las tres dimensiones que son atribuidas al carácter son: La autoconducción, que involucra la aceptación tanto de la responsabilidad por las elecciones propias como a la aceptación de sí mismo; la capacidad de explotación de las propias potencialidades; y el reconocimiento de objetivos en su vida.

La capacidad de cooperación, es una medida de reciprocidad con los objetos, incluye por ende a la empatía, la solidaridad, la compasión y la aceptación social.

Por último, la tercera dimensión atribuida al carácter es la autotranscendencia. Hace referencia a la aprobación espiritual del individuo, a sus valores propios. (Cloninger et al., 1993, citado por Gabbard, 2002)

La Personalidad según Millon

Millon (1994), se refería a personalidad como: “Un patrón profundamente incorporado y que muestra claramente rasgos cognitivos, afectivos y conductuales manifiestos que persisten por largos periodos de tiempo. Estos rasgos emergen de una complicada matriz de disposiciones biológicas y del aprendizaje experiencial”. (p.18)

Desde su punto de vista evolucionista, el individuo, como un ser vivo más, necesita lograr estabilidad en su energía interna, algo que precisamente hace a través de su comportamiento, que asume una característica evolutiva sumamente especializada en sus funciones adaptativas, tomando siempre en cuenta la ley de conservación de la energía, de esta manera, la adaptación al medio implicará normalidad. (Millon, 1990, citado por Blanco & Moreno, 2006)

Para él, existiría un escenario biológico determinado, un esquema característico y propio de respuestas a nivel cognitivo, conductual y emocional, al que llamará temperamento.

Posteriormente, a medida que se desarrolle el individuo, entrará en juego otro término que el autor llamará carácter, entendido como el producto del nivel de apego del individuo a los preceptos establecidos en la sociedad donde vive, expresado a través de los valores y normas propias que le darán singularidad a ese sujeto. Si bien el autor deja en claro que la concepción de carácter es más amplia que la concepción de temperamento, es notoriamente más reducida que la de personalidad, que abarca a las dos en conjunto.

Las concepciones de Normalidad y Anormalidad según Millon

El dualismo Normal/Anormal es un tema que se muestra siempre polémico. En las áreas de salud mental es imposible hablar de normal en un sentido estrictamente cuantitativo, siguiendo la línea del teórico mencionado más arriba, se puede aseverar que la clave para desentrañar de alguna manera esa madeja, está en su dimensión cualitativa, por tanto se hablará de normalidad y anormalidad como elementos de un gradiente y no como categorías específicas y delimitadas. (Millon & Everly, 1994)

Entendido así, las personas que presentarían un patrón anormal de personalidad, serían aquellas que tienen un grupo de rasgos que se manifiestan generalmente mediante formas inflexibles de pensar y sentir, respuestas repetitivas ante situaciones que son notoriamente diferentes, vulnerabilidad significativa al estrés y principalmente un comportamiento que se catalogaría como desadaptado, algo que por tanto, las lleva a un marcado deterioro en su funcionamiento social, laboral o familiar. Se estaría hablando de personalidad normal en los casos de personas capaces de afrontar su entorno de una forma notoriamente flexible, que presentan percepciones y conductas en pos de un aumento de la salud y bienestar. (Millon & Everly, 1994)

Para evitar precisamente hacer la distinción entre las concepciones de normalidad y anormalidad desde una perspectiva simplista fundada en la antagonía de lo común frente a lo no común, es que esta corriente de estudio se fundamenta en cuatro dominios, que el autor considera pilares esenciales que toda teoría clínica debe conservar. En primer lugar la teoría, conformada por esquemas conceptuales claros y explicativos que abrirán las puertas a un

abordaje de las realidades clínicas, que además tomarán nociones básicas y universales de la ciencia, “guiados por las leyes naturales de la evolución” (Herrero Sánchez, 2007, p. 100).

En segundo lugar, la taxonomía, que crea y administra las categorías donde se apreciará y catalogará la personalidad en función de una nosología clara.

En tercer lugar, la evaluación, que englobará los instrumentos que se embarcarán en la difícil tarea de medir los rasgos de las personas desde una base empírica y por último la intervención, que planteará objetivos específicos y planificaciones estratégicas en pos de encontrar el procedimiento más efectivo para cada aspecto del sujeto. (Herrero Sánchez, 2007)

En esta oportunidad se hará hincapié específicamente en la primera categoría, a fin de precisar de qué se hablará al usar el término personalidad.

En “La personalidad y sus trastornos” (Millon & Everly, 1994), se puede apreciar como tanto la anormalidad como la normalidad se desarrollarían en concordancia con las mismas leyes y mecanismos, sólo que entrarán en juego las diferencias que existan en el terreno estrictamente biológico y las influencias que el ambiente ejercerá en el desarrollo de la personalidad del individuo. Por lo que algunos aprenderán hábitos adaptativos en el transcurso de su vida, sea a nivel cognitivo, conductual o afectivo/emocional, mientras que otros aprenderán de la misma manera hábitos desadaptativos en cualquiera de esas áreas.

No habría desde ya una división precisa entre la normalidad y la anormalidad. La personalidad normal y la patológica comparten de hecho los mismos principios y mecanismos de desarrollo, por lo que aquellas personalidades, sean normales como patológicas, serán fundamentalmente las mismas en cuanto a los rasgos básicos que las componen.

La diferencia primordial es que las personalidades normales, sin trastornos, son más flexibles una vez adaptadas a su entorno, mientras que, por el contrario las personalidades con trastornos, emiten conductas rígidas y particularmente poco adaptativas. (Cardenal, Sánchez & Ortiz-Tallo, 2007)

Desde esta perspectiva, como plantea Millon (1994), un individuo poseerá una personalidad saludable cuando:

Presenta capacidad para relacionarse con su entorno de una manera flexible y adaptativa. Su forma de verse y sentirse a sí mismo y su entorno es generalmente constructiva. Los patrones de conducta manifiesta que predominan en él son considerados promotores de salud. (p.20)

En cambio, se hará referencia a una personalidad anormal y no saludable en los casos en que se:

Busca afrontar las responsabilidades y relaciones cotidianas con inflexibilidad y condiciones que resultan desadaptativas. Las percepciones de sí mismo y del mundo que lo rodea son preferentemente autofrustrantes. Los patrones de conducta manifiesta que presenta tienen efectos perniciosos sobre la salud. (Millon, 1994, p.20)

Por tanto, hay rasgos que ya indicarían un posterior desarrollo desadaptativo, un patrón de conductas y percepciones del mundo y de sí mismo, que conformarían una posible personalidad patológica en el futuro.

EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

El DSM-IV-TR (APA, 2000) clasifica a los trastornos de la personalidad en 3 grupos, tomando en consideración aspectos clínicos similares que permiten agruparlos:

- a) En el grupo a se hallan los sujetos extraños o excéntricos.
- b) En el segundo grupo, el b, están los dramáticos teatrales e impulsivos.
- c) Por último, en el grupo c se encuentran los ansiosos o temerosos.

El TLP, forma parte actualmente del segundo de estos grupos, ubicándose como un trastorno claramente definido pero con características tan híbridas y hasta solapadas en otros posibles trastornos, que hacen que su diagnóstico -y por ende futuro tratamiento- sean un desafío para el clínico que se embarque en tal tarea.

El DSM-IV-TR (APA, 2000) Define al TLP de la siguiente manera:

“Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la imagen de uno mismo y en la afectividad y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos”. (p. 670)

Para el diagnóstico de TLP, según el DSM-IV-TR (APA, 2000), el paciente deberá cumplir con cinco o más de los criterios que se mencionarán a continuación:

1. Impulsividad en al menos dos áreas, que puede ser potencialmente peligrosa para el sujeto (p. ej., gastos, sexo, conducción temeraria, abuso de sustancias psicoactivas, atracones, etc.).
2. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla.
3. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo.
4. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

5. Alteración de la identidad: imagen o sentido de sí mismo inestable de forma acusada y persistente.
6. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por alternar entre los extremos de idealización y devaluación.
7. Esfuerzos titánicos para evitar un abandono real o imaginario.
8. Amenazas, gestos o conductas suicidas recurrentes o comportamientos de automutilación.
9. Sensaciones crónicas de vacío. (pp. 670-671)

A continuación se verá una breve ampliación de los criterios diagnósticos, a los efectos de conseguir un poco más de precisión a la hora de distinguirlos como propios de un TLP, como lo indicara Gunderson (2002):

La impulsividad: Estudios empíricos han presentado a la impulsividad en los pacientes límite, distinta a la que pueden experimentar algunos pacientes con otra patología, como por ejemplo trastorno antisocial de la personalidad, manía o hipomanía. La particularidad es precisamente su naturaleza autolesiva, pudiendo sustituir un patrón de impulsividad por otro, por ejemplo sustituyendo cortarse por purgarse o por el abuso de sustancias.

La ira: En este caso la particularidad radica en la serie de problemas que trae aparejados con ella, añadiendo como resultado el deterioro social.

La inestabilidad afectiva: Las constantes revisiones a las que ha sido sometido este criterio han permitido llegar a distinguir a la inestabilidad afectiva en este trastorno como más reactiva y menos perdurable que la que se encuentra presente en los trastornos afectivos.

Ideas paranoides transitorias: En este criterio se incluyen también la despersonalización y la no realización. Lo específico de estas pérdidas de sentido de la realidad yace en la posibilidad intacta por parte del paciente de corregir cualquier distorsión de la realidad, a diferencia de los pacientes psicóticos.

La alteración de la identidad: Abarca todas las distorsiones corporales, pero fundamentalmente hace hincapié en que se trata de individuos adultos, cuyos valores, hábitos y actitudes están desmedidamente influidos por los de las personas que los rodean en ese momento, lo que estaría asociado precisamente a un fracaso en los vínculos tempranos del paciente.

Relaciones interpersonales intensas e inestables: Aquí se subraya fundamentalmente la incapacidad de relacionarse con las personas significativas de su entorno sin idealizarlas o devaluarlas, dependiendo si la relación se percibe gratificante o no.

Miedo al abandono: Debe distinguirse este punto de la simple ansiedad causada por la separación. Este tipo de pacientes, si bien generalmente en su mayoría son conscientes del temor excesivo a ser abandonados, están tan acostumbrados a reaccionar de manera desmesurada y con ira una vez perciben el abandono, que se les hace difícil reconocerlo.

Conductas suicidas o autodestructivas: Ésta sería la especialidad conductual de estos pacientes, siendo un criterio presente en un gran porcentaje de los pacientes diagnosticados con TLP.

Sensación crónica de vacío: Esta sensación es visceral, es percibida fundamentalmente en el abdomen o en el pecho, pero principalmente debe distinguirse del miedo a no existir o la angustia existencial. Es otro ítem que ha resultado ejemplar para distinguir el TLP de algún tipo de depresión (Westen et al., 1992, citado por Gunderson, 2002)

Dado el creciente interés y la actualidad que han ido tomando los trastornos de la personalidad y en especial el TLP, los teóricos más destacados en el área dedican páginas a este trastorno, que presenta una particular historia, con un periplo digno de ser contado.

La Historia del Trastorno Límite de la Personalidad

El TLP, como tantas otras patologías, no siempre fue el trastorno delimitado y específico que es en la actualidad. Ha tenido que transitar un largo camino para llegar aquí. Es un detalle no menor, el hecho de que para las diferentes posturas teóricas, varían significativamente las propiedades que se consideran fundamentales y representativas del TLP.

Como indica Caballo (2004), ya desde la antigua Grecia se describían en escritos, algunos síntomas que hoy conforman el TLP, síntomas como la ira impulsiva, la manía y la melancolía.

Desde principios del siglo XX se utilizaban términos como personalidad excitable, desarrollado por Kraepelin, 1921 (citado por Caballo, 2004), en referencia a pacientes que presentaban algunos síntomas que están incluidos en lo que hoy día conocemos como TLP.

Es Stern en 1938 (citado por Caballo, 2004), quien despliega la concepción del grupo límite de las neurosis y desde ese momento se comienza a desarrollar un gran número de postulados teóricos que utilizan el término Límite -cada uno desde una concepción particular del término- en relación a un determinado tipo de pacientes.

Dentro de esas proposiciones, cabe destacar por ejemplo la de Kernberg, 1975 (citado por Gabbard, 2002), que introduce el término organización borderline de la personalidad, refiriéndose directamente a un grupo de pacientes que mostraban patrones de debilidad yoica y operaciones defensivas primitivas.

A su vez categorizó cuatro rasgos distintivos de la organización borderline de la personalidad:

- i. Manifestaciones no específicas de debilidad del yo.
- ii. Tendencia hacia el proceso primario de pensamiento.
- iii. Operaciones defensivas específicas y
- iv. Relaciones de objeto patológicas internalizadas.

Para el teórico antes mencionado, los pacientes con organización border, quedaron fijados en la fase de separación-individuación, más específicamente,

en la sub-fase de acercamiento, temiendo que la madre pueda desaparecer al dejarlo solo, esto determina que el adulto no sea capaz de tolerar la soledad, sintiéndose abandonado y desatando por tanto una ira incontrolable y desmesurada en relación a la situación que la desencadenó. (Gabbard, 2002)

Otro aporte que resultó imprescindible en la evolución del diagnóstico fue el de Grinker, 1968 (citado por Gunderson, 2002), quien reclamó la necesidad de la investigación empírica, estableció el acceso de estos pacientes a los métodos de investigación en el ámbito clínico y proporcionó los primeros criterios con base experimental: El fracaso en la construcción de la propia identidad; Las relaciones anaclíticas; La depresión fundada en la soledad y el predominio de manifestaciones de ira. (Gunderson, 2002)

Como lo indicara Green (1990), el papel de las experiencias emocionales tempranas será de suma importancia en el desarrollo de estas estructuras: “La separación niño-pecho depende de un doble consentimiento, un contrato de dos partes, que relaciona a madre e hijo con referencia a un tercero potencial el padre- que está presente desde el comienzo en la psique de la madre”. (p. 110)

A partir de esta fusión algo irremediamente será excluido, segregado por la defensa y luego desmentido, para justamente volverse inelaborable. Todo aquello en cuanto segregado, volverá de la misma forma que lo hace lo reprimido, con la particularidad de presentar una cualidad intrusiva y persecutoria, por vía de la identificación proyectiva. “En otras palabras, la escisión en este caso desemboca en la polaridad pérdida-intrusión”. (Green, 1990, p.110)

Bergeret (1980) utilizará el término traumatismo psíquico precoz para referirse a una frustración importante en etapas tempranas del desarrollo, un riesgo de pérdida del objeto. Esto es vivido por este tipo de estructuras como un golpe sumamente duro, lo que se traducirá luego en un comportamiento aprehensivo y con una marcada preocupación por el ser abandonado.

Desde estos intentos de respuesta, se comienza a vislumbrar precisamente un avance notorio no sólo en el interés por este tipo de pacientes, sino en la rigurosidad a la hora de describir estas organizaciones border.

Bergeret (1980), al referirse a la llamada por entonces organización límite, destacaba que el estado límite se presentaba precisamente como un estado intermedio, entre la neurosis y psicosis. La estructura neurótica resultaba desde el conflicto pujante y latente entre el Ello y el Super- Yo, a través del Yo. Por el contrario, la estructura psicótica concierne a un conflicto pura y exclusivamente entre pulsiones y realidad, siendo relegado y excluido el Yo.

Los llamados estados límites habrán de entenderse por lo tanto como entidades difusas que oscilarán entre ambas estructuras, considerando que una vez que ha prevalecido frente al riesgo de la psicogénesis de tipo psicótico, el Yo no ha tenido la capacidad de consolidar una psicogénesis de tipo neurótico. “La relación de objeto ha permanecido centrada sobre la dependencia anaclítica del otro; el peligro inmediato contra el cual luchan todas las variedades de estados límites es ante todo la depresión”. (Bergeret, 1980, p.189)

El término límite como constructo experimentó modificaciones sustanciales a lo largo de los últimos años de investigación clínica, en un principio se entendía como una organización de la personalidad, posteriormente como un síndrome y en la actualidad es entendido como un trastorno. (Gunderson, 2002)

Es en el DSM-III (APA, 1980) que se introduce al TLP como un trastorno de la personalidad, específico y diferenciado de otros, a pesar de que el término límite sigue aun generando debate. (Caballo, 2004)

Esas etapas por las que pasó el constructo límite, son el reflejo de etapas generales por las que atravesó la psiquiatría misma. “La propia psiquiatría pasó del paradigma psicoanalítico a la medicalización con bases empíricas y farmacológicas, y después a la actual búsqueda de diagnósticos psiquiátricos que tengan significado en términos de etiología y tratamiento específicos.” (Gunderson, 2002, p. 6)

La etiología del Trastorno Límite de la Personalidad

Como se desarrolló en el apartado anterior, fue desde la línea psicoanalítica que se intentó, por vez primera, ofrecer teorizaciones acerca de la etiología del TLP, antes incluso de ser un trastorno propiamente dicho. En esas teorizaciones se enfatizaba el papel de las experiencias traumáticas tempranas, ya sea por una grave frustración en la fase de separación-individuación, déficit en la presencia materna o por abusos sexuales tempranos. (Caballo, 2004)

Es de vital importancia hacer hincapié en el papel que habrán de cumplir tanto el temperamento como el carácter en el desarrollo del TLP, tomando en cuenta que para un entendimiento más completo de la situación, habrá de prestársele igual atención tanto a lo constitucional como a lo ambiental.

Linehan (2003), juzga la génesis del trastorno desde una teoría biosocial. Parte de la base de que el elemento más representativo del TLP es la desregulación emocional, entendiéndolo como el producto de una determinada interacción entre una vulnerabilidad emocional y el uso de estrategias de modulación de las emociones que son inadecuadas y poco adaptativas resultantes del desarrollo dentro de un ambiente invalidante.

La vulnerabilidad emocional está compuesta por una alta sensibilidad a estímulos emocionales, una respuesta sumamente intensa a esos estímulos y un retorno a la calma muy lento, una vez que ha sido provocada la excitación emocional. (Linehan, 2003)

Por su parte la modulación emocional, es precisamente la habilidad de inhibir la conducta inapropiada relacionada con una emoción, tanto negativa como positiva; Organizarse para una acción coordinada en pos de un objetivo externo, sin depender de alguna forma del estado de ánimo; Aplacar por sí mismo cualquier actividad fisiológica provocada por una emoción fuerte; Lograr focalizar la atención en presencia de una emoción fuerte. (Linehan, 2003)

Desde esta perspectiva el papel que desempeña el ambiente invalidante es crucial en el desarrollo posterior del TLP. La característica distintiva del ambiente invalidante es la tendencia a responder de forma errática e

inapropiada a las creencias, las emociones, los pensamientos, los sentimientos y las sensaciones del niño, mostrándose además particularmente insensible y no comprensivo frente a esa experiencia privada en caso de no ser compartida por el resto del grupo y responder de manera excesiva frente a aquella experiencia que si es compartida. (Linehan, 2003)

Para Linehan (2003), las discordancias que se destacan entre esa experiencia privada del niño y lo que el entorno que lo rodea describe como lo que en realidad le está pasando, configura un contexto propicio para el aprendizaje de patrones de pensamiento y conducta propios del TLP.

Este ambiente, de la misma forma, castiga la expresión de emociones negativas y paralelamente refuerza erráticamente la comunicación de una emoción, poniéndola a consideración solamente después de que el niño la expresó con un nivel elevado de violencia. “La familia dibuja un estilo de expresión que va de la inhibición extrema a la extrema desinhibición. En otras palabras, la respuesta usual de la familia a las emociones impide el aprendizaje de la función comunicativa de las emociones ordinarias.” (Linehan, 2003, p. 23)

La inestabilidad y volatilidad emocional conducen indefectiblemente a que el sujeto se comporte de manera impredecible y sus ideas no sean consistentes, por lo cual se verá afectado el desarrollo de la identidad, que además puede verse más perturbado por la tendencia a inhibir respuestas emocionales. Esa tendencia produce una rigidez que es percibida y descrita comúnmente como una sensación profunda de vacío, que a su vez confirma aún más la ausencia de identidad.

De esta forma, el sujeto considera sus sensaciones y percepciones en todo momento como incorrectas, esperándose que desarrolle una dependencia notoria de los demás, buscando de esa manera en su ambiente la identidad y el sentido del yo. (Linehan, 2003)

Este modelo biosocial ha experimentado una ampliación, que le adjudica una importancia fundamental a la impulsividad temprana, apartada de la desregulación emocional. (Elices, 2011)

La impulsividad es entendida desde esta postura como un comportamiento socialmente inadaptado o mal apropiado y que es emitido precisamente sin premeditación. (Oas, 1985, citado por Elices, 2011)

Esta ampliación del primer modelo biosocial, permite aventurarse a hipotetizar acerca de una posible vía evolutiva que llevaría al desarrollo del TLP, caracterizada precisamente por la vulnerabilidad emocional temprana, que se manifiesta en un principio a través de la impulsividad y posteriormente por una sensibilidad emocional fuerte, consecutivamente potenciada por el desarrollo evolutivo dentro de un ambiente invalidante, produciendo la considerable desregulación emocional, cognitiva y conductual del TLP. (Elices, 2011)

Caballo (2004), propone categorizar los factores etiológicos en dos grupos, basados en su naturaleza, sea esta medioambiental o constitucional para así sumar a una visión más global de posibles hipótesis explicativas.

En lo que respecta a los posibles factores causantes de índole medioambiental están:

1. La separación o pérdida parental: que si bien presenta un índice alto de prevalencia, no es suficiente para ser una causa determinante por sí misma –“entre un 37% y un 64% de los pacientes límite informan haber vivido importantes separaciones o pérdidas en la infancia”. (Caballo, 2004, p. 151)
2. Implicación parental alterada: Si bien no hay datos del todo concretos, por la propia naturaleza del trastorno es algo común tener relaciones turbulentas y alteradas con uno o con ambos padres por igual.
3. Los abusos en la infancia: Para el autor es un factor común en la historia de muchos pacientes con TLP la presencia de episodios recurrentes de abusos, desde negligencia hasta el abuso sexual, pasando por el abuso físico verbal o psicológico. (Caballo, 2004)

Por otro lado, entre los factores de constitución se encuentran:

1. Historia familiar de trastornos psiquiátricos: Donde se ve que a partir de las investigaciones realizadas, “Quizá lo más importante es que se ha hallado que el trastorno es significativamente más común entre los

familiares de pacientes límite que entre los individuos control” (Caballo, 2004, p. 152).

2. Aspectos temperamentales: Donde se asocian un alto nivel de neuroticismo, alto nivel de búsqueda de novedad y un alto nivel de evitación del daño.
3. Disfunciones neurobiológicas y/o bioquímicas: En este punto los datos se han mostrado incongruentes, por lo que no se puede destacar una primacía de algún tipo de disfunción neurológica o desregulación bioquímica que sea fundante en el trastorno. (Caballo, 2004)

El objetivo de este apartado ha sido hacer un breve recorrido por los posibles aspectos explicativos más destacados, estas categorizaciones descritas anteriormente demuestran la imposibilidad de explicar su desarrollo de una forma lineal de tipo causa-efecto. Como se pudo apreciar, ninguno es capaz de suscitar el trastorno por sí sólo.

Frente a este escenario, la mejor alternativa será manipular útilmente las herramientas terapéuticas específicas disponibles, de tal modo que se pueda acercar al paciente al mayor grado de adaptación y funcionalidad posible.

EL TRATAMIENTO

La Perspectiva general

Como se pudo apreciar en la sección anterior, los elementos componentes del TLP en las áreas cognitiva, conductual y emocional comprometen al paciente de una forma substancial en su vida cotidiana, dado que implican un desajuste adaptativo particular, que lo aparta deliberadamente de los patrones de conducta esperables.

En primer lugar, antes de una posible intervención, se debe especificar a qué subtipo de TLP corresponden los pacientes, es decir, hacer una categorización de cada caso en concreto, dada la multiplicidad de síntomas y signos que puede llegar a presentar un individuo con este diagnóstico y las consecuentes repercusiones en su entorno. (Caballo, 2004)

A continuación se describen sintéticamente los procedimientos cognitivo-conductuales más utilizados para el tratamiento del TLP. La particularidad que presenta cada uno radica en que pone el foco en un aspecto específico del trastorno, mostrando en muchos casos mayor eficacia frente a otros en el tratamiento de ciertos subgrupos de TLP:

1. La terapia cognitiva, de Beck: Centrada en el cuestionamiento de los patrones de pensamiento disfuncional.
2. La terapia de esquemas, de Young: Que busca modificar los esquemas desadaptativos tempranos.
3. La terapia cognitivo-conductual dinámica, de Turner: Estrategias que implican acción, a través de la imaginación y estrategias de codificación y procesamiento de la información.
4. La formulación clínica de caso, de Turkat: Que se basa principalmente en la solución de problemas.
5. La terapia dialéctica conductual, de Linehan: Buscando mejorar la eficacia interpersonal, regular las emociones, aumentar la tolerancia ante el malestar e Incrementar el autocontrol. (Caballo, 2004)

De las técnicas mencionadas en el párrafo anterior, es precisamente la última, la TDC, la que ha demostrado una mayor efectividad en el tratamiento de pacientes con TLP dentro del subgrupo conformado por aquellos individuos con conductas suicidas recurrentes.

A lo largo de un año entero, se utilizaron simultáneamente terapia individual, entrenamiento en habilidades psicosociales y terapia grupal, arrojando resultados esperanzadores en contraposición al frecuente panorama desalentador; En primer lugar se redujo muy notoriamente tanto en frecuencia como en riesgo médico el comportamiento suicida en las mujeres bajo tratamiento con terapia dialéctica frente a las mujeres sin esta intervención (1,5 frente a 9 intentos suicidas por año).

En segundo lugar, se pudo demostrar un aumento importante en la tasa de adherencia al tratamiento, siendo que solamente 4 de las 24 pacientes desistieron a lo largo de ese año.

En tercer lugar, el número de días de hospitalización psiquiátrica fue notoriamente menor en el grupo tratado con la TDC, siendo de 8,46 días en comparación a 38,86 días por año y demostrándose por último que los efectos descritos anteriormente, sucedieron a pesar de tratarse de un tratamiento que no presentaba una eficacia ostensible en pacientes con depresión, desesperanza e incluso faltos de razones para vivir. (Caballo, 2004)

La Perspectiva de la Terapia dialéctico-conductual

Esta terapia, como su nombre lo indica, tiene sus raíces en una mirada dialéctica de la realidad, surge del posicionamiento filosófico que concibe al mundo desde tres postulados fundamentales: En primer lugar, la realidad es entendida como una totalidad, por lo que de poco sirve analizar las partes por separado, sin ser integradas al todo.

En segundo lugar, la realidad no es algo estancado, sino que por el contrario un conjunto de fuerzas que se oponen mutuamente, la tesis y la antítesis, cuyo resultado (síntesis) dará lugar a un nuevo grupo de fuerzas.

En tercer lugar, lo fundamental en la realidad es el propio cambio, se enfatiza el proceso por sobre el contenido.

Las cogniciones, emociones y conductas extremistas propias del TLP son precisamente un rotundo fracaso dialéctico, ya que al paciente le es prácticamente imposible percibir el mundo y actuar de una manera que no sea polarizada. Los pacientes fluctúan entre la más novelesca idealización y el más resentido desprecio. Todo se reduce a una dualidad blanco/negro, de esta forma la más insignificante de las situaciones cotidianas puede ser el desencadenante de una ira intensa e incontrolable, no sólo para los demás, sino para la propia persona con TLP. (Linehan, 2003)

La gran diferencia que presentaría la TDC frente a la terapia cognitivo-conductual clásica sería la relevancia que toma la aceptación y la validación, para dar lugar al cambio.

La importancia que toma la validación emocional radica en el papel fundamental que juegan los ambientes invalidantes en el desarrollo del trastorno. Vista precisamente desde una perspectiva dialéctica, la TDC es la síntesis de la aceptación y el cambio.

Los principales objetivos terapéuticos que se plantea la TDC son:

1. Disminución o eliminación de la conducta suicida (parasuicidio e ideación suicida de alto riesgo).
2. Disminución o eliminación de las conductas que interfieren con la terapia.
3. Disminución o eliminación de las conductas que obstaculizan llevar una vida razonablemente adaptativa (consumo de sustancias psicoactivas, conductas delictivas, carencia de hábitos de trabajo, etc.).
4. Adquisición de habilidades conductuales de afrontamiento (regulación de emociones, efectividad interpersonal y tolerancia al malestar).
5. Reducción de los efectos del estrés postraumático.
6. Aumento del respeto por uno mismo.
7. Obtención de otros objetivos propuestos por el paciente. (Aramburú Fernández, 1996).

La TDC engloba cuatro componentes fundamentales: El primero es la formación específica en habilidades psicosociales, impartida bajo la supervisión de dos formadores, en grupos de hasta ocho pacientes, con frecuencia semanal, de dos horas y media de duración; El segundo, la psicoterapia individual, centrada en los factores motivacionales. Es primordial el papel que

desempeña el psicoterapeuta individual en las crisis del paciente. (Linehan, 2003).

En tercer lugar están las consultorías telefónicas, que son llamadas breves en las que el terapeuta evalúa el riesgo en el que se encuentra el paciente y le ayuda a poner en práctica las habilidades aprendidas en los grupos en la situación específica. El paciente debe ponerse en contacto con su terapeuta individual antes de la conducta problema, nunca después. (Elices, 2011)

En cuarto lugar, las reuniones de consultoría del equipo de terapeutas, donde se apoya y brinda asesoramiento tanto a los terapeutas individuales como a los formadores en habilidades psicosociales, enfocándose en las dificultades que puedan surgir en la práctica clínica cotidiana. Los objetivos clave de la supervisión/consultoría son: Mantener la motivación y la adhesión al modelo de tratamiento por parte de los propios terapeutas, mejorar la empatía con los pacientes y prevenir o reducir una vez instalado el burn out. (Lynch, Trost, Salsman, & Linehan, 2007, citado por Elices, 2011)

Las estrategias de la TDC se agruparían como sigue: Estrategias dialécticas, que concentran técnicas específicas que funcionan como elemento organizador de la terapia. Las estrategias centrales, que involucran validación y solución de problemas. Las estrategias de gestión de casos, que engloban a las estrategias utilizadas por el terapeuta para relacionarse con el medio del paciente, principalmente cuando se interpone en el progreso de la terapia o el funcionamiento del paciente (consulta para el paciente, intervención sobre el medio y supervisión para el terapeuta) y las estrategias estilísticas, que hacen referencia precisamente a los dos estilos de comunicación que resultan principales en la TDC, la comunicación recíproca y la comunicación irreverente. (Aramburú Fernández, 1996)

Las dos primeras serían principalmente fundamentales en la TDC, por tratarse de elementos esenciales en la teoría que la sustenta. (Linehan, 1993, citado por Elices, 2011)

Las estrategias en la TDC implican tanto la utilización de técnicas para conseguir los objetivos propuestos como el papel que jugará el terapeuta en el proceso. Es particularmente importante utilizar las estrategias en función de las

características del paciente y el momento terapéutico. (Aramburú Fernández, 1996)

La formación de habilidades psicosociales en el marco de la TDC en grupos, responde a las características propias del TLP y la imposibilidad de abordar las habilidades en la misma sesión de terapia, dada su complejidad y el tiempo que demandan.

Desde su experiencia clínica, Linehan (2003) propone la división del curso de habilidades psicosociales en cuatro módulos.

El primero de los módulos es el de las habilidades básicas de conciencia, estas habilidades son adaptaciones occidentales de prácticas orientales de meditación, son además las únicas que se revisan al comienzo de cada módulo.

En la TDC se esbozan tres estados mentales: La mente racional, cuando el sujeto afronta la realidad que le rodea de forma intelectual, racional y lógica, planeando su conducta en función de los posibles resultados y por tanto está frío frente a los problemas. La mente emocional, cuando el comportamiento y el pensamiento del individuo son gobernados por su estado de ánimo actual, distorsionando la realidad a la propia conveniencia del estado emocional de turno y la mente sabia, que integra a las dos anteriores.

Son precisamente las habilidades básicas de conciencia el vehículo para la obtención de la mente sabia, estas habilidades se dividen de forma práctica en tres habilidades “qué” y tres habilidades “cómo”.

Las habilidades “qué” son: Observar, describir y participar y tienen por objetivo desarrollar un estilo de vida de participación con conciencia, considerando que una participación sin conciencia es propia de conductas impulsivas y controladas por la mente emocional.

Por otro lado, las habilidades “cómo” (es decir, de qué manera se llevan a cabo las tres primeras) son: Adoptar una postura no sentenciosa, centrarse en una sola cosa en cada momento y ser efectivo. (Linehan, 2003)

El segundo módulo es el de las habilidades de efectividad interpersonal, que se divide en cuatro partes integradas entre sí, la primera se dedica a abordar las habilidades básicas interpersonales, la segunda intenta identificar los

elementos que contribuyen a una mayor efectividad interpersonal o que se interponen en la consecución de tal fin, la tercera parte del módulo incluye los factores a tener en cuenta a la hora de pedir algo, decir no y expresar una opinión. Por último, la parte final del módulo se centra de en las habilidades específicas: para darse ánimo, para obtener lo que uno desea, para mantener una relación y para salvaguardar el respeto personal. (Linehan, 2003)

El tercer módulo del curso de formación en habilidades psicosociales es el de las habilidades de regulación de las emociones. Se imparte en dos segmentos, el primero presenta un modelo explicativo para comprender la naturaleza de las emociones y el segundo se centra específicamente en el entrenamiento para la puesta en práctica por parte de los pacientes en su vida cotidiana de las habilidades descritas a continuación:

1. Identificar y etiquetar las emociones.
2. Identificar obstáculos para el cambio de las emociones.
3. Reducir la vulnerabilidad a la mente emocional.
4. Incrementar la frecuencia de los acontecimientos emocionales positivos.
5. Incrementar la conciencia ante las emociones del momento.
6. Llevar a cabo la acción opuesta.
7. Aplicar técnicas de tolerancia al malestar.

Por último, aunque no por eso menos importante, el cuarto módulo es el de las habilidades de tolerancia al malestar, su objetivo primordial es aceptar, encontrar un significado y tolerar el malestar. (Linehan, 2003)

Se considera fundamental en salud mental en general y, para el tratamiento de los pacientes con TLP específicamente, tolerar y aceptar el malestar, por al menos dos razones: La primera es que malestar y dolor son parte de la vida, por lo que nunca podrán ser eliminados o evitados, al menos por completo. La segunda razón es que la propia tolerancia al malestar es un componente de un intento de cambio por parte del paciente, haciendo hincapié en que de lo

contrario, aquellos impulsos opuestos al cambio se interpondrán frenéticamente ante cualquier esfuerzo que se ponga en marcha para alcanzar precisamente los cambios y objetivos pautados. (Linehan, 2003)

Las metas que se plantean allí son:

1. Tolerar y sobrevivir a las crisis: Cuyos grupos de estrategias específicas son distraerse, proporcionarse estímulos positivos, mejorar el momento y pensar en los pros y contras.
2. Aceptar la vida tal como es en un momento dado: Con sus correspondientes habilidades que se resumen en la aceptación radical, dirigir la mente una y otra vez hacia la aceptación y buena disposición frente a terquedad.

Como se describía al principio del presente subcapítulo, los objetivos terapéuticos de la TDC son claros y apuntan a un nivel superior de adaptación y funcionalidad para el paciente con TLP. (Linehan, 2003)

De ellos, quizás una de las innovaciones que se le podría atribuir a esta perspectiva clínica es la de tomar a las conductas que interfieren en el propio proceso terapéutico, como un objetivo terapéutico en sí mismo. (Aramburú Fernández, 1996)

Al decir de Aramburú Fernández (1996): “En la relación terapéutica, el terapeuta presta especial atención a las interacciones que se dan dentro del contexto terapéutico, aceptando que el paciente forma parte de éste y por tanto influye en el contexto y en la realidad terapéutica creada”. (p. 135)

Se destaca precisamente como una causa elemental no sólo en la falta de progreso de la terapia, sino ya en el abandono de ésta por parte del paciente, el cansancio que puede llegar a presentar un terapeuta que trabaja con pacientes límite, considerando la notable atención que demandan.

Habrá que prestar suma atención a cualquier indicio de agotamiento por parte del profesional, para evitar así conductas iatrogénicas, tomando en cuenta la alta probabilidad que tiene un terapeuta cansado de ser pacificador en lugar de

trabajar activamente con el paciente. (Linehan, 1993, citada por Aramburú Fernández, 1996)

Consecuentemente se eliminará o disminuirá por igual las conductas que interfieran en la terapia, tanto emitidas por parte del propio terapeuta, como por el paciente, ya que en muchas oportunidades, las conductas de uno podrán ser entendidas como consecuencia casi directa de las conductas del otro. (Aramburú Fernández, 1996)

La importancia de la Alianza terapéutica como estrategia de tratamiento del trastorno

El interés por la alianza terapéutica como objeto de estudio, sobre todo considerando el papel fundamental que puede llegar a desempeñar en los futuros resultados de un proceso terapéutico, ha estado presente desde principios del siglo pasado.

Ahora bien, existen postulados que han tenido una mayor relevancia académica y gozan de gran vigencia aún hoy día, principalmente por ser transteóricos, o que bien pueden ser leídos desde diversas posturas. Aquí se hará mención a dos: El primero, el de Rogers, 1951 (citado por Corbella & Botella, 2003), que planteaba tres características fundamentales que el terapeuta debía tener para lograr una exitosa relación terapéutica: Ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente al paciente.

En segundo lugar, al de Bordin, 1976 (citado por Corbella & Botella, 2003), quien definió de manera precisa a la alianza terapéutica como el encaje y colaboración entre paciente y terapeuta, destacando tres componentes básicos que la integraban:

1. El acuerdo en las tareas.
2. Vínculo positivo.
3. Acuerdo en los objetivos.

Las tareas son todas las acciones y pensamientos que configuran a la terapia específicamente. Por ende la percepción de que la realización de dichas tareas implicará una mejoría es fundamental para promover una alianza terapéutica eficaz, en cuanto a los demás componentes, será la forma en que tanto

paciente como terapeuta tracen objetivos para la terapia compartiendo tanto confianza como aceptación.

Cabe destacar que la alianza terapéutica por sí sola, no es curativa, sino que su importancia radica en su calidad como componente facilitador del proceso terapéutico. (Corbella & Botella, 2003)

Por lo tanto, al decir de Corbella & Botella (2003): “Las opiniones, las construcciones que ambos van desarrollando respecto al trabajo que están realizando, la relación establecida y la visión del otro resultan relevantes para el establecimiento de la alianza terapéutica, así como la alianza modula la relación”. (p. 208)

Desde el primero de los postulados, se determinaba características que serían fundamentales para la concesión de una alianza terapéutica eficaz, es importante detenerse en la importancia que tienen las características que allí se plantean para marcar de igual manera sus limitaciones, sobre todo tratándose de pacientes con algunas características clínicas particulares, o ciertos trastornos graves, como puede ser el TLP.

Elementos como la calidez y la empatía del terapeuta son claros ejemplos de esto. Parecería ser algo de común acuerdo decir precisamente que son relevantes para el progreso terapéutico, pero no se puede indicar que sean suficientes por sí solas para lograr la alianza terapéutica necesaria para que la terapia progrese. (Corbella & Botella, 2003)

Frente a esta realidad, Beutler & Clarkin en 1990 (citado por Corbella & Botella, 2003), desarrollan la selección sistemática de tratamientos, que se centra precisamente en el estudio de las relaciones entre las intervenciones del terapeuta por un lado y las variables del paciente por el otro, con el fin de poner en marcha el tratamiento más adecuado para cada caso.

De allí se desprenden algunas consideraciones que plantean entre otras cosas que un paciente resistente y con un estilo de afrontamiento internalizador, se beneficiaría en mayor grado de una terapeuta poco directivo y dirigido al Insight, mientras que un paciente que, por el contrario le cuesta establecer una

buena relación terapéutica, se beneficiaría más con un terapeuta de perfil directivo y con un uso de técnicas específicas. (Corbella & Botella, 2003)

Con elementos como la desregulación afectiva, característica en pacientes con TLP, se hace evidente la aclaración de algunos puntos propuestos por Liotti en 2001 (citado por Botella & Corbella, 2004): “Los padres de los niños con patrones de apego desorganizado, debido a sus propios traumas o duelos no resueltos, se comportan en formas que constituyen a la vez una fuente de seguridad y de miedo y peligro para sus hijos”. (p. 84)

El niño desarrollará un modelo interno disociado, disfuncional, factible de ser reactivado automáticamente en cada situación de apego que experimente el individuo a lo largo de su vida, con lo cual evocará el miedo básico de que la fuente de seguridad se acabe finalmente convirtiéndose en la fuente de dolor. (Liotti, 2001, citado por Botella & Corbella, 2004)

“Para minimizar las experiencias profundamente dolorosas de apego disfuncional generadas por un modelo interno disociado el niño puede aprender a “apagar” el sistema de apego mediante la activación inapropiada de otros.” (Liotti, 2001, citado por Botella & Corbella, 2004, p. 85)

Si se toma en cuenta estas experiencias traumáticas tempranas y la ausencia de sincronización comunicativa y resonancia emocional, el terapeuta prestará especial atención al vínculo que se desarrolle en el ámbito terapéutico, dado su efecto reconstructivo sobre los patrones problemáticos iniciales. (Botella & Corbella, 2004)

En los pacientes con TLP es muy probable que la psicoterapia active precisamente ese sistema fraccionado, dado que involucra el establecimiento de una relación de cuidado, que paradójicamente evoca profundos sentimientos de miedo y dolor. Quizás el sólo hecho de pensar que necesita la ayuda del terapeuta y que éste, además es capaz de ayudarlo, incrementa el dolor emocional del paciente y por ende también, la posibilidad de que el paciente abandone de manera prematura el tratamiento. (Botella & Corbella, 2004)

Por lo dicho, tratándose de un paciente con diagnóstico de TLP, urge encontrar, las herramientas y técnicas terapéuticas que den el mayor grado posible de funcionalidad al sujeto, así como también el modo más adecuado para poner en marcha esas herramientas y así alcanzar los objetivos planteados.

LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN LA TERAPIA DIALÉCTICO- CONDUCTUAL

El acuerdo en los objetivos

La postura terapéutica en la TDC reside en un posicionamiento precisamente dialéctico. Esto quiere decir que se combinará la aceptación con el cambio, el apoyo con el cuestionamiento, la flexibilidad con los límites, El cambio se dará de una forma más natural al poner el énfasis en la validación y aceptación de la realidad actual del paciente y se hará más fácil la propia aceptación al poner el énfasis en el cambio. (Aramburú Fernández, 1996)

En la TDC existe una fase de pre-tratamiento, donde se dedica un tiempo a la posible toma de decisión de continuar con el tratamiento. En este punto se establecen los objetivos de la TDC, que ya fueron desarrollados anteriormente. La importancia de esta fase de pre-tratamiento reside en que se da en un contexto de validación y de toma de conciencia de una necesidad de cambio. La decisión de no continuar con la terapia es una posibilidad, así como lo es también el comenzar el proceso terapéutico. (Linehan, 2003)

Las conductas que los pacientes con TLP utilizan para dar solución a sus problemas ya las han utilizado indistintamente, las tienen bien incorporadas, así que habrá que ampliar el posible repertorio de respuestas, un elemento clave es evitar invalidarlas. Desde esta perspectiva sería fundamental concentrarse en la efectividad que puedan tener para solucionar realmente sus problemas.

Podría ser útil utilizar la perspectiva dialéctica para anteponer una solución alternativa que no traiga aparejada las consecuencias negativas que pueden presentar las estrategias que utiliza comúnmente. Lo fundamental es que no anule por completo a la otra, sino que de alternativas reales y consistentes al paciente, sin que se sienta hostigado. (Aramburú Fernández, 1996)

De esta manera, se puede lograr persuadir al paciente de los beneficios de continuar con la terapia, dado que le permitirá contar con un repertorio de respuestas más amplio, en pos de un mayor bienestar.

Ya que los objetivos en la TDC son presentados en un orden específico en relación a un claro criterio de jerarquía, resultaría útil discutir con los pacientes los objetivos que se plantearán en la terapia una vez que sean alcanzados los de mayor urgencia. Se podría decir que una puesta de límites con consistencia, pero dando lugar a otras propuestas que sean contradictorias, constituiría un ambiente validante, que propicia la aceptación de la experiencia interna del paciente. (Linehan, 2003)

Un ejemplo de lo anterior podría ser el hecho de proponerle al paciente una serie de objetivos específicos para la terapia, en un orden preestablecido de importancia, pero que a su vez permitirán conceder igual atención e importancia a los objetivos propios del paciente así como también aumentar el autorespeto.

Cabe destacar que los objetivos que se consideran primordiales en una primera etapa son: La disminución o eliminación de la conducta suicida, la disminución o eliminación de las conductas que interfieren en la terapia, la disminución o eliminación de las conductas que obstaculizan llevar una vida razonablemente adaptativa y la adquisición de las habilidades psicosociales que se imparten en los grupos. En una segunda fase, se buscará reducir los efectos del estrés postraumático. (Aramburú Fernández, 1996)

El acuerdo en las tareas

Acordar que las tareas que conlleva la terapia son fundamentales para lograr el cambio, se desprende de lo desarrollado anteriormente. Presentar una serie de procedimientos de manera estandarizada, sin haber trabajado y discutido correctamente los objetivos que le dan razón de ser, no tendría mucha utilidad. (Linehan, 2003)

Se entiende por tarea todo lo que se desarrolla a partir del proceso terapéutico, ideas, pensamientos, acciones o ejercicios. De esta forma también lo son las fichas de registros diarios de emociones, pensamientos, conductas y puesta en práctica de habilidades psicosociales.

En la TDC se destaca el papel de las fichas de registro que el paciente habrá de llenar a lo largo del proceso, por lo que es fundamental que exista un

acuerdo previo que admita y valide la importancia que tienen estas tareas para llevar la terapia. (Linehan, 2003)

En lo que refiere a la formación en habilidades psicosociales y a la psicoterapia individual, se insiste en las fichas de control diario como elementos de recolección de datos, a modo de técnica que permita monitorear de cerca el progreso del paciente. Es esencial que el paciente lleve las fichas todas las semanas, para hacer un seguimiento de la puesta en práctica de las habilidades que se consideran fundamentales, así como también de las conductas que puedan poner en riesgo la vida del paciente. (Linehan, 2003)

Específicamente tratándose de la formación en habilidades, cada módulo de habilidades cuenta con sus fichas de control diario, lo que también permite conocer de cerca cómo se ponen o no en marcha las habilidades aprendidas en las situaciones cotidianas y particulares de la vida del paciente. Este es un elemento central en la psicoterapia individual. (Linehan, 2003)

Parecería de rigor que se formulen previamente los objetivos a alcanzar desde una postura dialéctica frente a la realidad actual del paciente. De otra forma, la posibilidad de que el sujeto entienda que la ejecución de estas tareas es algo que le concederá una mayor calidad de vida, puede verse trastocada por una idea contrapuesta que no ha sido analizada desde una postura dialéctica. Esto ineludiblemente afectará la propia consecución de los fines propuestos para la terapia. (Linehan, 2003)

El vínculo positivo

Como desarrollara Bordin en 1976 (citado por Corbella & Botella, 2003), el vínculo positivo es un elemento crucial en la elaboración de una alianza terapéutica o de trabajo que resulte útil a la hora de conseguir lo que se plantea en un proceso de psicoterapia. Por ende que se consigan los objetivos, dependerá en cierta parte, de que el paciente y el terapeuta compartan mutuamente confianza y aprobación. (Corbella & Botella, 2003)

En la TDC se insiste sobre este punto, de tal manera que forma parte de los propios objetivos de la terapia, no se puede obviar que eliminar o disminuir las conductas que pueden afectar la terapia se encuentra en los objetivos

propuestos para una primera fase del tratamiento, desde esta visión dialéctica de la realidad trabajar en la consolidación de un vínculo efectivo entre terapeuta y paciente, cobraría tanta importancia como el reducir las conductas suicidas, dado que cada elemento estaría relacionado con los demás, siendo inútil intentar analizarlos por separado del resto. (Aramburú Fernández, 1996)

Es importante detenerse en algunas estrategias que utiliza la TDC: Las estrategias dialécticas, que resultan básicas para la terapia y las estrategias de estilo, que comprenden a los estilos de comunicación que se utilizarán, la comunicación recíproca y la comunicación irreverente.

Las estrategias dialécticas son técnicas que forman la columna vertebral de la terapia. Son las que le ofrecen al paciente alternativas a las respuestas que utiliza regularmente ante las demandas de su vida diaria, el terapeuta buscará que el sujeto incorpore progresivamente patrones de pensamiento contrarios a los que muestra en un medio de aceptación y validación que permita incluir estos esquemas como alternativas posibles, no como sustitutos irremplazables e inamovibles de los anteriores, ya sea formulando la paradoja o extremando el significado de las expresiones del paciente. (Aramburú Fernández, 1996)

En algunas ocasiones, puede resultar conveniente utilizar un estilo de comunicación recíproca, que involucre autorevelación y honestidad. Este estilo puede ser de ayuda para evitar que el paciente se sienta acorralado y se activen los pensamientos que le indican que su respuesta ha sido siempre la incorrecta. El estilo de comunicación recíproca reduce la diferencia de poder percibida entre el paciente y el terapeuta, permitiendo por el contrario que el paciente pueda apreciar que sus conductas tienen efecto sobre el terapeuta, que se muestra más vulnerable y permite que el vínculo entre los dos se desarrolle de una manera más horizontal. (Linehan, 2003)

“La comunicación recíproca requiere la capacidad del terapeuta para reconocer abiertamente y con humildad limitaciones personales y errores terapéuticos junto al impacto real que tiene la conducta del paciente en él.” (Aramburú Fernández, 1996, p. 131)

La posibilidad de exponerle al paciente una alternativa nueva en un ambiente contencioso y de validación de su experiencia interna, permitiría por lo tanto que se desarrolle un vínculo positivo para que la alianza de trabajo se afiance progresivamente. El paciente no se sentiría acorralado en un callejón sin salida que sólo refuerza la idea de que su percepción y conducción son intrínsecamente incorrectas y al mismo tiempo se desafía o increpa a la conducta del paciente a través de la exposición de las consecuencias que ha tenido su comportamiento. (Aramburú Fernández, 1996)

Como se destacó anteriormente, un contexto invalidante interfiere en la expresión de la experiencia interna, a tal punto que la emoción solamente será válida una vez expresada de manera sumamente intensa y extrema. Por el contrario, el ambiente de la psicoterapia logrado por la utilización de estas estrategias, constituiría un punto de quiebre, donde el paciente paulatinamente iría aprendiendo a modular sus emociones a través de un vínculo seguro.

El desarrollo de este vínculo seguro obliga al terapeuta a prestar atención y trabajar con el paciente cualquier indicador de la posible activación del miedo por parte del paciente a que esa fuente de seguridad, termine siendo una fuente de dolor. (Liotti, 2001, citado por Botella & Corbella, 2004)

Por otro lado pero en la misma dirección, la comunicación irreverente se utiliza para conseguir los objetivos de una manera que el paciente no lo esperaba, es un estilo que permite combinar aceptación y cambio, responde a la comunicación del paciente pero no a sus expectativas, se afronta lo presentado por el paciente pero se toma sin emocionalidad lo que éste espera que sea central y se aborda con suma seriedad un aspecto que el paciente había dejado en segundo plano.

La comunicación irreverente es un estilo de comunicación que consigue apartar momentáneamente al paciente de la intensidad emocional y permite volver a orientarlo ante nuevas alternativas. (Aramburú Fernández, 1996)

Consiguientemente el terapeuta deberá ir alternando los estilos de comunicación, ya que ambos estilos son necesarios para potenciar el uso de las demás estrategias. Sin embargo no se abusará del estilo irreverente para

evitar que llegue a ser percibido como un agravio. Encerrando al paciente, el terapeuta estaría emitiendo una conducta que se interpondría en el desarrollo del vínculo positivo. (Aramburú Fernández, 1996)

CONSIDERACIONES FINALES

El TLP constituye aun actualmente un reto clínico sumamente frustrante y muchas veces desalienta al terapeuta tomando en cuenta el pronóstico decepcionante de un gran número de casos.

La TDC irrumpió en el ámbito clínico con una base teórica sólida y ha logrado resultados positivos en el tratamiento de estos pacientes, que históricamente habían sido relegados a un plano de total incertidumbre diagnóstica y terapéutica.

La ampliación que ha experimentado la bibliografía en relación al diagnóstico, tratamiento y pronóstico del trastorno en la actualidad permite mirar hacia el futuro con dejos de esperanza.

Considerando la importancia fundamental que cobra el ambiente invalidante en el desarrollo del TLP desde esta perspectiva, se hace evidente prestar suma atención al desarrollo de una alianza terapéutica fuerte y consistente, que garantice un apoyo incondicional a la persecución de los objetivos por parte de ambos actores, paciente y terapeuta.

A pesar de que la alianza terapéutica oficiaría como un predictor de cierto grado de cambio terapéutico, como un elemento necesario y fundamental para la consecución de los objetivos de cualquier psicoterapia, sin importar la corriente teórica a la que se afilie, cabe aclarar que no es suficiente para lograr el cambio por sí sola.

La TDC, considera de vital importancia contar con una alianza terapéutica eficaz como un elemento estratégico más para lograr los objetivos terapéuticos, las estrategias que se utilizan allí parecerían estar en correspondencia con esta premisa, por lo que este modelo revelaría un desarrollo consistente y estable de una alianza terapéutica útil y eficaz, que facilita el alcance de los objetivos terapéuticos.

Si bien los resultados en materia de abandono prematuro y obtención de las metas para la TDC se han mostrado favorables y ha demostrado de manera empírica su efectividad, el camino por recorrer sigue siendo largo.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a Ed.-Texto revisado) (DSMIV-TR). Washington: APA.

Aramburú Fernández, B. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Psicología conductual*, 4 (1), 123-140.
Recuperado de: www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/1996/art08.1.04.pdf

Bergeret, J. (1980) *La personalidad normal y patológica*. Barcelona. Psicoteca mayor.

Blanco, C; Moreno, P. (2006). Revisión del concepto de personalidad y del modelo de personalidad de Millon. *Psiquiatría.com*. 10 (4). Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/258/243>

Botella, L. & Corbella, S. (2004). Neurobiología de la autoregulación afectiva: patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta-paciente. *Psicoterapia, neurobiología y neurociencias*. 16 (61), 77-103. Recuperado de: www.researchgate.net/publication/257877024_neurobiologa_de_la_autoregulacion_afectiva_y_compatibilidad_en_la_relacion_terapeuta-paciente

Caballo, V. E. (Coord.) (2004) *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid. Síntesis.

Cardenal, V.; Sánchez, P.; Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y*

Salud. 18 (3), 305-324. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/1806/180613877004.pdf>

Corbella, S. Botella, L. (Diciembre, 2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*. 19 (2), 205-221. Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v19/v19_2/04-19_2.pdf

Elices, M. (Junio, 2011) Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. 1 (3), 132 -152. Recuperado de: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/67>

Gabbard G.O. (2002) *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Madrid: Panamericana.

Green, A. (1990) *De locuras privadas*. Bs. As.: Amorrortu editores.

Gunderson, J. G. (2002) *Trastorno límite de la personalidad. Guía clínica*. Barcelona: Ars Medica.

Herrero Sánchez, Jesús R. (2007). Psicodinámica en Millon: Del modelo Biopsicosocial al modelo Ecológico. *SUMMA Psicológica UST*, 4 (2), 99-105. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2683242>

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

Millon, T.; Everly, Jr. George S. (1994) *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.

Schmidt, V.; Firpo, L; Vion, D; De Costa Oliván, M. E; Casella, L.; Cuenya, L.; Blum, G.D.; y Pedrón, V. (Julio, 2010). Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. *Revista Internacional de Psicología ISSN 11 (2),1818-1023*. Recuperado de:
<http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/63/60>