



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesinas de Belgrano

**Facultad de Humanidades
Carrera de Licenciatura en Psicología**

**Tratamiento para Pacientes con Trastorno
Bordeline de la Personalidad. El Modelo
Dialéctico Comportamental**

Nº 191

Verónica Krummer

Tutor: Héctor Fernández Alvarez

Departamento de Investigación
Agosto 2005

Índice

Introducción	5
Parte 1. El trastorno Borderline de la Personalidad	7
Capítulo 1. Características del trastorno borderline de la personalidad	7
Capítulo 2. Modelos explicativos del trastorno borderline de la personalidad	12
Parte 2. Tratamiento dialéctico comportamental	14
Capítulo 3. Enfoques de tratamiento	14
Capítulo 4. Introducción a la Terapia Dialéctico Comportamental	17
Capítulo 5. Etapas y objetivos del tratamiento	19
Capítulo 6. Estrategias del tratamiento y relación terapéutica	23
Capítulo 7. Otras aplicaciones del modelo dialéctico comportamental	26
Conclusión y perspectivas futuras	28
Referencias Bibliográficas	29

Introducción

Objetivo

El objetivo del presente trabajo es realizar una caracterización de los individuos que presentan trastorno límite/borderline de la personalidad, para luego describir un posible tratamiento que ha demostrado eficacia en esta población de pacientes.

El trastorno de personalidad Borderline

La personalidad puede definirse como la totalidad de los rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en su vida diaria en condiciones normales; es relativamente estable y predecible. Un trastorno de la personalidad supone una variante de estos rasgos de carácter, que van más allá de los que normalmente presentan la mayoría de las personas. Sólo cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos, y causan o bien un deterioro funcional significativo, o bien un malestar subjetivo, constituyen un trastorno de personalidad. Los pacientes con este tipo de trastornos presentan patrones de relación y de percepción, de sí mismos y del ambiente, inflexibles, rígidos y muy arraigados. (Kaplan, 1997)

Según Belloch (2002) la mayoría de los especialistas coinciden en recalcar la complejidad de la personalidad humana, y en incluir en su concepto un amplio y variado conjunto de características (intrapsíquicas, comportamentales, biológicas y socioculturales), que se ponen de manifiesto en una variada gama de situaciones y contextos con los cuales interaccionan, y que hacen que un individuo sea él mismo y no otro, sean cuales sean las circunstancias de la vida en las que se encuentre. Así pues, uno de los elementos clave de la personalidad es el hecho de que permanecen relativamente estables a lo largo de toda la vida. Y este hecho vale tanto para caracterizar a las personalidades sanas o normales, como a las anormales o perturbadas. Cuando hablamos de una personalidad anormal, patológica o trastornada, hacemos referencia a todo el modo de ser de un individuo, y no a aspectos concretos o parciales. Cuando hablamos de trastorno de la personalidad nos referimos a que el modo de ser habitual de ese individuo es enfermizo, patológico o anormal, ya sea porque no es el modo de ser más frecuente de las personas de su entorno, ya porque no se ajusta a lo que cabría esperar del sujeto teniendo en cuenta su contexto sociocultural, su formación, etc.

Por lo tanto, continúa Belloch (2002), la característica diferencial de los trastornos de personalidad frente a otros trastornos mentales es su omnipresencia, es decir, que las anomalías del individuo se hacen patentes en un amplio rango de comportamientos, sentimientos, experiencias internas y, además, en circunstancias muy diversas. El individuo siempre, o en la mayoría de las ocasiones, se comporta y expresa de un modo muy similar, independientemente de lo que requiera la situación o el momento concretos. En consecuencia, presenta un repertorio de conductas limitado, reiterativo e inflexible (en el sentido de que cambia muy poco en función de las demandas y las situaciones).

Finalmente destaca que, aunque estos trastornos provocan sufrimiento y malestar intensos en el propio individuo, no suele haber conciencia de enfermedad, o ésta se limita a unos pocos aspectos. Es decir, el sujeto no es consciente de que su modo de ser es la causa fundamental de su malestar o de los problemas a los que debe enfrentarse. Por esta razón difícilmente las personas con trastornos de personalidad buscan por sí mismas ayuda psicológica: son más bien otros significativos, o las circunstancias sociales, las que empujan o fuerzan al individuo a solicitar algún tipo de ayuda.

En psicopatología el concepto de trastorno límite tiene una amplia tradición y se ha aplicado a entidades como la esquizofrenia límite, la esquizofrenia pseudoneurótica, las psicosis latentes o el retraso mental límite. (Belloch, 2002). El trastorno borderline también se ha llamado esquizofrenia ambulatoria, personalidad como sí, esquizofrenia pseudoneurótica y carácter psicótico, entre otros. (Kaplan, 1997)

Contexto

El trastorno límite de la personalidad posiblemente *es la perturbación psiquiátrica más temible* porque da lugar a sintomatología alternante – histriónica, obsesiva, antisocial y psicótica- a una velocidad que hace inoperantes los tratamientos. Las personas con este trastorno no suelen recibir el diagnóstico correcto hasta que se hace patente su anormalidad estructural, que parece depender de una seria alteración de los procesos psicobiológicos de crecimiento. Son jóvenes menores de 20 años, por lo general mujeres que van recibiendo diagnósticos diversos y *no responden a los tratamientos*, a pesar de que pueden adherirse patológicamente a los terapeutas de los que parecen depender adictivamente. (Vallejos Ruiloba, 2001). Kaplan (1998) agrega que el diagnóstico se efectúa antes de los 40 años, cuando los pacientes deben hacer elecciones de tipo laboral, personal, etc. y son incapaces de llevarlas a cabo y enfrentarse a los cambios normales del ciclo vital.

Linehan (2001) describe cómo los clínicos experimentados en el tratamiento de pacientes con trastorno borderline de la personalidad reportan que el progreso es frecuentemente difícil y los logros relativamente modestos. Además, el comportamiento de algunos de estos pacientes con trastorno borderline es por momentos en extremo estresante para los clínicos. Entre los aspectos más estresantes del trabajo de los profesionales de la salud mental podemos distinguir los siguientes: los intentos de suicidio, las amenazas de suicidio y las expresiones de enojo hacia los terapeutas. Los pacientes diagnosticados con este trastorno suelen presentarse con una constelación de estos tres comportamientos. Debido a que el trabajo con pacientes borderline es tan estresante, la terapia cognitivo conductual requiere que todos los terapeutas realizando tareas en alguna área de este tratamiento trabajen como parte de un equipo que provea apoyo, guía y formación continua.

De acuerdo a Shaw Welch (2002) los frecuentes comportamientos autodestructivos, como los intentos de suicidio y el abuso de sustancias en pacientes con trastorno borderline de la personalidad, son la razón por la cual *son los mayores utilizadores de los servicios externos psiquiátricos*. Constituyen entre el 14% y el 20% de pacientes externos (Modestin, 1997) y entre el 9% y el 40% de los pacientes que reciben tratamiento psiquiátrico (Widiger, 1991). A pesar de los avances en los tratamientos para estos pacientes, los comportamientos suicidas, parasuicidas y el abuso de sustancias siguen siendo difíciles de tratar en el trastorno borderline de la personalidad (Linehan, 1993).

Vallejo Ruiloba (2001) agrega que estos pacientes además de consumir tóxicos pueden frecuentar ambientes marginales, dedicarse a la prostitución o perpetrar delitos y además presentar reacciones de ira intensas o conductas agresivas por descontrol, que *hacen muy difícil la convivencia*, puesto que cada explosión va seguida de arrepentimientos, súplicas de ayuda, cuando no de amenazas de suicidio por temor al abandono.

Fremouw (1990) plantea que *el suicidio es la tercera causa de muerte* en adultos entre 15 y 44 años de edad. Los predictores demográficos incluyen: ser hombre, caucásico, divorciado, viudo o separado, vivir solo y en una zona urbana, y estar desempleado. Los factores de riesgo clínicos incluyen red social de apoyo inadecuada, estrategias de afrontamiento deficientes, enfermedades crónicas, problemas psiquiátricos, antecedentes de abuso físico o sexual e intentos previos de suicidio (Fremouw, 1990). El riesgo suicida también está asociado a ciertas patologías psiquiátricas como los trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias, esquizofrenia y trastornos de personalidad (Kaplan, 1998). *El trastorno de personalidad, en el que se encuentran más frecuentemente los comportamientos suicidas, es el trastorno de personalidad borderline*. (Hopko, 2003). La naturaleza dolorosa de sus vidas queda reflejada en las conductas autolesivas. Estos pacientes pueden cortarse las venas y llevar a cabo otras acciones de este tipo para llamar la atención de los demás, para expresar ira, o para liberarse a sí mismos de los afectos que los desbordan. (Kaplan, 1998)

Según Turner (1998) un nuevo desafío para la terapia dialéctico comportamental son los *adolescentes que presentan síntomas borderline*. Por lo tanto es necesario intervenir en esta etapa crítica dada la *significancia de las problemáticas del trastorno borderline que se presentan en los adolescentes y sus familias*, como también el potencial preventivo que los efectos del tratamiento puedan tener (Mc Manus, 1984).

Como plantea Fernández Álvarez (2003), una vez que la psicoterapia integrativa hubo encontrado efectividad en las situaciones clínicas más habituales y fáciles de delimitar, comenzó a buscar confirmación en otros terrenos de la clínica, en entidades más difíciles como el trastorno borderline de la personalidad. Se apostó paulatinamente a un nivel de mayor complejidad. Fueron dibujándose en el horizonte de esta práctica lo que hoy en día se ha dado llamar «casos difíciles» (Hanna, 2002). Dicho concepto se refiere a situaciones cuyas propiedades principales son la complejidad, la cronicidad, el largo alcance de las consecuencias negativas que producen y la elevada resistencia al cambio que presentan los pacientes que las padecen. Por todo ello, el abordaje requerido contempla la necesidad de intervenciones multinivel y la posibilidad de contar con un repertorio más amplio y diversificado de técnicas, incluyendo alguna forma de trabajo interdisciplinario. Uno de los programas terapéuticos integrativos para el tratamiento de trastornos severos, que más difusión ha alcanzado en los últimos años fue la terapia dialéctico conductual de Linehan (1993). Zittel (1998) acuerda diciendo que el trastorno borderline de la personalidad es un trastorno complejo que requiere un tratamiento multimodal.

Parte 1. El trastorno Borderline de la Personalidad

Capítulo 1. Características del trastorno límite / borderline de la personalidad

En una encuesta realizada a profesionales de la salud mental llevada a cabo por Leiderman y sus colegas (2004) se obtuvieron los siguientes datos: los síntomas que se consideran de mayor importancia para diagnosticar trastorno borderline de la personalidad fueron la impulsividad, la inestabilidad afectiva, el aburrimiento o sensación de vacío, las relaciones inestables y las amenazas o intentos de suicidas. En menor grado surgieron los trastornos de la identidad, los miedos al abandono, las broncas incontrolables y la hipersensibilidad. Los motivos de consulta más frecuentes son la depresión, los intentos o amenazas suicidas, los trastornos de ansiedad y las dificultades interpersonales. En menor proporción surgen el abuso de drogas o alcohol, la agresividad o los trastornos alimentarios.

Características clínicas y criterios para el diagnóstico

Millon

Millon (1994) plantea que una característica importante del trastorno límite de la personalidad consiste en cómo estas personas se presentan a los demás. Su conducta frente a otras personas varía entre espontánea y difícil, en las formas menos graves, y prácticamente caótica en las más graves. Los individuos con trastorno límite de la personalidad suelen parecer *impulsivos y desarrollan crisis inesperadas y espontáneas*; esta característica es la que provoca la *impredictibilidad de sus conductas*. Suelen mostrarse ansiosos cuando se está en contacto con ellos. En ocasiones, los individuos borderline pueden implicarse en actuaciones que comportan *riesgo o daño personal*, como accidentes, peleas, comportamientos de automutilación o actos suicidas. Del mismo modo, pueden desarrollar comportamientos excesivos tales como comer en demasía, derroches de dinero, sexo, etc. (American Psychiatry Association, 2001)

Interpersonalmente, los individuos con trastorno borderline de la personalidad se comportan erráticamente. Este comportamiento varía desde el oposicionismo al comportamiento paradójico e impredecible. En general, aunque estos sujetos necesitan atención y afecto, tienden a comportarse impulsivamente y a manipular a los demás. Este patrón interpersonal *provoca con frecuencia rechazo en lugar del apoyo que necesitan*. La ansiedad de separación es uno de los motivadores principales de su comportamiento interpersonal. Estos individuos son excesivamente dependientes de los demás y como resultado son especialmente vulnerables al temor crónico de ser abandonados por sus fuentes de apoyo. En resumen, los sujetos con trastorno límite de la personalidad se comportan interpersonalmente de una manera paradójica, aunque necesitan el afecto de quienes los rodean se comportan de una manera impredecible, manipulativa y variable. Cuanto más impredecible y cambiante es su comportamiento, mayor confusión provocan en los demás. Como resultado, tienden a *ser evitados y rechazados* y experimentan ansiedad intensa por miedo a ser abandonados. (Millon, 1994)

Variantes clínicas: (Millon, 1994)

1. Límite dependiente: suelen ser personas desesperadas, impotentes y deprimidas. Parecen convencidos de que no tienen ningún valor y de la inevitabilidad de su abandono.
2. Límite histriónico: son inválidos sociales. Su patrón de comportamiento consiste en solicitar atención, aprobación y apoyo, y resurge periódicamente en forma de una sociabilidad irracional.
3. Límite pasivo-agresivo: parecen especialmente predispuestos a presentar episodios de depresión agitada. Exhiben un estilo característico de pasar al acto sus conflictos y sentimientos ambivalentes.

Los individuos borderline no están necesariamente en constante crisis pudiendo presentar períodos extensos de estabilidad. Buscan psicoterapia en momentos de crisis, presentan un *complejo y caótico panorama clínico*. Además, frecuentemente manifiestan otros problemas como trastorno de ansiedad generalizada, ataques de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos somatomorfos, estados de fuga disociativa, depresión mayor, desorden bipolar, trastornos esquizoafectivos, episodios psicóticos breves u otros trastornos de personalidad (Millon, 1994).

Beck

Beck (1990) caracteriza este trastorno utilizando el DSM (1998) (ref. cuadro 1) de la siguiente manera: el trastorno de personalidad borderline es definido como un endurecido patrón de percepción, relación con, y pensamiento acerca del ambiente y de ellos mismos, en los cuales hay *dificultades en una gran cantidad de áreas* incluyendo el comportamiento interpersonal, el humor y su propia imagen. Estos individuos experimentan una gran gama de conflictos. Los rasgos más destacados del trastorno de personalidad borderline

son, *la intensidad de las reacciones emocionales, la variabilidad del humor, y la gran variedad de síntomas* que presentan. Estos individuos pueden alternar abruptamente entre un estado de humor depresivo y un estado de ansiedad exaltado o intenso enojo; o pueden actuar impulsivamente reconociendo luego lo irracional y contraproducente de sus actos. Presentan patrones erráticos, inconsistentes e impredecibles. Pueden funcionar competentemente en ciertas áreas de su vida y manifestar conflictos dramáticos en otras.

Como ningún patrón de estos pacientes borderline es invariable, y siendo la variabilidad uno de sus rasgos más significativos, el asesoramiento y *el diagnóstico de este trastorno es más complejo que con otros criterios diagnósticos* para trastornos de personalidad, debido a que no se ha identificado un perfil borderline. Los tests psicológicos tradicionales pueden proveer información útil para identificar pacientes con trastorno de personalidad borderline, pero no es una forma definitiva y confiable de identificarlos.

Beck (1990) plantea una serie de características que suelen servir como indicadores del trastorno de personalidad borderline:

Problemas y síntomas

1. Un conjunto *diverso de problemas y síntomas*, que pueden variar de una semana a la otra.
2. Síntomas inusuales o combinaciones inusuales de síntomas.
3. *Reacciones emocionales intensas* desproporcionadas con las situaciones.
4. *Conductas autocastigadoras o autodestructivas*.
5. Comportamiento impulsivo, que luego es reconocido por el paciente como tonto o loco.
6. Cortos períodos con *síntomas psicóticos*.
7. *Confusión* en las metas, prioridades, sentimientos, orientación sexual, etc.
8. Sentimientos de *vacío crónico*.

Relaciones interpersonales

1. *Falta de relaciones íntimas*.
2. Tendencia a *denigrar o idealizar a los demás*, con alternancias.
3. Tendencia a confundir intimidad con sexualidad.

El paciente en el tratamiento presenta

1. Frecuentes *crisis*, llamadas telefónicas al terapeuta, demanda de tratamientos especiales, etc.
2. Extremas y frecuentes *malinterpretaciones* de los planteos, intenciones y sentimientos del terapeuta.
3. *Reacciones fuertes e inusuales* frente a cambios en los horarios, consultorios, vacaciones y altas.
4. *Poca tolerancia* al contacto visual, físico o proximidad.
5. Ambivalencia fuerte e inusual.
6. Miedo al cambio o *mucha resistencia*.

Beck (1990), también plantea seis indicadores frente a los que estar alerta con estos pacientes:

- a) Relaciones intensas e inestables.
- b) Falta de un claro sentimiento del self.
- c) Episodios de intenso y descontrolado enojo.
- d) Comportamiento impulsivo.
- e) Sentimientos crónicos de vacío, aburrimiento y soledad.
- f) Acting out.

Linehan

Linehan (1993) enumera los siguientes criterios diagnósticos:

Primero, los individuos borderline generalmente experimentan alteraciones emocionales; sus respuestas emocionales son muy *reactivas*, y en general presentan *episodios depresivos, ansiedad e irritabilidad*, y dificultades en el manejo del enojo y de sus expresiones.

Segundo, los pacientes borderline frecuentemente exhiben alteraciones en sus relaciones interpersonales. Éstas pueden ser *caóticas, intensas y con marcadas dificultades*. A pesar de estas dificultades estos individuos suelen encontrar muy difícil independizarse de los vínculos; por el contrario, realizan esfuerzos frenéticos por lograr no ser abandonados por personas que consideran significativas. Linehan plantea que en su experiencia los pacientes están mejor si mantienen relaciones estables y positivas.

Tercero, los individuos borderline presentan *patrones de conducta alterados*, evidencian *impulsividad extrema* y problemática, así como también *conductas suicidas*. Son comunes en esta población de pacientes, los intentos de *lastimarse, mutilarse o suicidarse*.

Cuarto, los individuos borderline presentan *alteraciones cognitivas*: episodios cortos, no psicóticos de alteraciones del pensamiento, incluyendo despersonalización, disociación y delirios, que surgen general-

mente a partir de situaciones estresantes, y que usualmente ceden al disminuir el stress.

Finalmente, son comunes las alteraciones en el sentimiento del self. No es inusual que los individuos border expresen *no tener sentimiento de self, se sientan vacíos* y manifiesten desconocer quién son.

Roller

Los pacientes diagnosticados con trastorno de personalidad borderline, presentan un *desorden fundamental* en un gran número de áreas. A pesar de que algunos pueden desarrollarse bien, con frecuencia en sus trabajos no son capaces de mantener relaciones interpersonales significativas a lo largo del tiempo. Suelen quejarse por experimentar un sentimiento crónico de *vacío* en sus vidas. Su *inestabilidad afectiva* – con marcada ansiedad y cambios repentinos de humor en cortos períodos de tiempo- hace difícil las amistades y las relaciones amorosas. Un rasgo común es la ira intensa, que en general no es expresada pero sí traducida en actos manipulatorios con otros o conductas autolesivas. A pesar de ser frecuente el sufrimiento por abandono o pérdidas, son particularmente *aversivos a enfrentar el padecimiento*, lo cual hace más difíciles los avances en el tratamiento. Presentan siempre un desorden en el self, expresado en alguna forma de perturbación de la identidad, que afecta su imagen física y personal (Roller, 1999)

Belloch

Belloch (2002) caracteriza a los pacientes límite por la *inestabilidad y la ambivalencia* de la personalidad en prácticamente todos los ámbitos de sus vidas. El resultado de la intrusión constante de estos dos elementos en la vida cotidiana del individuo es la presencia de actitudes cambiantes, emociones erráticas o carentes de control, *comportamiento caprichoso y poco confiable*. Son personas impulsivas, impredecibles y a menudo explosivas:

- ✍ Su presencia no resulta cómoda ni agradable para los demás, porque éstos se sienten continuamente como si estuvieran al borde del desastre inminente, esperando que el paciente se muestre malhumorado y ofendido o que se vuelva extremadamente obstinado y desagradable. Como se muestran tan volubles, manipuladores e impredecibles, provocan muy a menudo *rechazo en los demás*, que es lo que precisamente más temen y desean evitar.
- ✍ Pueden presentar también *grandes cambios en su estado de ánimo*, con períodos de abatimiento y apatía extremas, entremezclados con episodios de ira, ansiedad o agitación. El abatimiento, la depresión y los comportamientos autodestructivos (suicidio y parasuicidios) son frecuentes.
- ✍ La angustia y la desesperación del trastorno límite de la personalidad son genuinos, pero también son un modo de canalizar y expresar sus sentimientos de hostilidad, un instrumento para vengarse y molestar al otro. Furiosos por la incapacidad de los demás para protegerlos y apoyarlos, los límites emplean su mal humor y sus amenazas como modo de «dar una lección» al otro, por decirlo de alguna manera. Al mismo tiempo, exagerando sus crisis y mostrándose alicaídos a todas horas, *evitan asumir responsabilidades* y aumentan el trabajo de los demás, haciendo que sus familias no sólo tengan que cuidar de ellos sino que, también sufran y se sientan culpables por tener que hacerlo. En el mismo sentido, pueden emplear el silencio total y la frialdad más absoluta como una especie de castigo, o un modo de amenazar a los otros con los problemas que se avecinan.
- ✍ Se ofenden muy frecuentemente por cualquier asunto sin importancia y es tremendamente fácil que se sientan provocados por cualquier tontería. *Son impacientes y se irritan* con mucha facilidad cuando algo no funciona cómo o cuándo ellos quieren.
- ✍ *Se lamentan continuamente* por el estado ruinoso en el que se encuentran sus vidas, por su *tristeza crónica*, su sensación de *vacío vital*, su angustia.
- ✍ Se sienten *faltos de cariño o no queridos* en absoluto, *despreciados*, ninguneados; sus esfuerzos no sirven de nada, son unos *incomprendidos*, se encuentran totalmente desilusionados y descorazonados.
- ✍ La cabezonería, la inmadurez, el pesimismo que los demás les atribuyen no son más que el reflejo, según ellos, de una «sensibilidad especial» y el resultado de la falta de consideración y aprecio que los demás han demostrado tener con ellos. Pero de nuevo aparece aquí la ambivalencia: puede que sus fallos, su mal carácter, su carencia de virtudes, sean la auténtica causa de sus desgracias y del dolor que causan a los demás.

Belloch (2002) agrega que hay dos características más que distinguen a estos pacientes de otros con trastornos menos graves: la presencia de una competencia social deficiente o deficitaria y la aparición de episodios psicóticos o pseudo-psicóticos transitorios y reversibles.

- ✍ La *ausencia de competencia social* se manifiesta por una incapacidad para lograr una posición social, laboral o educativa acorde con sus capacidades y aptitudes intelectuales o socioculturales. Son frecuentes los fracasos y las rupturas de todo tipo: familiares, laborales, escolares, que se repiten una y otra vez a lo largo de sus vidas. En muchas de estas ocasiones, son capaces de remontar la situación y solucionar el problema, pero lo más probable es que vuelvan a reincidir en un nuevo fracaso. Este continuo

proceso de caída – recuperación contrasta con otros trastornos más graves en los que el proceso de caída es irreversible.

- ✎ El segundo elemento es la presencia de *episodios psicóticos* reversibles. Estos episodios se caracterizan por la pérdida del contacto con la realidad, acompañados de ausencia de control cognitivo y emocional. Pero, a diferencia de lo que sucede con los trastornos psicóticos, son reversibles y el paciente regresa al nivel previo de funcionamiento después de la explosión psicótica. A lo largo de toda su vida, estos episodios de caída y recuperación cíclicos pueden ser constantes.

Shaw Welch

Shaw Welch (2002) describe que el trastorno borderline de la personalidad se caracteriza por los *comportamientos autodestructivos* frecuentemente de carácter impulsivo. Entre los ejemplos más complejos se encuentran el abuso de sustancias y el suicidio (tanto los intentos de suicidio como los comportamientos de automutilación). Las tasas de comportamientos parasuicidas en el trastorno borderline de la personalidad son altas, estimativamente van del 69% al 80% (Gunderson, 1984). Las de abuso de sustancias también lo son: entre el 39% y el 84%, con una media del 67% (Zanarini, 1990).

Manuales Diagnósticos

DSM-IV

Según el DSM-IV, el diagnóstico del trastorno borderline o límite de la personalidad puede hacerse a principios de la edad adulta, cuando el paciente presenta al menos cinco de los criterios contenidos en el cuadro 1. (Kaplan, 1997)

Los trastornos de la personalidad se agrupan en tres grupos en la cuarta edición del DSM (1998). El grupo A comprende los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico; las personas con este trastorno suelen ser consideradas como raras o excéntricas. *El grupo B incluye los trastornos de la personalidad antisocial, borderline, histriónica y narcisista: estas personas suelen tener una clara inclinación al dramatismo, son muy emotivas y su conducta es muy errática.* El grupo C comprende los trastornos de la personalidad por evitación, por dependencia y el obsesivo-compulsivo, y una categoría denominada trastorno de la personalidad no especificado; estas personas suelen ser ansiosas y temerosas. (Kaplan, 1997)

Descripción del grupo B: Las razones esgrimidas en el manual DSM-IV para unificar estos cuatro trastornos en un mismo grupo son más bien de tipo fenotípico o sintomatológico, pues se afirma que se caracterizan por rasgos tales como la tendencia a la exageración, la emotividad excesiva, la inestabilidad y variabilidad, y la escasa capacidad para controlar los impulsos y para empatizar con los demás. (Kaplan, 1997)

Cuadro 1 - Trastorno límite de la personalidad: Criterios del DSM – IV (1998)

Un patrón general de *inestabilidad* en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienza al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos frenéticos para *evitar un abandono* real o imaginado. Nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.
2. Un patrón de *relaciones inestables* e intensas caracterizado por la alternancia entre extremos de idealización y devaluación.
3. *Alteración de la identidad*: autoimagen o sentido de sí mismo acusado y persistentemente inestable.
4. *Impulsividad* en al menos dos áreas, que es potencialmente dañino para sí mismo (por ej: gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.
5. *Comportamientos*, intentos o amenazas *suicidas* recurrentes, o comportamientos de automutilación.
6. *Inestabilidad afectiva* debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por ej: episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar una horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de *vacío*.
8. *Ira inapropiada* e intensa o dificultades para controlar la ira (por ej: muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. *Ideación paranoide* transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

CIE 10

La décima edición del CIE incluye por primera vez un trastorno similar al límite, tal y como se concibe en el DSM. Sin embargo, esta caracterización se denomina trastorno emocionalmente inestable de la personalidad. La clasificación CIE divide esta categoría en dos subvariedades. Ambas comparten un patrón general de impulsividad y descontrol. Existe inestabilidad afectiva, poca capacidad para planificar y episodios de ira intensa con explosiones comportamentales periódicas. El llamado tipo impulsivo manifiesta básicamente características de inestabilidad emocional y falta de control de impulsos. Son frecuentes los comportamientos amenazadores o las explosiones de violencia en especial cuando se sienten criticados. El tipo límite presenta una autoimagen alterada y poco definida y sentimientos crónicos de vacío, así como una tendencia a implicarse en relaciones intensas e inestables que desencadenan crisis emocionales frecuentes y que se asocian a esfuerzos titánicos por evitar el abandono y amenazas de suicidio o comportamientos autolesivos. (Millon, 2000)

Cuadro 2 – Trastorno límite : Criterios para el Diagnóstico: CIE-10

F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad

Se trata de un trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias junto a *un ánimo inestable y caprichoso*. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos *arrebatos de ira* conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o ser frustrados en sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo:

F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de personalidad de tipo impulsivo

Las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos. Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros.

F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de personalidad de tipo límite

Se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además la *imagen de sí mismo*, los objetivos y preferencias internas (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están *alteradas*. La facilidad para verse implicado en *relaciones intensas e inestables* puede causar *crisis emocionales* repetidas y acompañarse de una sucesión de *amenazas suicidas* o actos autoagresivos (aunque estos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes).

Epidemiología

La prevalencia del trastorno de personalidad borderline en los centros de salud mental es alta tanto en pacientes internados (19%) como en pacientes externos, (Widiger, 1998), con datos epidemiológicos estimados del 2% de la población concuerda con los criterios diagnósticos del trastorno borderline de la personalidad. Las características demográficas asociadas a este trastorno son: ser mujer, soltera, joven, de nivel socioeconómico bajo, y residir en zona urbana (Swartz, 1990). Clínicamente, el trastorno borderline de la personalidad suele presentar comorbilidad con trastornos de eje I como trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, abuso de sustancias y de la alimentación (Adams, 2001). El correlato más significativo del trastorno borderline es la alarmante tasa de suicidio, de comportamientos parasuicidas y comportamientos de automutilación (Gunderson, 2001). Por ejemplo la tasa de suicidio en individuos con trastorno borderline de personalidad va del 9% al 36% y el 75% de los pacientes presentan antecedentes de al menos un comportamiento parasuicida o de automutilación (Gunderson, 1984). De los factores de riesgo suicida en pacientes con trastorno borderline, los investigadores resaltan la edad, el nivel de educación, pérdidas infantiles, abandono del tratamiento, intentos previos de suicidio, automutilación, antecedentes de abuso físico y/o sexual en la infancia y alto grado de impulsividad (Brodsky, 1997).

El trastorno borderline de la personalidad es el trastorno de personalidad más común en los establecimientos clínicos. Se presenta en el 10% de los pacientes externos de las clínicas de salud mental, entre el 15 y 20 % de pacientes internados y representan entre el 30 y el 60 % de la población de pacientes con trastorno de personalidad. Este trastorno ocurre en el 2% de la población general. (American Psychiatric Association, 2001)

Entre las variables que se asocian con un curso favorable se encuentran la capacidad intelectual alta, la presencia de aptitudes o talentos artísticos y, en el caso de las mujeres, el atractivo físico. La presencia de rasgos obsesivos de personalidad (sin llegar a niveles mórbidos) es también un elemento protector, en parte

porque parece funcionar como un organizador del tiempo. Sin embargo, la presencia de depresión (y la coexistencia de un trastorno afectivo mayor) es un marcador del mal pronóstico, al igual que lo son la coexistencia de los rasgos de irritabilidad y explosividad, típicos del antisocial, y sobre todo, si se mezclan éstos con tendencias narcisistas. De hecho, en algunos estudios de seguimiento, la asociación trastorno límite de personalidad con rasgos antisociales y narcisistas es frecuente en pacientes límite con historia de encarcelamiento y conflictos legales graves. (Belloch, 2002). La autora mencionada también sostiene que en cuanto a los antecedentes evolutivos, la presencia de acontecimientos traumáticos durante la infancia y la adolescencia, incluyendo el abuso sexual y psicológico, son también claros indicadores de mal pronóstico.

Diagnóstico diferencial

Respecto de este tema Kaplan (1997) describe que la diferenciación con la esquizofrenia se hace en base a que el paciente borderline no presenta episodios psicóticos prolongados, trastornos del pensamiento, u otros signos clásicos de la esquizofrenia. Los pacientes con un trastorno esquizotípico de la personalidad muestran peculiaridades muy marcadas en su pensamiento, ideación extraña, e ideas de referencia recurrentes. Los pacientes paranoides son extremadamente suspicaces. Los que padecen un trastorno histriónico o antisocial de la personalidad son los más difíciles de distinguir de los pacientes border, presentan sentimientos crónicos de vacío, impulsividad, conductas autolesivas, episodios psicóticos de corta duración, intentos de suicidio con finalidades manipulativas, y una sobreimplicación muy característica en las relaciones interpersonales.

De acuerdo a la American Psychiatric Association (2001) el trastorno borderline de la personalidad frecuentemente presenta comorbilidad con trastornos del estado del ánimo. Cuando el individuo cumple con los criterios para los dos, ambos deben ser diagnosticados. Sin embargo algunos rasgos del trastorno borderline pueden solaparse con los de los trastornos del estado de ánimo dificultando el diagnóstico diferencial. En el trastorno borderline los cambios de humor son frecuentemente provocados por estresores personales y los estados de ánimo particulares son menos prolongados que en el trastorno bipolar.

Puede resultar particularmente difícil diferenciar el trastorno distímico del trastorno de personalidad borderline dado que la disforia crónica aparece tan frecuentemente en pacientes borderline. Sin embargo las características antes descritas de los rasgos afectivos de estos individuos deben tenerse en consideración para el diagnóstico de trastorno de personalidad borderline.

El trastorno por estrés post traumático suele presentarse en comorbilidad con el borderline y cuando es así, debe diagnosticarse también. Sin embargo, es característico de los individuos borderline presentar un historial de traumas que no necesariamente avalan un diagnóstico de trastorno por estrés post traumático, éste sólo debe diagnosticarse cuando se cumplen con todos los criterios diagnósticos que lo definen.

La naturaleza variable y errática de los síntomas que caracterizan al trastorno límite de personalidad, hacen necesario establecer claramente el diagnóstico diferencial del mismo, especialmente cuando solo alguno de los síntomas es el que motiva la consulta, lo que suele ser, por otro lado, la norma. En consecuencia, guiarse por los síntomas principales que fueron motivo de consulta, puede dar lugar a errores diagnósticos, y de tratamiento, importantes. La regla a seguir, en todos los casos en que haya sospecha fundada de un trastorno límite, es analizar el patrón de comportamiento habitual del individuo, el inicio temprano de los síntomas y su curso, es decir, analizar longitudinalmente la evolución de los síntomas actuales y no quedarse únicamente con un análisis transversal de los síntomas. (Belloch, 2002)

En el trabajo realizado por Leiderman (2004) el trastorno bipolar fue considerado la patología con mayor dificultad para diferenciar del trastorno de la personalidad borderline seguida por el trastorno de personalidad histriónico, el trastorno de personalidad narcisista y el trastorno depresivo. Los factores reportados como más importantes para diferenciar el trastorno bipolar del trastorno borderline fueron la inestabilidad afectiva, la impulsividad, las relaciones inestables, la velocidad de los episodios y la historia infantil.

Capítulo 2. Modelos explicativos del trastorno borderline de la personalidad

En una encuesta realizada por Allen (2004) los clínicos manifestaban que podían identificar abusos e inconsistencias en la infancia de estos individuos, combinado con vulnerabilidad genética y biológica, cruciales en la génesis del trastorno borderline de la personalidad. También manifestaban la presencia de estrategias de afrontamiento contraproducentes junto con relaciones actuales simbióticas y falta de respuestas productivas, como sostenedoras del trastorno.

Beck (1990) plantea que un significativo número de libros y artículos han sido escritos presentando análisis teóricos y clínicos del trastorno borderline de personalidad y que la gran mayoría de estos trabajos se han basado en la teoría de las relaciones objetales u otros abordajes psicoanalíticos. Desafortunadamente, el vocabulario utilizado en estos análisis hace las conceptualizaciones inaccesibles para muchos clínicos, que no tienen fluidez en la terminología psicoanalítica. Cuando se traduce a la terminología cognitiva conductual, el núcleo de las relaciones objetales es la afirmación de que los individuos borderline poseen una visión pobre y extrema acerca de las relaciones con los tempranos cuidadores y como resultado mantienen expectativas extremas y no realistas acerca de las relaciones interpersonales.

Estas expectativas son vistas como las formadoras de las respuestas tanto comportamentales como emocionales y como las responsables de la gran gama de síntomas que estos individuos experimentan. Los escritores psicodinámicos asumen que la forma más apropiada de resolver esta situación es conducir la terapia de tal forma que estas expectativas se manifiesten en la relación con el terapeuta, en la cual pueden ser resueltas aplicando técnicas psicoanalíticas en una terapia a largo plazo.

Históricamente el trastorno de personalidad borderline ha recibido mucha menos atención de los autores comportamentales y cognitivo-comportamentales. Sin embargo, en los últimos años Linehan (1998), Millon (1981) y Young (1992) han presentado una variedad de perspectivas cognitivo-comportamentales sobre este trastorno.

Millon

Millon (1981) que provee una visión basada en la teoría del aprendizaje social, atribuye un papel central a la falta de sentimiento de identidad claro y consistente en los individuos borderline. Argumenta que esta falta de sentimiento de identidad claro, es un producto de factores biopsicosociales combinado con la imposibilidad de un desarrollo exitoso del sentimiento de identidad. Debido a que un aspecto de la falta de sentimiento definido de identidad es la falta de metas claras y consistentes, el resultado es la pobre coordinación de sus actos, el bajo control de sus impulsos y la falta de logros consistentes. Como resultado de esta falta de estrategia para lidiar con los problemas que surgen, estos individuos afrontan pobremente sus emociones y los problemas que pueden surgir. Millon sugiere que como consecuencia los pacientes borderline se vuelven dependientes de otros para lograr protección y reaseguro, y muy sensibles a cualquier signo de posible separación de esta fuente de apoyo. Sostiene asimismo, que esta situación es complejizada por la existencia de conflictos en torno la dependencia, la falta de seguridad en sí mismos, la falta de asertividad y la toma de conciencia de que, sentirse entrampados en el depender, les provoca ira y puede generar la pérdida de la seguridad que les brinda esa misma dependencia.

Linehan

Linehan (1998) presenta una conceptualización más comportamental, la terapia dialéctica conductual. Su punto de vista es que una disfunción en la regulación de las emociones es el núcleo del trastorno de personalidad borderline, y que su base es probablemente de origen psicosocial. Entiende que esta disfunción es la responsable de la reacción desmedida y dramática a los sucesos, y de los actos impulsivos de los individuos borderline. También plantea la hipótesis de que en el transcurso de su desarrollo, estos individuos tienen un gran número de experiencias con otros significativos quienes desacreditan sus experiencias emocionales, e insisten en que las personas que podrían estar cercanas a padecer este trastorno manifiesten una actitud positiva a pesar de su estrés. Como resultado, estos individuos (quienes ya poseían una predisposición a tener respuestas emocionales desproporcionadas) reciben un entrenamiento inadecuado en aptitudes para regular sus emociones, y al mismo tiempo a tener una actitud punitiva hacia sus propias emociones.

La actitud punitiva y el miedo realista a no ser capaz de controlar emociones intensas, bloquean la posibilidad de tolerar emociones fuertes el tiempo suficiente para lamentar las pérdidas significativas. Por lo cual, como las pérdidas ocurren, los individuos experimentan un duelo que los desborda. La combinación de respuestas emocionales intensas, habilidades inadecuadas para regular las emociones, comportamiento impulsivo y una actitud crítica hacia sus propias emociones resultan en una serie de crisis, y frecuentes dificultades en sus capacidades de afrontamiento, a pesar de sus esfuerzos. Esto los lleva a concluir que deben depender necesariamente de otros en muchas situaciones. Sin embargo, habiendo aprendido que es necesario mantener una actitud positiva, los individuos no son capaces de pedir ayuda de manera asertiva, o de revelar sus verdaderas necesidades. En consecuencia, mantienen una fachada competente mientras intentan obtener ayuda de otros, sutil e indirectamente. Pero, las respuestas emocionales fuertes de estos individuos y sus actos impulsivos dificultan que sean consistentes en esta búsqueda de ayuda.

Young

Young (1992) ha desarrollado un abordaje cognitivo comportamental general para el tratamiento de trastornos de personalidad, que ha llamado «Terapia Cognitiva Focal de Esquemas». Su abordaje difiere del tratamiento cognitivo standard ya que postula que los patrones de pensamiento estables y duraderos – que él llama esquemas tempranos desadaptativos – pueden desarrollarse en la infancia y resultar en patrones de comportamiento desadaptativos que refuerzan los esquemas. Young ve caracterizados los trastornos de personalidad por 18 esquemas desadaptativos tempranos, los cuales ha identificado hasta este momento y propone hacer de estos esquemas el foco central de la terapia.

Estos esquemas desadaptativos son:

- 1) abandono / pérdidas.
- 2) desamor.
- 3) dependencia.
- 4) sumisión / falta de individuación.
- 5) desconfianza.
- 6) auto disciplina inadecuada.
- 7) miedo a perder el control emocional.
- 8) culpa / castigo.
- 9) privación emocional.

A pesar de que Young no presenta un modelo detallado del trastorno de personalidad borderline, asume que cuando estos esquemas desadaptativos tempranos son activados por eventos relevantes, resultan en distorsiones del pensamiento, en respuestas emocionales fuertes y en comportamientos problemáticos.

Con respecto a esta teoría, Beck (1990) afirma que el gran número de esquemas desadaptativos postulado para pacientes borderline, pueden dar cuenta de la amplia gama de síntomas que experimentan y las frecuentes crisis. Sin embargo Young no presenta una descripción detallada de cómo los esquemas que plantea producen el trastorno de personalidad borderline.

Beck

En la teoría que plantea Beck (1990) las presunciones básicas de los individuos juegan un rol central ya que influyen en la percepción y la interpretación de los eventos, y dan forma tanto a los comportamientos como las respuestas emocionales. Tres presunciones básicas claves frecuentemente descubiertas son en la terapia cognitiva con individuos borderline, y parecen jugar un rol central en este trastorno. Estas son «el mundo es peligroso y malévolo», «yo no tengo poder y soy vulnerable», «soy inherentemente inaceptable».

Obviamente, las creencias de un individuo acerca de que el mundo es peligroso y de su relativa falta de poder, tienen consecuencias importantes. Los lleva directamente a la conclusión de que es siempre peligroso relajar la guardia, asumir riesgos, revelar las propias debilidades, estar fuera de control, estar en una situación de la cual no es fácil escapar, etc. Esto resulta en tensión y ansiedad crónica, vigilancia de signos de peligro, precaución en las relaciones interpersonales e incomodidad frente a emociones difíciles de controlar, entre otras cosas.

Parte 2. Tratamiento Dialéctico Comportamental

Capítulo 3. Enfoques de Tratamiento

Los pacientes borderline son tan numerosos que hasta los practicantes llegan a tratar al menos uno durante el período de sus prácticas. Se presentan con problemas severos y gran deterioro. Son muy difíciles de tratar exitosamente. No es sorprendente que muchos centros de salud mental se sienten agobiados e inadecuados, y estén en continua búsqueda de un tratamiento más prometedor. (Linehan, 1993)

Introducción

Ya en 1993 Linehan describía que el interés en el trastorno de personalidad borderline iba en aumento. Este interés estaba relacionado con por lo menos dos factores: primero, los individuos que concuerdan con el criterio diagnóstico para trastorno borderline de personalidad están inundando los centros de salud mental; y segundo, las modalidades de tratamiento de este padecimiento parecen muy inadecuadas.

A pesar de los llamativos comportamientos suicidas y parasuicidas, de la cronicidad y del deterioro en el funcionamiento asociado al trastorno borderline de la personalidad, las estrategias de intervención no han sido suficientemente estudiadas y desarrolladas en comparación con las de otros trastornos psiquiátricos y muy pocos estudios randomizados han apuntado al abordaje de los patrones de comportamiento desadaptativos.

tativo a través de intervenciones psicológicas. Esta situación es problemática dado los comportamientos de automutilación y otros factores clínicos complejos en el tratamiento de individuos con trastorno borderline de la personalidad (Linehan, 1993).

Es muy interesante que los patrones más frecuentemente asociados al trastorno borderline de personalidad como las conductas autolesivas y los intentos de suicidio, vienen siendo ignorados como un área a trabajar en los tratamientos, si bien Gunderson (1984) ha sugerido que estos patrones son lo más cercano al comportamiento específico del paciente borderline. Estos actos pueden variar en intensidad, desde no requerir tratamiento médico (e.g. pequeños cortes, golpes en la cabeza y quemaduras de cigarrillo) hasta actos que requieran cuidados de terapia intensiva (e.g. sobredosis, apuñalamientos autoinfligidos y asfixia). (Linehan, 1993)

Tratamientos para el trastorno borderline de la Personalidad

Tratamiento sistémico

Hay un número de razones por las cuales los terapeutas sistémicos tiene mucho que ofrecer al tratamiento de este trastorno. Primero, muchas de las dificultades que experimentan los individuos con trastorno borderline de la personalidad son por naturaleza relacionales, estrechamente ligadas a sus redes interpersonales. Segundo, el sistema de profesionales frecuentemente se convierte en conflictivo y de poca ayuda. Por último, el concepto de trastorno borderline de la personalidad está muy fuertemente ligado a los temas de genero y poder, que han sido extensamente teorizados en la literatura sistémica de los últimos años. (Allen, 2004)

Tratamiento cognitivo analítico

El efecto terapéutico básico de la terapia cognitiva analítica depende de herramientas que incrementan la habilidad de los pacientes para sentirse reflejados y apoyados por la relación real, profesional y de respeto que provee el terapeuta. El terapeuta está capacitado para proveerle una relación emocional correctiva ya que la reformulación le permite aguantar la seducción y los asaltos del paciente y así evitar reforzar los patrones disfuncionales específicos que socavan las relaciones cotidianas. La relación terapéutica evoluciona a lo largo del tratamiento. Luego de un inicio de cooperación e incluso idealización, la mayoría de los pacientes experimentan decepciones y sentimientos mixtos o negativos acerca de pérdidas y sufrimientos pasados, que frecuentemente se presentan acompañados del retorno de sus síntomas. La aceptación y el apoyo de la realación es un elemento terapéutico muy poderoso y que le ofrece al paciente la posibilidad de experimentar nuevas posibilidades. Dentro de este marco, los síntomas y comportamientos específicos pueden ser directamente abordados utilizando una amplia variedad de técnicas terapéuticas como la conversación con la silla vacía, programas comportamentales, escribir cartas que no se enviaran a abusadores del pasado, etc. El significado de cada intervención debe ser claramente comprendida por el paciente. La terminación del tratamiento es un área a trabajar. Se dedican las dos últimas sesiones a redactar cartas de despedida, a evaluar los logros obtenidos y a apoyar al paciente a afrontar los sentimientos encontrados a los que se enfrenta. (Ryle, 2004)

Tratamientos cognitivos

Hay tres grandes abordajes cognitivos del trastorno límite de la personalidad: el enfoque dialéctico conductual de Marsha Linehan (1993), que se desarrollará en el próximos capítulos; el enfoque centrado en los esquemas de Jeffrey Young (1990); y el enfoque cognitivo estándar de Pennsylvania (Beck, 1995). La terapia cognitiva de los trastornos de personalidad se caracteriza por un mayor énfasis en los factores históricos y en la génesis del trastorno, una mayor atención a los factores transferenciales y contratransferenciales y una duración mayor de los tratamientos (Layden, 1993).

Los modelos cognitivos han generado enfoques novedosos acerca de la génesis del trastorno límite de la personalidad, dando lugar a intervenciones terapéuticas que han mostrado eficacia y un desarrollo continuo que permite abrigar esperanzas de mayores logros futuros. (Keegan, 2004)

Los tratamientos son multicomponentes e involucran diversos tipos de intervención, con distintas modalidades. La habitual complejidad de estos casos debe encontrar un abordaje igualmente complejo, ni reductivo, ni simplista, que incluya también intervenciones orientadas a mantener la motivación del terapeuta. (Keegan, 2004)

Jeffrey Young (1990), como se explica en capítulos precedentes, ha postulado la existencia de una serie de esquemas desadaptativos tempranos que predisponen a la persona a experimentar sentimientos negativos persistentes. Esto lleva al paciente a comportarse de modo contrario a sus propios intereses en forma continua. El objetivo básico de este enfoque es el de modificar – no reestructurar- los esquemas, de modo que se vuelvan menos extremos e inflexibles. Una persona con un esquema de desconfianza básica puede

aprender a confiar en el terapeuta primero y luego en ciertas personas que puedan darle muestras de cumplir con ciertos estándares de confiabilidad.

Entre las muy variadas técnicas que aplica la terapia cognitiva estándar, se destacan, por su relevancia para la problemática característica de los pacientes con trastorno límite las siguientes: técnicas de reducción de la ansiedad; habilidades para la resolución de problemas; desarrollo de habilidades para escuchar y comunicarse adecuadamente; desarrollo de habilidades para responder racionalmente; habilidades conductuales y tareas a realizar entre sesiones. Todas estas técnicas deben ser aplicadas una vez realizada una adecuada conceptualización del caso (Beck, 1995). Esto representa la hoja de ruta del tratamiento: aquello que dice que ocurre, cómo ha llegado a ocurrir y cómo podríamos modificarlo. Entre las técnicas que aplica este abordaje podemos encontrar: la identificación del esquema; la modificación del esquema; las técnicas de imaginación; las técnicas basadas en el canal sensorial y los ensayos conductuales. (Keegan, 2004)

Linehan (1998) explica que cuando se aplica un tratamiento estándar en clientes con un severo trastorno de personalidad borderline surgen rápidamente un número de dificultades tales como:

- 1) Poner el foco en el cambio del cliente, tanto para mejorar la motivación o como para aumentar sus habilidades, es frecuentemente experimentado, por los individuos diagnosticados con este criterio, como autoinvalidante y con frecuencia se distancian del tratamiento, y del terapeuta, incluyendo por momentos abandono total del tratamiento, ataques hostiles al terapeuta u oscilaciones entre estos dos tipos de respuestas.
- 2) Enseñar y fortalecer nuevas habilidades consideradas necesarias es extraordinariamente difícil sino imposible en el contexto de una terapia orientada a reducir las motivaciones negativas como querer morir, dejar de intentar vivir satisfactoriamente o actuar fuera de control.
- 3) No es posible brindar la suficiente atención a los aspectos motivacionales en un tratamiento en el cual las actividades apuntan al entrenamiento de habilidades.
- 4) Las nuevas habilidades de afrontamiento son difíciles de recordar y aplicar en momentos de crisis; sostener estas habilidades en situaciones de mucho estrés y emociones negativas es muy complejo sin un acompañamiento y ayuda adicional.
- 5) Los comportamientos que presentan los individuos borderline frecuentemente refuerzan las intervenciones iatrogénicas de los terapeutas, por ejemplo el terapeuta puede evitar un tema que sabe que despertará respuestas agresivas en el paciente o situaciones que pueden interferir con la competencia del terapeuta.

Tres modificaciones a la terapia comportamental estándar son de utilidad para tener estos hechos en consideración. *Primero*, se deben agregar estrategias que reflejen claramente la aceptación y la validación de las capacidades del paciente. La dialéctica sobre la que este programa se basa, asegura el balance entre aceptación y cambio dentro del tratamiento. *Segundo*, puede ser de extrema utilidad dividir la terapia en distintos componentes incluyendo: algunos cuyo enfoque sea principalmente el aprendizaje de habilidades, otros enfocados a lo motivacional y el acompañamiento y refuerzo de las habilidades aprendidas y por último la aplicación de las mismas a la vida cotidiana fuera del tratamiento. *Tercero*, un equipo de consulta y supervisión especialmente orientado a sostener la motivación del terapeuta y a mantenerlo dentro de un marco de tratamiento efectivo. (Linehan, 1998)

Eficacia de la Terapia Dialéctico Comportamental

Las investigaciones de resultados randomizadas y controladas sugieren que sólo los tratamientos psicodinámicos y dialéctico comportamentales han demostrado eficacia en el tratamiento del trastorno borderline de la personalidad (Bateman, 1999). En concordancia con estos resultados, el tratamiento estándar admitido para esta población de pacientes es la psicoterapia de tiempo prolongado complementado con psicofármacos para los síntomas específicos (American Psychiatric Association, 2001).

La terapia dialéctico comportamental fue la primera psicoterapia evaluada en un estudio clínico randomizado (Linehan, 1993): pacientes mujeres externas, diagnosticadas con trastorno borderline de la personalidad y con antecedentes de comportamientos parasuicidas crónicos fueron asignadas o al tratamiento dialéctico comportamental o al tratamiento utilizado hasta ese momento en esa comunidad durante un año de tratamiento. Al final de ese año las pacientes asignadas al tratamiento dialéctico comportamental presentaban mejoras significativas en los comportamientos suicidas (incluyendo menor frecuencia de actos parasuicidas y menos conductas autolesivas). Sin embargo, no surgieron efectos respecto de la depresión, la desesperanza, las razones para vivir o la ideación suicida. Los resultados obtenidos fueron sostenidos en un estudio de seguimiento durante un año. Un estudio comparativo en un unidad psiquiátrica realizado por Barley (1993) también demostró la eficacia del tratamiento dialéctico comportamental para reducir los comportamientos suicidas. Se está comenzando a investigar la eficacia del tratamiento dialéctico comportamental en pacientes mujeres borderline que también cumplen con los criterios de abuso de sustancias. (Heard, 1994)

Capítulo 4. Introducción a la Terapia Dialéctico Comportamental

¿Qué es la terapia dialéctico comportamental?

Es una integración de la terapia conductual con otras perspectivas y prácticas que incluye, más particularmente, principios y prácticas del Zen y la filosofía dialéctica que guía el tratamiento. Este tratamiento desarrollado por Marsha Linehan (1998) ha evolucionado en los últimos 20 años de trabajo, con pacientes mujeres suicidas crónicas. Sus raíces provienen de los principios y prácticas de la terapia comportamental y de la terapia cognitiva. Incluye un fuerte énfasis en el asesoramiento sistemático y recolección de información durante el tratamiento; la definición operacional de los objetivos claros; una relación terapeuta – paciente que enfatiza la colaboración, la orientación del paciente hacia el tratamiento y la psicoeducación; y el uso de cualquier estrategia de tratamiento cognitiva o comportamental. También posee una cantidad de particularidades que han surgido en respuesta a las características de esta población de pacientes. Una de éstas es el énfasis en la dialéctica. Lo dialéctico es fundamental con esta población, es tanto aceptación como cambio. El terapeuta debe aceptar completamente al paciente y al mismo tiempo persistente e intensamente alentar y ayudar al paciente hacia el cambio. El terapeuta, a su vez, intenta desarrollar y fortalecer una actitud de aceptación de la realidad del paciente como así también la motivación y habilidad para cambiar lo que puede ser cambiado. Esta dialéctica fluye de y hacia la integración de la práctica Zen, la práctica rogeriana y otras. El terapeuta también necesita pensar de forma dialéctica, no polarizando, pero viendo el valor de los puntos de vista opuestos y encontrando la síntesis adecuada.

El tratamiento se basa en la dialéctica en dos conjuntos de estrategias nucleares: estrategias de validación y estrategias de resolución de problemas. La terapia comportamental ha enfatizado la resolución de problemas pero ha tenido poco que decir sobre validación o aceptación. La terapia dialéctico conductual también involucra un estilo de comunicación dialéctico entre el interpersonal recíproco, cálido y genuino y el más irreverente; y un manejo de caso también dialéctico frente a la consulta del paciente, como manejar el ambiente por un lado y la intervención ambiental directa por parte del terapeuta, por otro. Esta terapia fue desarrollada para abordar los temas en los cuales encuentran obstáculos, no sólo los terapeutas comportamentales sino también los de otras orientaciones teóricas. El terapeuta comportamental que intente tratar al paciente borderline con una secuencia relativamente estructurada de adquisición de habilidades y prácticas, como uno haría con pacientes que presentan trastornos de ansiedad o depresión, descubriría pronto que la sensibilidad emocional de estos pacientes necesitan desarrollar habilidades y resolver problemas en un contexto en el cual se sientan comprendidos y validados, particularmente en lo que respecta a sus emociones y motivaciones. (Linehan, 1998)

Conducir un entrenamiento en habilidades, en una terapia individual con pacientes borderline, es frecuentemente casi imposible debido a los frecuentes caos y crisis de sus vidas, de manera que en cada sesión un nuevo comportamiento o situación necesita ser tratado. Por lo tanto Linehan decidió dividir el entrenamiento de habilidades en un componente separado del tratamiento, generalmente en formato grupal, para liberar la terapia individual de estos temas y para ayudar al paciente a manejar las crisis, reforzar al uso de habilidades y lidiar con los aspectos motivacionales que interfieren con el uso de las que ya poseen. Esto porque se ha asumido que los pacientes no sólo presentan un déficit de habilidades sino que tampoco utilizan las que ya poseen. En la terapia dialéctico conductual, el término motivación refiere a las emociones, cogniciones o contingencias reforzadoras que interfieren con las habilidades comportamentales. La labor del terapeuta consiste, por lo tanto, en ayudar al paciente a superar inhibiciones, cambiar creencias y estilos de pensamiento, a reforzar las conductas adaptativas y a reorganizar las conductas desadaptativas para afrontar las posibles eventualidades. El tratamiento entonces apunta tanto a mejorar las habilidades como a adecuar los factores motivacionales que interfieren con las mismas. (Linehan, 1998)

Linehan (1998) describe que la terapia dialéctico conductual está basada en una concepción social comportamental. El comportamiento, desde esta visión se refiere a actividades y respuestas de cualquier tipo, públicas o privadas, explícitas o implícitas, de los individuos, incluyendo las emocionales, psicológicas, cognitivas y respuestas overt-motor. El tratamiento deriva de modelos de patrones del comportamiento border que teorizan sobre: 1) la falta de habilidades y capacidades interpersonales, de autorregulación, de tolerancia al estrés de los individuos con trastorno de personalidad borderline; y 2) que determinadas características de la persona y del ambiente inhiben y/o bloquean el uso de las capacidades que los individuos sí tienen, interfiriendo con el desarrollo de nuevas habilidades y capacidades, y a veces reforzando comportamientos inapropiados e inefectivos. La terapia dialéctica conductual asume que es esencial que el terapeuta atienda tanto a la enseñanza de nuevas habilidades y al desarrollo de capacidades, como a mejorar la motivación para usar las habilidades y capacidades que el cliente sí posee.

El paciente border en el programa Dialéctico Comportamental.

Semerari (2002) plantea que la tesis central de Linehan es que los pacientes borderline son vulnerables tanto emocionalmente como deficitarios en la capacidad de modular las emociones. Los dos aspectos, alta vulnerabilidad y déficit de regulación, se influyen recíprocamente pero no coinciden y no son simplemente uno la causa del otro. En la base de la vulnerabilidad existen diversos factores, entre los cuales adquieren un peso relevante los factores genético-temperamentales. La vulnerabilidad emocional se define, según la autora, por tres parámetros: alta sensibilidad a los estímulos emocionales, alta intensidad emocional y lento regreso al tono emocional básico.

Linehan (2001) plantea, que de acuerdo al DSM-IV, (1998) (ref. Cuadro 1) para ser diagnosticado con trastorno de personalidad borderline, un individuo debe presentar cinco o más de los nueve criterios que reflejan «un patrón persistente de inestabilidad en sus relaciones interpersonales, su autoimagen, sus emociones y una marcada impulsividad». (DSM IV, 1998). En la terapia dialéctico comportamental (Linehan, 2001), es útil organizar estos nueve criterios en cinco áreas en las cuales los individuos presentan desregulaciones: emociones, relaciones interpersonales, sentimientos de self, impulsividad y comportamientos suicidas y cogniciones.

1. *Desregulación emocional:* en el contexto de la terapia dialéctico comportamental se sostiene que las desregulaciones emocionales son las que rigen las demás. El primer criterio al que refiere el DSM-IV es « inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo». Linehan (2001) plantea que, en su experiencia, muchos pacientes con trastorno de personalidad borderline presentan tanto depresión moderada crónica como depresión severa, como así también son extremadamente lábiles en la forma en que experimentan y expresan emociones, cubriendo una gama que va desde el terror hasta la profunda melancolía. El segundo criterio relacionado con la desregulación emocional es « un intenso e inapropiado enojo y dificultad en controlarlo». Este es uno de los criterios que hace pensar al clínico en este diagnóstico. Sin embargo, en su experiencia, más de la mitad de estos pacientes tiene un problema aún mayor que es la falta de expresión del enojo. Algunos oscilan entre los dos extremos, y otro se mantiene más polarizados. Muy pocos logran alcanzar un grado de síntesis en su manera de responder. Los pacientes borderline se presentan con dificultades en controlar sus emociones de todo tipo, tanto negativas como el enojo, el miedo, la tristeza, la vergüenza y la envidia, como las positivas como la alegría y el amor.
2. *Desregulación Interpersonal:* El DSM-IV describe « esfuerzos frenéticos por evitar el abandono real o imaginario». Linehan también describe que, estos esfuerzos están frecuentemente asociados con una historia real o experiencia presente de abandono. Las preocupaciones por el abandono son casi universales entre estos pacientes, y algunos realizan grandes esfuerzos por evitarlo. El abandono es sólo una parte de «un patrón de inestables e intensas relaciones caracterizadas por la alternancia entre idealización y devaluación extremas». La necesidad intensa de relaciones cercanas y la frecuente falta de las mismas en la vida de estos pacientes lleva a la idealización de quienes los ayudan, quienes son admirados o valorados positivamente. El terapeuta puede oír, al comienzo del tratamiento, que es el único terapeuta que realmente lo entiende y que lo ha podido ayudar. Esta puede ser una expresión válida del paciente en ese momento. Sin embargo por la experiencia sabemos que es muy probable que en algún momento el terapeuta podría decepcionarlo y ser visto como un villano, un tonto, un autómatas al que no le importa nada de su paciente, o un inepto. En la terapia dialéctica conductual se propone que el núcleo de la desregulación emocional lleva al individuo a depender de otros a un grado inusual (que lo ayuda a regular sus emociones).
3. *Desregulación del Self:* El DSM-IV describe «una marcada y persistente inestabilidad en su autoimagen y sentimiento de sí mismo», y « sentimientos crónicos de vacío». Los pacientes, con frecuencia, muestran inseguridades frente a sus metas, objetivos y valores. También presentan poca confianza en sí mismos y en su interior. Sin embargo, hay un aspecto respecto del cual su autoimagen es relativamente estable, y es la percepción de ser malos o defectuosos. Este núcleo frecuentemente persiste luego de haber mejorado otros comportamientos más inestables.
4. *Desregulación del Comportamiento:* En el DSM-IV los pacientes borderline son descriptos con « impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas» (por ejemplo, gastar excesivamente, sexo indiscriminado, abuso de sustancias, conducir irresponsablemente, etc) y «recurrentes conductas suicidas, gestos, amenazas o comportamiento automutilantes». Los pacientes borderline tienden a comportarse de forma extrema, generando a veces consecuencias negativas. En su experiencia Linehan (2001) dice que estos comportamientos son a veces impulsivos pero no siempre. En ocasiones son muy planeados. De cualquier forma, resultan una prioridad en el tratamiento. En la terapia dialéctica conductual estos comportamientos son considerados desde un punto de vista funcional y muchas veces su objetivo es cambiar una experiencia emocional. Por lo tanto, muchas veces son el resultado del proble-

ma nuclear que es la desregulación emocional. Ya sea que se corten, se quemen, purgen la comida, usen drogas o alcohol, o realicen otro tipo de conducta impulsiva, los pacientes casi siempre reportan sentirse mejor, ya sea en ese momento o inmediatamente después de sus actos. Combatir estas conductas reforzadoras, que son de las más serias de las conductas desadaptativas, es uno de los mayores retos que enfrenta el terapeuta. En la terapia dialéctico comportamental es preferible considerar el intento más que el hecho en sí y utilizar el término parasuicida, que es neutro y libre de juicio. También se intenta evitar el término manipulación. Es problemático atribuir a un paciente la característica de manipulador porque dificulta el trabajo con esa persona, ya que el interés genuino por el paciente es esencial para lograr que alcance una vida que valga la pena ser vivida. Entender qué generan estos locos y a veces asustantes comportamientos como son los parasuicidas, puede ayudar al terapeuta a tolerar y a mantener la compasión básica y respeto por los pacientes que son necesarios para ayudarlos a cambiar.

5. *Desregulación cognitiva*: El último criterio del trastorno de personalidad borderline en el DSM-IV es el «estrés transitorio relacionado con ideación paranoide y síntomas disociativos severos». Bajo estrés, un bajo porcentaje de pacientes parecen convertirse en paranoides, disociar más o tener alucinaciones auditivas congruentes con su humor, frecuentemente relacionadas con la autocrítica. La terapia cognitiva conductual sugiere que las emociones extremas llevan a distorsiones cognitivas en todos los individuos. Cuando esto ocurre, el nivel de estrés aumenta enormemente tanto en el paciente como en el terapeuta, por lo que el éste debería considerar la internación.

Capítulo 5. Etapas y Objetivos del tratamiento

Belloch (2002) explica que los componentes de la terapia dialéctico conductual son básicamente cuatro:

- *Psicoterapia individual y de grupo*
- *Tareas de entrenamiento en habilidades (entrenamiento conductual psico-educacional)*
- *Encuentros terapéuticos de consulta y supervisión.*
- *Consultas telefónicas.*

La terapia individual se lleva a cabo a razón de una hora por semana, mientras que la terapia de grupo supone dos horas y media semanales durante al menos un año. El programa está previsto para tener una duración promedio de 18 meses.

El tratamiento está diseñado para ir cumpliendo sus objetivos a través de un plan ordenado jerárquicamente a través de cuatro etapas.

Terapia Individual

En los encuentros semanales de la terapia individual se utilizan tarjetas diarias por cada semana de trabajo para recoger la información necesaria sobre los problemas centrales. Los objetivos listados en estas tarjetas pueden presentar características individuales pero suelen incluir comportamientos suicidas y de automutilación; ideaciones suicidas; abuso de drogas prescritas e ilegales; hábitos alimentarios compulsivos; y un estado general de miseria. Del otro lado de la tarjeta hay una lista de habilidades del programa que se irán marcando cuando han sido utilizadas durante esa semana. En el comienzo de cada sesión individual se revisa la presencia o ausencia de objetivos o temas a tratar desde la última sesión, y se identifican prioridades para la agenda de esa sesión. (Linehan, 2001)

La autora mencionada explica que el auto monitoreo diario de los pacientes posee grandes ventajas sobre la narrativa basada en la memoria y el recuerdo, ya que provee de feedback y de datos inalcanzables por otros medios; cuando el paciente realiza esta actividad completa, incrementa el grado de exactitud en su relato de los eventos. Estructuralmente, el sistema de tarjetas diarias provee de detalles temporales sobre la relación entre los comportamientos disfuncionales y las fluctuaciones diarias entre los estados de ánimo de ansiedad y depresión (por ejemplo la ansiedad o depresión intensas están asociadas a conductas de automutilación o suicidio, pudiendo a partir de este sistema identificar que los estados de ánimo intensos pueden ser tolerados sin llegar a lastimarse). Este sistema de tarjetas también puede ser de utilidad en el entrenamiento de habilidades en grupo y con el equipo de consulta y supervisión, desarrollados más adelante en este trabajo; proveen una colección de datos eficiente de los pacientes relacionada con su funcionamiento y progreso.

Linehan (2001) continúa ilustrando que todos los comportamientos autodestructivos, crisis, ideaciones suicidas intensas e intrusivas y los cambios significativos en la ideación de autodestrucción, son abordados en la terapia individual en el momento en que se desencadenan. Las conductas antes mencionadas no

deben ser ignoradas nunca ya que son predictores de futuros actos letales, daños irreparables; a su vez deben estar bajo control para que la terapia dialéctico comportamental progrese.

El análisis en cadena de los comportamientos es la herramienta estándar de las conductas disfuncionales; también provee un marco de trabajo para generar posibles soluciones a esas conductas. El análisis comportamental identifica el problema y sus causas (antecedentes y desencadenantes) tanto internas (cognitivas, afectivas y sensoriales) y externas (sociales, contextuales y del ambiente físico). El análisis comportamental puede llevar desde 10 minutos hasta una sesión entera. Una vez que se ha logrado establecer la cadena del problema la siguiente tarea es analizar las soluciones, identificando recursos y obstáculos potenciales para resolver el problema usando alguna de las siguientes estrategias de cambio; (Linehan, 2001)

- I. Entrenamiento en habilidades dirigidas a mejorar los déficit que interfieren en la adquisición de respuestas más adaptativas.
- II. Estrategias dirigidas al manejo de imprevistos, reforzando habilidades que sirvan de apoyo en situaciones de conductas problemáticas.
- III. Modificación de procesos cognitivos relacionados con falsas creencias y asunciones que interfieren con la habilidad de resolver situaciones conflictivas.
- IV. Estrategias basadas en la exposición, dirigidas al manejo de emociones tales como: ansiedad, vergüenza u otras respuestas emocionales que interfieren con la posibilidad de resolver adaptativamente situaciones problemáticas.

Tareas de entrenamiento en habilidades

La terapia dialéctico comportamental asume que muchas de las conflictivas experimentadas por pacientes que presentan comportamientos suicidas, de autodestrucción, resultan de una combinación entre problemas motivacionales y un déficit en las habilidades de comportamiento; es decir nunca han aprendido las habilidades necesarias para regular las emociones dolorosas. Por este motivo, este programa enfatiza el entrenamiento en habilidades como un medio para facilitar el cambio y la aceptación. El tratamiento incluye el entrenamiento en grupos de cuatro habilidades en cuatro módulos dados de forma secuencial y semanal. Estos cuatro módulos apuntan directamente a la inestabilidad y desregulación de la personalidad borderline: conciencia básica, efectividad en los vínculos interpersonales, regulación emocional y tolerancia frente al estrés. Lleva alrededor de 8 semanas completar cada módulo, exceptuando la habilidad básica de conciencia que lleva 2 sesiones y se reitera los otros módulos. En los grupos, se utilizan las técnicas estándar de la terapia comportamental, como por ejemplo ensayos supervisados de las nuevas habilidades, trabajo con feedback, tareas para el hogar, etc. (Linehan, 2001)

La autora agrega que trabajar al mismo tiempo en terapia individual y grupal genera el tiempo necesario para aprender habilidades y separar el contexto para las aplicaciones individuales. Esto permite a la terapia individual prestar atención a sus objetivos y poder abordar las situaciones de crisis que los pacientes traen a la consulta sin la presión de tener que enseñar las habilidades fundamentales. Cuando las habilidades son enseñadas en grupo, el terapeuta, sin interferencia de las crisis, puede utilizar la transferencia y la generalización a las situaciones individuales.

El trabajo en grupo presenta diversas ventajas según Linehan (2001). Las habilidades son puestas en práctica con un grupo de personas inmersas en la misma tarea y así pueden aprender los unos de los otros; la actividad es coordinada por un experto en el entrenamiento; el pertenecer a un grupo disminuye el aislamiento y aumenta el sensación de sentirse comprendido. Los pacientes que muestran signos de fobia social y deben comenzar con el entrenamiento en forma individual, son ingresados a un grupo en cuanto es posible, ya que eso aumenta las posibilidades de progreso.

HABILIDAD BÁSICA DE CONCIENCIA: son habilidades de contemplación psicológicas y comportamentales, las cuales son enseñadas en las prácticas espirituales de Oriente. El objetivo de este módulo es aumentar el control atencional, adoptar una postura no sentenciosa y el sentimiento de verdadero self mientras decrecen la confusión de la identidad, el vacío y la desregulación cognitiva. Se presentan tres estados mentales principales: mente razonable (lógica, analítica y resolución de problemas), mente emocional (creatividad, pasión y dramatismo) y mente sabia (la integración de lo intelectual y emocional). La mente sabia incluye la intuición y el saber qué es lo correcto más allá de la razón y la experiencia directa. Esta síntesis entre mente razonable y mente emocional facilita respuesta apropiadas; uno responde acorde a lo requerido dada la situación.

TOLERANCIA FRENTE AL ESTRÉS: está focalizado en la habilidad de autoaceptación y aceptación de su ambiente, de manera no evaluativa. Los objetivos de este módulo incluyen reducir la impulsividad, los intentos de suicidio y los actos autodestructivos. La tolerancia al estrés es de mucha utilidad en situaciones en las cuales no hay nada inmediato que se pueda hacer para modificar el ambiente. Los objetivos apuntan

fundamentalmente, con el uso de las estrategias de cambio y aceptación, a la modificación de los límites de tolerancia más que a disminuir el agente estresor. Aceptar la realidad y por lo tanto las experiencias dolorosas como parte de la vida es fundamental, como así también hacer una lista de actividades amenas que permitan reducir el dolor y la ira permitiendo reconocer una variedad de caminos que posibilitan la tolerancia. Las actividades orientadas a la distracción, sensaciones de autoregulación de la ira o el dolor y la consideración de ventajas y desventajas de tolerar el estrés son algunas de las estrategias utilizadas en este módulo.

EFFECTIVIDAD EN LOS VÍNCULOS INTERPERSONALES: es similar al entrenamiento estándar de resolución de problemas interpersonales y asertividad. Entre los objetivos incluye reducir el caos interpersonal y el miedo al abandono. Se enseñan estrategias que apuntan a poder pedir lo que uno necesita y lograr decir que no frente a ciertos pedidos de los demás. La habilidad para realizar esto apunta al desarrollo y mantenimiento de las relaciones y a construir y sostener el autorrespeto. La efectividad es obtenida en la medida que uno logra los cambios y objetivos deseados. Desarrollar el sentido de lo que se busca de las situaciones interpersonales es un reto para muchos de estos pacientes. Como parte de las mejoras en sus habilidades, las estrategias para analizar y planear situaciones interpersonales y anticipar resultados, pueden disminuir la vulnerabilidad emocional y la invalidación de estos individuos.

REGULACIÓN EMOCIONAL: se define como la habilidad para: (1) aumentar o disminuir el arousal psicológico asociado a las emociones, (2) reorientar la atención, (3) inhibir los comportamientos que dependen de los estados de ánimo, (4) experimentar las emociones sin escaladas o picos, y (5) organizar el comportamiento al servicio de objetivos no relacionados con el estado de ánimo. Los objetivos de la regulación emocional son disminuir la labilidad afectiva, incluyendo el exceso de enojo. El aprendizaje de habilidades comienza identificando y nombrando las emociones actuales, observando y describiendo situaciones que despiertan emociones directas o la interpretación particular de esas situaciones, las respuestas psicológicas y los comportamientos y las emociones que surgen como respuesta a las mismas. A su vez, la función adaptativa de las emociones es discutida. El describir, rotular y comprender los estados emocionales primarios es seguido por estrategias que apuntan a reducir la vulnerabilidad frente a las emociones negativas y aumentar las emociones positivas. Los pacientes identifican las emociones que precipitan comportamientos disfuncionales, exploran estas emociones y aprenden a monitorear su propia vulnerabilidad, lo que los lleva a la desregulación. Finalmente, se discuten y ponen en práctica, métodos para regular las emociones, incluyendo una postura no prejuiciosa y de aceptación, y el actuar en oposición a la urgencia asociada a las emociones.

Equipo de consulta y supervisión

La terapia dialéctico comportamental es considerada como un sistema en el cual el terapeuta aplica los lineamientos del programa al paciente, y simultáneamente el supervisor y el equipo de consulta los aplican al terapeuta, es un proceso similar a la supervisión de otros tratamientos. Debido a que la terapia dialéctico comportamental fue originalmente desarrollada para tratar el estrés emocional de pacientes demandantes y difíciles, y porque el trabajo con pacientes borderline suicidas puede ser extremadamente agotador para el terapeuta, la supervisión y la consulta fueron incluidos en el modelo de tratamiento original. Es esencial este engranaje en el sistema para la efectividad del trabajo del terapeuta. La consulta tiene varios propósitos. El más importante es asegurar que la relación terapéutica se mantenga efectiva. Sin supervisión, los clínicos que trabajan con estos pacientes pueden adoptar una postura extrema, culpar al paciente y a sí mismos y cerrarse al feedback de otros profesionales sobre su forma de conducir el tratamiento. El equipo de consulta tiene la función de proveer apoyo y alentar sus esfuerzos para mantener el progreso y el balance del tratamiento. La validación de las reacciones, los sentimientos y las experiencias del terapeuta que trabaja con esta difícil población de pacientes es combinada con la comunicación recíproca e irreverente. Otra de las funciones del equipo es mantener la integridad y la exactitud del tratamiento; el comportamiento del terapeuta que se desvía del modelo es advertido por el equipo y se sugieren acciones correctivas.

Adicionalmente a las funciones previamente descritas, el grupo consultor también evalúa el desarrollo y la implementación del programa para cada paciente en particular. A pesar de no haber una estructura particular, la mayoría suelen reunirse una vez por semana por una o dos horas. El liderazgo puede rotarse, compartirse o mantenerse estable; en dispositivos que se llevan a cabo en zonas rurales, las consultas se han realizado mediante conferencias telefónicas, o enviando vía e-mail grabaciones de la sesión a los demás miembros. La agenda es establecida al comienzo de la reunión, en la cual se evalúa el progreso de los pacientes, las dificultades del terapeuta, y se observa y discuten videograbaciones de segmentos del tratamiento. Además, se intercambia información entre los entrenadores de habilidades en grupo y los terapeutas individuales.

Consultas telefónicas

El contacto entre sesiones es un componente integral de la terapia dialéctico comportamental y tiene tres funciones:

- 1) proveer de un entrenamiento en vivo y promover la generalización de las habilidades a la vida cotidiana,
- 2) promover intervenciones en crisis de manera continente y
- 3) brindar la posibilidad de impedir malos entendidos y conflictos sin la necesidad de esperar hasta la siguiente sesión para lidiar con las emociones.

En el comienzo del tratamiento, se les enseña a los pacientes a llamar a sus terapeutas individuales ya que la imposibilidad de hacerlo es considerada como una interferencia en el tratamiento y se convierte en un tema a examinar. Si los pacientes son reticentes a llamar al terapeuta, las llamadas programadas están prescritas. El terapeuta puede comenzar por pedirle al paciente reticente que llame en un horario determinado y que deje un mensaje en un contestador automático; así son abordados el pedido de asesoramiento y la resolución de conflictos interpersonales. Algunas situaciones típicas en las que el asesoramiento es necesario son aquellas en las que el paciente no tiene certeza de qué habilidad debe poner en práctica o siente que la que necesitaría está inhibida.

Los pacientes en este programa, son estimulados a llamar antes de una situación de crisis suicida, o al menos antes de lastimarse; si ya se han lastimado tienen la consigna de no llamar a su terapeuta al menos pasadas las 24 horas del hecho. Consistente con esta perspectiva de asesoramiento, para que el llamado sea un comportamiento adaptativo, debe realizarse con anterioridad a cualquier conducta dañina. Esto refuerza el afrontamiento adaptativo y las consecuencias realistas, luego de haber llevado a cabo un comportamiento disfuncional.

Etapas del tratamiento

De acuerdo a Linehan (2001) el programa dialéctico conductual consiste en 5 etapas: una de pretratamiento y cuatro etapas activas de tratamiento – control, orden, síntesis y trascendencia. Los objetivos están ordenados jerárquicamente y determinan la agenda dentro de una misma sesión y entre sesiones; las tareas en cada sesión están basadas en el comportamiento que ha tenido el paciente en la anterior. Es responsabilidad del terapeuta estar consciente de los objetivos del tratamiento para asegurar que las actividades del paciente están direccionadas hacia crear una vida que valga la pena ser vivida.

Pretratamiento

Linehan (2001) describe un período de pretratamiento el cual está orientado a generar la estructura para el tratamiento posterior; se logra el compromiso del paciente, alcanzando acuerdos en los objetivos que se proponen. Si el paciente se encuentra actualmente comprometido en comportamientos suicidas o de auto mutilación, ella o él deben acordar que reducirlos o eliminarlos debe ser la primera prioridad. Los pacientes deben acordar también no matarse mientras están en este tratamiento. A pesar de que la coexistencia de comportamientos suicidas y el deseo de vivir, en el marco de la terapia dialéctico conductual, es tenido en cuenta que el tratamiento no puede progresar más allá de esta etapa si no se encuentran estos comportamientos bajo control. Obtener el acuerdo explícito del paciente es necesario antes de la participación plena en el tratamiento. En dispositivos en los cuales se espera que el paciente se comprometa con los objetivos del tratamiento, este período de pretratamiento puede utilizarse para focalizar en las estrategias de compromiso.

Aunque por momentos se torne difícil, se debe poder lograr flexibilidad y respeto por las prioridades que presenta el estado del paciente y los objetivos del programa. Lograr este compromiso puede llevar numerosas etapas. Evaluar los pros y contras de comprometerse con el tratamiento ofrece un buen punto de partida para comenzar a trabajar; identificar las expectativas y los deseos del paciente sobre los resultados del tratamiento pueden ser de utilidad como contrargumentos frente a los obstáculos que frecuentemente surgen durante el mismo. Jugar al abogado del diablo exponiendo argumentos contra el compromiso puede fortalecer un acuerdo tentativo, si lo expuesto por el terapeuta resulta levemente más débil que lo expresado por el paciente. Las técnicas de «un pie adentro y un pie afuera» y «un portazo en la cara», tomadas de la psicología social, pueden utilizarse para generar un compromiso inicial para trabajar hacia un objetivo, quizás vago, pero favorable: «¿Te gustaría ser más feliz con tu vida?». Los acercamientos realistas muy complejos deben ir introduciéndose gradualmente ya que requieren un grado de compromiso mayor. Una variante de «un pie adentro y un pie afuera» es resaltar compromisos previos y conectarlos con acuerdos del momento. Es decir renegociar enfocando la posibilidad que tiene el paciente de elegir mostrándole las consecuencias realistas de no comprometerse. Finalmente, se utilizan los principios básicos de dar forma, construir con pequeños pasos un compromiso mayor, y el fuerte uso de la motivación y refuerzo positivo redondean las estrategias de compromiso. (Linehan, 2001)

Primera etapa

La autora describe, en un artículo publicado en 1998, que en esta primera, la tarea es alcanzar el autocontrol, incluyendo la expectativa de vida en el corto plazo (por ejemplo evitar el suicidio), conectarse con las personas que lo ayudan, lograr estabilidad y control de sus acciones, y lograr ciertas habilidades necesarias para alcanzar esos objetivos. Los individuos presentan, en esta primera etapa múltiples problemas, poseen comorbilidad con varios trastornos, y el objetivo más importante es únicamente que logren el control sobre ellos mismos y sobre su propia vida. Si no se logra mantener al paciente vivo, no hace mucha diferencia cuán efectiva pueda ser la terapéutica.

Segunda etapa

Linehan (1998) describe que en la segunda etapa, el paciente ha alcanzado el control de sus acciones, está conectado con el tratamiento y está focalizando en su capacidad de experimentar emociones sin traumas y mantener conexión con las personas, lugares y actividades (como por ejemplo el trabajo). Un foco importante en esta etapa es entender y reducir las secuelas de los traumas tempranos, especialmente negligencia y abuso físico y sexual. Con las conductas bajo control, el terapeuta puede utilizar la exposición focalizada (por medio del recuerdo imaginario, la discusión, el role playing, o las actividades en vivo) a eventos, lugares, personas o actividades asociadas a eventos traumáticos de la infancia.

Tercera etapa

En la tercera etapa, el paciente ya ha realizado una gran parte del trabajo necesario en las etapas anteriores y Linehan (1998) considera que ahora puede encarar los patrones residuales problemáticos que interfieren en su posibilidad de alcanzar sus objetivos más importantes. A pesar de ser fundamental a lo largo de todo el tratamiento, el autorrespeto y la autoconfianza se vuelven centrales en esta nueva etapa.

Cuarta etapa

Finalmente explica que muchos de estos individuos se encuentran satisfechos habiendo alcanzado el funcionamiento del nivel tres. Otros, sin embargo, poseen un sentimiento de incompletud; la resolución y el alcance de la capacidad de gozo es el objetivo de la etapa 4. Las tareas son la ampliación de la conciencia, la satisfacción espiritual, el movimiento hacia una experiencia plena de continuidad. (Linehan, 1998)

En lo que respecta a cada objetivo, la tarea del terapeuta es en primer lugar – y en muchas ocasiones posterior – lograr la colaboración del paciente para trabajar en los comportamientos relevantes, para luego aplicar las estrategias de tratamiento que más adelante serán descriptas. También debe prestar atención a cada objetivo en particular de la terapia individual, enfocando directamente en los comportamientos relevantes para cada etapa, y a su vez a las problemáticas y comportamientos que van surgiendo en el transcurso de una misma entrevista y/o entre sesión y sesión. Deben tenerse en consideración, por sobre todas las áreas a trabajar, las conductas de riesgo: comportamientos parasuicidas, ideaciones y actos suicidas que atenten contra la vida de los individuos. (Linehan, 2001)

Capítulo 6. Estrategias del tratamiento y la relación terapéutica

Para cumplir con las metas del tratamiento, desarrolladas en el capítulo precedente, el programa dispone de cinco estrategias diferentes que se irán aplicando de manera flexible y de acuerdo con la evolución que cada paciente evidencia: (Belloch, 2002)

Estrategias del tratamiento

Estrategias dialécticas

Linehan (2001) plantea que la estrategia dialéctica fundamental es lograr el balance de todas las demás estrategias del tratamiento, ya que las necesidades del paciente y de las situaciones varían constantemente. Otra estrategia es el uso de paradojas. Como se utiliza en filosofía Zen, el terapeuta resalta las constantes paradojas de la vida sin intentar brindar una explicación. Otra estrategia dialéctica es la utilización de la metáfora. Cuando se ha perdido la colaboración, cuando el paciente se encuentra desesperanzado o en situaciones clínicas similares, enseñar, intentar persuadir o remarcar un punto de vista a través de una metáfora suele ser mucho más poderoso que cuando se utiliza una intervención directa o literal. Los pacientes borderline parecen reaccionar particularmente bien frente al uso de metáforas, y una metáfora útil puede ser interpretada y revisada en distintos momentos del tratamiento. En la técnica del abogado del diablo, las

afirmaciones del paciente son reforzadas por el terapeuta quien argumenta desde el punto de vista opuesto. La estrategia que apunta a extender o extremar significados es tomada del arte marcial aikido. En el mismo sentido explica Belloch (2002) cuando se extreman significados se considera más seriamente el problema de lo que lo hace el paciente. Linehan continúa explicando que la activación de la mente sabia se refiere a la creencia de que cada persona tiene una sabiduría inherente, sabe lo que es mejor para ella en cada situación, y que puede aprender a atender ese conocimiento que posee una vez que la desregulación emocional ha sido controlada. Todo esto se transmite al paciente. Hacer limonada con limones es una estrategia dialéctica que consiste en sacar el mayor provecho de una situación difícil, siempre recordando que para hacer limonada uno necesita también azúcar (validación). Al permitir el cambio natural, el terapeuta acepta que la naturaleza y el ambiente del paciente están en un proceso de constante cambio y por lo tanto no realiza esfuerzos especiales para evitar cambios en el paciente que salgan de los parámetros del tratamiento o del contexto. La evaluación dialéctica es una constante búsqueda por entender la situación contextual del paciente, preguntándose qué se está dejando fuera.

Estrategias nucleares

Estrategias de validación

Linehan (2001) explica que, debido a la importancia que se le atribuye a la invalidación en la teoría biosocial que subyace a la terapia dialéctico comportamental, y a la frecuencia con que aparecen comportamientos de autoinvalidación en los pacientes borderline, es natural que la validación sea una de las estrategias principales que utiliza el terapeuta dialéctico comportamental. Antes de poder ser ayudado por otros a resolver problemas, la mayoría de las personas necesitan sentir que tanto sus problemas como sus respuestas a esos problemas son legitimados y comprendidos por esa persona. Esta necesidad puede ser particularmente fuerte en individuos con trastorno de personalidad borderline. La validación por parte del terapeuta es una función fundamental en la facilitación de estrategias de resolución de problemas. También puede funcionar como reforzador de la autovalidación y como fortalecedor de la relación terapéutica, alentando el progreso terapéutico. Por validación se entiende transmitirle al paciente que sus respuestas sí tienen sentido en el contexto terapéutico. La autora plantea que en esta etapa del tratamiento surge una determinada problemática: cómo se puede lograr validar comportamientos tan invalidantes como la automutilación, el abuso de sustancias y muchas otras dificultades que presentan estos pacientes, las que han llevado a su diagnóstico. No tiene sentido y no está clínicamente indicado validar lo inválido. Sin embargo, hay diferentes formas en que un comportamiento puede ser validado y al mismo tiempo, de otras maneras, ser invalidado. Por ejemplo, autolastimarse puede ser validado, comprendido, en el sentido en que sirve a una función para el individuo, ya sea para comunicar algo o para regular sus emociones. En otras palabras ha tenido una historia que ha reforzado este comportamiento. Todos los comportamientos son válidos en el sentido de que todos ocurren por un motivo o causa. Por otro lado, este comportamiento no es válido en lo que respecta a su efectividad para alcanzar los objetivos vitales del individuo. En algún punto, durante el tratamiento, puede tener sentido validar un comportamiento autodestructivo con el fin de comunicarle al paciente que es comprensible que actúe de esa forma. Esto no es equivalente a comunicarle que se aprueba lo que hace. Estas afirmaciones deben estar acompañadas de intervenciones que apunten a enseñarle que debe poner en práctica conductas más acordes a sus objetivos a largo plazo. Es muy importante, además, que el terapeuta valide los pensamientos y sentimientos internos, privados, del paciente. Aún cuando el paciente presente distorsiones cognitivas -una consecuencia común de la desregulación emocional- el terapeuta puede buscar lo que es verdadero y válido en la respuesta del paciente.

Estrategias de resolución de problemas

Estas estrategias son las principales estrategias de cambio de la terapia dialéctico comportamental enfocadas a la modificación de los comportamientos de acuerdo a Linehan (2001), quien también describe que los elementos están divididos en un número de pasos, los cuales en la práctica no son lineales sino que se intercalan. En primer lugar se debe identificar claramente el comportamiento sobre el cual va a estar enfocada la estrategia. Esta comprensión se logra a través del análisis comportamental; este análisis permite al terapeuta y al paciente arribar juntos a un cierto tipo de insight acerca de cuáles son los factores que sostienen ese comportamiento. Esto naturalmente lleva a generar y evaluar posibles soluciones. Éstas usualmente incluyen alguna combinación de aprendizaje de nuevas habilidades, cambiar el refuerzo de los contratiempos que sostienen el comportamiento, reducir inhibiciones que interfieren con un comportamiento más productivo, llevando a cabo una exposición gradual a las señales que producen una respuesta emocional, y/o identificar y modificar estilos y contenidos cognitivos desadaptativos. Sin embargo, simplemente identificar las soluciones no es suficiente; por supuesto es esencial que el paciente trabaje activamente

hacia la solución. Esto puede requerir que el terapeuta utilice estrategias didácticas, poniéndose en el lugar de maestro. Enseñando los principios generales del cambio comportamental; lo que se sabe sobre las bases biológicas de la depresión, el sueño y demás síntomas que presenta; y sobre las relaciones interpersonales. El paciente necesita ser claramente orientado sobre su rol y los comportamientos que se esperan de él, no sólo en el tratamiento sino también en general. Finalmente, es importante obtener un compromiso explícito verbal del paciente, a pesar de que esto no garantiza lograr el cambio, aumenta las posibilidades. (Linehan, 2001)

Procedimientos de cambio

Se emplean procedimientos de aprendizaje operante, entrenamiento en habilidades y técnicas de exposición y prevención de la respuesta extraídos del enfoque comportamental, así como técnicas de modificación cognitiva tomadas de la terapia racional emotiva. (Belloch, 2002)

Estrategias de comunicación

Estrategias de comunicación recíproca

Esta estrategia está orientada a reducir las diferencias entre paciente y terapeuta y alcanzar el mayor acuerdo posible en la comprensión mutua. Se caracteriza por el interés genuino, compromiso cálido y niveles de respuesta adecuados. Se requiere también del terapeuta que tome seriamente las necesidades y deseos del paciente y que responda directamente a los contenidos que trae el paciente en lugar de interpretar y sugerir que esos contenidos o sus intenciones pueden ser inválidos. Se estimula a los clínicos a que se involucren y expongan de manera que le transmita, sin juzgar, los efectos que tienen sobre él los comportamientos del paciente. La exposición por parte del terapeuta es utilizada para validar y modelar sus estrategias de afrontamiento. (Linehan, 2001; Belloch, 2002)

Estrategias de comunicación irreverente

La comunicación irreverente consiste en el uso de la confrontación directa con el paciente. Es utilizada para correrlo de una concepción rígida a una que admite la incertidumbre, la cual promueve el cambio. Esta forma de comunicación puede ser de utilidad cuando paciente y terapeuta se encuentran estancados. Se debe prestar especial atención a las respuestas del paciente frente a la utilización de esta estrategia para evitar el mal uso o su alienación. (Linehan, 2001)

Estrategias de gerencia

Estas estrategias incluyen consultas con el paciente, intervenciones en el ambiente y consultas del terapeuta con el equipo consultor. El rol principal del terapeuta consiste en consultar con el paciente cómo manejar su ambiente social o profesional y no a la inversa. Este foco parte de la creencia de que el paciente posee la habilidad de aprender formas más efectivas de intervenir en su propio ambiente. Intervenir directamente en el contexto en pos de su bienestar no sólo no ayuda sino que es iatrogénico para la adquisición de habilidades. (Linehan, 2001)

Esta estrategia de la terapia dialéctico comportamental ayuda al paciente a manejar su ambiente físico y social con el objetivo de alcanzar el bienestar. Estas estrategias funcionan como guías para aplicar las estrategias nucleares en el contexto, fuera de la relación terapéutica. El terapeuta asesora y orienta al paciente a lograr interacciones efectivas con su ambiente, trabajando para generalizar las habilidades. Si el paciente no posee las habilidades necesarias para intervenir eficazmente en el medio y la situación requiere una solución inmediata, el terapeuta debe actuar como modelo interactuando en su nombre con otros profesionales, sólo cuando el paciente se encuentre presente.

La relación terapéutica

En la terapia dialéctico comportamental una función importante de la teoría es ayudar al terapeuta a comprender y lidiar con los efectos que producen en ellos los comportamientos de los pacientes borderline.

Las interacciones problemáticas en la relación terapéutica son la base del cambio en el programa. Esto incluye una serie de comportamientos que interfieren en la terapia tanto en el terapeuta como en el paciente, que tienen un segundo lugar de importancia en el tratamiento luego de las situaciones que ponen en riesgo la vida del paciente y los comportamientos autodestructivos. La autoinvalidación y las desregulaciones emocionales, también focales en el tratamiento, suelen surgir en las sesiones como resultado de las interacciones que se establecen entre terapeuta y paciente. Estas interacciones son analizadas de manera colaborativa y modificadas en caso de ser posible. Finalmente la terapia dialéctico comportamental presta

especial atención a los comportamientos intersesión que se extienden más allá de las terapias comportamentales en general.

Cada modelo de tratamiento tiene sus propios parámetros en cuanto a la relación terapéutica. Es típico de la terapia dialéctico comportamental el uso de las consultas telefónicas y otras formas de consulta intrasesión, que tienden a generar una particular forma de relación terapéutica, que en ocasiones está prescrita en algunos tratamientos. El programa también enfatiza la relación particular que se establece entre el terapeuta y el equipo de consulta, que provee el apoyo y la guía que posibilitan el trabajo.

Por otro lado, cada estrategia sugiere una forma particular de relación terapéutica, resaltando algunas en particular. La estrategia dialéctica de permitir que el cambio naturalmente ocurra es diferente a enfatizar la necesidad de estructura y consistencia en el tratamiento con pacientes borderline. En cuanto a las estrategias nucleares, una relación terapéutica positiva tiene cualidades curativas en sí mismas para muchos pacientes, aunque generalmente no es suficiente para lograr el principal objetivo que es que los pacientes alcancen una vida que valga la pena ser vivida. El énfasis en la validación, y particularmente las estrategias que alientan al paciente, también ponen este programa en un lugar diferente al de otros tratamientos. Finalmente la postura genuina radical, siendo ésta natural y no como parte del rol, lleva a una forma particular de relación que está lejos de ser formal, reservada y de superioridad.

Muchas de las estrategias nucleares sugieren también que la relación terapéutica es central, de manera diferente que en otros modelos. Esto incluye al terapeuta como detective, como conductor del análisis comportamental, como modelo, como maestro, como reforzador y castigador y como estimulador de las cuestiones que el paciente evita.

En lo que respecta a las estrategias comunicacionales, el terapeuta deliberadamente varía su estilo interpersonal. Estilos de reciprocidad e irreverencia son los polos entre los cuales se encuentran el comportamiento del terapeuta y en la relación terapéutica.

El programa, correctamente aplicado, requiere de la habilidad de los terapeutas para comportarse y relacionarse de formas muy contrastantes. La primera dimensión en la cual deben mantener un balance dialéctico es la de aceptación y cambio. Una orientación excesiva hacia cualquiera de los dos extremos genera una interferencia, por lo que, con ayuda del equipo, el terapeuta deberá fortalecer el que se encuentre débil. Otras variantes de esta dialéctica pueden ser: proveer de cuidados al paciente por un lado y la falta de demanda por parte del paciente por otro; y por un lado flexibilidad en el tratamiento y por el otro no poder correrse de los principios generales del mismo.

Capítulo 7. Otras aplicaciones del Modelo Dialéctico Comportamental

La Terapia Dialéctico Comportamental de Linehan (1993) ha llegado a ser considerada la intervención integrativa óptima para pacientes con trastorno borderline de la personalidad. Hasta la fecha, la investigación y el trabajo en la clínica han focalizado en pacientes mujeres adultas. Sin embargo, la terapia dialéctico comportamental se ha visto empleada con individuos de características demográficas muy diversas. En estas condiciones es necesario un continuo trabajo con el fin de delinear los parámetros de este modelo de tratamiento y sus alcances. (Turner, 1998)

En el 2001 Linehan explicaba que el tratamiento dialéctico comportamental fue desarrollado para tratar mujeres suicidas crónicas con trastorno de personalidad borderline. Pero, ya en 1991, Linehan planteaba que este programa había demostrado ser efectivo en mejorar la calidad de vida no sólo a esta población de pacientes sino también a pacientes borderline que no necesariamente presentaban síntomas de suicidio. Además resalta que en su experiencia y la de otros clínicos, este tratamiento podría ser de mucha utilidad con otros trastornos, pero que aún falta la comprobación de su eficacia en esas áreas.

Terapia Dialéctico Comportamental para la depresión

Siguiendo las líneas teóricas y de investigación de la terapia dialéctica comportamental, Hopko (2003) presenta el «Behavioral Activation Treatment for Depression» (BATD) (Le Juez, 2002) que puede ser de utilidad en la reducción de la frecuencia de los comportamientos suicidas, parasuicidas y de automutilación que presentan los pacientes borderline. Este tratamiento mantiene la filosofía de aceptación emocional y cambio comportamental; y el abordaje proactivo de la tendencia suicida como el tratamiento dialéctico comportamental. A diferencia del tratamiento dialéctico comportamental, el mecanismo de disminución de la tendencia al suicidio no es a través del entrenamiento de habilidades sino a través de la modificación del ambiente, con el fin de que el paciente experimente experiencias afectivas positivas aumentando la frecuencia de comportamientos saludables y gratificadores.

Terapia Dialéctico Comportamental para adolescentes

Turner y sus colegas (1998), luego de haber trabajado ocho años con adolescentes marginados, han propuesto siete modificaciones para el tratamiento dialéctico comportamental. Primero, han aprendido a evitar algunos de los niveles más altos de pensamiento necesarios para enseñar la dialéctica. Para la mayoría de estos adolescentes es necesario enseñar lecciones concretas con vocabulario concreto ya que sus experiencias educativas han sido esporádicas y de baja calidad. Además han aprendido que debido a lo anteriormente expuesto, el nivel intelectual de estos adolescente está empobrecido, por lo que el terapeuta puede hacer uso del pensamiento dialéctico pero es muy difícil que sea incorporado por el adolescente. De este modo han encontrado que un abordaje orientado a la acción es superior a las intervenciones cognitivas en la búsqueda del cambio en los comportamientos y pensamientos.

La tercera modificación es pragmática por naturaleza, como no es muy probable que los profesionales / practicantes tengan suficientes pacientes adolescentes con trastorno borderline de la personalidad para formar un grupo, el entrenamiento en habilidades debe realizarse en el marco individual o con la familia.

En cuarto lugar, un tratamiento focalizado en la familia es de mucha utilidad en esta población ya que incluye el ambiente activo del adolescente. Además, los terapeutas que trabajan con adolescentes en el tratamiento dialéctico comportamental deben ser más activos en las intervenciones que realizan en el sistema comunitario del paciente (colegio, familia, juzgado) que cuando se trabaja con pacientes adultos.

Quinto, no han encontrado que sea práctico un año de tratamiento con pacientes externos. Por lo tanto han necesitado modificar la duración del tratamiento para acomodarlo a las necesidades de estos jóvenes y sus familias. Esto muchas veces implica identificar y focalizar los aspectos más importantes del tratamiento en un tiempo limitado

Sexto, han encontrado que ciertas estrategias alternativas como cambios de vivienda, hogares alternativos o colegios pupilos pueden ser necesarios cuando las familias no logran reestablecer el manejo de los comportamientos de manera efectiva en el hogar.

Por último en la adaptación del modelo dialéctico comportamental categorizan las intervenciones del tratamiento de Linehan (1993) de diferente manera. Han focalizado su trabajo en una perspectiva evolutiva que considera las herramientas cognitivas que poseen los niños como etapas específicas de desarrollo. De esta manera han categorizado las intervenciones de acuerdo a la noción de Bruner (1964) de modos diferentes de representación mental. Estas tres maneras de codificación de la información son: 1) el modo en que se involucra la acción sobre objetos o sobre el comportamiento, 2) el modo marginal 3) el modo del pensamiento léxico, que involucra las maneras de codificar y procesar el lenguaje

Turner (1998) plantea que, en su experiencia en la aplicación del tratamiento dialéctico comportamental en minorías de adolescentes de zonas marginales, este es un modelo psicosocial de tratamiento viable para ellos. Él sugiere que el modelo dialéctico comportamental es un modelo general de tratamiento que puede ser aplicado tanto para adultos como para adolescentes. Plantea también que su deseo es que los clínicos comiencen a experimentar con el modelo dialéctico comportamental para diferentes trastornos y diversidad de poblaciones.

Terapia Dialéctico Comportamental para la familia

Hoffman (1999) describe que la terapia dialéctico comportamental para individuos ha abordado los problemas de vulnerabilidad emocional (alta sensibilidad, alta reactividad, lento retorno a la estabilidad) interviniendo directamente sobre el paciente. El manual estándar de la terapia dialéctico comportamental sólo menciona las intervenciones familiares, no abordando directamente el ambiente invalidante.

Hay diferentes formas de adaptar el tratamiento dialéctico comportamental. Primero, se puede aplicar directamente el modelo en otra población sin realizar modificaciones. Otra opción es utilizar el tratamiento para aumentar los resultados con pacientes border, como por ejemplo enseñar a la familia o la pareja del paciente las habilidades originales de la terapia dialéctico comportamental. Finalmente se pueden desarrollar nuevas intervenciones (nuevas habilidades o estrategias de tratamiento), consistentemente con el modelo transaccional, interviniendo específicamente en el nivel ambiental (Hoffman, 1999).

Abordar el ambiente familiar pareciera ser una extensión natural del tratamiento dialéctico comportamental por varios motivos: 1) las hipótesis etiológicas de la terapia dialéctico comportamental atribuyen un papel central al ambiente en el desarrollo de los patrones de comportamiento borderline; 2) el tratamiento, teniendo en cuenta el modelo transaccional, tiene en consideración las interacciones del individuo con el ambiente y sus efectos mutuos; no tener en cuenta las interacciones cotidianas puede perpetuar los patrones desadaptativos; 3) los integrantes de las familias de los pacientes borderline suelen presentar vulnerabilidad emocional y frecuentemente han crecido en ambientes invalidantes. (Zanarini, 1990)

Conclusiones y Perspectivas Futuras

El presente trabajo ha tenido por objetivo describir la complejidad del trastorno borderline de la personalidad e incursionar en una alternativa posible de tratamiento para estos pacientes.

En la primera parte se describieron, por un lado y desde distintas perspectivas descritas en la literatura, las características que presentan estos individuos; y por otro lado, cuatro diferentes concepciones de esta patología.

En la segunda parte, se repasaron los enfoques de tratamiento más utilizados hasta el momento para luego introducir la terapia dialéctico comportamental, describiendo sus componentes fundamentales y posibles aplicaciones.

El paciente borderline representa un desafío para los profesionales de la salud mental desde una gran variedad de perspectivas. En primer lugar es muy poco probable que el mismo individuo decida venir a la consulta; en muchas oportunidades es derivado por la justicia, traído por la familia u otros significativos.

Llegan en situaciones de crisis, y la sintomatología específica y el alto grado de comorbilidad con otros trastornos, dificultan el diagnóstico.

Este trastorno representa un alto porcentaje de la población de pacientes de los centros de salud mental y la carencia de programas de tratamiento específicos, la falta de profesionales especializados y la insuficiencia de estructuras hacen que los logros obtenidos no sean muy esperanzadores.

El trabajo con estos pacientes es muy estresante para los profesionales. El riesgo constante de suicidio, los comportamientos de automutilación, las dificultades en los vínculos, su escasa estabilidad, la limitación para establecer una buena relación terapéutica, las constantes reacciones de ira y enojo, la falta de conciencia de enfermedad y la elevada resistencia al cambio, hacen necesario el trabajo en equipo contando con el sostén y la supervisión necesarios. Por otra parte, los logros y mejorías son escasos y lentos, no se sostienen en el transcurso del tiempo y no se cuenta con un sistema de prevención adecuado.

Asimismo, el entorno del paciente es parte de la complejidad del cuadro. Estos individuos son muy dependientes, pero simultáneamente la impredecibilidad de sus conductas genera rechazo en las personas que los rodean, y como resultado carecen de una red social de apoyo saludable con la cual contar en el transcurso del tratamiento. Además, en muchas oportunidades los familiares de estos pacientes presentan a su vez patologías como trastornos de personalidad, trastornos del estado de ánimo y adicciones, lo que genera aún mayores dificultades para la tarea terapéutica.

Por todo lo expuesto se puede concluir que un trastorno tan complejo como es el borderline no puede ser abordado desde una única perspectiva o marco teórico, es necesario un tratamiento multidisciplinario que incluya todos los aspectos de esta multifacética patología. Como describe Zittel (1998) los elementos a tener en cuenta para el trabajo integrativo con estos pacientes son: la necesidad de un marco de sostén estructurado y consistente, debido a las experiencias caóticas que la mayoría de experimentaron desde la infancia; una especial atención a la forma en que el paciente experimenta la relación terapéutica; el establecimiento de límites claros, estructurados y pautados en la relación terapéutica –ello debido a que han experimentado con frecuencia violaciones de los límites en su niñez- y ellos mismos tienen dificultades respetando los límites apropiados en las relaciones interpersonales adultas; y por último, la necesidad constante de registrar las propias reacciones emocionales como terapeutas, ya que estos individuos generan ciertas reacciones que llevan a la modificación de la estrategia de tratamiento con el fin de regular las propias emociones.

El modelo dialéctico comportamental es una opción de tratamiento multimodal que ha demostrado eficacia con pacientes borderline. Desde sus orígenes fue desarrollado para esta población de pacientes en particular. Su estructura permite abordar las diferentes áreas problemáticas de la vida de estos individuos, por medio de distintas modalidades de tratamiento: en grupo, individual, entrenamiento en habilidades, equipos de consulta y supervisión y consultas telefónicas.

Este tratamiento es una herramienta que brinda la posibilidad de abordar la sintomatología borderline y sus facetas más complejas como son los intentos de suicidio, los comportamientos de automutilación y la difícil relación terapéutica. Es fundamental para estos pacientes contar con un contexto que los valide y comprenda, ya que la sensibilidad emocional que los caracteriza no permite el entrenamiento en habilidades. El tratamiento dialéctico comportamental brinda esta posibilidad ya que el interés genuino y el respeto son dos pilares del entrenamiento del terapeuta y del equipo supervisor.

El modelo dialéctico comportamental es un importantísimo aporte para la psicología. Abre un amplio horizonte de posibilidades, no sólo para el trastorno borderline sino también para otras patologías como la depresión, los trastornos alimentarios, el abuso de sustancias, etc. Es necesario continuar investigando las posibilidades que brinda, sus eventuales limitaciones, así como las diferentes aplicaciones posibles. Como explica Linehan (2001) «...es necesario profundizar las investigaciones. Más específicamente, es necesario

realizar réplicas del tratamiento original para poder estudiar los efectos que produce en los pacientes borderline. También son necesarias investigaciones que identifiquen los componentes esenciales del programa. Además se requiere comparar este tratamiento con otros que hayan demostrado ser efectivos como psicoterapias estandarizadas, tratamientos farmacológicos y sus posibles combinaciones...»

El campo de los trastornos severos es un campo de la psicología para el que no se han encontrado muchas respuestas. Estos pacientes siguen desbordando las instituciones mentales, siguen sufriendo grandes padecimientos y afectando la vida de sus familiares, y no se han encontrado tratamientos eficaces que sean posibles de ser aplicados en la instituciones.

No obstante, Magnavita (1998) plantea algunas de las puertas que pueden abrir a nuevos desarrollos para la terapia de los trastornos de personalidad en un futuro. Estas son:

- ✍ Desarrollar modelos integrativos de tratamiento a corto y largo plazo.
- ✍ Identificar a las personas de edad avanzada con trastornos de personalidad, y proponer estrategias terapéuticas para ellos.
- ✍ Desarrollar programas de prevención y métodos que permitan investigar su impacto.
- ✍ Desarrollar programas educativos para quienes estén interesados en lograr un entrenamiento avanzado.
- ✍ Desarrollar equipos conjuntos de clínicos e investigadores que trabajen en un amplio espectro de temas.
- ✍ Desarrollar programas de tratamiento manualizados desde diversos abordajes terapéuticos.
- ✍ Elaborar planes para modificar la percepción pública con el fin de combatir el estigma asociado a los trastornos de personalidad.

En un nivel más personal la realización de este trabajo me permitió profundizar en uno de los trastornos más severos y difíciles de tratar con los que uno se encuentra en el consultorio. Poder identificarlos cuando llegan a la consulta y contar con los conocimientos básicos fundamentales, permiten tomar decisiones sobre el mejor proceder, ya sea comenzar un tratamiento o derivarlo a donde reciba las atenciones adecuadas. A pesar de la dificultad de aplicar este tratamiento, por no contar con grupos de pacientes con estas características o por no contar con el equipo y las instalaciones necesarias, los lineamientos expuestos en este modelo son un aporte fundamental para la psicología. Aún sin pensar en tener que abordar pacientes tan severos como los tratados en este trabajo, cabe pensar en la aplicación de estas herramientas, planteadas por Marsha Linehan, para su utilización en la práctica profesional cotidiana en diversas patologías.

Considero también que para el futuro profesional que nos espera, será fundamental el trabajo en equipo, en las instituciones especializadas y contar con programas de prevención. Aspiro a lograr una tarea profesional con sustento empírico, basado en la investigación constante ya que la psicología aún tiene mucho camino por recorrer.

Referencias Bibliográficas

- ✍ Adams, H. E., Bernat, J. A. & Luscher, K. A. (2001) Borderline Personality Disorder, An Overview. In Suther P. B. & Adams, H. E. (Eds) *Comprehensive Handbook of Psychopathology* New York: Kluwer.
- ✍ Allen, C. (2004) Borderline Personality Disorder: Towards a Systematic Formulation. *Journal of Personality Disorder*. London. Vol 26 N° 2. pp. 126-141.
- ✍ American Psychiatric Association (2001) Practice guideline for treatment of patients with borderline personality disorder. *The American Journal Of Psychiatry*. V 158 Supl.
- ✍ Barley, W. D., Duie, S. E., Peterson, E. W., Hollingsworth, A. S., Griva, M. Hickerson, S. C., Lawson, J. E. & Bailey B. J. (1993) The Development of an Inpatient Cognitive – Behavioral Treatment Program for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*. Vol 7, pp. 232-241.
- ✍ Bateman A. & Fonagy P. (1999) Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline Personality Disorders: A Randomized Control Trial. *American Journal of Psychiatry*. Vol 156, pp 1563-1569.
- ✍ Beck, A., Freeman, A. & Associates. (1990) « Cognitive therapy of personality disorders». New York. The Guilford Press.
- ✍ Beck, J. (1995) *Cognitive Therapy. Basics and Beyond*. The Guilford Press, New York.
- ✍ Belloch Fuster, A., Fernández Alvarez, H. (2002) *Trastornos de la personalidad*. Madrid, España. Editorial Síntesis.
- ✍ Brodsky B. S., Malone K. M., Ellis, S. P., Dulit R. A. & Mann J. J. (1997) Characteristics of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*. Vol 154, pp 1715-1719.
- ✍ Bruner, J. S. (1964) The Course of Cognitive Growth. *American Psychologist*. Vol 19, pp. 1-19.
- ✍ CIE-10 Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

- ✂ DSM IV, (1998) Criterios Diagnósticos. American Psychiatric Association. Masson. Estados Unidos.
- ✂ Fernández Alvarez, H. (2003) Claves para la Unificación de la Psicoterapia, Más Allá de la Integración. Revista Argentina de Clínica Psicológica. V. 12, N° 3. (pp. 229-246.)
- ✂ Fremouw, W. J., de Perczer, M. & Ellis T. E. (1990) Suicide Risk: Assessment and Response Guideline. Elmsford, NY: Pergomon Press.
- ✂ Gunderson J. G. (1984) Borderline Personality Disorder. Washington DC: American Psychiatric Press.
- ✂ Gunderson, J. G. & Ridolfi, M. A. (2001) Borderline Personality Disorder: Suicidality and Self Mutilation. In Herbert, H. & Mann J. J. (Eds.) The Clinical Science of Suicide Prevention, Annual of the New York Academy of Science New York: New York Academy of Science. Vol 932, pp. 61-77
- ✂ Gundeson, J. G. (1984) Borderline personality disorder. Washington, D.C.: American Psychiatric.
- ✂ Hanna, F.J. (2002). Therapy with difficult clients. Using the precursor model to awaken change. Washington, American Psychological Association.
- ✂ Heard, H. L. & Linehan, M. M. (1994) Dialectical Behavior Therapy: An Integrative Approach to the Treatment of Borderline Personality Disorder. Journal of Psychotherapy Integration. New York. Vol 4, Num 1, pp. 55-82.
- ✂ Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E. & Swenson, C. R. (1999) Dialectical Behavior Therapy. Family Skills Training. New York: Family Process. Vol 38, Num. 4, pp. 399-414.
- ✂ Hopko, D. R., Sanchez, L. Hopko, S., Duir, S. & LeJuez, W. (2003) Behavioral Activation and the Prevention of Suicidal Behaviors in Patients With Borderline Personality Disorders. Journal of Personality Disorders. Vol 17 (5), pp 460-478.
- ✂ Kaplan, H. I. & Saddock, B. J. (1998) Synopsis of Psychiatry (8th Ed.) Baltimore: Williams and Wilkins.
- ✂ Kaplan, H. Sadock, B. Grebb, J. (1997) Trastornos de personalidad. En Sinopsis de Psiquiatría. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- ✂ Keegan, E. (2004) Abordaje Cognitivo del Trastorno Límite de la Personalidad. Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría. Buenos Aires, Argentina. Vol XV, N° 58. pp. 287-294.
- ✂ Koerner, K y Linehan, M. M. (1992). Integrative Therapy for Boderline Personality Disorder: Dialectical Behavior Therapy. En J.C. Norcross y M. R. Golfried (Eds.): Handbook of psychotherapy integration. Nueva York: Basic Books.
- ✂ Koerner, K., Kohlenberg, R. & Parker C. (1996) Diagnosis of Personality Disorders: a Radical Behavioral Alternative. Journal of Clinical and Consulting Psychology. Vol 64, pp 1169-1176.
- ✂ Layden, M., Newman, C. & Morse, S. (1993) Cognitive Therapy of Borderline Personality Disorder. Boston: Allyn and Bacon..
- ✂ Leiderman, E., Buchovsky, S., Jimenez, M., Nemirovsky, M., Pavlovsky, F., Giordano, S. & Lipovetzky G. (2004) Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Borderline de la Personalidad: Una encuesta a profesionales. Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría. Buenos Aires, Argentina. Vol XV, N° 58. pp. 280-286.
- ✂ LeJuez, C. W., Hopko, D. R. & Hopko, S. D. (2002) The Brief Behavioral Activation Treatment for Depression (BATD): A Comprehensive Patient Guide. Boston: Pearson Custom Publishing.
- ✂ Linehan, M. (1993) Cognitive - Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. Nueva York, Estados Unidos. The Guilford Press.
- ✂ Linehan, M. (1998) An illustration of Dialectical Behaviour Therapy. In Session. V 4 N° 2. pp. 21 - 44.
- ✂ Linehan, M., Ivanof, A., Roins, R. (2001) « Dialectical Behaviour Therapy » in Handbook of personality Disorders. Theory, research and treatment. Livesly, J. Compiler. New York. The Guilford Press.
- ✂ Magnavitta, J. (1998). Challenges in the Treatment of Personality Disorders: When the Disorder Demands Comprehensive Integration. In session: Psychotherapy in Practice. Vol 4 (4), 5 - 17.
- ✂ Maslow, A.H. (1970) Motivation and Personality. New York: Harper & Row.
- ✂ Masterson, J. (1976) Psychotherapy of the Borderline Adult: A Developmental Approach. New York: Brunner/Mazzel.
- ✂ Mc Manus, M., Lerner, H., Robbins, D. & Barbour, C. (1984) Assessment of Borderline Symptomatology in Hospitalized Adolescents. Journal of the Academy of Child Psychiatry. Vol 23, pp. 685-694.
- ✂ Millon, T. (1981) Disorder of Personality: DSM III, Axis II. New York: Wiley.
- ✂ Millon, T. (2000) Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM IV. España: Ed. Masson.
- ✂ Millon, T., Everly, G. Jr. (1994) La Personalidad y sus Trastornos. España: Ediciones Martinez Roca.
- ✂ Modestin, J., Abrecht, I., Tschaggelrrl, W. & Hoffman, H. (1997) Diagnosing Borderline: A Contrybution to the Question of its Conceptual Validity. Archives Psychiatrica Nervenkra. Vol 233, pp 359-370.
- ✂ Nathan, P., Gorman, J. (1998) A guide to Treatments that Work. New York. Oxford University Press.
- ✂ Peris, C. Mc Gorny, P. (1999) Cognitive Psychotherapy of Psychotic and Personality Disorders. Handbook of Theory and Practice. England. John Wiley & Sons.

- ✂ Roller, B. Nelson, V. (1999) Group Psychotherapy Treatment of Borderline Personality. *International Journal of Group Psychotherapy*. V 49 N°3. (pp.369 - 385.)
- ✂ Ryle, A. (2004) The Contribution of Cognitive Analytic Therapy to the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*. New York. Vol. 18 N° 1. pp 3-35.
- ✂ Semerari A. (2002) *Psicoterapia Cognitiva del Paciente Grave. Metacognición y Relación terapéutica*. España: Editorial Descleé de Brower.
- ✂ Shaw Welch, S. & Linehan, M. M. (2002) High-Risk Situations Associated with Parasuicide and Drug Use in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*. Vol 16 (6), pp 561-569.
- ✂ Swartz, M., Blazer, D., George, L. & Winfield I. (1990) Estimating the Prevalence of Borderline Personality Disorder in the Community. *Journal of Personality Disorders*. Vol 4, pp 257-272.
- ✂ Turner, R. M., Barnett, B. E. &Korslund, K. E. (1998) The Application of Dialectical Behavior Therapy to Adolescent Borderline. In *Session*. Vol 4 Num 2, pp. 45-66.
- ✂ Vallejo Ruiloba, J. (2001) *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Barcelona, España: Ed. Masson.
- ✂ Widiger, T. A. & Frances A. J. (1989) Epidemiology, Diagnosis and Comorbidity of Borderline Personality Disorders. In Tasman A., Hales R. E. & Frances A. J. (Eds) *Review of Psychiatry* Washington DC: American Psychiatric Press. Vol. 8, pp. 8-24
- ✂ Widiger, T. A. & Weissman M. M. (1991) Epidemiology of Borderline Personality Disorders. *Hospital and Community Psychiatry*. Vol 42, pp 1015-1021.
- ✂ Young J. & Lindemann M. (1992) An Integrative Schema - Focused Model for Personality Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. Vol 6, pp. 11-24.
- ✂ Young, J. & Swift, W. (1988) Schema –Focused Cognitive Therapy for Personality Disorders: Part 1. *International Cognitive Therapy Newsletter*. Vol 4 N° 5. pp. 13-14.
- ✂ Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R. & Chawncney, D. L. (1990) Discriminating Borderline Personality Disorder From Other Axis II Disorders. *American Journal of Psychiatry*. Vol 147, pp 161-167.
- ✂ Zanarini, M. C., Gunderson, J., Marino, M. Schwrtz, M. & Frankenburg, F. (1990) *Psychiatric Disorders in the Families of Borderline Outpatients. Family Environment and Borderline Personality Disorder*. Washington Dc: American Psychiatry Press.
- ✂ Zittel, C. & Westen, D. (1998) Conceptual Issues and Research Findings on Borderline Personality Disorder: What Every Clinician Should Know. New York: In *Session*. Vol. 4, Num 2. pp. 5-20.

