



APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL UTILIZANDO UN ESQUEMA BREVE DE FORMACIÓN EN HABILIDADES PSICOSOCIALES A UNA PACIENTE CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LÍMITE Y RIESGO SUICIDA. ESTUDIO DE CASO CLÍNICO ÚNICO.

APPLICATION OF DIALECTICAL BEHAVIORAL THERAPY TECHNIQUES USING A BRIEF TRAINING SCHEME IN PSYCHOSOCIAL SKILLS TO A PATIENT WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AND SUICIDE RISK. SINGLE CLINICAL CASE STUDY.



Johanny Ramírez Rodríguez*

CASO
CLÍNICO

Resumen

El presente artículo describe la aplicación de cuatro técnicas de la Terapia Dialéctica Conductual propuesta por Marsha M. Linehan usando un esquema de intervención como psicoterapia breve, para reducir los síntomas clínicos de miedo a la soledad, ansiedad y la conducta suicida presentes en una mujer de 42 años con el diagnóstico de trastorno de la personalidad límite, historia de autolesiones y dificultad para relacionarse con otras personas.

Para este caso primero se realizó un psicodiagnóstico a la paciente con metodología mixta que incluyó la entrevista psicológica clínica semi estructurada, el

examen mental, la aplicación de tests psicológicos, un cuestionario para el registro funcional, la revisión del expediente de salud y una entrevista al conyugue de la paciente.

Posterior al esquema de intervención se registraron reducciones significativas de miedo a la soledad y ansiedad de la paciente, también evidenció capacidad de autocontrol del comportamiento suicida y mejoró sus relaciones interpersonales.

Palabras claves: ansiedad, conducta suicida, esquema de intervención, miedo a la soledad, relaciones interpersonales, terapia dialéctica conductual, trastorno de la personalidad límite.

*Máster en Psicología Clínica y de la Salud Mental, Hospital Nacional de Salud Mental, Servicio de Rehabilitación del Hospital Diurno, Servicio de Psicología Clínica, San José, Costa Rica. Email: johannypsicologo@gmail.com



Abstract

This article describes the application of four Dialectical Behavioral Therapy techniques proposed by Marsha M. Linehan using an intervention scheme such as brief psychotherapy, to reduce the clinical symptoms of fear of loneliness, anxiety and suicidal behavior present in a woman of 42 years old with a diagnosis of borderline personality disorder, a history of self-harm and difficulty relating to other people.

For this case, first a psychodiagnosis was carried out on the patient with a mixed methodology that included a semi-structured clinical psychological interview, a mental examination, the application of psychological tests, a questionnaire for the functional record, the review of the health file and an interview with the patient's spouse.

After the intervention scheme, significant reductions in the patient's fear of loneliness and anxiety were recorded, she also showed the ability to self-control suicidal behavior and improved her interpersonal relationships.

Key Words: anxiety, suicidal behavior, intervention scheme, fear of loneliness, interpersonal relationships, dialectical behavior therapy, borderline personality disorder.

Introducción

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su 5° edición indica que la característica esencial del trastorno de la personalidad límite (TPL) es descrita como un patrón de comportamiento emocional inestable, con la tendencia a ser una persona irritable y con comportamiento dramático que puede pasar de expresiones de felicidad a llanto lábil y enojo exacerbado, otra característica asociada es el déficit en las relaciones interpersonales ya que puede oscilar de idealizar a una persona a devaluarla. Las personas con TPL pueden experimentar miedo intenso al abandono real o imaginario ya sea de sus parejas o de personas de convivencia¹.

Estos pacientes son susceptibles a cambios repentinos de un acuerdo previo o una cita programada. En respuesta a dichos cambios pueden expresar síntomas que impresionan como un estado de pánico¹.

Las autolesiones y el comportamiento suicida son aspectos de riesgo y de consideración clínica en las respuestas conductuales de una persona con TPL¹. En este caso la tendencia de autolesionarse con cortes en sus brazos e intoxicación con medicamentos más la expresión suicida recurrente fueron las razones de referencia a la paciente para valoración y tratamiento psicológico.



Considerando las particularidades del diagnóstico y el comportamiento de riesgo en autolesiones se trabajó con la terapia dialéctica conductual (DBT) por la evidencia científica de la efectividad de para el tratamiento de los síntomas del TPL^{2,3}.

Linehan confirma que la DBT es efectiva para la intervención psicoterapéutica de polaridades emocionales (desregulación), porque permite un efecto regulatorio a nivel cognitivo y conductual. La razón radica en la estructura del tratamiento de la DBT por ser ordenada y secuencial en la aplicación de las técnicas que trabajan directamente con la patogénesis del TPL la desregulación de las emociones⁴.

Esta efectividad también ha sido demostrada por De la Vega y Sánchez quienes realizaron un estudio de seguimiento de dos años, el cual evidenció los beneficios de la DBT para reducir intentos de suicidio y comportamientos impulsivos².

El presente estudio de caso único se suma a la evidencia de la eficacia de la DBT para potenciar habilidades de autocontrol psicoemocional.

Presentacion caso clínico:

Se describe a una paciente femenina de 42 años de edad, costarricense, madre de dos hijos de su primera relación de pareja los cuales tienen las edades de 18 y 20 años, con grado académico de octavo de

secundaria, desempleada y vive en una casa de alquiler con su pareja actual un masculino de 62 años.

Historia Clínica de relevancia:

La paciente manifestó un patrón de conducta de autolesiones e ideación suicida recurrente y de larga data como respuesta a la emoción de enojo, evidenció dificultad en las relaciones sociales desde su niñez y el estrés ha sido detonante para respuestas de autolesiones, abandonó los estudios en octavo año del colegio al sentirse incapaz de pertenecer a un grupo de pares, actualmente no estudia ni trabaja por expresar déficit en habilidades interpersonales.

Reveló abuso sexual a la edad de 15 años por parte de su hermano menor y un hombre adulto amigo de su padre, a los 18 años presentó la primera conducta suicida mediante intoxicación con pastillas según indicó con el objetivo de calmar la ansiedad generada por el abuso sexual descrito.

A los 30 años realizó la segunda conducta suicida, según comentó con intoxicación por pastillas ante la separación de su primera pareja y detalló que su tercera intoxicación también con pastillas fue a los 38 años por conflictos con su hija asociados al comportamiento “impulsivo” de la paciente.

Posterior a esto a los 41 años de edad realizó dos intoxicaciones más con pastillas y cortes en sus antebrazos por discusiones



con su pareja de convivencia. Describió mantenerse en esta relación para “sentir compañía y no estar sola”.

Explicó que su pensamiento de muerte ocurre cada vez que no logra controlar el estrés o su enojo y cuando sus planes cambian de forma repentina.

Describió sensación de irritabilidad y tensión psicoemocional la mayor parte del tiempo casi todos los días con dificultad para relajarse y llanto lábil de forma recurrente. Identificó miedo exacerbado a la soledad, esto como el desencadenante de su síntoma ansioso. A nivel somático manifestó que ante situaciones de estrés ha reaccionado con sudoración en las palmas de las manos, sensación de hormigueo en sus manos, además; aseguró tener estados breves de ahogo como falta de aire al respirar.

Explicó percibir cambios emocionales rápidos e intensos que van desde sentir tranquilidad a enojo exacerbado ante situaciones de estrés.

Evaluación clínica con psicodiagnóstico:

El objetivo de la evaluación psicológica es indagar información confiable para intervenir con la atención necesaria a la paciente con la finalidad de mejorar los tratamientos y el bienestar^{5,6,7}.

La metodología empleada en este caso consistió en la entrevista psicológica

clínica, el examen mental⁸, la aplicación de las pruebas Listado de síntomas breve (LSB-50)⁹, el Inventario de evaluación de la personalidad (PAI)¹⁰, el Inventario multifásico de personalidad de Minnesota-2-Reestructurado (MMPI-2-RF)¹¹, el NEUROPSI Atención y Memoria (2ª edición)¹², y el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS (Whodas 2.0)¹, además de fuentes colaterales, tales como la epicrisis de referencia médica, la revisión del expediente de salud y una entrevista con la pareja de convivencia de la paciente.

Con base en la información obtenida y análisis la paciente cumple con los criterios para el diagnóstico de:

Sección 1: 301.83 (F60.3) Trastorno de la personalidad límite.

Sección 2:

V61.8 (Z63.8) Nivel elevado de emoción expresada en la familia.

V15.59 (Z91.5) Historia personal de autolesión.

Sección 3: Discapacidad severa en los dominios de relacionarse con otras personas y de participación en sociedad¹.

Intervención Psicológica

De acuerdo con McKay la DBT ayuda a los pacientes a controlar emociones arrolladoras que se desencadenan en conductas hostiles



o de riesgo de autolesiones lo cual fue una de las áreas prioritarias en la atención la paciente¹³.

En el enfoque de la DBT se considera que la regulación emocional es un elemento clave y punto de partida para iniciar un tratamiento efectivo que genera un efecto en cadena en la conducta y el pensamiento y que las alteraciones en pacientes con TPL radican en el déficit de autocontrol emocional y por esta razón la tendencia es utilizar recursos inefectivos como las autoagresiones o el pensamiento de suicidio para calmar el estado de tensión psicoemocional⁴.

La DBT incluye elementos de la terapia cognitivo conductual, como lo son el mindfulness (conciencia plena) y la filosofía dialéctica, que se integran en un tratamiento ordenado en secuencia¹⁴.

Para la intervención psicoterapéutica de este caso clínico se diseñó un esquema breve para la formación en habilidades psicosociales el cual permitió aplicar ejercicios de cuatro técnicas de la DBT.

Se describe a continuación cada una de las cuatro técnicas de la DBT con base en los planteamientos teóricos de Marsha M. Linehan⁴, iniciando con la técnica de habilidad básica de conciencia que constituye un elemento fundamental para el desarrollo del tratamiento psicoterapéutico.

Las habilidades de conciencia son versiones psicológicas y conductuales de ejercicios espirituales orientales fundamentados en la práctica del budismo zen. En esencia es un trabajo de meditación consciente con ejercicios de respiración diafragmática (nasal, bocal y abdominal) que permite experimentar la autorregulación del sistema nervioso autónomo simpático y parasimpático, que son los sistemas corporales más relacionados con la respuesta de activación y relajación mental conductual.

Esta habilidad permite la conexión psicológica consciente de tres estados mentales denominados la mente racional (lo que pienso), la mente emocional (lo que siento) y la mente sabia (estado de conciencia lúcida). Al integrar las tres mentes la persona puede actuar con decisiones organizadas y reconocer los pros y contras de los actos pensados o realizados, la mente sabia es el equilibrio que regula el pensamiento, el sentimiento y la conducta.

La segunda técnica se llama habilidad de regulación de las emociones y trabaja con uno de los fundamentos teóricos de la BDT que se conoce como el contexto emocional invalidante el cual se focaliza en la inhibición o el bloqueo de emociones que la persona realiza al no saber cómo manejarlas, creando de esta forma tensión psicoemocional, las personas con TPL tienden a mejorar si se les ayuda a sentir su emoción sin negarla.



La tercera técnica es la de habilidad de tolerancia al malestar, cuyo objetivo es desarrollar destrezas inmediatas para calmar la tensión percibida en momentos de crisis sin dañar la integridad física. La aceptación radical; es uno de los ejercicios que ayudan a comprender que las crisis son sucesos que forman parte de la vida y a reconocer la realidad tal como es. Ayuda a enfrentarla de forma efectiva en lugar de negarla generando así más tensión psicoemocional.

La cuarta técnica es la de habilidad de efectividad interpersonal, que promueve la comunicación asertiva inter e intrapersonal, de sí mismo y con los demás. Las destrezas que se promueven desarrollar son la capacidad de negociar en un conflicto interpersonal en lugar de evitarlo, la flexibilidad a cambios en acuerdos o citas previas y la tolerancia en las relaciones interpersonales analizando la situación antes de terminar con las relaciones de forma precipitada. En síntesis, se aprende a desarrollar la habilidad para resolución de problemas interpersonales.

3.1 Objetivo terapéutico:

Aplicar técnicas de la DBT utilizando un esquema breve de formación en habilidades psicosociales diseñado para este caso para reducir ansiedad y riesgo suicida de la paciente.

Extracción de áreas prioritarias de atención:

La DBT plantea la estrategia de llevar a cabo análisis en cadena para determinar áreas prioritarias de atención de la persona¹⁵. Dicho proceso se realiza considerando atender de primero la disfuncionalidad de mayor grado que se presenta en las actividades cotidianas de la persona y luego las de mayor ejecución o instrumentales (las que necesitan procesos cognitivos). Lo planteado expone que al atender el área prioritaria las otras áreas se beneficiarían como un efecto en cadena.

La paciente de este caso clínico registró en el LSB-50 de pre intervención altas puntuaciones de ansiedad asociada a la percepción de miedo a quedarse sola y el índice de riesgo psicopatológico con conducta suicida.

En la historia clínica indicó conducta hostil en las relaciones interpersonales manifestando irritabilidad, hipersensibilidad y psicoreactividad al miedo de posible abandono.

Como áreas prioritarias de atención delimitadas para este caso en primer lugar está la emocional específicamente la ansiedad que se activa por el miedo intenso a quedarse sola, la segunda área de atención es el comportamiento autolesivo con riesgo suicida confirmado en la historia clínica con la tendencia a la intoxicación con la ingesta



de pastillas y cortes en los antebrazos con cuchillos e inclusive navajillas u otro objeto punzo cortante como respuesta exacerbada al estrés percibido.

Miedo y ansiedad

El miedo es una respuesta emocional y física a una situación que se considere peligrosa, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipada a una situación real o imaginaria que podría pasar a futuro. Las anteriores pueden ser desadaptativas cuando aparecen de forma excesiva (desregulada) o sin capacidad de control causando alteraciones del comportamiento¹. En este caso la paciente ha presentado un patrón de exacerbación emocional de miedo a la soledad, el cual le lleva a manifestar ansiedad elevada desde el pensamiento recurrente de muerte cuya consecuencia es la activación psicósomática y la conducta de riesgo suicida de larga data sin la capacidad de autorregular.

Comportamiento autolesivo con riesgo suicida

El comportamiento suicida es la conducta humana encaminada hacia la autodestrucción impulsada por el deseo e idea de muerte para acabar con la propia vida y que concluye en el intento de autoeliminación o en el suicidio consumado¹⁶.

Del esquema de Intervención psicoterapéutico

Se detalla a continuación el proceso de intervención psicoterapéutico realizado con la aplicación de un esquema breve de formación en habilidades psicosociales diseñado para este caso clínico único.

Con base en la teoría biosocial de la DBT al trabajar la autorregulación emocional de miedo y ansiedad se puede regular la conducta impulsiva de riesgo suicida, puesto que, la desregulación sistémica está producida por la vulnerabilidad emocional y por el uso de estrategias inadecuadas de modulación de las emociones⁴.

El diseño del esquema breve de formación en habilidades psicosociales para esta paciente se creó como un entrenamiento de diez sesiones, utilizando cuatro técnicas básicas de la DBT para la regulación emocional de miedo a la soledad, ansiedad y reducir el riesgo de conducta autolesiva de la paciente. El formato de cada sesión se planeó de modo que el entrenamiento tuviera una estructura ordenada y secuencial para obtener avances en la adquisición de habilidades regulatorias a nivel emocional y conductual¹⁷.

El entrenamiento se estructuró en dos fases: la primera fase se llamó pretratamiento con la sesión 1 cuyo objetivo fue realizar un encuadre claro y específico resaltando el



compromiso del profesional y de la paciente en cada sesión de trabajo, para lo cual se utilizó la estrategia de contrato de la DBT en donde se detallan las normas, lineamientos y beneficios del entrenamiento en habilidades psicosociales diseñado para las particularidades ideográficas de este caso y delimitando las áreas prioritarias de atención como el miedo a la soledad, la ansiedad y el comportamiento de riesgo suicida con

el patrón de conducta de intoxicación con pastillas y cortes en antebrazos.

La segunda fase fue la de tratamiento que se desarrolló de la sesión 2 a la 10, permitiendo a la paciente desarrollar habilidad de autorregulación sintomática lo que su vez le ayudó con la integración cognitiva de las demás técnicas.

Tabla 1. Esquema breve de formación en habilidades psicosociales

Fase de pretratamiento			
Sesión	Objetivo	Actividades realizadas	Técnica empleada
1	Establecer el encuadre del tratamiento.	Se explica la estructura del tratamiento orientado en la formación de habilidades psicosociales para regular miedo, ansiedad y conductas autolesivas. Acuerdo de compromiso para el entrenamiento en habilidades psicosociales.	Estrategia de contrato
Fase de tratamiento			
Sesión	Objetivo	Actividades realizadas	Técnica empleada
2	Enseñar habilidad básica de conciencia plena.	Ejercicio: Mente sabia integrar la mente racional y la emocional. Se asignó práctica en casa de lo aprendido en la sesión.	Habilidad básica de conciencia
3	Entrenar en habilidad de conciencia plena específica para focalización de emociones de enojo y miedo.	Resumir la experiencia de la técnica mente sabia aprendida en sesión anterior y practicada en casa. Ejercicios: -Registrar tres minutos de pensamientos. -Defusión de pensamientos. -Describe tu emoción.	Habilidad básicas de conciencia



4	<p>Fortalecer la habilidad adquirida de conciencia plena</p> <p>Iniciar con técnica de regulación emocional.</p>	<p>Ejercicio de conciencia plena para supervisar la habilidad adquirida.</p> <p>Ejercicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Efectivamente. -Deje estar los pensamientos con acción opuesta. -Distráete frente a conductas autodestructivas. -Acción inversa. 	<p>Habilidad de regulación de las emociones</p>
5	<p>Síntesis dialéctica de habilidades adquiridas, tarea de conciencia plena para clasificar la ansiedad y emoción de enojo experimentada durante el entrenamiento.</p>	<p>Ejercicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Esquema para entender como se cambian las emociones no deseadas. -Resolución de problemas con pros y contras. -Acción opuesta para cambiar las emociones. 	<p>Habilidad básica de conciencia y habilidad de regulación emoción</p>
6	<p>Educación en tolerancia al malestar.</p> <p>Ejercicios dialécticos para pensamiento, emoción y conducta.</p>	<p>Ejercicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Media sonrisa aceptar la realidad con la cara. -Aceptación radical con pros y contras. 	<p>Habilidad de tolerancia al malestar</p>
7	<p>Fortalecer habilidad de regulación emocional e integración dialéctica.</p>	<p>Ejercicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Análisis en cadena. -ASCES (acciones, sensaciones, cogniciones, eventos, sentimientos). 	<p>Habilidad de regulación de las emociones</p>
8	<p>Orientar en habilidad de efectividad interpersonal con integración dialéctica.</p> <p>Asignar tarea plan de vida efectiva.</p>	<p>Ejercicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> -DEAR MAN (obtenga aquello que se desea). -GIVE (mantenga la relación). -VIDA (mantenga el autorrespeto). 	<p>Habilidad de efectividad interpersonal</p>



9	<p>Promover ejercicio cognitivo conductual de aplicar el plan de vida efectiva con pequeños ensayos semanales y metas a corto plazo.</p> <p>Realizar pre cierre del proceso de psicoterapia breve.</p>	<p>Ejercicio:</p> <p>-Equilibrar prioridades de acción y capacidad personal frente a demandas de la vida.</p>	Habilidad de efectividad interpersonal
10	<p>Aplicar test LSB-50 como post intervención.</p> <p>Realizar sesión de cierre del proceso de psicoterapia breve.</p> <p>Validación de esfuerzos y del compromiso al cambio.</p> <p>Se aclaran las pautas de la tercera fase de la DBT (Post-tratamiento).</p>	<p>Síntesis de habilidades psicosociales adquiridas en el proceso de intervención psicoterapéutica.</p> <p>Ejercicio:</p> <p>-Revisión del manual de habilidades efectivas construido por la usuaria durante el proceso de tratamiento para usarlo como recurso de afrontamiento post egreso.</p>	Habilidad de efectividad interpersonal.

Fuente: Elaboración propia (2022).

Resultados obtenidos de la Intervención Psicológica:

Como seguimiento de resultados y medición cualitativa se utilizó un registro subjetivo de conducta en el cual la paciente manifestó reducción de la frecuencia e intensidad del miedo a estar sola. Al inicio del entrenamiento la percepción de miedo sucedía 4 veces por semana, con intensidad de 10 lo que significaba que existía una extrema tensión incontrolable, sin embargo, al llegar a la sesión 10 la percepción de miedo acontecía 1 vez por semana con intensidad de 6 que representó

un nivel de tensión controlable con el uso de las técnicas adquiridas en el entrenamiento.

Específicamente la técnica de conciencia plena con el ejercicio de mente sabia (enfocar la mente de forma consciente en un lugar neutro para unificar el pensamiento y el sentimiento) en conjunto con el entrenamiento en respiración diafragmática controlada con inhalación y exhalación consciente, ayudó a la paciente a gestionar (autorregular) los síntomas somáticos de sudoración en las palmas de las manos, parestesias en manos y sensación de ahogo



en su garganta asociados al pensamiento de estar sola en su casa. Los ejercicios de la técnica de regulación de las emociones ayudaron a la paciente a desarrollar otras alternativas de afrontamiento a las crisis autolesivas distintas a los cortes en sus brazos o intoxicación de pastillas lo que provocó que descargara la conducta hostil y tensión psicoemocional sin autolesionarse reduciendo de esta forma el riesgo suicida.

La paciente inició el entrenamiento en habilidades psicosociales manifestando tener pensamientos recurrentes de autolesionarse con intensidad grave en una frecuencia de 4 veces por semana; al finalizar la intervención confirmó no tener pensamiento de muerte ni un plan de autolesión estructurado.

A nivel conductual también se redujeron las policonsultas hospitalarias al servicio de urgencias y la polifarmacia asociada a esas visitas por crisis de ansiedad. En cuanto a los niveles de ansiedad se registró modulación importante con la escala de Hamilton al inicio del entrenamiento la paciente obtuvo 37 puntos para un estado de ansiedad grave; al finalizar registró 8 puntos que representaron ansiedad leve.

La técnica llamada habilidad de efectividad interpersonal le permitió a la paciente realizar visitas a sus hijos una vez por semana sin que reportara conflictos en sus relaciones familiares ni

percepción de miedo al ambiente social. Al finalizar el esquema breve de formación en habilidades psicosociales la paciente reportó la percepción de alivio físico y motivación para continuar con el mantenimiento de las técnicas adquiridas.

De lo anterior la paciente construyó un manual de consulta post intervención con los ejercicios practicados y la experiencia vivida en el entrenamiento. La paciente reconoció barreras cognitivas que le impedían continuar con sus metas personales y finalizó el proceso de intervención con un plan de acción a corto plazo para el área académica y laboral.

Evaluación de la eficacia del esquema de intervención aplicado a la paciente

Se utilizó para la línea base de tratamiento el Listado de síntomas breve (LSB-50) por ser un instrumento confiable para medición pre y post intervención⁹.

Al finalizar la intervención el índice global de severidad bajó notablemente confirmando que el esquema breve de formación en habilidades psicosociales diseñado para la paciente fue efectivo en ayudarle a reducir la intensidad de síntomas emocionales en particular el miedo a estar sola en casa y las conductas impulsivas de autolesionarse como cortarse los antebrazos e intoxicarse con pastillas.



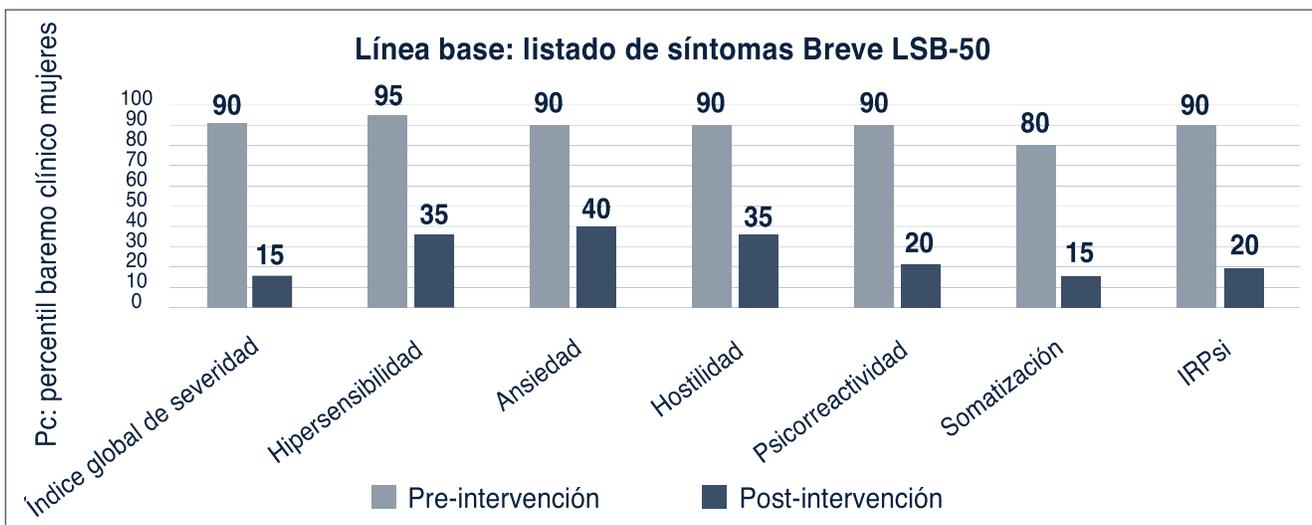
Se evidenció mejoría en la hipersensibilidad a las relaciones interpersonales y el estado de ansiedad asociado al miedo de estar sola se redujo significativamente hasta tener autocontrol emocional.

Se logró reducir la hostilidad manifestada en reacciones de pérdida de control emocional con autolesiones físicas y bajó significativamente la psicorreactividad

expresada en autoimagen desvalorizante de la percepción de sí misma.

La paciente disminuyó los síntomas somáticos de sudoración y parestesias en las manos así como la sensación de falta de aire y evidenció mejoría clínica en el índice de riesgo psicopatológico (IRPsi) con la reducción del comportamiento de riesgo suicida. (ver gráfico 1)

Gráfico 1. Línea base de la intervención psicoterapéutica.



Fuente: Elaboración propia (2022).

Análisis final y discusión

Vásquez-Dextre¹⁸, resalta la efectividad de utilizar la DBT en conjunto con un programa terapéutico de entrenamiento en habilidades psicológicas para los síntomas del trastorno de la personalidad límite, empleado etapas de pretratamiento y tratamiento cada una

con sus respectivos objetivos, demostrando eficacia en la reducción de síntomas de conductas autoagresivas e ideación suicida. En cuanto a la eficacia de la DBT como programa de intervención para conductas impulsivas, Groves citado en Vásquez-Dextre describe una revisión sistemática sobre el uso de la DBT y encontró eficacia



para trabajar en trastornos de conducta alimentaria, trastorno bipolar y conductas autolesivas sin intención suicida, así mismo Cahueñas¹⁹ presentó un estudio de caso de una mujer adulta joven con diagnósticos de trastorno de la personalidad límite, ansiedad generalizada y episodio depresivo mayor, abordados con BDT y terapia cognitiva conductual (TCC) desarrollada por Aaron T. Beck, como resultado se obtuvo una mayor eficacia de la TCC en los síntomas depresivos y creencias centrales y en el caso de la BDT ayudó a que los síntomas de automutilación e ideación suicida se redujeron.

Salgado²⁰ realizó un estudio de casos en un grupo de personas con TPL que recibieron DBT sin un tratamiento farmacológico y concluyendo que la DBT es la psicoterapia que más base empírica tiene para reducir la sintomatología de los pacientes limítrofes ya que su objetivo principal es ayudar a que los pacientes manejen la desregulación emocional y las crisis.

Lo anterior lo han reforzado García y Camus²¹ quienes comprueban la eficacia de la DBT para pacientes con diagnóstico de TPL aplicado como un programa llamado gestión emocional desarrollado en las fases de pretratamiento, tratamiento y postratamiento.

Rodríguez²² en su estudio realizado indicó una estrecha relación entre la sintomatología del TPL y la presencia de dolores somáticos crónicos y concluye señalando que el

tratamiento de dolores crónicos en pacientes con TPL con psicofármacos es de mayor eficacia si se presenta en combinación con Terapia Dialéctica Conductual.

Como conclusión en este caso clínico resultó ser efectivo usar las técnicas de la DBT con el diseño de un esquema de entrenamiento breve para regular la emoción de miedo a la soledad, la ansiedad y la conducta suicida de la paciente.

Se demostró mejoría clínica en la paciente con los resultados de:

- Reducción de la ansiedad.
- Autorregulación del miedo a estar sola.
- Reducción de la conducta de riesgo suicida y sin pensamiento de autolesión al finalizar el esquema de intervención.
- Incrementó la habilidad social con sus hijos.
- Logró diseñar un plan de vida efectivo con una meta académica y laboral a corto plazo.

En el programa de entrenamiento breve es recomendable usar la estrategia de contrato psicoterapéutico, en este caso único se usó en la primera sesión en la fase de pretratamiento, lo cual ayudó en el compromiso de los límites y la adherencia al programa, también es recomendable trabajar con asignaciones (tareas) para



practicar en casa los ejercicios aprendidos en cada sesión, en este caso permitió un hilo conductor del proceso además de estimular y fortalecer las habilidades aprendidas y la aplicación de estas por parte de la paciente en su vida diaria.

A nivel cognitivo el programa diseñado para la paciente le ayudó con la integración gradual de las técnicas para que de forma consciente lograra elegir entre los pros y contras de una respuesta emocional desregulada, en la DBT a esto se le llama integración dialéctica porque se desarrolló una nueva forma de afrontar la realidad de forma efectiva con autocontrol del miedo a estar sola, la ansiedad y la conducta de riesgo suicida asociadas.

La experiencia adquirida en este caso único señaló que las técnicas de la DBT, *per se*, o de forma aislada, no podrían conllevar un impacto de cambio de forma breve y comprometerían su valor terapéutico específicamente en la fase de tratamiento cuando se ha de trabajar en la habilidad de conciencia plena que es la técnica de base para avanzar con las demás técnicas.

El diseño de un programa de entrenamiento en habilidades psicosociales debe realizarse con base en un estudio psicológico clínico previo como el realizado en este caso único para identificar a través de un análisis en cadena las áreas prioritarias de atención de la persona y seleccionar de todas las

técnicas que ofrece la DBT las que sean más adecuadas para la capacidad cognitiva y funcional de la persona.

Referencias bibliográficas

1. Asociación Americana de Psiquiatría, APA. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5° ed.). Panamericana.
2. De la Vega, I. y Sánchez, S. (2013). Terapia Dialéctica Conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción psicológica*, vol. 10, n.o 1, 45-56. ISSN: 1578-908X
3. Soledad, M. (2011). Terapia dialéctica conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* – 3, 132-152. ISSN: 1688-702
4. Linehan, M. (2003). Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Editorial Paidós.
5. Jorge, E. (2018). La evaluación clínica como una función integral del psicólogo. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, vol. 15, núm. 1, pp. 113-122, 2018. Universidad Nacional de Mar del Plata. <https://www.redalyc.org/journal/4835/448355597101/html/>



6. Millán González, R. (2019). Manual de exploración y semiología psiquiátrica. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social, EDNASS. CENDEISSS.
7. Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica. (2019). Código de ética y deontológico del colegio de profesionales en psicología de Costa Rica.
8. Rojas Alfaro, Z. (s.f). El examen psiquiátrico del paciente. CENDEISSS-UCR.
9. De Rivera, L. y Abuín, M. (2012). LSB-50 listado de síntomas breve. TEA Ediciones.
10. Morey, L. (2012). Inventario de evaluación de la personalidad. PAI. 2da edición. Tea.
11. Ben-Porath, y Tellegen, A. (2009). MMPI-2-RF inventario multifásico de personalidad de Minnesota-2 reestructurado. TEA Ediciones.
12. Ostrosky, F., Gómez, M., Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A. y Pineda, D. (2012). Neuropsi atención y memoria. 2ª edición. Manual Moderno.
13. McKay, M., Wood, J. y Brantley, J. (2017). Manual práctico de terapia dialéctica conductual. Ejercicios prácticos de TDC para aprendizaje de mindfulness, eficacia interpersonal, regulación emocional y tolerancia a la angustia. Editorial Desclée De Brouwer
14. Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención Cognitivo Conductuales. Editorial Desclée De Brouwer
15. Rizvi, S. y Ritschel, L. (2014). Mastering the Art of Chain Analysis in Dialectical Behavior Therapy. Cognitive and Behavioral Practice 21 (2014) 335–349. www.elsevier.com/locate/cabp.
16. Rocamora, A. (2013). Intervención en crisis en las conductas suicidas. Desclée De Brouwer.
17. Gagliesi, P., Pecchon, C., Boggiano, J. y Stoewsand, C. (sf). Manual de entrenamiento en habilidades. Basado en Linehan, M. (1993). Skills training manual for treatment of borderline personality disorder. Guilford Press.
18. Vásquez-Dextre, E. (2016). Terapia Dialéctica Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n2/a05v79n2.pdf>
19. Cahueñas, M. (2015). Terapia Dialéctica Conductual y Cognitiva Conductual aplicada en un caso de Trastorno de la Personalidad Límite, Ansiedad



Generalizada y Episodio Depresivo Mayor. <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/4611/1/113922.pdf>

20. Salgado, M. (2016). La experiencia en la reducción sintomática con Terapia Dialéctica Conductual de los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, comparado con aquellos que usan fármacos. <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/5440/1/124497.pdf>

21. García, A y Camus, A. (2021). Eficacia de un programa de intervención basado en la Terapia Dialéctica Conductual en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. <https://www.mlsjournals.com/Psychology-Research-Journal/article/view/704/1293>

22. Rodríguez, M. (2021). Propuesta de intervención psicológica basada en la Terapia Dialéctica Conductual y dirigida a la sintomatología del Trastorno Límite de la Personalidad en Pacientes con dolor crónico. https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/17332/1/Rodrguez_Aguilera_Mara_TFG_Psicologa.pdf