

ABORDAJE PSICOLÓGICO DE UN CASO DE TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA DURANTE EL ESTADO DE ALARMA POR COVID-19.

Vega Trujillo López (*FEA psicóloga clínica*)

Melissa Liher Martínez Shaw (*psicóloga*)

USMC Cádiz (Hospital Universitario Puerta del Mar).

PSYCHOLOGICAL APPROACH TO A BORDERLINE PERSONALITY DISORDER CASE IN A COMMUNITY MENTAL HEALTH CARE UNIT DURING THE COVID-19 ALARM STATUS.

Vega Trujillo López (*FEA psicóloga clínica*)

Melissa Liher Martínez Shaw (*psicóloga*)

USMC Cádiz (Hospital Universitario Puerta del Mar).

AFILIACIÓN INSTITUCIONAL (CORRESPONDENCIA)

Vega Trujillo López

USMC Cádiz (Hospital Universitario Puerta del Mar).

C/Escalzo, 5

11009

Cádiz, España.

vegatrujlop@gmail.com

Abordaje psicológico de un caso de Trastorno Límite de Personalidad en una Unidad de Salud Mental Comunitaria durante el estado de alarma por COVID-19.

Resumen

El Trastorno Límite de la Personalidad es un trastorno severo en el que predomina la inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen, existe gran impulsividad y es común encontrar conductas suicidas o parasuicidas. Además, presenta gran comorbilidad con otros trastornos, encontrando alta complejidad en su evaluación y tratamiento.

En el presente trabajo, se expone el caso clínico de una chica de 18 años, que acude de modo urgente a la Unidad de Salud Mental Comunitaria por un agravamiento de su sintomatología debido a la situación de confinamiento por Covid-19. Se detalla la historia clínica y el proceso de evaluación que se llevó a cabo mediante varias entrevistas clínicas (individuales y con su madre), cuestionarios y autorregistros. Se concluye que presenta un trastorno límite de la personalidad y se realiza la formulación del caso.

Para el tratamiento, se propuso como objetivo general la estabilización de la actual crisis emocional, a conseguir mediante cuatro objetivos específicos: el establecimiento de un vínculo seguro terapeuta-paciente, la reducción/eliminación de los intentos autolíticos, fomentar la autorregulación emocional y mejorar sus relaciones interpersonales.

Se realizaron ocho sesiones con frecuencia semanal, en las cuales, basadas en el modelo de la Terapia Dialéctica Conductual, se trabajó la adherencia al tratamiento, habilidades básicas de conciencia, habilidades de regulación emocional, entrenamiento de tolerancia al malestar y habilidades de efectividad interpersonal. Tras su finalización, se encontraron resultados positivos y una mejoría significativa de la paciente, concluyendo que, la Terapia Dialéctica Conductual presenta gran evidencia científica y, a pesar de tener que ser adaptada al formato de psicoterapia individual y al contexto público de salud, puede suponer un avance en el tratamiento de estos pacientes.

Palabras clave: Trastorno Límite de Personalidad, terapia dialéctica conductual, intentos autolíticos, manejo de emociones, mindfulness, COVID-19.

Psychological approach to a borderline personality disorder case in a community mental health care unit during the covid-19 alarm status.

Abstract

Borderline Personality Disorder is a severe disorder in which instability in interpersonal relationships and self-image prevails, there is a great impulsivity, and it is common to find suicidal or parasuicidal behaviors. In addition, it presents great comorbidity with other disorders, because of which finding its evaluation and treatment is highly complex.

This work presents the clinical case of an 18-years-old female, who urgently attended the Community Mental Health Unit due to the aggravation of her symptoms, caused by the Covid-19 confinement situation. The clinical history and the evaluation process that were carried out through several clinical interviews (individual and with her mother), questionnaires, and self-registrations are detailed. We concluded that she suffers from the Borderline Personality Disorder and proceeded to formulation of the case.

For the treatment, the general objective was stabilization of the current emotional crisis, to be achieved through four specific objectives: establishment of a safe therapist-patient bond, reduction/elimination of self-injurious attempts, promoting the emotional self-regulation, and improving her interpersonal relationships.

We held eight sessions with a weekly frequency, in which based on the Dialectical Behavioral Therapy model, we worked on adherence to the treatment, basic awareness skills, emotional regulation skills, discomfort tolerance training, and interpersonal effectiveness skills. After completion of these sessions, positive results and a significant improvement were found in the patient, concluding that Dialectical Behavioral Therapy presents a great scientific evidence and, despite having to be adapted to the individual psychotherapy format and to the public health context, it is an advance in the treatment of this type of patients.

Key words: Borderline disorder personality, COVID-19, Dialectical behavior therapy, Emotion management, Mindfulness, Suicide attempt.

Abordaje psicológico de un caso de Trastorno Límite de Personalidad en una Unidad de Salud Mental Comunitaria durante el estado de alarma por COVID-19.

INTRODUCCIÓN

El término Trastorno Límite de Personalidad (TLP) fue propuesto en 1938 por Adolph Stern, describiendo a un grupo de pacientes que no encajaban en el grupo psicótico ni en el psiconeurótico (NICE, 2009). El DSM-5 incluye al Trastorno Límite de Personalidad (TLP) dentro del grupo B de los trastornos de personalidad, siendo estos pacientes “Dramáticos, Emocionales y Erráticos”. Se ha etiquetado además como un trastorno severo de la personalidad (Sharp *et al.*, 2015; Wright *et al.*, 2016). El DSM-5 define al Trastorno de la personalidad límite como “un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos (APA, 2013, p. 354).

Se manifiesta por cinco o más de los siguientes hechos:

- 1.Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
- 2.Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y (de) devaluación.
- 3.Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
- 4.Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
- 5.Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
- 6.Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
- 7.Sensación crónica de vacío.
- 8.Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p.ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
- 9.Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Las principales características del Trastorno Límite de Personalidad (TLP) son una falta de regulación emocional y las dificultades interpersonales (Haliczer, Woods y Dixon-Gordon, 2020). Además, es común encontrar en el TLP comorbilidad con otros cuadros como el Trastorno Bipolar, el Trastorno por Consumo de Sustancias, Trastornos

Depresivos, Trastorno por Déficit de Atención, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Trastornos de Estrés Postraumático y otros Trastornos de la Personalidad (Nuñez-Morales *et al.*, 2019).

En cuanto a los datos epidemiológicos, existe una amplia diversidad. Estudios en población general aportan estimaciones de prevalencia de entre 1,4 % y 5,9 % (Lenzenweger *et al.*, 2007; Grant *et al.*, 2008). En un estudio sobre prevalencia en Atención Primaria, se encontró que esta era de 0,017 %, aunque anteriormente había sido totalmente desconocida su presencia a este nivel (Aragón *et al.*, 2013).

Por las características que presentan las personas con TLP, resulta una necesidad encontrar terapias adecuadas que faciliten la adherencia y progreso durante el tratamiento. Los tratamientos utilizados para el TLP son diversos, existiendo intervenciones tanto farmacológicas como psicológicas empíricamente validadas. De las intervenciones psicológicas, la más conocida y extendida por su uso es la Terapia Dialéctica Conductual (Linehan, 1993). El aspecto que define esta terapia es la combinación de la terapia cognitivo-conductual con la de aceptación y validación, introduciendo técnicas de mindfulness, tolerancia al distress, regulación emocional y efectividad interpersonal (Linehan, 2015).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Descripción del caso y Motivo de consulta

La paciente se trata de A., una mujer de 18 años que acude a la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) derivada por su médico de Atención Primaria de modo urgente, tras un intento autolítico, con fármacos, días antes, en el contexto de una disputa familiar durante el confinamiento por COVID-19.

En el pasado, A. había sido atendida en dos ocasiones en este dispositivo por presentar inestabilidad emocional, impulsividad, autolesiones, problemas de conducta, crisis ansiosas y conflictos en las relaciones interpersonales, abandonando el seguimiento en ambas.

Durante la infancia, consta en la historia clínica una consulta tras episodio de acoso escolar que se resolvió.

En esta ocasión acude acompañada de su madre. Muestra arrepentimiento por la ingesta medicamentosa de hace dos días y refiere malestar emocional, que se ha intensificado por las dificultades en la comunicación familiar, ya existentes, pero incrementadas durante el confinamiento. Explica sentimientos de soledad, vacío e incomprensión por parte de sus familiares, pero principalmente de su padre.

Comenta que durante el confinamiento se ha sentido muy angustiada, “encerrada, como si estuviera en una cárcel”, irritable y ha perdido la rutina y los horarios (patrón alterado de sueño y alimentación). Describe tristeza, apatía, abandono de actividades y distanciamiento del grupo de iguales (con los que solía tener numerosos conflictos y desencuentros). Frente a este malestar, se frustra, aparecen pensamientos negativos sobre sí misma, el mundo y el futuro y como consecuencia la conducta de autolesión.

Refiere que normalmente se realiza cortes superficiales que le “ayudan a relajarse”, pero cuando no puede tolerar la emoción (el dolor o la rabia), no encuentra solución a sus problemas y aparece la ideación suicida.

Historia del problema

A ha presentado varios intentos autolíticos en el último año. La madre verbaliza preocupación por su inestabilidad emocional, problemas de conducta y gran irritabilidad. En casa, existen disputas con frecuencia diaria, por vivencia de trato desigual entre ella y su hermana, o por sentimiento de incomprensión principalmente por parte de su padre. A. verbaliza no sentirse perteneciente al hogar, aunque tampoco a otros contextos (“me siento extraña cuando hago un grupo de amigas, siempre acaban traicionándome”). Comenta tener una relación de amistad dependiente y tóxica con una chica, y expresa dudas sobre su orientación sexual.

Sitúa el inicio de su malestar en los 5 años, cuando detectan a su hermano de 7 años, una enfermedad que requiere hospitalización durante dos años hasta que fallece.

Durante ese periodo de tiempo ella permaneció en la casa de diferentes familiares, sintiendo que no encajaba en ninguna de ellas. Presentó tics vocales, enuresis diurna y nocturna secundaria, así como mayor irritabilidad y rebeldía, provocando estos síntomas el traslado al domicilio de su abuela materna, con la que finalmente estableció un fuerte vínculo.

Comentan que el padre estuvo ausente, no acudiendo al hospital a ver a su hijo, ni dedicándose al cuidado de A., aspecto que generó un distanciamiento en la pareja que se mantiene en la actualidad.

Tras el fallecimiento del hermano, su madre sufrió una depresión (duelo complicado), aspecto que precipitó en esta el deseo de tener otra hija, para “vivir el hecho de ser madre” (cuestión que destaca A. en su narrativa y significa con dolor).

Durante la infancia y adolescencia A. recuerda sentimientos de tristeza, abandono y dificultades para relacionarse. Posteriormente sufre episodio de acoso escolar, situación por la que acuden por primera vez a salud mental.

Cuando tenía 16 años fallece su abuela materna, figura de contención y estabilización y aumenta el malestar y la problemática que persiste a día de hoy.

Como antecedentes familiares, refieren la existencia de un tío, hermano del padre, con diagnóstico de esquizofrenia.

EVALUACIÓN

La evaluación psicológica se realizó mediante dos entrevistas clínicas, tanto a nivel individual como con su acompañante (la madre) que aportó información de interés.

Para complementar la valoración, descartar comorbilidades y apoyar el diagnóstico recurrimos al uso de los siguientes cuestionarios y autorregistros:

- Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II (SCID II; First, 1999). Entrevista clínica semiestructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II, basada en criterios del DSM-IV-TR. Se utilizaron las preguntas referidas al trastorno límite de personalidad.
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III; Millon, Davis y Millon, 1997). Evalúa las diferentes categorías de trastornos de personalidad del DSM-IV-TR y patologías del Eje I, con el propósito de realizar un diagnóstico. Consta de 175 ítems, con las escalas de patrones de personalidad (esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo, negativista, autodestructivo y compulsivo), patología grave de la personalidad (esquizotípico, límite y paranoide), síndromes clínicos (trastorno de ansiedad, somatomorfo, bipolar, estrés postraumático, dependencia de alcohol, de sustancias y trastorno distímico) y síndromes clínicos graves (trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante). Además, existen cuatro índices adicionales para medir la validez que son sinceridad, deseabilidad social, devaluación y validez. En la escala límite, se obtuvo una puntuación por encima de 85 (87 puntos) indicando la existencia de este trastorno. Además, obtuvo puntuaciones por encima de 75 en los patrones clínicos de personalidad evitativa y autodestructiva, indicando la presencia de rasgos de personalidad clínicamente significativos, compatibles con la sintomatología presentada por el Trastorno de Personalidad Límite.
- Cuestionario de Esquemas Desadaptativos Tempranos (YSQ-L2; Young y Brown, 1994). Es un instrumento que consta de 205 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert de 6 niveles. Evalúa 16 esquemas siendo estos privación emocional, abandono, desconfianza/abuso, aislamiento social/alienación, defectuosidad/vergüenza, indeseabilidad social, fracaso, dependencia/incompetencia, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, entrapamiento, subyugación, autosacrificio, inhibición emocional, estándares inflexibles, derecho y autocontrol insuficiente/autodisciplina. Los resultados obtenidos con este instrumento encontraron puntuaciones significativas en los siguientes esquemas: privación emocional, abandono, desconfianza/abuso, defectuosidad/vergüenza, fracaso, dependencia/incompetencia, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad y autocontrol insuficiente/autodisciplina.
- Autorregistros. Se le facilitó un cuaderno de registro que tendría que completar en casa, con tres columnas en las que se recogían los antecedentes y los consecuentes de las conductas problema.

En la Tabla 1 del apartado de formulación clínica se encuentra la información obtenida de los autorregistros.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

En base a la información recogida en la entrevista clínica, la información aportada en la entrevista con la madre y los resultados obtenidos en los instrumentos administrados, A. cumple 6 de los 9 criterios establecidos por el DSM-5 para el 301.83 [F60.3] Trastorno Límite de Personalidad.

FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO

A continuación, en la siguiente tabla (ver Tabla 1), se expone el análisis funcional creado para facilitar la comprensión sobre la aparición y mantenimiento de la problemática presente:

<i>Tabla 1. Análisis funcional del caso clínico</i>		
Antecedentes	Conductas	Consecuencias
<i>Histórico</i> Fallecimiento del hermano Conflicto conyugal (triangulación) Vivencia de rechazo de su padre Nacimiento de su hermana Acoso escolar Fallecimiento de su abuela Antecedentes familiares	<i>Cognitivas</i> Pensamientos de “no poder seguir con todo” Ideación suicida Apatía	Insatisfacción con la red de apoyo social y establecimiento de relaciones tóxicas
<i>Inmediato externo</i> Confinamiento por Covid-19 Aumento de conflictos familiares Disminución de estrategias de evasión, regulación (salidas, otros contextos...), tratamiento y otras estrategias (que significa con dolor) aumentadas durante el confinamiento	<i>Conductuales</i> Autolesiones Agresividad Mentiras, robos Disputas interpersonales	Discusiones constantes con los padres Problemas en la convivencia
<i>Inmediato interno</i> Sensación de vacío y pensamientos negativos	<i>Emocionales</i> Ira/ Frustración Tristeza Desesperanza Celos hacia la hermana Inestabilidad emocional	Desmotivación y evitación de realización de actividades placenteras
	<i>Fisiológicas</i> Ansiedad (sensación de ahogo, taquicardia...) Insomnio Disminución del apetito	Intentos autolíticos

TRATAMIENTO

Objetivos de intervención

Los objetivos del tratamiento se establecieron en conjunto con la paciente.

Como objetivo general, se estableció la estabilización y control de la sintomatología más sobresaliente, planteando para su consecución lo siguiente:

- Construcción de un vínculo seguro terapeuta-paciente, como modelo de relación y como pilar para la adherencia al tratamiento.
- Eliminación de conductas potencialmente perjudiciales para la salud, incidiendo en los intentos autolíticos e ideación suicida.

- Adquisición de habilidades de identificación y manejo de emociones y tolerancia al malestar. Control de la ira con aprendizaje de estrategias de afrontamiento adaptativas.
- Desarrollo de habilidades sociales y de comunicación para mejorar las relaciones interpersonales.

Tratamiento

El tratamiento se planteó en dos fases. Una primera de intervención intensiva, con 8 sesiones semanales de 1 hora, que se realizó durante el periodo del estado de alarma. Y un seguimiento mensual posterior para reforzar y continuar el aprendizaje de otras estrategias de autocontrol y autorregulación. La paciente se mostró conforme y realizamos contrato terapéutico.

Se utilizaron técnicas propias de la terapia dialéctica conductual, adaptadas al contexto de psicoterapia individual en consultas externas de una Unidad de Salud Mental Comunitaria. También se utilizó la reparentalización positiva de la terapia basada en esquemas de Young (1999) al inicio del tratamiento, para ayudar a construir el vínculo terapeuta-paciente. Tras cada consulta se establecían tareas para casa, en las cuales la paciente tendría que poner en práctica lo aprendido durante la sesión, para facilitar así la generalización en distintos contextos.

Sesión 1: Adherencia al tratamiento

La primera sesión se dedicó además de a la explicación del procedimiento a seguir y la dinámica del tratamiento, a validar las emociones expresadas por la paciente A., en un ambiente de empatía y aceptación de sus experiencias, reconociéndolas y no juzgándolas (escucha activa). Por otro lado, también se establecieron unos límites claros con respecto a las conductas autolíticas y de agresividad, explicando el motivo de estos y debatiendo las dudas surgidas.

La intención era facilitar la comunicación, tomando un rol materno, siguiendo la teoría de la reparentalización limitada, consiguiendo una buena adherencia al tratamiento para las sesiones posteriores y alcanzar los objetivos propuestos anteriormente.

Para favorecer la alianza dedicamos parte de la sesión a conversar sobre sus intereses, aficiones, cualidades y capacidades, alejándonos del foco de la enfermedad y los síntomas. Conectamos con sus gustos musicales, su pasión por los animales y la naturaleza, así como con aspectos de su personalidad a destacar: capacidad empática, preocupación por los problemas de los demás...ayudándola a la integración en su autoconcepto de estos aspectos sanos y propios de su edad.

También trabajamos la narrativa que presentaba sobre ella misma, en términos absolutos e inmodificables, de ser una persona cuya sensibilidad la convertía en vulnerable, a la posibilidad del manejo de esa sensibilidad y su conversión en un punto fuerte en su futuro personal/laboral, fomentando la esperanza y motivación al cambio.

Sesión 2: Habilidades básicas de conciencia

Estas habilidades van dirigidas a aquellos sentimientos de vacío y desconocimiento del Yo. Se explican y practican técnicas de mindfulness, aunque estas se mantienen a lo

largo de todo el tratamiento. Ayudan a la persona a centrar su atención en el “aquí y ahora”. Comenzamos con la explicación a la paciente de los tres estados mentales ante los que podemos encontrarnos, siendo mente racional (lógica y “fría”), mente emocional (cuando decimos que se actúa “en caliente”, dejándote llevar por lo que estás sintiendo en ese momento) y mente sabia (una combinación de las dos anteriores).

Posteriormente, utilizamos la aplicación de móvil “REM volver a casa”, para garantizar la práctica fuera de la consulta, iniciando con la visualización de un vídeo informativo sobre la técnica y posteriormente la práctica de la misma (nivel 1: establecerse en el mindfulness).

Durante el ejercicio, A. Se mostró muy inquieta y con dificultades para el seguimiento de las instrucciones. Cuando comenzamos la sesión, refirió haber mantenido una fuerte discusión con sus padres, que se había desencadenado tras un desencuentro con su hermana. Verbalizaba incapacidad para pensar o realizar cualquier actividad “no puedo dejar de darle vueltas a esto, estoy fatal, no me importa nada más” a mi nadie me quiere, siempre la escuchan a ella”.

Debido al momento terapéutico (inicio y establecimiento de la relación), decidimos abordar su malestar y preocupación, posponiendo el ejercicio previsto. Explicamos la necesidad de encontrar el equilibrio entre la expresión de los conflictos y el entrenamiento de las habilidades programadas, en el futuro, para no desviarnos del plan de tratamiento.

Analizamos la situación conflictiva, así como sus pensamientos y sentimientos consecuentes, adelantándonos a aspectos que trabajaríamos en la próxima sesión. Nos ayudamos de un folio, donde representar las emociones que identificó (usando colores distintos), describiéndolas (significado) y localizándolas en el cuerpo (acercándonos al mindfulness). Señaló principalmente la ira, frustración y sentimientos de soledad. Tratamos de comprenderlas y encontrarles sentido, relacionándolas con el suceso. Reforcé no haber recurrido a la autolesión y el esfuerzo que estaba realizando por alejarse de la emoción y aprender otros comportamientos más adaptativos.

Consiguió disminuir su nivel de angustia y regularse, por lo que acordamos finalizar con la práctica de varias respiraciones diafragmáticas.

Durante esa semana practicaría a través de la app los ejercicios propuestos.

Sesión 3: Habilidades de regulación de emociones

Se realizó una sesión de identificación de emociones y aprendizaje de su funcionalidad, incidiendo en aquellas emociones negativas que son las que suelen generar mayor malestar y sufrimiento. También se incluyó la explicación del modelo ABC y la implicación que tienen las interpretaciones que realizamos de los hechos que nos rodean, sobre cómo nos sentimos. Comenzamos con ejemplos neutros (con los que no iba a identificarse), para progresivamente aumentar el nivel de implicación, hasta el uso de ejemplos propios.

Recordamos la situación trabajada en la sesión anterior, utilizándola como ejemplo para completar un registro (situación/pensamientos/emoción) que continuaría realizando durante toda la semana.

Una de las dificultades que presentó A en esta sesión, fue la de contemplar su interpretación como influyente en su emoción, dada su tendencia a señalar a los demás y a su entorno como responsables directos de sus sentimientos y acciones. Valorar otra posibilidad le despertaba resistencia.

Posteriormente realizamos una programación de actividades agradables en conjunto para fomentar la aparición de emociones positivas. Las incluidas para esa semana fueron: dibujo, respiración (“tiempo de parar, tiempo de cuidarme”), música/baile y mantener una conversación sobre un interés compartido por redes sociales con alguna compañera de clase. Estas irían adaptándose a las posibilidades del estado de alarma.

Sesión 4 y 5: Entrenamiento en tolerancia al malestar

Comenzamos comentando las tareas de la semana, registro, actividades programadas y práctica de la meditación.

Respecto al registro, manifestó dificultades para distinguir entre pensamiento y emoción, especialmente por su impulsividad y tendencia de paso al acto. Repasamos conceptos y trabajamos sobre las creencias. Las actividades agradables las había realizado y la meditación de forma irregular.

Posteriormente iniciamos el entrenamiento en tolerancia al malestar. Este apartado tenía como finalidad aceptar que el dolor es parte de la vida, a la vez que se puede aprender a gestionar. En la sesión cuarta, se trabajaron las habilidades de supervivencia a las crisis. Siguiendo con la anterior sesión de regulación de emociones, para evitar respuestas impulsivas como los intentos autolíticos o los arranques de ira de A. Se trató de seguir reforzando las conductas incompatibles realizando una pequeña sesión de relajación en imaginación guiada y técnicas de distracción. Uno de los comportamientos que sustituyó por la autolesión fue romper papeles de periódico cuando aparecía el enfado. Se realizó una tabla en la cual aparecían en una columna los pros de la conducta impulsiva y en otra los contras, debatiendo las consecuencias que le suponen a corto y largo plazo.

En la quinta sesión, se entrenaron las habilidades de aceptación de la realidad. Incluimos dirigir la mente hacia la aceptación y cultivar la buena disposición. Se realizaron ejercicios de conciencia de uno mismo y del entorno, de media sonrisa y de autoobservación.

También, analizamos las dificultades para el control de la conducta y la puesta en práctica de las técnicas de distracción, siendo una de las principales la respuesta de la familia ante los conflictos. En las situaciones en las que habíamos acordado que A evitara la escalada y se retirara cuando comenzaba a perder el control, los padres la seguían al cuarto manteniendo la discusión y no cesaban a pesar de las peticiones de su hija de posponer la conversación.

Quedó de manifiesto la necesidad de trabajar a nivel familiar, cuestión que por restricciones del dispositivo por motivo de covid-19 tenía que posponerse.

Sesión 6 y 7: Habilidades de efectividad interpersonal

A la sexta sesión, A acudió muy nerviosa, con llanto continuo e ideación autolítica. Refirió haberse autolesionado “no he podido aguantar, no me quieren, estarían mejor si yo estuviera muerta, mi padre dice que todo esto lo hago para llamar la atención y que nunca me voy a matar” “mis padres no paran de discutir y dicen que es por mi, yo soy la culpable de todo”.

Al inicio realizamos una escucha activa y un ejercicio de contención, dándole un espacio de expresión emocional y progresiva regulación. Utilizamos la respiración para disminuir el nivel de activación y sacamos los esquemas de emociones que habíamos ido construyendo para identificar y localizar lo que sentía en el presente, con el objetivo de alejarla del desbordamiento y permitirle trabajar sobre él.

Analizamos sus pensamientos, observando algunas creencias erróneas. Acordamos realizar una sesión familiar una vez finalizada la primera parte del tratamiento.

Fue en la séptima sesión cuando comenzamos el entrenamiento en habilidades de efectividad interpersonal, ya que en la anterior tuvimos que trabajar sobre la crisis presente y la prevención de conducta autolítica.

En primer lugar, se ejemplificaron una serie de situaciones, sobre las que A. tenía que reflexionar e inferir el motivo/objetivo de las mismas, entrenando la capacidad de mentalizar. Después de esto, se hizo una propuesta en común de “cosas que son efectivas” y “cosas que dificultan” las relaciones con los demás. La mayor dificultad de A era identificar aspectos propios, señalando siempre a los demás como causantes de las dificultades.

Realizamos un entrenamiento en habilidades sociales, donde se dieron pautas de actuación para situaciones donde hay que decir que no, expresar una opinión o pedir algo. Para esto utilizamos fichas de ejemplos. Durante el ejercicio se observaron las importantes dificultades de A en la comprensión de las interacciones sociales.

Se enseñaron técnicas como el disco rayado, la técnica del sándwich y en qué consistía la asertividad en general, realizando un breve role-playing con el objetivo de practicarlas. Con frecuencia las respuestas que presentaba eran agresivas o pasivas, no contando con la asertiva en su registro de conducta.

Reforzamos su esfuerzo y acordamos la puesta en práctica de lo aprendido como tarea para casa.

Durante la semana, su madre contactó telefónicamente con la USMC. Refirió que su hija se encontraba muy mal, que estaba siempre de mal humor, que es la culpable de sus problemas con su marido y que al final se iban a separar por su culpa. Solicitaba ingreso involuntario en salud mental. Recogimos su angustia y malestar, explicando que no se cumplían en ese momento criterios de ingreso y devolviendo la necesidad de trabajo a nivel familiar. Mostró al inicio cierta resistencia, comentando que el problema lo tenía su hija que es a la que tenemos que tratar, aunque finalmente accedió a acudir en el momento que se lo solicitáramos.

Sesión 8: Finalización del tratamiento intensivo

Al inicio de la sesión A describió el incidente por el que su madre nos había contactado. Explicó que su padre estaba consumiendo alcohol y ella le pidió que parase, por lo que este la insultó (“y tu deja de comer que estas horrible”). Su madre que estaba presente increpó a su padre y comenzó una discusión. En ese contexto ella intenta mediar y ante su incapacidad decide irse a su habitación. Posteriormente, su madre la culpa a ella “otra vez por tu culpa he discutido con tu padre”. Tras esa verbalización comienza con un elevado nivel de malestar y angustia y acaba autolesionándose (1 corte en antebrazo).

Volvemos a analizar la situación, interpretación y emociones con el modelo ya trabajado. Refuerzo la disminución de la conducta autolesiva (en dos ocasiones durante las 8 semanas, frente a cortes diarios previos) y la puesta en marcha de las estrategias aprendidas.

Durante la fase de tratamiento intensivo, se iban anticipando el número de sesiones que quedaban para finalizar la primera fase. Esta última la dedicamos a reforzar las habilidades ya aprendidas y plantear la siguiente fase del tratamiento.

RESULTADOS.

Tras las ocho sesiones, la paciente presentó una mayor conciencia del problema, habiendo eliminado los intentos autolíticos que presentaba anteriormente y disminuyendo notablemente las autolesiones. Se redujo también la impulsividad y los ataques de ira. Por otro lado, su red de apoyo social mejoró sintiéndose algo “más cómoda” con su grupo de iguales.

Las dificultades familiares continuaron, siendo imprescindible el trabajo a este nivel para mantener y conseguir una mejoría a largo plazo. Con su padre persiste el distanciamiento y las disputas.

Continuamos en fase de seguimiento mensual fomentando técnicas de autorregulación emocional y habiendo iniciado intervención sistémica.

DISCUSIÓN.

La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) ha mostrado gran eficacia para el Trastorno Límite de Personalidad, además de para otras afecciones como el abuso de sustancias, trastornos depresivos mayores y trastornos de la alimentación (Harned *et al.*, 2008). Desde 1991, en el que Linehan publicaba su primer ensayo clínico donde 44 pacientes con TLP y conductas parasuicidas mostraron tras el tratamiento una disminución en frecuencia y severidad de los intentos suicidas, disminución de la ira y mayor adaptación social, entre otros (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon y Heard, 1991), no ha parado de acumular evidencias positivas en la práctica clínica.

Numerosos estudios comparan el tratamiento habitual (tratamiento farmacológico, atención en urgencias y *counselling*) con la TDC, reportando grandes mejoras en la sintomatología de las personas con TLP, mayor adherencia al tratamiento y el

mantenimiento la continuación de estos factores al año de finalizar el tratamiento (Linehan, Heard y Armstrong, 1993; Linehan *et al.*, 2006; Carter, Willcox, Lewin, Conrad y Bendit, 2010; Pasieczny y Connor, 2011).

A pesar de que la terapia dialéctica conductual se lleve a cabo fundamentalmente en formato grupal, complementada con psicoterapia individual y seguimiento telefónico, debido a las posibilidades del contexto de trabajo, no hemos podido reproducirla en su totalidad, adaptándola a las posibilidades del dispositivo y a las limitaciones impuestas por la pandemia.

Aun así, hemos encontrado una mejoría significativa en la paciente A., logrando el objetivo de estabilizar la situación de crisis en la que esta se encontraba.

Entre los aspectos que han contribuido a la mejoría, destacamos el espacio de contención y salida del hogar en un contexto de limitaciones importantes (estado de alarma), la frecuencia de las sesiones y la relación terapéutica como reguladora y fomentadora de mentalización; así como la programación de las sesiones. Dadas las características del trastorno de personalidad límite, si no existe un plan terapéutico, corremos el riesgo de que las consultas se vean invadidas por problemáticas o conflictos interpersonales recientes, sin darse el espacio para el aprendizaje de estrategias. El contrato terapéutico inicial y la explicación del programa de forma clara y concisa, posibilitaron la instauración del mismo.

Dentro de las limitaciones, señalamos el beneficio que hubiera aportado el trabajo a nivel grupal para la puesta en práctica de habilidades sociales y el reforzamiento de las otras estrategias planteadas, así como la necesidad de intervención a nivel familiar, por encontrarse importantes dificultades en todos los componentes del sistema.

Como conclusión, observando el carácter de la terapia dialéctica conductual y la respuesta que ha generado en esta paciente, se acrecienta la idea de que resulta beneficiosa y eficaz para la vida de pacientes con trastorno de personalidad límite. Sería recomendable, por ello, dado la prevalencia creciente de estos cuadros, destinar mayores recursos, realizando una reestructuración del sistema de salud público, que abogue por terapias efectivas y formación de grupos de tratamiento.

REFERENCIAS.

- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Aragonés, E., Salvador-Carulla, L., López-Muntaner, J., Ferrer, M., y Piñol, J. L. (2013). Registered prevalence of borderline personality disorder in primary care databases. *Gaceta Sanitaria*, 27(2), 171-174.
- Carter, G. L., Willcox, C. H., Lewin, T. J., Conrad, A. M., y Bendit, N. (2010). Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 162-73.

- First, M. B. (1999). *SCID II: Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV. Cuestionario de personalidad*. Barcelona, España: Masson.
- Haliczer, L. A., Woods, S. E., y Dixon-Gordon, K. L. (2020). Emotion regulation difficulties and interpersonal conflict in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Online ahead of print.
- Harned, M. S., Chapman, A. L., Dexter-Mazza, E.T., Murray, A., Comtois, K.A., y Linehan, M. M. (2008). Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: a 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1068-1075.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder (1.ª Ed.)*. Nueva York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., y Heard, H. L. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ...Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-66.
- Linehan, M. M., Heard, H. L. y Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 971-974.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual (2nd ed.)*. Guilford Press.
- Millon, T., Davis, R., y Millon, C. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) Manual (2nd ed.)*. Minneapolis: National Computer Systems.
- NICE (2009). *Borderline personality disorder. The NICE guideline on treatment and management*. Reino Unido: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- Núñez-Morales, N., Sancho, M., Granados-Martínez, B., y Gibert-Rahola, J. (2019). Trastorno límite de la personalidad (TLP): características, etiología y tratamiento. *Psiquiatría Biológica*, 26(3), 85-98.
- Pasieczny, N., y Connor, J. (2011). The effectiveness of dialectical behavior therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 4-10.
- Sharp, C., Wright, A. G. C., Fowler, J. C., Frueh, B. C., Allen, J. G., Oldham, J., y Clark, L. A. (2015). The Structure of Personality Pathology: Both General ('G') and Specific ('S') Factors? *Journal of abnormal psychology*, 124(2), 387-398.

Trujillo-López, V. y Liher, M.

- Wright, A. G. C., Hopwood, C. J., Skodol, A. E., y Morey, L. C. (2016). Longitudinal Validation of General and Specific Structural Features of Personality Pathology. *Journal of abnormal psychology*, 125(8), 1120-1134.
- Young, J. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. (3 ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. E., y Brown, G. (1994). Young SchemaQuestionnaire (segunda edición). En J. E. Young (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach* (Ed. rev.). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc.