

# TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD: *Tratamiento desde un enfoque Cognitivo Conductual*

Tamara E. Torres G.<sup>φ</sup>

## Resumen

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) ha sido un desafío constante para los profesionales por la variabilidad sintomática que presenta, lo que conlleva dificultades en su diagnóstico y tratamiento. Además, ha aumentado su prevalencia en el último tiempo por lo que la importancia de trabajar este trastorno tanto a nivel de diagnóstico como psicoterapéutico debe ser acogido por profesionales de vasta experiencia y por los que están en el transcurso de su formación para poder lograr un mejor ejercicio profesional y ético con estos pacientes, sin caer en diagnósticos y tratamientos erróneos como ocurrió en épocas anteriores.

El enfoque Cognitivo Conductual ha demostrado grandes avances, tanto en la identificación como en la mejoría de estos pacientes, integrando una Reestructuración Cognitiva, postulada por Aaron Beck, como tomando los aportes de la Terapia Comportamental Dialéctica propuesta por Marsha Linehan.

En este escrito se mencionarán los criterios diagnósticos y el aporte en el tratamiento del TLP en base a los dos autores anteriormente mencionados.

## INTRODUCCIÓN

Es importante observar que el término "Límite" se ha empleado de diversas maneras. Al principio se utilizaba cuando el profesional no estaba seguro del diagnóstico del paciente porque presentaba una mezcla de síntomas limitando entre la neurosis y la psicosis. También se usó para amontonar todos los pacientes difíciles de diagnosticar. La teoría de que los pacientes estarían entre la neurosis y la psicosis ha sido descartada desde los años ochenta, pero los términos "Borderline" o "Límite" han perdurado. (Beck y Freeman, 1995)

El tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) suele representar un reto para los profesionales por la gravedad y variabilidad de la psicopatología de estos pacientes. Su elevada prevalencia en la práctica clínica y la dificultad para abordar su compleja problemática, ha despertado en los últimos años un creciente interés por la elaboración y el mejoramiento de estrategias terapéuticas para que sean más eficaces.

---

<sup>φ</sup> Estudiante de Psicología, Universidad Nacional Andrés Bello.

Es por esta razón que la importancia de este trabajo radica en la presentación de los aportes de las técnicas de tratamiento desde un enfoque Cognitivo Conductual. Tomando principalmente postulados del psiquiatra Norteamericano Aaron Beck con su propuesta de Reestructuración Cognitiva, al inicio de la década de los sesenta, y también presentar los últimos avances formulados en la década de los noventa, por una docente de psicología Estadounidense llamada Marsha Linehan, con la Terapia Dialéctica Comportamental. El aporte de Linehan es el enfoque de tratamiento mejor validado en el panorama científico actual. La Terapia Dialéctica Comportamental para el TLP, es un desarrollo Cognitivo Conductual altamente estructurado que combina el entrenamiento en habilidades de regulación emocional en grupo con sesiones de terapia individual en la que se utilizan estrategias terapéuticas específicas.

Para entender la presentación de los tratamientos de corte cognitivo se hace necesario una explicación de la variedad sintomatológica y los criterios diagnósticos de estos pacientes.

### **DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA PARA EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es definido como una pauta duradera de percepción, de relación y de pensamiento sobre el entorno y sobre si mismo en la que hay problemas en diversos aspectos como *la autoimagen, la conducta interpersonal*, marcada por inestabilidad en sus relaciones e *impulsividad en sus acciones*, que mas tarde pueden reconocer como irracionales. También se destaca *la inestabilidad en sus estados de ánimo*, donde los rasgos más predominantes son la intensidad de las reacciones emocionales, pasando de un estado depresivo a uno marcado por intensa ira o ansiedad. Esto comienza a principios de la edad adulta y se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes criterios extraídos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2002):

1.- *“Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado... cuando perciben una inminente separación o pérdida se provocan cambios en su autoimagen, afectividad, cognición y comportamiento...”* (DSM-IV-TR, 2002 p. 790) La incapacidad de tolerar la soledad los lleva a pensar o sentir que serán abandonados y reaccionan de manera angustiada o furiosa. Además, creen que la separación con las personas que se preocupan por ellos se debe a que son malos o perversos.

2.- *“Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por los extremos de idealización y devaluación”*. (DSM-IV-TR, 2002 p.790) Cuando el sujeto con este trastorno realiza gestos hacia las personas de su entorno lo hace para que pueda satisfacer sus propias necesidades y además, para que le presten más atención y preocupación, de no ser así, ellos cambian de opinión con respecto a estas personas de idealizarlas a devaluarlas.

3.- *“Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable... se producen cambios bruscos y dramáticos de la autoimagen, de opiniones y los planes sobre el futuro de los estudios, la identidad sexual, la escala de valores y el tipo de amistades...”* (DSM-IV-TR, 2002 p. 790) Su imagen es de desgraciados y llegan a pensar que no existen. Esto ocurre cuando sienten que no están siendo apoyados o acompañados como ellos esperan.

4.- *“Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida)”* (DSM-IV-TR, 2002 p. 791)

5.- *“Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación. ...suicidio consumado se observa de 8-10%... los actos de automutilación e intentos suicidas son muy frecuentes, siendo esto último uno de los motivos importantes y recurrentes por los que estos sujetos acuden a tratamiento...”* (DSM-IV-TR, 2002 p. 791) Estos actos se llevan a cabo por los sentimientos de abandono que estos pacientes experimentan. La automutilación puede ocurrir durante experiencias disociativas. Estas conductas dañinas les proporcionan un alivio frente aun sentimiento de maldad o les reafirma su capacidad para sentir.

6.- *“Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo”* (DSM-IV-TR, 2002 p. 791) Estos pacientes son hipersensibles a los estímulos ambientales, lo que lleva a una reactividad frente a las situaciones interpersonales que se acompañan se tensión. Son pocas las situaciones en las que se observa un estado de satisfacción que prime en su estado de ánimo.

7.- *“Sentimientos crónicos de vacío... se aburren con facilidad y están buscando siempre algo que hacer”.* (DSM-IV-TR, 2002 p. 791) Los individuos con este trastorno siempre buscan actividades que los puedan mantener ocupados. Sin embargo, a pesar que en un principio puedan manifestar entusiasmo en estas actividades son de breve duración, se aburren con facilidad, no encuentran actividades que los llene completamente.

8.- *“Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira... es frecuente que expresen ira inapropiada con sarcasmo extremo o explosiones verbales y que tengan problemas para controlarla...”* (DSM-IV-TR, 2002 p. 791). Cuando estos pacientes sienten que su entorno esta teniendo despreocupación hacia ellos, surgen sentimientos de ira, que conlleva una consecuente pena o culpa por sus conductas inadecuadas, reforzando así este sentimiento que tienen de ser malos.

9.- *“Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves”* (DSM-IV-TR, 2002 p. 791) Cuando experimentan fuertes situaciones de estrés se pueden presentar síntomas disociativos, como la despersonalización. Estos sentimientos de estrés pueden surgir como respuesta a un abandono real o imaginado.

Con toda la descripción propuesta por el DSM podría pensarse que estos pacientes siempre se encuentran en un torbellino. Sin embargo, pueden experimentar periodos estables. Aún así, cuando llegan a consultar se debe a que experimentan momentos de crisis, cuando su sintomatología es variable, por lo que su diagnóstico resulta más complejo en comparación con otros trastornos. Es por esto, que Beck y Freeman (1995) proponen incluir otras posibles características para la identificación de estos pacientes, aunque no pretenden sumarlas como criterios diagnósticos adicionales.

Dentro de estas características se toma en cuenta *la presentación de los síntomas* que se dan de manera mezclada y pueden variar de un día o semana a otra. También se cuentan las reacciones y vulnerabilidad emocional fuerte y desproporcionada, presentando una hipersensibilidad a estímulos mínimos. Importa incluir, también, la autoinvalidación, es decir, tendencia a invalidar sus propias emociones, pensamientos y conductas que puede dar lugar a un intenso sentimiento de [vergüenza](#), [odio](#) e [ira](#) dirigida hacia sí mismos.

También, se incluyen las *relaciones interpersonales*, que como consecuencia de la visión inestable del individuo acerca de sí mismo, se vuelven carentes de finalidad y confusas. Se producen dificultades para establecer límites personales así como para respetar los límites de los demás. Suelen provocar en las personas cercanas desconcierto, incompreensión e impotencia, presentando frecuentes problemas de convivencia y relaciones intrafamiliares conflictivas. Tienden a confundir intimidad con [sexualidad](#) y tienen dificultad para tolerar la soledad y el tener que cuidar de sí mismos.

Finalmente, es de suma importancia integrar los *patrones de pensamiento* de los pacientes Boderline que guardan íntima relación con la terapia Cognitiva Conductual que se describe mas adelante. Aquí encontramos la tendencia de clasificar dicotómicamente, ya sea a los otros, de su lado o en su contra, a las situaciones, desastrosas o ideales, y a su conducta, de despreciable o perfecta. Estas concepciones cognitivas los lleva a acciones y reacciones emocionales extremas. Además, basan sus creencias en sensaciones más que en hechos. Se suma también, las cogniciones de que el mundo es peligroso y que él es un ser vulnerable, incapaz de hacerle frente a las amenazas del ambiente, o que lo lleva a estar siempre a la defensiva y no mostrarse débil frente a diversas situaciones, presentándose continuamente tensión y cautela frente a sus relaciones.

Los pensamientos influyen en los sentimientos y sensaciones del paciente lo que lo lleva a acciones descontroladas y estas acciones permiten reforzar las cogniciones que llevan a una resistencia al cambio, por lo cual se hace necesaria una intervención psicoterapéutica.

## **TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LIMITE DE PERSONALIDAD**

Como tratamiento de estos pacientes se tomará en cuenta, en esta ocasión, la Terapia Cognitiva de Aaron Beck y la Terapia Dialéctica Comportamental de Marsha Linehan.

La *Terapia Cognitiva Conductual* es una forma de intervención psicoterapéutica en la que destaca la [reestructuración cognitiva](#), la promoción de una alianza terapéutica de cooperación y métodos para el trabajo conductual y emocional. Su hipótesis de trabajo es que los patrones de pensamiento, llamados “[distorsiones cognitivas](#)” tienen efectos adversos sobre las emociones y las conductas, y que, por tanto, su reestructuración por intervención psicoterapéutica y psicoeducativa mejore el estado del paciente. En el caso de los Boderline, parte de la base de que sus esquemas mentales disfuncionales son determinantes e influyen en el resto de la sintomatología, por lo tanto se pretenderá con la terapia cambiar estos esquemas utilizando las técnicas de modificación cognitiva. Beck y Freeman (1995) proponen seis pasos:

1.- Fomentar una relación de confianza con el paciente. En este paso importa destacar que la relación entre terapeuta y paciente Límite desempeña en la terapia un papel más importante de lo habitual porque muchos de los problemas del paciente se dan en un ámbito interpersonal. Aquí se plantea la dificultad de establecer una relación terapéutica cooperativa entre los implicados y lograr que el paciente deposite la confianza en el terapeuta, porque es un componente del mundo que el paciente ve como dañino, pero se comienza por comprender explícita y compartidamente el problema del paciente.

Si bien, se dan complicaciones en la relación terapeuta – paciente, esto proporciona al especialista la oportunidad de observar los problemas relacionales del paciente tal como se producen, sin la necesidad de confiar plenamente en su descripción. Además, estos pacientes al no tener límites claros se hace necesario establecerlos al principio de la terapia, como aclarar los tratos especiales o las llamadas telefónicas. Por ejemplo, permitir llamadas telefónicas sólo en momentos de crisis. Por otro lado, los Límites no tienen metas claras ni prioridades, por lo cual el terapeuta propone un objetivo inicial que básicamente se centre en aspectos conductuales (no en los sentimientos o pensamientos) y que exija poca introspección, porque resultará menos amenazador para el paciente. Esto contribuirá a mejorar la relación de intimidad, confianza y cooperación con el terapeuta. Es relevante destacar que al paciente se le explica que nada de lo que relate en su discurso será sorpresivo o enjuiciado por parte del psicólogo. También, hay que destacar que respetar el ritmo del paciente, es decir, indagar en las problemáticas según el paciente vaya colocándolas como temas en las sesiones y además, la Psicoeducación, explicarle y ayudarlo a entender al paciente su funcionamiento y todo lo relacionado con su psicopatología, contribuyen al lazo de confianza.

2.- Reducir el pensamiento dicotómico. Es típico en este tipo de trastorno que las cogniciones funcionan de manera categorial, es decir, se valoran las situaciones de manera extrema, blanco o negro y no en base a matices o en una dimensión continua. Beck y Freeman (1995) explican que *“el trabajo eficaz para reducir el pensamiento dicotómico exige en primer lugar demostrarle al cliente que él piensa de esa manera y convencerle de que le interesa dejar de hacerlo”* (p. 289). Se muestra directamente al paciente que pensar en un continuo es más realista y adaptativo que hacerlo de manera dicotómica. Para ello se recurre a los ejemplos de su vida y se utiliza el diálogo socrático, para dar cuenta de la inexistencia de pruebas concretas que corroboren sus pensamientos. Con la práctica, el pensamiento dicotómico declinará gradualmente y el paciente irá incorporando el método para cuestionar su propia manera de pensar.

3.- Control creciente de las emociones. Estos pacientes creen que si expresan su malestar hacia otros serán rechazados, por lo cual se trabaja básicamente en demostrarles que sus expresiones no necesariamente tendrán consecuencias negativas. Los autores describen que en esta etapa del tratamiento al ceder el pensamiento dicotómico se evalúa de manera más crítica sus propios pensamientos lo que conlleva una disminución de las desequilibradas reacciones del estado de ánimo, porque el paciente comenzará a manifestar sus emociones de manera más adaptativa y asertiva según sea la situación. Se trabaja en la reconceptualización de las emociones, es decir, explicarle al paciente que no es malo, por ejemplo, experimentar rabia, que es un sentimiento humano, sino lo que hay que trabajar es su manera de expresión. Se utilizarán técnicas de dramatización y también cabe la posibilidad de realizar una intervención grupal porque es una oportunidad de trabajar en el control de las emociones *in vivo*, de manera natural.

4.- Mejorar el control de la impulsividad. Se trabaja con el paciente su capacidad de elegir si actuará o no en base a un impulso, para luego no lamentarse de su conducta. Se interviene en base a la autoobservación para identificar el impulso antes de actuar, luego se explorarán lo ventajoso de lograr un control de estos impulsos para inhibir la respuesta automática. Consecuentemente, se exploran alternativas y luego se seleccionan las respuestas considerando las expectativas del paciente y lo que puede bloquear una mejor elección de estas respuestas, como los miedos o supuestos que operan a la base. Finalmente, se instrumentaliza la respuesta, se pone en práctica y a prueba en experimentos conductuales.

5.- Fortalecimiento en el sentido de Identidad. Beck y Freeman (1995) escriben que “*la técnica cognitiva que escoge metas específicas y las aborda de modo activo, genera sentido mas claro de las propias metas, prioridades y logros del paciente*” (p. 295). Se proporciona retroalimentación a las decisiones y buen comportamiento que vaya adquiriendo el paciente y a si mismo ir evaluando con realismo sus acciones. Si el paciente no logra un buen funcionamiento, es evidente que no se le otorgará una retroalimentación, por lo cual es necesario que el terapeuta tenga una atención minuciosa para atender a los pequeños avances que puedan darse en el paciente.

6.- Abordar los supuestos de base. Se toman las creencias subyacentes del paciente, se definen de manera detallada para luego recurrir a experimentos conductuales para poner a prueba estas creencias. Es de suma importancia tomar en consideración la complejidad de modificar la convicción que el paciente Límite tiene sobre una falla intrínseca que provocará rechazo en su entorno, llevándolo a actuar de manera evitativa para relacionarse íntimamente. Es por ello que es necesario hablar de manera abierta su creencia acerca de sus “defectos inaceptables”, y que considere el precio que paga por evitar la intimidad. Aquí el terapeuta le proporcionará al paciente su aceptación con empatía, que no será enjuiciado a pesar que se reconocerán de él sus peores “defectos”. (Beck y Freeman, 1995)

El tratamiento para un TLP es muy necesario y difícil por las diversas áreas en las cuales hay que trabajar. Lo habitual es que los primeros resultados sean obtenidos a largo plazo. Afortunadamente nuevos avances se han producido.

Una de las últimas propuestas de la década de los noventa para el tratamiento del paciente Boderline, que ha demostrado de manera concreta su efectividad para la disminución de los intentos suicidas y las acciones automutiladoras, lo ha realizado Marsha Linehan planteando la *Terapia Comportamental Dialéctica*.

La dialéctica de esta terapia se constituye fundamentalmente en la relación entre el extremo del cambio y el extremo de la aceptación o la autovalidación. En este último extremo de la balanza Linehan toma, por un lado, el Zen como técnica de autoaceptación y por otro el mindfulness como técnica de meditación, autoobservarse, vivir el presente y ser capaz de monitorear las sensaciones y pensamientos del momento. Es síntesis, es tener la capacidad de autoaceptarse pero tomando en consideración la necesidades de cambio.

La base de la terapia de Linehan radica en que en el TLP se da básicamente una disfunción del sistema de regulación emocional considerándolo como núcleo de la patología. Esta falta de regulación se origina por factores biológicos y ambientales. El ambiente de carácter invalidante tiene gran incidencia en la configuración de este trastorno donde se visualiza que en el transcurso del desarrollo estos individuos tienen diversas vivencias con otros significativos quienes desacreditan sus experiencias

emocionales. Se generan discordancias entre lo que el niño experimenta y describe como son sus emociones o validaciones de la realidad y lo que el medio describe sobre tales experiencias. Esto irá dificultando el poder lograr una adecuada descripción de lo que le ocurre, siente o piensa al niño en crecimiento.

La combinación de respuestas emocionales intensas, habilidades inadecuadas para regularlas, además de un comportamiento impulsivo y una actitud crítica hacia sus propias emociones produce una serie de crisis y frecuentes dificultades en sus capacidades de afrontamiento.

En el tratamiento en base a la Terapia Comportamental Dialéctica (TCD) se plantea que los pacientes Límites tienen una falta de habilidades y de capacidades interpersonales, de autorregulación y de tolerancia al estrés. Linehan (2003) plantea cinco desregulaciones del Boderline: desregulación emocional, desregulación interpersonal, desregulación del self, desregulación del comportamiento y desregulación cognitiva. Hay determinadas características de la persona y del ambiente que pueden dificultar la práctica de las habilidades que posee el paciente y también interferir en el desarrollo de nuevas capacidades. Es por esto que es necesario que el terapeuta o formador de habilidades atienda tanto las habilidades que el paciente posea, que se coloquen en práctica, como también ir generando nuevas habilidades

#### *Estadios de la terapia y objetivos del tratamiento*

Los estadios se utilizan para trabajar con pacientes de distintos niveles de gravedad, donde los más graves parten del primer estadio. Pero primero se hace necesario un pre-tratamiento para la orientación y el compromiso de trabajo en conjunto. Para lograr el compromiso del paciente se pueden integrar sus expectativas realistas con respecto al tratamiento. Además, se le explica al paciente las bases del tratamiento, describiéndolo como una terapia Cognitivo-Conductual, que pone especial énfasis en el aprendizaje de habilidades. (Díaz-Benjumea, M., 2003)

Estadio 1: apunta a un autocontrol de sus acciones, de sí mismo y de su vida, desarrollando habilidades conductuales para regular las propias emociones, mantener las relaciones interpersonales y tener autonomía mínima. Se trabaja explícitamente sobre los intentos de suicidio. También, se trabajan las conductas que interfieren en la terapia, tanto del paciente como del terapeuta.

Estadio 2: como el paciente ya ha logrado alcanzar un cierto control sobre sus acciones y emociones se puede apuntar a reducir la angustia postraumática a través del procesamiento de los hechos traumáticos vivenciados en la infancia. El procedimiento consiste en volver a exponer al paciente a claves asociadas con el trauma, dentro de la terapia. Se trata de recordar y aceptar los hechos traumáticos tempranos, utilizando el recuerdo o el role playing.

Estadio 3: se trabaja sobre la resolución de problemas de la vida e incrementar el autorespeto. El objetivo ahora se dirige por un lado, a la confianza en sí mismo y la autoestima y por otro, a la autonomía. El paciente debe conseguir que su autorespeto sea independiente de la valoración externa. Y esto significa que deben promoverse también la independencia para con el propio terapeuta, que irá estimulando los pasos hacia la autonomía del paciente respecto a él mismo.

Estadio 4: se quiere lograr la capacidad de sostener la alegría. Acá los objetivos pasan por ampliar la conciencia y la plenitud espiritual.

### La Estructuración del Tratamiento



El terapeuta principal es el que interviene individualmente. Luego en la estructuración del tratamiento siguen las terapias grupales. Paralelamente un trabajo farmacológico, intervenciones telefónicas y una intervención sistémica, siempre y cuando el paciente este de acuerdo. Todas estas intervenciones deben estar coordinadas para un mejor ejercicio psicoterapéutico.

\* Intervención individual, realizada por el terapeuta individual, que se organiza normalmente en una sesión semanal de entre 50 y 90 minutos, pero en los estadios iniciales, o en los periodos de crisis, puede haber dos sesiones semanales. Se irá trabajado la temática propia de cada estadio y los temas que irán surgiendo espontáneamente. Como ayuda para establecer la relevancia de las conductas que hay trabajar, el terapeuta usa tarjetas diarias que el paciente ha de rellenar en casa, y se revisan al principio de cada sesión. En ellas el paciente escribe cada incidente de conductas suicidas, ideación suicida, tristeza, consumo de drogas y la práctica de habilidades conductuales que haya realizado. Específicamente se realiza un análisis funcional, indagar sobre los hechos desencadenantes, los patrones conductuales y que es lo que esta reforzando las conductas lábiles de los pacientes. Es importante destacar que la figura aquí del terapeuta porque puede caer en enjuiciamientos o en reacciones no favorables para el paciente dando reforzamiento a las conductas críticas que se ponen en juego.

\*Intervención grupal, realizadas por formadores en habilidades, son de 2.5 horas semanales y se apunta a un *entrenamiento en habilidades* necesarias para la regulación emocional, entre otras.

El trabajo en grupo presenta diversas ventajas según Linehan (citada en Álvarez, H., 2005). 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 y el pertenecer a un grupo disminuye el aislamiento y aumenta la sensación de sentirse comprendido.

Este entrenamiento se da en módulos de cuatro habilidades de forma secuencial y semanal. Estos cuatro módulos apuntan directamente a la inestabilidad y desregulación de la personalidad Borderline: (Linehan, 2003)

1.- *Habilidad básica de conciencia*: son habilidades de contemplación psicológicas y comportamentales. El objetivo de este módulo es aumentar el control atencional, adoptar un sentimiento de verdadero self, mientras decrece 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). Se le explica al grupo el funcionamiento de una conciencia sabia y se trabaja con el “*que*” y el “*como*”. El “*que*” apunta a observar la experiencia, a descubrirla y participar de ella, vivenciar la experiencia presente y el “*como*” se trata de no emitir juicios ante la percepción y sensación de las experiencias presentes y tener el control atencional, hacer una actividad a la vez. Esto irá concluyendo en poder responder a lo querido en base a las situaciones.

2.- *Efectividad en los vínculos interpersonales*: se le explica al grupo que se pueden cambiar las situaciones que le producen dolor. Entre los objetivos incluye reducir el caos interpersonal y el miedo al abandono. Se enseñan estrategias para aprender a solicitar lo que uno necesita y que los demás consideren como válidas sus opiniones, porque estos pacientes se basan en el mito que si no sacrifican sus deseos las relaciones no resultarán y que serán abandonados. Por lo cual el aprendizaje de estas habilidades servirá para desarrollar y mantener las relaciones y el autorespeto. 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. Se trata de lograr un equilibrio entre sus deseos y el bienestar de sus relaciones.

3.- *Regulación emocional*: se le explica al grupo que aunque las situaciones pueden generar mucho dolor sus respuestas pueden cambiar. Los objetivos de este módulo son disminuir la labilidad afectiva, incluyendo el exceso de enojo, habilidad para reorientar la atención; inhibir los comportamientos que dependen de los estados de ánimo; experimentar las emociones sin escaladas y organizar el comportamiento al servicio de objetivos no relacionados con el estado de ánimo. El aprendizaje de habilidades comienza identificando y nombrando las emociones, observando y describiendo situaciones que despiertan esas emociones y las respuestas psicológicas y comportamentales que surgen como respuesta a las mismas. A su vez, la función adaptativa de las emociones es discutida. El describir y comprender los estados emocionales 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. Se ponen en práctica conductas que le reduzcan el sufrimiento emocional como una programación actividades placenteras en las cuales se sientan competentes y relajados, actividades sanas como el ejercicio o una buena alimentación, que cuiden su cuerpo y que no consumas sustancias dañinas para ellos.

4.- *Tolerancia frente al estrés*: está focalizado en la habilidad de autoaceptación y aceptación de su ambiente. A pesar que las situaciones puedan generar mucho dolor este puede ser tolerado y que se puede seguir viviendo a pesar de ello. Los objetivos de este módulo incluyen reducir la impulsividad, los intentos de suicidio y los actos autodestructivos. Se apunta a modificar los límites de tolerancia mas que a disminuir el agente estresor. 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. Aceptar la realidad y por lo tanto, las experiencias dolorosas como parte de la vida es fundamental. Aquí también se programa una lista de actividades agradables que permitan reducir el dolor lo que permitirá al paciente 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.

## CONCLUSIONES

En el desarrollo del este escrito se manifiesta la importancia de la relación terapéutica con el paciente Boderline. La capacidad del terapeuta de despertar en el paciente una intención de lograr una satisfactoria relación de comunicación y colaboración es de suma importancia. Esto irá permitiendo un mejor desenvolvimiento de las sesiones. Sin embargo, el clínico se enfrentará a diversas dificultades durante el tratamiento por las crisis, las ideaciones suicidas o las acciones de automutilación por parte del paciente, lo que aumenta la dificultad de la psicoterapia, así como también, el desgaste emocional del psicólogo. A esto se le suma que este tipo de pacientes, por lo general, no cuentan con un medio, redes sociales, que le permitan validar sus sentimientos y acciones lo que es un factor mas a considerar en la complejidad del tratamiento.

Es por estas complejidades que es relevante tomar en consideración las propuestas y los aportes de las terapias de enfoque Cognitivo Conductual descritas en este trabajo, ambas han demostrados ser eficientes en el tratamiento del Límite. La Terapia Cognitiva de Beck en la modificación de las cogniciones erróneas del paciente, además de describir ciertas características para su reconocimiento y la Terapia Conductual Dialéctica de Linehan que ha logrado demostrar ser efectiva en la disminución de los intentos suicidas y en el aprendizaje de diversas habilidades que permiten trabajar varias áreas que son complejas en los pacientes Boderline, destacando las intervenciones tanto individuales como grupales, intervenciones telefónicas y sistémicas, proponiendo un tratamiento completo y multimodal.

Si bien, se han logrado avances en las últimas décadas, es importante que perdure la investigación en el tratamiento del TLP.

A modo de reflexión, se considera la importancia de que los futuros clínicos que realicen su ejercicio profesional en este tipo de trastorno, tanto a nivel diagnóstico como de tratamiento, se informen y trabajen de manera ética y profesional, que reconozcan sus limitaciones y las dificultades que conlleva tratar a estos pacientes, para no caer en errores diagnósticos como sucedió antaño.

## REFERENCIAS

**American Psychiatric Association. (2002).** *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (1ª ed.). Masson ediciones.

**Álvarez, H. (2005)** Tratamiento para Pacientes con Trastorno Bordeline de la Personalidad. El Modelo Dialéctico Comportamental. *Las tesinas de Belgrano*. Volumen N° 191. Revisado el día lunes 17 de septiembre del 2007 desde [http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/191\\_krummer.pdf](http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/191_krummer.pdf)

**Beck, A. y Freeman, A. (1995)** *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Buenos Aires: Paidós ediciones.

**Díaz-Benjumea, M. (2003, Marzo).** La terapia conductual dialéctica. *Aperturas psicoanalíticas, hacia modelos integradores*. Volumen N° 13. Revisado el día miércoles 19 de septiembre del 2007 en <http://www.aperturas.org/13jimenezlinehan.html>

**Linehan, M. (2003).** *Manual de tratamiento de los trastorno de personalidad límite*. Barcelona: Paidós ediciones.