



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y  
SOCIALES**

**TERAPIA SISTÉMICA Y TERAPIA DIALÉCTICA  
CONDUCTUAL EN EL TRASTORNO LÍMITE DE  
LA PERSONALIDAD.**

Autor/a: Marie-Pierre Capeáns

Director/a: Roncesvalles Ibarra

Madrid  
2020/2021

## ÍNDICE

<b>1. Justificación Teórica</b>	<b>3</b>
<b>2. Introducción.</b>	<b>4-6</b>
<b>3. Marco Teórico</b>	<b>6-7</b>
<b>3.1 Terapia sistémica y proceso de intervención</b>	<b>7-13</b>
<b>3.1.1 Efectividad de la terapia sistémica en las personas que sufren del trastorno límite de la personalidad</b>	<b>14-15</b>
<b>3.2 Terapia dialéctica conductual y proceso de intervención</b>	<b>15- 19</b>
<b>3.2.1 Efectividad de la terapia dialéctica conductual en las personas que sufren del trastorno límite de la personalidad</b>	<b>19-21</b>
<b>4 Conclusión</b>	<b>21-23</b>
<b>5 Discusión</b>	<b>23- 27</b>
<b>6 Referencias</b>	<b>28-30</b>

## 1. **Justificación Teórica**

Los trastornos de personalidad no solo afectan a las persona que lo padecen, sino que también afectan a su entorno, dificultando la comunicación intrafamiliar y, pueden y suelen generar problemas secundarios. Por este antecedente es por lo cual decidí indagar más a fondo a cerca de la terapia sistémica con las familias y sobre la terapia conductual dialéctica en el trastorno límite de la personalidad, por las dificultades de vertiente relacional que caracteriza este tipo de trastorno. Otro antecedente interesante sobre mi inquietud con las intervenciones en los trastornos de personalidad es que este tipo de trastornos permanecen relativamente estables a lo largo del tiempo y son parcialmente inmunes al cambio. Suelen ser trastornos que generan bastante malestar en el entorno de la persona por la dificultad del paciente para identificar la perturbación al ser un trastorno egosintónico. Sin embargo, decidí enfocarlo en el trastorno límite de la personalidad al ser uno de los más prevalentes y con más conductas auto destructivas. Además, hay una necesidad en la psicología de saber qué enfoque terapéutico se acopla más a esta patología y en función de qué.

Mi objetivo con este trabajo es:

- Analizar si la terapia sistémica tanto a nivel grupal como individual es un método de intervención eficaz para las personas que sufren del trastorno límite de la personalidad.
- Indagar sobre cómo se llevan a cabo la intervención sistémica y la dialéctica conductual en el trastorno límite de la personalidad.
- Evaluar la eficacia de la terapia sistémica y la terapia conductual dialéctica en el tratamiento de las personas que sufren del trastorno límite de la personalidad.
- Comparar este tipo de intervenciones y sus resultados con personas que tienen el trastorno límite de personalidad

## 2. Introducción

Cuando una persona padece un trastorno de personalidad su modo habitual de actuar es considerado como enfermizo, anormal y patológico ya que no se ajusta a lo que se cabría esperar teniendo en cuenta el contexto sociocultural. La terapia con pacientes que experimentan trastornos de personalidad es uno de los retos más grandes y que presentan más interrogantes para los profesionales de la salud mental. Esto es así debido a la cronicidad del trastorno por la dificultad que existe para identificar la perturbación y su ambivalencia frente a la necesidad del cambio (Belloch, Fernández- Álvarez y Pascual-Vera, 2019 p. 160- 164). Una consecuencia común en este tipo de trastorno es que la calidad de vida de estas personas se encuentra extremadamente deteriorada y en algunos casos hasta más que en personas que padecen de enfermedades médicas significativas. Por ejemplo, Soeteman et al. (2008), (como se citó por Belloch, et al. 2019. p.51) en una muestra de más de 1,700 personas con trastornos de personalidad, constataron que su calidad de vida era tan mala, o incluso peor, que la de enfermos con artritis reumatoide, cáncer de pulmón o enfermedad de Parkinson. Estos datos deberían de tenerse en cuenta a la hora de poner en marcha estrategias de atención a la salud mental en las personas que sufren de trastornos de personalidad. Dentro de los trastornos de personalidad uno de los que mostraba peores índices de calidad de vida es el trastorno límite de la personalidad.

El trastorno límite de la personalidad en el DSM-V viene definido como “un patrón dominante de inestabilidad en 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”. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales ubica el trastorno límite dentro de los trastornos de personalidad en el grupo B. Algunos informes indican que los trastornos de personalidad de grupo B se suelen asociar al uso de alcohol u otras sustancias. No solo esto, pero el 74% de las personas con un TP de grupo B tiene como mínimo otro trastorno mental (Belloch et al., 2019). Relacionado con lo anterior, “las personas con un trastorno de personalidad de grupo B presentan la mayor tasa de trastornos comórbidos (83,8%)” (Belloch et al., 2019. p. 45). El patrón límite hace referencia a un patrón que no se ajusta a ninguna de las dimensiones de rasgos que se identifican en la personalidad “normal”. Por lo tanto, la persona está en el límite de no tener una estructura de personalidad, de no tener un patrón

estable de comportamiento adaptado. No tiene consistencia en su comportamiento, en su experiencia interna, ni en sus relaciones interpersonales. En cuanto a la etiología del TP límite, aunque la mayoría de los expertos están de acuerdo que en la génesis del trastorno conviven factores de orden constitucional, genético, neurológico, evolutivo y de comportamiento, no hay acuerdo de predominio de unos factores sobre otros en la aparición (Belloch, et al., 2019. p. 97). El trastorno límite de la personalidad es diagnosticado mayoritariamente en mujeres, aproximadamente en una proporción de 2:1 (Belloch, et al., 2019. p. 94 ).

Es importante trabajar con las personas que padecen del trastorno límite de la personalidad por su comportamiento impredecible, su intensa emotividad y por el gran descontrol que el proceso terapéutico les genera. En la relación terapéutica suelen experimentar muchos problemas para establecer confianza con el terapeuta y para comunicarse adecuadamente. No solo esto, se trata de un trastorno crónico con un curso estable, que impregna muchos ámbitos de la vida del sujeto, así como un trastorno egosintónico que genera bastante malestar en la persona y en sus redes cercanas. El resultado de la egosintonía característica de este trastorno dificulta la solicitud de ayuda. Sin embargo, las personas que sufren del trastorno límite de la personalidad tienen una estructura de personalidad bastante frágil que suele requerir de un andamiaje exterior. En cuanto a la prevalencia de este trastorno de personalidad, los estudios expresan que está en torno al 1,20 % en población general, 10% entre los pacientes que asisten a centros de salud mental, y en torno al 20% de los que ingresan (Belloch, et al., 2019. p. 93- 94 ).

Intervenir terapéuticamente con las personas que sufren del TL de la personalidad es una cuestión fundamental ya que resulta ser beneficioso para la persona, su familia y para la salud pública. Campo y Ascenzo (2010) recogen que: el trastorno límite es el más diagnosticado, el que suele ser más derivado a terapia familiar y el que los pacientes tienen más interés en reforzar sus vínculos lábiles y mejorar la calidad de sus relaciones. Además, otros expertos resaltan la importancia de intervenir psicológicamente con esta población porque el riesgo de suicidio es elevado. García (2007) afirma: que la tasa de suicidio consumados se fija en el 10% de los pacientes a lo largo de su curso vital (p. 351).

Por otro lado, las personas con trastorno límite de la personalidad “han ido ganando importancia como patología psiquiátrica debido a sus características clínicas, que hacen enormemente difícil tratarlos, por la tendencia a interrumpir los tratamientos que se les proponen y a recaer” (García, 2007. p. 347 ). Además, por las consecuencias que tienen en el sistema socio sanitario por el elevado consumo de servicios que generan que los convierte en un problema para la salud pública (García, 2007). Son un problema para la salud pública porque son unos de los pacientes que más servicios consumen: urgencias, hospitalizaciones, trabajo social, hospital de día, etc. Además, es uno de los trastornos de personalidad más frecuente y el que menos se suele beneficiar de los servicios que consumen y que permanecen inalterados por los tratamientos. Las características de estos pacientes, su resistencia a tratamientos farmacológicos y la cantidad de servicios que consumen hacen de la psicoterapia un aspecto fundamental para la mejoría de estos pacientes. Por consiguiente, hace el evaluar la eficacia de los tratamientos terapéuticos una cuestión fundamental para los profesionales de la salud mental.

### **3. Marco Teórico**

Pinel en 1801 fue el primero en hacer constar por escrito sintomatología compatible con TLP, denominándola "manie sans délire" (Díaz. 2001).

“La historia reconoce a Kurt Schneider como el primer autor que elaboró una teoría sistemática respecto a la clasificación y tratamiento de lo que hoy llamamos TP y que él denominó, en 1923, *personalidades psicopáticas*” (Belloch et al., 2019. p. 185). No obstante, el trastorno borderline fue descrito por vez primera por Stern en 1938 y se refería a personas que se encontraban al borde de la psicosis y la neurosis. Finalmente, fue en 1980 cuando se incorpora el TL como entidad definida en el DSM-III (Guía de Práctica Clínica acerca del Trastorno Límite de la Personalidad, 2011).

En cuanto a la idea de estabilidad y resistencia al cambio en los trastornos de personalidad esta se ha ido moderando. Históricamente, se pensaba que no había tratamientos eficaces para los trastornos de personalidad. Esta moderación se debe a una mejora en los procedimientos diagnósticos y en los avances en los tratamientos (Belloch et al., 2019. p. 48). Además, en el estudio de Grilo et al., (como se citó por Belloch, 2019) el 85% de los pacientes con TP límite cumplía criterios de mejoría en el seguimiento a 10 años. Por

otro lado, solo un 12% de los pacientes con el TP límite experimentó una recaída significativa. Sin embargo, aunque los pacientes con el TP demostraron una mejoría en sus síntomas seguían experimentando un deterioro personal. Este dato es fundamental porque ilustra claramente como señaló París en el 2005 (como se citó por Belloch, 2019):

“Lo que parece mejorar con los tratamientos adecuados son los síntomas del trastorno, pero que los rasgos básicos en los que se sustenta ese trastorno son bastante más estables y, por ese motivo, su importancia en el mantenimiento del problema no está siendo abordado adecuadamente, ni en el diagnóstico ni en el tratamiento” (p. 49).

Una característica central del trastorno límite de la personalidad es la gran dificultad en las relaciones interpersonales. Sin embargo, la mayoría de los modelos terapéuticos propuestos son de tipo individual y esto supone un problema. Campo y Ascenzo (2010) afirman que la perspectiva relacional permite usar los recursos del ecosistema y los individuales del individuo para facilitar los cambios en los rasgos de personalidad correspondientes y los comportamientos. Por lo tanto, hablan del propio sistema como una fuente de intervención.

Sin embargo, la terapia familiar no es recomendada como la única forma de intervención en los pacientes que sufren del trastorno límite de la personalidad (Oldham, et al., 2001). No obstante, las investigaciones señalan que las intervenciones que tienen en cuenta el aspecto relacional pueden ser beneficiosas porque las relaciones de estos individuos suelen ser inestables, intensas y complicadas. Además, la visión que tienen de los demás puede cambiar drásticamente alternando entre los extremos de la idealización y la devaluación (Oldham, et al., 2001). Por este motivo es importante trabajar aspectos relacionales en los procesos psicoterapéuticos con estos pacientes. Por lo tanto, estos datos apuntan a que puede ser efectivo trabajar desde una perspectiva sistémica y modelos integradores con esta población concreta.

### **3.1 Terapia Sistémica y Proceso**

El establecimiento del paradigma sistémico propiamente dicho se sitúa entre los años 1952-1961. Este paradigma surge de la evolución de un sector de la psiquiatría que

constató la importancia que tiene la familia en la etiología de algunas patologías graves como puede ser la esquizofrenia (Moreno, 2015).

Vinculados con los primeros estudios que se realizaron en el marco de la esquizofrenia, nace el interés y las primeras intervenciones con los familiares de pacientes que padecían de trastornos de personalidad. En Estados Unidos en los años 70 se centraron especialmente en este tipo de intervenciones en el trastorno límite de la personalidad (Rodríguez Moya y Peláez, 2013). Sin embargo, estas intervenciones eran desde la perspectiva psicoanalítica y estudiaban las relación entre los acontecimientos de la infancia en el desarrollo de la personalidad de estos pacientes. Sin embargo, Masterson y Rinsley (1975) (como citó Rodríguez Moya y Peláez, 2013) plantearon “que la familia podía estar en la génesis y/o el mantenimiento de la patología, de manera que, para corregir la psicopatología límite había que corregir a la familia de estos pacientes” (p. 76). Por lo tanto, ellos marcaron un antes y un después en los estudios al mirar la relación de la patología con el contexto familiar.

Por otro lado, otros de los pioneros que empezaron a incluir a la familia en el proceso terapéutico con las personas que padecen el TLP son Gunderson y sus colaboradores. Desarrollaron un programa de intervención para las familias de estos pacientes basado en los enfoques psicoeducacionales familiares para la esquizofrenia. Este programa incluía una fase de “joining” y una fase de terapia multifamiliar (Hoffman & Fruzzetti, 2007).

El objetivo final de la intervención sistémica con las personas con trastorno límite de la personalidad es que puedan llevar una vida estable, utilizando sus propios recursos personales y el apoyo de la familia (Rodríguez Moya y Peláez, 2013). Varias de las propiedades de los TP que se reconocen de manera más consensuada son especialmente convenientes para indicar que serían efectivas las terapias sistémicas con estas personas. Algunas de estas cuestiones son: la complejidad y la cronicidad del trastorno, la egosintonía característica, los problemas de adaptación y las dificultades en las relaciones interpersonales (Belloch, et al. 2019. p. 181). Con las intervenciones sistémicas la persona puede llegar a iniciar y mantener relaciones cercanas que sean mutuamente satisfactorias y adquirir la habilidad de afrontar futuros posibles conflictos. Por lo tanto, se trabaja con la persona para que su propio sistema sirva como un espacio de rehabilitación e intervención.

Los problemas de personalidad siempre tienen una vertiente relacional. Obstaculizan la comunicación intrafamiliar y pueden y suelen generar patologías y problemas secundarios. La data ha indicado que el estrés que genera tener un relativo que padece de una enfermedad mental está asociado con sentimientos de carga y dolor, con depresión y con el aislamiento (Hoffman & Fruzzetti, 2007). Por lo tanto, es importante tener paradigmas que tengan en cuenta estos datos para disminuir los sentimientos negativos que los miembros familiares de las personas con TLP puedan experimentar.

Tener en cuenta el aspecto relacional no solo significa incluir a la familia en el tratamiento si no también focalizar en las redes de relaciones significativas que tiene el sujeto y cómo se comportan. Por lo tanto, una de las cuestiones que se tiene en cuenta a la hora de intervenir con estos pacientes desde una perspectiva sistémica son las experiencias que han dificultado el desarrollo de la personalidad y los recursos familiares (Campo y Ascenzo, 2010). Al enfocarnos en la perspectiva relacional podemos dotar de significado la sintomatología del paciente dentro de su contexto relacional (Campo y Ascenzo, 2010).

Según Rodríguez Moya y Peláez (2013):

“El trabajo psicoterapéutico con estas familias debe ir dirigido a proporcionar información sobre la enfermedad, modificar ciertas respuestas familiares, proporcionar apoyo en situaciones de crisis o de dificultad especial, brindar competencias para mejorar la comunicación con el familiar afectado, y en el aprendizaje de habilidades de resolución de problemas y afrontamiento de conflictos” (p. 76).

Una de las razones por las que surgen problemas en la convivencia familiar con estos pacientes es por la falta de información acerca del trastorno. Por esta razón, es fundamental trabajar con la familia desde una perspectiva psicoeducativa. La psicoeducación es la educación que se les ofrece a estas personas y sus familias acerca del trastorno para que sean capaces de entender y manejar mejor la enfermedad (Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno límite de la Personalidad, 2011). Además, la psicoeducación tiene la función de evitar la estigmatización del trastorno y promover la adherencia al tratamiento.

A la hora de trabajar desde una perspectiva psicoeducativa se debe educar a la propia persona y a su familia. Al hacer psicoterapia individual con personas que sufren de trastornos de personalidad, el primer objetivo de la psicoeducación es facilitar que el paciente tome consciencia de su situación y de los beneficios que puede obtener con el tratamiento. Por otro lado, los objetivos de la terapia familiar psicoeducativa fueron identificados por Mosquera y Ageitos (2005) (como se citó por Rodríguez Moya y Peláez, 2013) y son:

“1) psicoeducación sobre el trastorno, para que la familia adquiriera una adecuada comprensión del mismo; 2) restablecimiento de una relación "sana" entre paciente-familia (que los familiares puedan verle como persona no solo como enfermo); 3) establecimiento de límites y mejora de la comunicación familiar (reducir el nivel de crítica, hostilidad o el manejo disfuncionales de emociones negativas); 4) establecimiento de relaciones con la red social extensa, para prevenir el aislamiento del paciente como de la familia” (p. 78).

Por lo tanto, además de la psicoeducación, se considera fundamental trabajar la comunicación familiar y el establecimiento de límites. En cuanto al proceso de la psicoterapia sistémica, primero se evalúan y delimitan los problemas que la familia particular presenta y se ofrece una psicoeducación inicial acerca del trastorno y se establece una alianza terapéutica. Luego, empieza el proceso terapéutico en donde se tratan las temáticas de: la comunicación familiar; establecimiento de límites; las crisis; ver por que cuando el paciente mejora algunos familiares empeoran; el aislamiento con la sociedad y el manejo de los problemas específicos (Rodríguez Moya y Peláez, 2013). En cuanto a la comunicación familiar, se buscan dinámicas comunicacionales más auténticas y adaptativas entre los miembros familiares. Con respecto a los límites, las personas que padecen del trastorno límite de la personalidad suelen tener muchos problemas estableciéndolos, por tanto, es algo que se trabaja durante el proceso terapéutico. El terapeuta ayuda a la familia a que puedan establecer límites claros y disminuir la ambigüedad que puede haber acerca de la enfermedad. Por otro lado, el terapeuta también guía a la familia para que sepan como actuar ante las amenazas de suicidio y otras amenazas o crisis que pueda tener el paciente. En cuanto a ver la dinámica cuando el paciente mejora, el terapeuta debe hacer saber a la familia que todos los

cambios, aunque sean cambios positivos, requieren de un tiempo de adaptación y de asimilación. Referente al aislamiento, estas familias suelen aislarse de su entorno social próximo y el terapeuta debe explicar las consecuencias de esto y animarlos a que mantengan sus redes sociales extensas. Finalmente, el terapeuta ayuda a la familia en los problemas específicos que puedan tener a corto y a largo plazo (Rodríguez Moya y Peláez, 2013).

Al trabajar desde una perspectiva sistémica con la familia es muy importante cubrir algunos elementos claves durante la entrevista inicial. Los elementos claves a tener en cuenta identificados por Midori y Brown (1998) son: “el joining; el examen de proceso de derivación; la decisión de a quien implicar; la definición del problema y la negociación de las metas y el contrato” (p. 95). A lo que se refiere el joining es que el terapeuta debe ser capaz de mostrar “empatía sistémica” e identificarse con los dilemas y roles singulares de cada miembro del sistema familiar. En algunas familias el terapeuta puede decidir hacer joining selectivo, es decir, fomentar el joining conectando con el miembro más periférico de la familia. El proceso de joining ayuda al terapeuta a identificar los puntos fuertes de la familia. En cuanto al examen del proceso de derivación, esto suele dar mucha información sobre las interacciones familiares y su relación con otros sistemas.

El interés por el proceso de derivación a la terapia suele brindar mucha información sobre las diversas relaciones vinculadas a la problemática. Al explorar esta cuestión se suelen responder las siguientes preguntas: ¿Qué relación debería ocupar el centro de interés? ¿A quién se le ocurrió solicitar ayuda externa? ¿Quién está de acuerdo y quién no con la ayuda externa? (Midori y Brown, 1998). A la hora de ver a quien se debería de implicar y a quien no en la terapia en la primera sesión se evalúa si están ausentes algunas personas significativas para el paciente y por qué. En caso de que su ausencia, se debe evaluar la opinión del cliente sobre esto y si la inclusión supusiese un conflicto. Algunas terapias de familia incluyen solo a un miembro familiar, esto se puede hacer con efectividad si dentro de la terapia se incluyen aspectos macro dinámicos (Midori y Brown, 1998). Referente a la definición del problema esta rige los objetivos y el proceso de la terapia familiar. A la hora de definir el problema desde la perspectiva sistémica se debe tener en cuenta la definición que tienen los miembros de la familia del problema y llevarlo a una perspectiva más sistémica e interactiva. Por lo tanto, se tienen en cuenta las opiniones de los

familiares y las secuencias interactivas. Para identificar las secuencias interactivas el terapeuta no se centra tanto en el contenido si no en el proceso de comunicación o interacción que tienen los miembros de la familia. En cuanto a las metas, los objetivos se establecerán a partir de la información recabada y la definición del problema, los participantes y lo que los llevó a la terapia familiar. Finalmente, al hacer el contrato terapéutico se hace una negociación estructurada sobre las expectativas y metas de la terapia (Midori y Brown, 1998).

Al trabajar desde una perspectiva sistémica se trabaja con los datos que se obtienen de la experiencia del paciente dentro y fuera de la terapia para lograr comunicar, señalar y meta comunicar las dinámicas relacionales disfuncionales. Durante el proceso psicoterapéutico con estos pacientes se suelen utilizar técnicas como el role-playing, metáforas y la connotación positiva. La técnica de role-playing es muy útil para explicitar la disfuncionalidad de la comunicación que utiliza la familia. Por otro lado, el uso de metáforas evita criticar directamente el funcionamiento del sistema familiar. Por último, la connotación positiva es conveniente para para enfatizar en los logros conseguidos (Melendo et al., 2005).

Al hacer terapia familiar y después de lograr y mantener una alianza terapéutica el terapeuta evalúa la estructuración familiar; las interacciones relacionales; los conflictos no resueltos y hace una comprensión histórica. En cuanto a la estructuración, se exploran los límites que existen entre los distintos subsistemas (el fraterno, el conyugal y el parental). Si después de la evaluación se detecta una estructuración disfuncional se comienzan a introducir límites claros pero flexibles, nuevas normas y una mayor jerarquización (Melendo et al., 2005). Luego, se valoran las interacciones relacionales entre los miembros del sistema familiar. Una de las maneras que se pueden evaluar las interacciones relacionales es preguntando cuestiones como: ¿Quién hizo qué cuándo?, ¿Qué dice o hace normalmente?, ¿Qué sucedió después? (Midori y Brown, 1998). Luego, el terapeuta evalúa las interacciones relacionales y puede clasificar las relaciones como: relaciones complementarias, simétricas o pseudo complementarias. Igualmente, valora los roles; alianzas; coaliciones; parentificaciones (inversión de roles de los hijos); congruencia entre el lenguaje no verbal y el verbal; los falsos mitos y las reglas implícitas e internas que rigen el comportamiento familiar (Melendo et al., 2005). Durante el proceso psicoterapéutico el terapeuta va confrontando las interacciones disfuncionales y

mostrando alternativas más constructivas. La siguiente fase es ver si hay conflictos familiares no resueltos. Es decir, se abordan las emociones y vivencias y se busca que se escuchen entre sí mostrando respeto. Esto es fundamental con estos pacientes porque suelen expresar sentimientos de desigualdad en cuanto al trato que le han brindado sus padres. La finalidad de esto es que se puedan comprender y a la vez repararse. En cuanto a la comprensión histórica, se buscan los mandatos implícitos transgeneracionales que los hacen funcionar de determinada manera. Luego, se trata de construir una nueva historia familiar con una buena estructura, buenas relaciones interaccionales y sin conflictos pasados. Finalmente, se finaliza la terapia en donde es muy útil anticipar posibles “recaídas” y se felicita a la familia por el cambio conseguido (Melendo et al., 2005).

Por lo mencionado anteriormente, la intervención familiar es un elemento insustituible en el proceso de recuperación de estos pacientes. Permite aliviar la tensión familiar, entender el trastorno y sus repercusiones y facilita la comunicación adecuada. No solo esto, sino que ayuda a los padres a tomar un rol más apropiado que permita a la persona progresivamente ser autónoma y mantener mejores relaciones interpersonales. Además, les permite adquirir una visión más integrada de la persona y de su trastorno. Sin embargo, existen unas condiciones que se tienen que cumplir antes de iniciar una terapia familiar con estos pacientes. Los requisitos son: cierta “estabilidad” clínica en el paciente, reconocimiento del diagnóstico y necesidad de ayuda, disponibilidad de tiempo y compromiso hacia la terapia, aceptación expresa de la terapia y sus condiciones, que todos muestren capacidades de escucha y que exista un ambiente contenedor que pueda controlar los acting-out del paciente (Melendo et al., 2005).

Desde la perspectiva sistémica se considera que trabajar a la vez con el sistema familiar y no solo con el individuo, facilita la recuperación y los cambios de manera más directa al intervenir en el contexto natural de referencia del sujeto. Sin embargo, desde esta perspectiva el terapeuta también realiza intervenciones individuales. La relación con el terapeuta tendría como objetivo prioritario proporcionar esperanza y un modelo de que es posible establecer relaciones interpersonales más funcionales. Sin embargo, la relación interpersonal con el terapeuta es un medio, no un fin, lo que disminuye la probabilidad de que el sujeto se desvincule de su realidad concreta (Campo y Ascenzo, 2010). Durante las intervenciones individuales se construye un vínculo estable y genuino con la persona. Además, se aprenden habilidades que luego salen fortalecidas en las sesiones familiares

(Rodríguez Moya y Peláez, 2013). En otras palabras, las nuevas respuestas más funcionales salen fortalecidas y reforzadas durante la intervención haciendo que se mantengan en el tiempo. Por esta razón, si se interviene desde una perspectiva sistémica con las personas que sufren del trastorno límite de la personalidad se puede ser eficaz tanto en tiempo como en recursos al trabajar con la red social directa y más significativa de la persona. Trabajar desde este marco teórico facilita que la persona entienda que su comportamiento impacta su entorno y viceversa. Este ‘insight’ pudiera facilitar mucho que estos pacientes adquieran una mejor actitud que esté más orientada a logros y mantener relaciones más estables y funcionales (Campo y Ascenzo, 2010). Es decir, puede fomentar la generalización de las respuestas en otras relaciones interpersonales.

### ***3.1.1 Efectividad de la Terapia Sistémica***

En cuanto a la efectividad de la terapia sistémica, son pocas las propuestas aunque autores de otros enfoques como Allen, Gunderson, Linehan y Hoffman (como se citó por Campo y Ascenzo, 2010) han incluido a la familia en el tratamiento poniendo énfasis en la importancia de las relaciones interpersonales. No obstante, Rodríguez Moya y Peláez (2013) identificaron algunos elementos que demuestran la utilidad de las intervenciones familiares y fueron: la disminución de las conductas autoagresivas y suicidas, la mejora en la capacidad para controlar los impulsos y el descenso en el número de hospitalizaciones en estos pacientes.

Además, se ha constatado que el trabajo terapéutico con las familias influye en un mejor pronóstico de la enfermedad mental y además previene la aparición de trastornos adicionales en los familiares (Gunderson, 2002).

Teniendo en cuenta el contexto familiar, varias investigaciones han indagado sobre la interacción familiar como un factor clave en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Por ejemplo, un estudio realizado por Hooley y Hoffman (1999) muestra que altos niveles de implicación emocional en los miembros de la familia se asocia de forma significativa con una mejor evolución clínica en el seguimiento a un año de pacientes con diagnóstico de TLP (Campo y Ascenzo, 2010).

Posteriormente, Gunderson (2002) afirma: “que las intervenciones familiares de perspectiva “psicoeducativa” es un tratamiento complementario al individual que se hace con el paciente y se ha demostrado que favorece el pronóstico de la enfermedad” (Rodríguez Moya y Peláez, 2013, p 77- 78. ). Además, estudios de eficacia realizados por Gabbard, Lazar, Hornberger y Spigel (1997) (como se citó por Rodríguez Moya et al., 2013) demostraron una superioridad del modelo psicoeducativo frente a las primeras terapias familiares que eran de orientación psicoanalítica.

Por otro lado, Feldman y Guttman también aconsejan este tipo de intervención con el fin de que disminuya las proyecciones de los padres y las distorsiones de la realidad (Díaz, 2001). Por otro lado, una revisión de 43 estudios empíricos demostró que las intervenciones de perspectiva psicoeducativas conducían a un descenso en la carga y un incremento en el funcionamiento y las estrategias de afrontamiento de la familia. Además, una mejora en la salud mental de los familiares (Hoffman y Fruzzetti, 2007). Por consiguiente, estos autores resaltan la importancia de trabajar desde esta perspectiva con las personas que padecen del trastorno límite de la personalidad.

Por otro lado, en la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno Límite de la Personalidad (2011), se recomienda la psicoeducación como intervención inicial con la finalidad de mejorar la información que poseen los pacientes acerca de su propio trastorno. En cuanto a las intervenciones familiares, recomiendan la psicoeducación en los familiares de estos pacientes para disminuir la carga familiar percibida y mejorar las habilidades de afrontamiento de los miembros familiares frente al trastorno. Además, demostraron que la psicoeducación en familiares de estos pacientes mejora su dominio frente a las manifestaciones del trastorno y reduce la carga y el duelo familiar.

### **3.2 Terapia Dialéctica Conductual y Proceso**

Otra terapia que, por su modelo integrador es muy recomendada en las personas que padecen del trastorno límite de la personalidad, es la terapia dialéctica conductual. La terapia dialéctica conductual es una terapia psicológica de tercera generación establecida por Marsha Linehan en 1993 y trata concretamente los síntomas característicos del trastorno límite de la personalidad: impulsividad, dificultades en las relaciones

interpersonales, inestabilidad afectiva y trastorno de identidad. Sin embargo, inicialmente fue diseñado para ayudar a mujeres que presentaban conductas para suicidas y luego se organizó como un modelo general para el tratamiento de la personalidad límite (Belloch et al., 2019). Los principios de la TDC se integran para crear este modelo biopsicosocial de tratamiento cual enuncia que el TP límite es una “disfunción del sistema de regulación emocional del individuo que surge como resultado de la interacción de varios sistemas que incluyen aspectos cognitivos, conductuales, de comunicación interpersonal e identidad” (Belloch, et al. 2019 p. 207). Además, Belloch (2019) afirma que esta desregulación emocional se mantiene por un medio ambiente que tiene efectos invalidantes para el paciente. La desregulación emocional es un elemento central de la sintomatología de estas personas y lo es también para la propuesta de la terapia dialéctica conductual de Linehan. Se define como: “la incapacidad para controlar y modular el propio estado afectivo, de manera que las emociones escapan el control de la persona y oscurecen su capacidad de juicio y razonamiento” (Belloch, et al. 2019. p. 100). En cuanto al ambiente invalidante, este se refiere a un “contexto social que tiende a reaccionar de manera errática, inadecuada y disonante ante las demandas privadas de las personas que viven en ese contexto” (Belloch, et al. 2019. P. 100). Esta terapia al tener en cuenta aspectos relacionales y aspectos cognitivo- conductuales se considera un modelo bastante integrador.

Este tipo de terapia se diferencia de las intervenciones tradicionales cognitivo-conductual en varios aspectos. Sin embargo, la diferencia más puntual es que la terapia dialéctica conductual no tiene como objetivo final combatir las ideas o creencias erróneas de la persona. Tiene como objetivo central lograr un equilibrio y deshacerse del pensamiento dicotómico de la persona. Por otro lado, este modelo también se aleja del clásico de Beck. Se trata de un enfoque más comportamental, que otorga más relevancia a los aspectos reforzadores de la conducta y que toma en cuenta una variedad de fuentes teóricas y técnicas que comprueban su consideración como modelo integrador (Belloch, et al. 2019. p. 206).

La TDC se enfoca en que la persona incorpore en su repertorio de habilidades algunas que le permitan regular sus emociones y conductas adecuadamente. Algunas de estas habilidades son: básicas de conciencia, de efectividad interpersonal, de regulación emocional y de tolerancia al malestar (De la Vega & Sánchez Quintero, 2013). El

entrenamiento en habilidades, idealmente, se debería de llevar a cabo por dos terapeutas en una sesión grupal de aproximadamente dos horas de duración (De la Vega & Sánchez Quintero, 2013). Es decir, se combinan sesiones individuales con sesiones grupales para fomentar el desarrollo de estas habilidades. Las habilidades de tolerancia al malestar y las básicas de conciencia están basadas en el mindfulness y la práctica zen. Por otro lado, las habilidades de efectividad interpersonal tienen como objetivo que el paciente sea “eficaz interpersonalmente” y pueda ser capaz de analizar y ver los objetivos de sus relaciones. Además, promueven que el paciente analice los factores que permiten tener relaciones interpersonales eficaces y funcionales. Por último, las habilidades de regulación de las emociones los ayudan a identificar y nombrar sus emociones y reconocer qué funciones tienen en su entorno (De la Vega & Sánchez Quintero, 2013). A través de todo este proceso, se asume que estas habilidades están dentro de la persona y el profesional está para facilitar el proceso, pero a la vez, promueve su autonomía. Además, promueve que la persona se acepte completamente.

Como he mencionado anteriormente, este modelo al ser derivado de las terapias cognitivas conductuales se apoya en la teoría del aprendizaje y en el papel que cumplen los reforzadores para mantener las conductas inadecuadas de estos pacientes. Por tanto, hay una identificación y un manejo de contingencias para hacer posible nuevos aprendizajes (Belloch, et al. 2019. p. 208). Sin embargo, es un modelo que también se apoya en una filosofía dialéctica. Esta filosofía es fundamental para el trabajo terapéutico y busca que la terapia mantenga un equilibrio entre la necesidad de contar con un grado aceptable de validación de experiencia y aceptación y la búsqueda del cambio. La dialéctica tiene sus raíces en tres principios: que la realidad individual está constantemente entre oposición de fuerzas, la realidad está en constante movimiento y la interconexión universal de los fenómenos (Belloch, et al. 2019. p. 209). Las técnicas que suelen utilizarse con este modelo terapéutico son: moldeamiento, role-playing, procedimientos de exposición, aprendizaje por modelos, instrucciones y autoinstrucciones y refuerzos y feedback. Sin embargo, se trabaja principalmente validando la experiencia del paciente sin enjuiciar (De la Vega y Sánchez- Quintero, 2013).

El objetivo final de la terapia dialéctica conductual es que la persona adquiera una “autonomía responsable” en sus actitudes y en sus comportamientos. Sin embargo, se tiene que tratar de una manera organizada jerárquicamente: el comportamiento suicida,

las conductas auto y hetero agresivas y, los síntomas del sujeto que interfieren en su proceso de recuperación (Díaz, 2001). Esto es, el abuso de drogas, la alianza terapéutica, los problemas de la vida cotidiana y esquemas cognitivos que puedan dificultar el proceso terapéutico. Luego, se tiene “que asegurar la alianza terapéutica, afrontar los problemas de la vida cotidiana, entrenarse a los esquemas cognitivos del paciente y explorar una reorganización psíquica más saludable y madura” (Díaz, 2001).

El programa de terapia conductual dialéctica contiene muchos elementos teóricos, prácticos y técnicos heterogéneos. Los estilos particulares de esta terapia son: la dialéctica, la validación, el énfasis en la solución de problema y la comunicación empática e irreverente. En cuanto a la dialéctica, lo que se refiere es que el terapeuta al intervenir desde este marco teórico está constantemente buscando el equilibrio entre tensiones y usa herramientas como las paradojas y la técnica de abogado del diablo para lograrlo. Con respecto a la validación, el terapeuta se enfocará en informar al paciente que sus respuestas tienen sentido a través de la escucha activa y el interés genuino. El énfasis en la solución de problemas está muy claro ya que es una terapia derivada de la cognitivo-conductual, y se refiere a que el terapeuta usará las técnicas clásicas de este paradigma para trabajar los síntomas presentes. Finalmente, la comunicación empática e irreverente se refiere a que durante esta terapia el terapeuta se mostrará empático, aunque muchos piensen que esto no es un estilo propio de las terapias cognitivo-conductuales (De la Vega-Rodríguez y Sánchez-Quintero, 2013).

El programa que se utiliza para implementar la terapia dialéctica conductual tiene cinco funciones principales: potenciar las habilidades del paciente, incrementar su motivación, potenciar la generalización, estructurar el ambiente y potenciar las capacidades del terapeuta (Belloch, et al. 2019. p. 209). Por ende, para potenciar las capacidades del paciente se entrenan habilidades que han sido poco efectivas a través de técnicas como el modelado y ensayos de conducta. Algunas de estas habilidades son: básicas de conciencia, de eficiencia interpersonal, de regulación de las emociones y de tolerancia al malestar (De la Vega-Rodríguez y Sánchez-Quintero, 2013). Para potenciar la motivación del paciente el terapeuta le transmite al paciente que estas nuevas conductas pueden ser generalizadas a distintos contextos, para esto, utiliza técnicas como son el manejo de contingencias y exposición. Muy relacionado con lo anterior, está la generalización de estas respuestas que se hace a través de exposiciones en vivo o consultas telefónicas en

momentos donde existe mayor tensión frente a contextos sociales difíciles. Para estructurar el ambiente, las habilidades aprendidas se llevan a cabo en el contexto familiar o vincular del paciente. Finalmente, en este modelo se trata de potenciar las capacidades del terapeuta dotándolo de recursos para afrontar la tarea, supervisar su nivel de estrés en el trabajo, desarrollar habilidades específicas y ser supervisado por otros (Belloch, et al. 2019. p. 209). Esta última función pone el foco en que es fundamental que el terapeuta cumpla su labor, ya que se trata de un trabajo de alta intensidad emocional y que necesita ayuda para evitar el *burnout* (Belloch, et al. 2019. p. 209). Para cumplir con estas cinco funciones, el programa tiene cuatro tipos de intervenciones: terapia individual, terapia grupal, consultas telefónicas y encuentros de consulta. Por lo tanto, se trata de un modelo bastante integrador.

Las intervenciones originales de la TDC desarrolladas por Linehan y su grupo de investigación incluyen cuatro componentes: psicoterapia individual y de grupo, tareas de entrenamiento en habilidades, encuentros terapéuticos de consulta y supervisión y consultas telefónicas (De la Vega-Rodríguez y Sánchez-Quintero, 2013). En la psicoterapia individual el terapeuta debe motivar a la persona a iniciar el tratamiento y debe establecer un vínculo terapéutico, algo esencial en todo proceso terapéutico. En concreto, es muy importante a la hora de intervenir desde esta perspectiva porque este enfoque se apoya mucho en la alianza que se establece entre el terapeuta y el paciente. Además, en la terapia individual el terapeuta se tiene que encargar que el paciente lo vea como alguien en quien contar y se debe esforzar para no repetir el ambiente invalidante que el paciente ha tenido a lo largo de su vida (De la Vega-Rodríguez y Sánchez-Quintero, 2013). No solo esto, pero la terapia individual está dirigida a eliminar las conductas que ponga en riesgo la vida del sujeto y tengan un efecto negativo sobre su calidad de vida (Belloch et al., 2019. P. 209). Por otro lado, en las sesiones de grupo de entrenan las habilidades mencionadas anteriormente en un formato psicoeducativo (Belloch et al., 2019. P. 209). El programa se diseña para cumplir sus objetivos a través de un plan ordenado jerárquicamente en cuatro etapas: la adquisición de autocontrol, el desarrollo de habilidades para poder experimentar adecuadamente las emociones, el manejo de patrones de comportamientos inadaptativos y el desarrollo de metas espirituales o experiencias trascendentales (Belloch, 2002). Las consultas telefónicas tienen como objetivo atender las situaciones de crisis del paciente sin tener que esperar a la otra sesión y para que el paciente sea capaz de generalizar sus nuevos aprendizajes a otros contextos.

Por lo tanto, el terapeuta sirve como un facilitador en el proceso para potenciar las habilidades que asumen que ya están en la persona pero que necesitan ser potenciadas. De modo que, se potencian las habilidades personales a través del encuentro con otro significativo que ayude a la persona a contener y manejar adecuadamente sus emociones (Belloch, 2002).

El modelo anteriormente descrito, “se cumple a lo largo de un proceso cuya duración promedio fue estimada inicialmente en alrededor de 18 meses” (Belloch, et al. 2019. p. 210). Sin embargo, esto varía dependiendo de las características de la persona. Este modelo permite a la persona ser autónomo ya que el terapeuta sirve como facilitador en el proceso ayudando a la persona desarrollar ciertas habilidades y generalizarlas. La directividad de los terapeutas es mayor al inicio del proceso terapéutico cuando todavía las habilidades no están bien desarrolladas, pero luego va disminuyendo. Este tratamiento acabaría cuando el paciente sea capaz de construir “una vida que merezca la pena vivir” (De la Vega-Rodríguez y Sánchez-Quintero, 2013).

### ***3.2.1 Efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual***

En cuanto a la efectividad de la terapia dialéctica conductual, hay bastante información publicada ya que fue una terapia ambulatoria adaptada específicamente para el trastorno límite de la personalidad. Linehan (2003) afirma: que el TDC “fue el primer tratamiento psicoterapéutico que demostró efectividad en ensayos clínicos controlados”. Por otro lado, en una revisión de estudios realizada sobre el tratamiento cognitivo conductual y sistémico en el trastorno límite de la personalidad, se seleccionaron 39 estudios y se analizaron las intervenciones más eficaces. Los resultados apuntaron a que la terapia dialéctica conductual fue la más propuesta como método de tratamientos para el trastorno límite de la personalidad. Además, la más documentada en cuanto a sus resultados. Por lo tanto, el tratamiento que sobresale en la revisión de los estudios seleccionados corresponde a la terapia dialéctica conductual (Vanegas et al., 2017).

Por otro lado, De la Vega- Rodríguez y Sánchez Quintero (2013) afirman: que “la terapia dialéctica conductual en comparación con los tratamientos habituales reduce de forma eficaz las hospitalizaciones, las visitas a los servicios de urgencia, las conductas autolesivas y aumenta la adherencia al tratamiento en las personas que sufren del trastorno

límite de la personalidad” (p. 53). Además, la efectividad de la terapia conductual dialéctica ha sido reseñada en trabajos como los de Hampton, Linehan y Cols (como se citó por Díaz, 2001) donde han objetivizado un decrecimiento de los ingresos hospitalarios y las conductas suicidas de los sujetos. Aún más, los resultados de eficacia fueron replicados por la autora Linehan et al., en el 2006 (como citó De la Vega-Rodríguez y Sánchez-Quintero, 2013), donde muestra que la TDC es más eficaz que una terapia no conductual aplicada por psicoterapeutas para disminuir las automutilaciones, los intentos de suicidio y las visitas a urgencias y las hospitalizaciones de estos pacientes. Posteriormente, Linehan en el 2015 hace otro estudio en donde demuestra que la “TDC en sus tres modalidades (individual, grupal o una combinación) reduce significativamente la ideación suicida, depresión, gravedad de las autolesiones y la utilización de servicios médicos por tentativa autolíticas” (Burgal y Pérez, 2017. p. 150).

Stiglmayr et al, (2014) (como se citó por Burgal y Pérez, 2017) demostraron que la TDC resultaba en una disminución de número de ingresos hospitalarios y autolesiones. Asimismo, en una mejoría de psicopatología general y gravedad de los síntomas de este trastorno de personalidad. Afirman que “al cabo de un año de tratamiento el 77% de los pacientes, ya no cumplían criterios diagnósticos del TLP” (p. 151).

Como fue citado por Burgal y Pérez (2017), “los cambios más relevantes se dan en conductas autolíticas y autolesivas, lo que lleva a una disminución tanto de los ingresos hospitalarios como de la utilización de los servicios de urgencias” (p. 151-153). Además, resultaba en una mejoría en psicopatología general, sintomatología límite, funcionamiento global, disociaciones y depresión. Sin embargo, en el estudio de Linehan et al. (1999) no se evidenció mejoría en depresión ni en las variables de sentimientos de ideación suicida, desesperación y motivos para vivir (Burgal y Pérez, 2017). Estos autores llegaron a esta conclusión haciendo una comparación entre varios estudios que valoraban la eficacia de la TDC en personas con TLP, estudios que comparan su eficacia con otras psicoterapias y estudios de revisión sistemática.

Por otro lado, en la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos Límite de la Personalidad (2011), se “recomienda la TDC en pacientes con diagnóstico de TLP para reducir las ideas suicidas, frecuencia de intentos de suicidio, niveles de depresión, y disminuir la probabilidad de abandono de la terapia y de ingreso psiquiátrico” (p. 22). Además, esta

guía afirma que “los pacientes que hacen la TDC presentan una adherencia al tratamiento ligeramente mejor o igual que los pacientes en terapia habitual, y se reduce en un 30% la probabilidad de abandono terapéutico” (p.122). Por otro lado, también avalan que los pacientes en este tipo de terapia tienen un 70% menos probabilidad de intentar suicidio que los pacientes en terapia normal (p.122).

La TDC también se ha mostrado eficaz a la hora de facilitar la abstinencia y reducir recaídas en pacientes con el trastorno límite de la personalidad (De la Vega-Rodríguez y Sánchez-Quintero, 2013). Esto es fundamental porque una de las comorbilidades más comunes de este trastorno es el abuso de sustancias. Los ensayos clínicos realizados por (Dimeff y Linehan, 2008; Linehan et al., 1999; Linehan et al., 2002) (como citó De la Vega-Rodríguez y Sánchez-Quintero, 2013) indican que la TDC es útil en estos casos.

Por lo tanto, a través de la literatura se puede afirmar que la intervención desde este marco terapéutico está relacionada con una mejora clínicamente significativa en los pacientes que sufren del trastorno límite de la personalidad. En concreto, muestra su eficacia en la reducción de los síntomas más notorios del TL de la personalidad: conductas autolesivas, la depresión y la impulsividad (Belloch et al., 2019. p. 234).

#### **4. Conclusión**

A partir de la literatura, lo primero que puedo afirmar es que, en términos generales, la psicoterapia dialéctica conductual ofrece mejoras significativas de la sintomatología de las personas con el TL de la personalidad. Como he mencionado anteriormente, la TDC se muestra eficaz en la reducción de conductas autolíticas y autolesivas, en psicopatología general, funcionamiento global, disociaciones y depresión y ansiedad (Burgal y Pérez, 2017). Sin embargo, aunque los resultados son favorables, se necesitan más estudios que hagan un seguimiento a largo plazo y comparen la TDC con otras terapias (De la Vega-Rodríguez y Sánchez-Quintero, 2013).

Por otro lado, es complicado comparar la terapia sistémica y la TDC porque la TDC incorpora en su programa de trabajo algunos componentes sistémicos como son las sesiones familiares en formato psicoeducativo. Además, incluye sesiones grupales para trabajar y fortalecer las habilidades que se trabajan también en las sesiones individuales.

Relacionado con lo anterior, hay programas específicos que incorporan la TDC con la terapia familiar. Por ejemplo, Hoffman y sus colaboradores desarrollaron un programa que incorpora la enseñanza de habilidades a los miembros familiares de personas con el TLP en la TDC (Hoffman & Fruzzetti, 2007). Además, otros autores dentro de la National Education Alliance for Borderline Personality Disorder crearon un programa de educación familiar basado en la TDC. Este programa fue diseñado para los familiares de las personas que padecían del TLP y solo estos podían atender (Hoffman & Fruzzetti, 2007). Este programa tenía tres objetivos: brindar educación sobre el TLP y la funcionalidad familiar; que desarrollen habilidades individuales y familiares para manejar sus reacciones negativas que puedan existir y mejorar así la dinámica familiar; y brindar soporte social (Hoffman & Fruzzetti, 2007). Por esta razón, es difícil comparar estas dos intervenciones ya que el aspecto relacional de la terapia sistémica está teniendo en cuenta en la TDC y en algunos programas específicos desarrollados específicamente para las personas que padecen del TLP.

Por otra parte, la terapia sistémica no se recomienda como el único método de intervención en estos pacientes. Por tanto, hay una necesidad de incluir modelos más integradores como es el de la terapia dialéctica conductual a la hora de intervenir con las personas que padecen del TL de la personalidad. Además, hacen falta más estudios sobre la terapia sistémica en las personas con el TL de la personalidad para evaluar su eficacia. Sin embargo, la terapia sistémica de perspectiva psicoeducativa si se ha mostrado eficaz a la hora de intervenir con estos pacientes.

No obstante, existen pocos estudios que comparan la eficacia entre distintas terapias, con lo que es complicado saber con precisión que terapia es más eficaz y en que lo es (Burgal y Pérez 2017). ¿Sería correcto suponer que la TDC es superior a la sistémica? En mi opinión no, ya que se requeriría de más estudios sobre la terapia sistémica en las personas que sufren del TL de la personalidad. Sin embargo, ya como no se propone la terapia familiar como único método de intervención puedo deducir que son más efectivos los enfoques integradores como el de la TDC a la hora de intervenir con esta población. Lo interesante pudo haber sido evaluar que aporta cada psicoterapia al tratamiento de estas personas en vez de analizar qué terapia es la más eficaz.

## 5. Discusión

Me parece interesante destacar que Hoofman y Hooley en 1998 desarrollaron un programa de intervención combinando la intervención familiar de perspectiva psicoeducativa y la terapia dialéctica conductual para trabajar con las personas que padecen del trastorno límite de la personalidad. Se trataba de un programa inspirado por el modelo de Linehan, aplicado inicialmente en Nueva York con pacientes que recibieron simultáneamente el programa de terapia dialéctica conductual básico. El objetivo del tratamiento propuesto se basaba en incrementar las habilidades de afrontamiento del paciente en el entorno familiar y ofrecer a las familias información sobre el trastorno. Por lo tanto, el foco de las actividades que se llevaban a cabo estaba en la resolución de problemas y empleo de estrategias específicas. El trabajo se realizaba o con una sola familia o en ámbitos multifamiliares (Belloch, 2002).

Otro aspecto que me parece importante destacar es que en los últimos años se ha evidenciado un incremento de los pacientes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad. Esto me lleva a cuestionar si este incremento es real o se trata de las dificultades ya existentes en el diagnóstico y en el tratamiento de estos pacientes. Por ejemplo, problemas en el diagnóstico pueden estar relacionados con las dificultades de los profesionales de la salud de realizar un diagnóstico diferencial en esta población. Entre los trastornos que Belloch et al., (2019) identifica que se debe de realizar un diagnóstico diferencial están: los trastornos del estado de ánimo, TP antisocial y TP narcisista (p. 96). Sin embargo, si este incremento es real me lleva a preguntarme cuál es la causa, si se trata de una cuestión social y cultural o de errores en los criterios diagnósticos o en el diagnóstico del TL de la personalidad. No solo se ha visto un incremento en el diagnóstico del TL de la personalidad, si no en todos los trastornos de personalidad. Con respecto a lo anterior, investigadores como Livesley (2003) y Paris (2005) (como se citó por Belloch et al., 2019) dicen que el problema puede ser que no hay puntos de corte claros en lo que significa una personalidad normal y una personalidad trastornada en el DSM o en el CIE.

Algunas variables relacionadas con un curso favorable en las personas que sufren del trastorno límite de la personalidad son: capacidad intelectual alta, presencia de aptitudes o talentos artísticos, y, en el caso de las mujeres el atractivo físico (Belloch, et al. 2019. p. 95).

Otro aspecto que se debe de tener en cuenta a la hora de intervenir con esta población es que “alrededor del 50% de los pacientes que han sido tratado con éxito, presentan una crisis vital en torno a los 40 años, con una agudización grave de los síntomas (incluyendo suicidios y agresiones graves familiares)” (Belloch, et al. 2019. p. 95-96). Debemos tener en cuenta estos datos para diseñar los programas de intervención como también para hacer seguimiento con estos pacientes. Además, para promover la adherencia al tratamiento psicológico brindando información sobre qué pueden haber recaídas pero que pueden volver a mejorar.

Otro aspecto que se debe de tener en cuenta es que muchas de las intervenciones con estos pacientes solo demuestran una eficacia parcial del tratamiento. Es decir, es común encontrar que los distintos tratamientos propuestos para pacientes con TLP disminuyen sólo algunas de las conductas desadaptativas (Vanegas et al., 2017). Esto probablemente tenga que ver con la cronicidad del trastorno, con la dificultad del paciente para identificar la perturbación y con la ambivalencia frente a la necesidad del cambio (Belloch et al., 2019. p. 159- 164). En cuanto a la cronicidad del trastorno, debemos recordar que la personalidad es un componente estructural que organiza el psiquismo del individuo y esto resulta en que sus perturbaciones tengan un carácter crónico y relativamente persistente. Muy relacionado con lo anterior está la dificultad del paciente para identificar la perturbación, la persona no tiene acceso inmediato a sus rasgos disfuncionales ya que denotan aspectos primarios de su organización psíquica. Por otro lado, la ambivalencia frente a la necesidad del cambio está relacionada con que el cambio significó una modificación de su manera de ser, puede ser algo vivido por la persona como un ataque a su identidad (Belloch et al., 2019. p. 159- 164). Por lo tanto, debemos de ser pacientes a la hora de evaluar la efectividad de las intervenciones psicológicas en estos pacientes. Además, debemos tener en cuenta que la recuperación no es un aspecto lineal, sino que van a ver fluctuaciones y como profesionales debemos de ser pacientes y estar preparados.

Por otro lado, me parece importante destacar que, aunque exista una clara necesidad de contar con la colaboración del sistema familiar en estos pacientes, esto no siempre puede ocurrir. Muchas de las personas que sufren del TL de la personalidad pertenecen a sistemas familiares disfuncionales. Es decir, “familias desintegradas, con situaciones de violencia y tensión elevada, con padres que en su conjunto muestran poco interés por la

salud de su hijo y poca disponibilidad para el tratamiento” (Belloch, et al. 2019. p. 154). Lo mencionado anteriormente son situaciones que se dan con frecuencia en estos pacientes. Además, puede resultar complicado porque en vez de ofrecer apoyo pueden terminar transmitiendo críticas o pueden ser un foco de desequilibrio para la persona. Por lo tanto, puede ocurrir que la terapia tenga efectos iatrogénicos. Esto se debe de tener en cuenta a la hora de evaluar si es factible o no las intervenciones familiares con esta población concreta.

Además, no siempre es posible incluir a todos los miembros de la familia en la terapia porque se puede dificultar reunir a todos los miembros de la unidad familiar por diversas razones como: la ubicación geográfica, horarios distintos, relaciones conflictivas, etc. Sin embargo, con las nuevas tecnologías puede haber un avance en esto en los próximos años y se puede facilitar realizar intervenciones familiares con estos pacientes.

Asimismo, una inquietud que me surge con la terapia sistémica y la terapia dialéctica conductual es la longitud de los tratamientos. Ambas requieren de un compromiso a largo plazo ya que son procesos terapéuticos bastante largos. Por lo tanto, puedo deducir que muchas familias no van a ser capaces de comprometerse al proceso por diversas razones como pueden ser: razones económicas, dificultad de reunir a la familia, “cansancio” de la terapia, etc. Por otro lado, los procesos terapéuticos requieren mantener la alianza terapéutica a través de todo el proceso. Lo anterior puede ser difícil para el terapeuta ya que las personas que padecen TL de la personalidad suelen ser personas muy complejas y de trato difícil. El terapeuta debe estar muy pendiente y pedir apoyo si es necesario para evitar el *burnout*. Además, puede ser difícil para el paciente por la dificultad que suelen tener en las relaciones interpersonales.

Por otro lado, otras cuestiones que se deben de tener en cuenta en cuanto los resultados sobre la efectividad de la intervención dialéctica conductual en estos pacientes son: la influencia del terapeuta en la intervención y el entorno y la población con la que se trabaja. Aunque este tipo de terapia se encuentra bien descrita en la literatura desde hace un tiempo, no se sabe que tan complicado resulta enseñarles a los terapeutas como llevarla a cabo. Es decir, hay resultados variables relacionados con el profesional que lleva a cabo este proceso terapéutico por factores como la motivación y el entrenamiento. Por lo tanto, aunque el grupo de Linehan ha hecho programas de entrenamiento para terapeutas es una

terapia que se recomienda que se lleve a cabo por terapeutas que se sientan cómodos con este estilo de intervención (Oldham et al., 2001).

Por otro lado, otra cuestión que deberíamos tener en cuenta sobre la revisión de estudios en donde sobresale la efectividad de la terapia dialéctica conductual. “El 64% de los estudios seleccionados corresponden a revisiones documentales, lo que podría propiciar cuestionamientos con relación a los datos que se tienen en cuenta a la hora de señalar a la terapia dialéctica conductual como la terapia de mayor eficacia por su evidencia científica” (Vanegas et al., 2017. p. 170). Sin embargo, lo anterior se puede explicar por el predominio que ha habido de estudios documentales o teóricos que demuestran la eficacia de la TDC basados en estudios anteriores. Además, se encuentran otras limitaciones en relación con la dificultad de generalizar los resultados por problemas con el diseño, el tamaño de la muestra, la alta tasa de abandono del tratamiento por parte de estos pacientes y la comorbilidad que tienen con otros trastornos (Vanegas et al., 2017). Por otro lado, otro tema que debemos de tener en cuenta a la hora de valorar la efectividad de este tipo de terapia es que la mayoría de los estudios sobre su efectividad fueron llevados a cabo por Linehan, la creadora, y su grupo. Por lo tanto, se requiere de más estudios para replicar estos resultados y confirmar la validez de estos resultados y generalizar las conclusiones (Oldham et al., 2001).

A través de la literatura he encontrado que, “sería importante incluir ingredientes que fomentaran el desarrollo de la inteligencia emocional en el tratamiento de este trastorno” (Burgal y Pérez, 2017. p. 153-154).

Un aspecto fundamental para destacar es los pocos estudios realizados de la terapia familiar en estos pacientes. Los estudios indican que los programas que incluyen a la familia y la psicoeducación pueden ser muy beneficiosos. Sin embargo, se necesita considerablemente más investigación y más fondos para realizar estas investigaciones. Además, para poder desarrollar programas más efectivos y evaluar las intervenciones ya existentes. Hoffman y Fruzzetti (2013) afirman que una manera que podemos lograr esto es a través de la educación básica de lo beneficiosos que puede llegar a ser incluir a la familia en las intervenciones terapéuticas con los pacientes que padecen del TLP.

Por último, relacionado con lo anterior y una limitación de mi recopilación bibliográfica es la limitada información que encontré sobre las intervenciones sistémicas en las personas que sufren del trastorno límite de la personalidad. Por otro lado, mi poco conocimiento sobre las herramientas estadísticas que se utilizan para evaluar la eficacia de estas intervenciones. Es decir, a través de mi trabajo me encontré con algunas guías que usaban herramientas estadísticas pero que no sabía muy bien cómo leerlas y cómo interpretar sus resultados.

## 6. Referencias

American Psychiatric Association (2013). *DSM5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Author.

Belloch, A. (2002). *Trastornos De La Personalidad*. Madrid: Síntesis.

Belloch Fuster, Amparo, Fernández- Álvarez, Héctor y Pascual- Vera, Belén. (2019). *Guía de Intervención en Trastornos de la Personalidad*. Madrid: Síntesis.

Burgal, F & Pérez, N. (2017). *Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del Trastorno límite de la personalidad: una revisión*. Papeles del Psicólogo. Vol. 38 (2), pp.148-156.

Campo, C., & Ascenzo, I. (2010). *El Trastorno Límite de la Personalidad: Diagnóstico e Intervención desde la perspectiva Sistémica*. Boletín Terapia Familiar. Red Europea y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas. España: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

De la Vega-Rodríguez, I. y Sánchez-Quintero, S. (2013). *Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite [Dialéctica behavioral therapy in borderline personality disorder]*. Acción Psicológica, 10(1), 45-56.

- Díaz Curiel, J. (2001). *Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastorno borderline de personalidad*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 78, 51-70.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 188(1), 1-3.
- García Bernardo, Enrique. (2007). *Tratamiento psicoterapéutico de los Trastornos Límite de Personalidad (TLP)*. *Clínica y Salud*, 18(3), 347-361.
- García López, M<sup>a</sup> Teresa, Martín Pérez, M<sup>a</sup> Fe, & Otín Llop, Raúl. (2010). *Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(2), 263-278.
- Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. (2011). Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut.
- Hoffman, Perry D & Fruzzetti, Alan. (2007). *Advances in interventions for families with a relative with a personality disorder diagnosis*. *Curr Psychiatry Rep*, Vol. 9 (1), pp. 68-73.
- Linehan, Marsha M. (2003). *Manual de tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite*. Barcelona: Ed Paidós.
- Melendo, J., Cabrera, O., Azcárate, J., Bayón, C., Costi, C., Díaz, M.,...Szerman, N. (2005). *Guía del Trastorno Límite de la Personalidad (Guía para el profesional)*. Madrid: Pfizer.
- Moreno, A. (2014). *Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Oldham, J., Gabbard, G., Marcia, K., Goin, Gunderson, J., Paul, David, Michael, Katharine, A., & Phillips. (2001). *Practice Guideline For the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder*.

Rodríguez Moya, Laura, & Peláez, José Carlos. (2013). Terapia familiar en los trastornos de personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 75-84.

Suzanne, H & Brown, J. (1998). *La Práctica de la Terapia de Familia*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Vanegas, G., Barbosa, A., & Pedraza, G. (2017). Revisión bibliográfica sobre el tratamiento sistémico y cognitivo conductual del trastorno límite de personalidad. *Informes Psicológicos*, 17(2), pp. 159-176.