

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**La experiencia en la reducción sintomática con Terapia
Dialéctica Conductual de los pacientes con Trastorno Límite
de la Personalidad, comparado con aquellos que usan
fármacos.**

Proyecto de Investigación.

María del Pilar Salgado Palacio

Sicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Sicólogo Clínico

Quito, 19 de mayo de 2016

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**La experiencia en la reducción sintomática con Terapia
Dialéctica Conductual de los pacientes con Trastorno Límite
de la Personalidad, comparado con aquellos que usan
fármacos en el Ecuador**

María del Pilar Salgado Palacio

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Mariel Paz y Miño , P.H.D.

Firma del profesor

Quito, 19 de mayo de 2016

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: María del Pilar Salgado Palacio

Código: 00105399

Cédula de Identidad: 1717397465

Lugar y fecha: Quito, mayo de 2016

RESUMEN

El presente estudio se realizó con el objetivo de confirmar investigaciones pasadas, que nos indican que la Terapia Dialéctica Conductual creada por Marsha M. Linehan (1993), es la más efectiva para la reducción sintomática de los pacientes con un diagnóstico formal de Trastorno Límite de la Personalidad. Se debe tomar en cuenta que, el tratamiento farmacológico a pesar de ser efectivo en muchos de los síntomas comórbidos con el EJE I del DSM-IV, aun no logra combatir al trastorno en su totalidad. Para ello, se efectuó una investigación de la literatura antigua y moderna que nos especifiquen las características del trastorno límite de la personalidad y todas las características relacionadas tanto de la terapia dialéctica conductual como del tratamiento farmacológico. Para evaluar los resultados, se dividieron a los participantes en dos grupos de 6 personas y cada grupo recibió un tipo de tratamiento. Asimismo, se utilizó el método cualitativo de saturación para reclutar a los 12 participantes que forman la muestra del estudio. Para finalizar, se realizó un cuestionario que nos ayude a entender la parte subjetiva que va sujeta a la experiencia personal de cada uno de los participantes. De esta manera, podemos llegar a conclusiones en donde sean las experiencias proporcionadas las que nos direccionen a ver qué tipo de tratamiento fue más efectivo y así compararlo con la literatura investigada. Según la literatura, se esperaría observar más reducción sintomática en el grupo en el que se realizará terapia dialéctica conductual comparado con el grupo que recibirá tratamiento farmacológico.

Palabras clave: trastorno límite de la personalidad, diagnóstico formal, tratamiento farmacológico, fármacos, terapia dialéctica conductual, síntomas, efectividad, experiencias.

ABSTRACT

The aim of this study was made to support past research, conducted in first world countries, which indicate that the Dialectical Behavior Therapy created by Marsha M. Linehan (1993), is the most effective for symptomatic reduction in patients with a formal diagnosis of borderline personality disorder. While, pharmacological treatment despite being effective in many of the symptoms comorbid with AXIS I of de DSM-IV, cannot fight the disorder at all. To do this, an investigation of ancient and modern literature was made, specifying the characteristics of borderline personality and all related features of dialectical behavior therapy and pharmacological treatment. To evaluate the results, participants were divided into two groups of 6 and each group received one type of treatment. In addition, the saturation qualitative method was used to recruit 12 participants who formed the study sample. Finally, a questionnaire with open questions was made, to help us understand the subjective part that is focus to the personal experience of each participant about each type of treatment. In this way, we can reach conclusions with the experiences that are provided which routed us to see what kind of treatment was more effective and thus compare it with the literature investigated. According to the literature, it expects to see more symptomatic reduction in the group that received dialectical behavior therapy compared to the group that will receive pharmacological treatment.

Keywords: boderline disorder, formal diagnosis, pharmacological therapy, drugs, dialectical behavior therapy, symptoms, effectiveness, experience.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	4
Abstract.....	5
INTRODUCCIÓN.....	8
INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA.....	10
Antecedentes.....	11
El Problema.....	14
Pregunta de investigación.....	16
El significado del estudio.....	17
Resumen.....	18
REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	19
Fuentes.....	19
Formato de la revisión de la literatura.....	19
METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
Justificación de la metodología seleccionada.....	40
Herramientas de investigación utilizada.....	41
Descripción de participantes.....	41
Reclutamiento de participantes.....	43
Consideraciones éticas.....	44
RESULTADOS ESPERADOS.....	45
Discusión.....	46
Limitaciones del estudio.....	49
Recomendaciones para futuros estudios.....	49
REFERENCIAS.....	51
ANEXO A: Formulario de Consentimiento Informado.....	54
ANEXO B: Herramientas para levantamiento de información.....	57

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cuadro de diagnóstico: Trastorno Límite de la Personalidad.....	25
Tabla 2. Estrategias Farmacológicas.....	36
Tabla 3. Guía Farmacológica.....	37

INTRODUCCIÓN

El presente estudio tiene como objetivo el explicar a profundidad los síntomas y características de un paciente con un diagnóstico formal de Trastorno de Personalidad Límite y como estos síntomas pueden verse reducidos con terapia dialéctica conductual o tratamiento farmacológico. Entonces, dentro del DSM IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, creado por la APA), se dividen a los distintos trastornos dentro de distintos EJES que lo componen. Los trastornos de personalidad son colocados en el EJE II, con el fin de diferenciarlos, puesto que se vuelven parte de las estructuras de la personalidad de la persona y, en consecuencia, son más complejos (Jackson & Westbrook, 2009; Lenzenweger, 2008; Navarro, et al. 2010). Dentro del EJE II se dividen a los trastornos de personalidad en 3 grupos. Dentro del Grupo B (dramáticos, emocionales o erráticos) se encuentra el Trastorno Límite de la Personalidad al cual se lo puede definir como un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los apegos, que incluyen síntomas de impulsividad, falta de identidad y caos (Chanen & McCutcheon, 2013; McMMain, Guimond, Streiner, Cardish, & Links, 2014).

La terapia dialéctica conductual (TDC) fue creada por Marsha M. Linehan y ayuda a tolerar el sufrimiento, controlar las emociones, mejorar la efectividad interpersonal y llegar al plenitud de consciencia (Freeman, Stone & Martin, 2004). Mientras que, la efectividad del tratamiento farmacológico sigue siendo un tema controversial (Marín, & Fernández, 2007), puesto que existe la posibilidad que al recibir fármacos, los pacientes presenten efectos secundarios, problemas en la adaptación social y en la satisfacción global (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004; Peláez, Reyes-Molón, & Teijeira-Levet, 2013). Finalmente, el presente estudio puede tener un impacto a nivel social, ya que en el Ecuador no existe investigación sobre que terapia es más efectiva para cada tipo de trastorno y es importante tratar de manera efectiva a los pacientes limítrofes, para alcanzar un mejor

pronóstico (Chanen & McCutcheon, 2013). Además, se pretende reafirmar, a la Terapia Dialéctica Conductual como la mejor terapia para el Trastorno límite de la personalidad, comparando con el uso de fármacos; mediante una metodología cualitativa, al escuchar las voces y experiencias de los pacientes.

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

En la actualidad, los trastornos de personalidad se han vuelto cada vez más comunes. Según: Lenzenweger (2008) 1 de cada 10 personas padece con algún tipo de trastorno de personalidad (Lenzenweger, 2008). Inclusive, específicamente desde el año 1993 Marsha Linehan propuso que del 33% de pacientes ambulatorios y 63% de pacientes hospitalizados poseen un diagnóstico de Trastorno de Personalidad Límite (Linehan, 1993). Asimismo, en los distintos lugares del mundo, se ha investigado a los trastornos de personalidad, que son colocados en el Eje II del DSM IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), con el fin de separarlos de otros diagnósticos puesto que se vuelven parte de las estructuras de la personalidad de la persona; por tanto, necesitan un tratamiento más complejo (Jackson & Westbrook, 2009; Lenzenweger, 2008; Navarro, et al. 2010). Dentro del Grupo B de los varios trastornos de personalidad se encuentra el Trastorno Límite de la Personalidad el cual se basa en un descontrol emocional, desregulación de la auto imagen, alta inestabilidad, impulsividad, pobre interacción social y síntomas de automutilación. Entonces, en base a estudios cuantitativos y estudios de caso, se ha podido concluir que la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) es la más efectiva para la reducción sintomática y evita las recaídas a largo plazo (Chanen & McCutcheon, 2013; McMain, Guimond, Streiner, Cardish, & Links, 2014). No obstante, dicho trastorno ha sido tratado con tratamientos farmacológicos, ya que posee muchos síntomas comórbidos con los trastornos del EJE I (i.e ansiedad y depresión). Si bien este tratamiento muestra mejoría, también muestra resistencia y es limitado (Biskin & Paris, 2012; Zanarini, Frankenburg & al, 1998). Cabe recalcar, que hasta la fecha no se ha encontrado el tratamiento farmacológico adecuado para la personalidad límite, únicamente son efectivos para algunos de sus

síntomas, lo que hace que existan experiencias de dependencia y rechazo hacia ellos (Marín, & Fernández, 2007). Como consecuencia, existe la posibilidad de que los pacientes presenten efectos secundarios, problemas en la adaptación social y en la satisfacción global (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004). Dicho esto, el principal problema en el Ecuador es que no existe investigación sobre que terapia es más efectiva para cada tipo de trastorno y es importante tener una intervención temprana para los pacientes limítrofes, para alcanzar un mejor pronóstico (Chanen & McCutcheon, 2013). Por lo que, el presente estudio pretende reafirmar, a la Terapia Dialéctica Conductual como la mejor terapia para el Trastorno límite de la personalidad, comparando con el uso de fármacos. Proponiendo, mediante una metodología cualitativa, escuchar las voces y experiencias de los pacientes, las cuales no han sido escuchadas en Quito-Ecuador. De esta manera, los pacientes nos podrían brindar una perspectiva personal de cómo esta terapia ha sido efectiva, y ha reducido sus síntomas complejos e intensos, para el mayor uso de ella.

Antecedentes

La terapia dialéctica conductual (TDC) fue creada por la autora, psicóloga y profesora estadounidense, nacida el 5 de mayo de 1943, Marsha M. Linehan. Linehan fue premiada, en el año 2012, con el reconocimiento de: *Gold Medal Award for Life Achievement in the Application of Psychology* por la práctica de la TDC (Linehan, 2012). Empezó trabajando con pacientes con un riesgo alto de suicidio y con tendencia a la automutilación que no podían mantenerse en un tratamiento psicológico y/o psiquiátrico (Quintero, 2013). En consecuencia, Linehan comenzó a investigar de donde provenían estos rasgos y en que trastorno encajaban; llegando a la conclusión que todos estos síntomas y conductas cumplían los criterios del DSM para tener un diagnóstico formal de Desorden Límite de la Personalidad. Sin embargo, la psicóloga dejó de lado

los criterios del manual para así desarrollar una investigación de porque las intervenciones cognitivas conductuales, las cuales eran las más efectivas y estudiadas en el medio, no llegaban a tener tan buenos resultados en esta población específica (Quintero, 2013).

El trastorno se desarrolla en el comienzo de la edad adulta y se caracteriza por un esfuerzo enloquecido por impedir el abandono de las personas que puede ser real o imaginado, ya que los pacientes pueden volverse hostiles al momento de encontrarse solos. En los Estados Unidos, aproximadamente del 1-2% de la población se ve afectada, con una incidencia elevada del 20% en ambientes psiquiátricos (Biskin & Paris, 2012; Jackson & Westbrook, 2009; Stepp, 2012). Esta población mantiene patrones de relaciones interpersonales intensas e inestables, puesto que sus cogniciones se forman de manera extremista y distorsionada al idealizar o devaluar a las personas. También, se evidencia una alteración de la identidad y autoimagen, puesto que existen cambios bruscos de objetivos, metas y aspiraciones (Freeman, Stone & Martin, 2004; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004).

Asimismo, en estos pacientes, se encuentran síntomas de alta impulsividad en áreas que pueden ser dañinas para la persona (tales como abuso de sustancias y promiscuidad sexual), y comportamientos autolesivos que conllevan a los intentos, pensamientos o amenazas de suicidio, de los cuales del 8% al 10%, de la población afectada, ha consumado este propósito en la edad adulta (Jackson & Westbrook, 2009; Linehan, 2012). Además, en casos severos existen síntomas de ideación paranoide y severos síntomas de disociación (Freeman, Stone & Martin, 2004). Finalmente, se observan recurrentes sentimientos de vacío y altos niveles de inestabilidad emocional y afectiva (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004).

Como consecuencia, muchos psicólogos trasladan la culpa a los pacientes con la excusa de que son ellos los que no poseen el deseo de cambiar o se frustran al no saber cómo crear un vínculo terapéutico con pacientes que poseen este complicado trastorno. Es aquí cuando la psicóloga Linehan crea a la terapia dialéctica conductual en base al uso de habilidades de regulación emocional, creando estrategias de aceptación y plenitud de consciencia (llegar a ser un juez sin juzgar, de las actuaciones propias) (Linehan, 2012; Quintero, 2013). La psicoterapia puede utilizarse de manera grupal o individual con el fin de poner atención a las crisis, bajo la filosofía dialéctica, la cual se basa en que cada situación tiene dos lados y los dos pueden ser reales; promoviendo a que los pacientes vayan desarrollando una conciencia plena, y mejores y más estables relaciones interpersonales (brindando herramientas de asertividad). De esta manera, los pacientes, al empezar a adquirir estrategias para la tolerancia al malestar, logran regular las emociones intensas, bajar el nivel de impulsividad y de comportamientos autolesivos; así como ir dejando de lado el patrón de invalidación que poseen (Lynch, Trost, Salsman, y Linehan, 2007).

Además de ello, se ha encontrado que no hay un fármaco específico para el tratamiento de personalidad límite, sino que, se usan para sus síntomas comórbidos con los trastornos del EJE I del DSM IV-TR, tales como los trastornos del estado de ánimo (Marín, & Fernández, 2007; Zanarini & al, 1998). Todos los síntomas mencionados anteriormente debilitan al paciente, ya que el trastorno de personalidad limítrofe es considerado como un desorden psiquiátrico degenerativo, y difícil de tratar por los psicólogos y psiquiatras, ya que se observa comorbilidad con otros trastornos, variedad de síntomas, alto riesgo suicida, gran desregulación emocional e inclusive se presencian síntomas físicos.

No se ha podido encontrar investigaciones en el Ecuador sobre el porcentaje de personalidad límite ni con que terapia se la ha manejado. No obstante, se ha encontrado propuestas de tesis en donde se habla de la efectividad de la terapia dialéctica conductual (Mendoza & Cristina). Por esta razón, la investigación se aplicara en distintas clínicas privadas alrededor del Ecuador. El objetivo es tratar de dar un mejor servicio a la comunidad, al poner voz a los pacientes que son los dueños de la experiencia y proceso terapéutica, los cuales no han sido escuchados. Por último, al ser la psicología un área con un alto porcentaje subjetivo, se considera que un estudio cualitativo, mediante la escucha activa de experiencias brindadas por los pacientes, podrá llevarnos a mejores conclusiones sobre el bienestar y efectividad de la terapia propuesta, comparado con aquellos que solo reciben fármacos.

El problema

Alrededor del mundo se habla sobre el trastorno límite de la personalidad y la efectividad que tiene la terapia dialéctica conductual para la reducción sintomática. Esto se debe, a que existen porcentajes altos de personas que padecen algún tipo de trastorno de la personalidad, siendo que en Estados Unidos se evaluó que el 11% de pacientes ambulatorios y 19% de pacientes hospitalizados poseen un diagnóstico formal de personalidad límite (Freeman, Stone & Martin, 2004). Inclusive, la literatura clásica propuso porcentajes altos del 33% de pacientes ambulatorios y 63% de pacientes hospitalizados que poseen este diagnóstico (Linehan, 1993). Además de ello, en el área de la salud mental, los países del primer mundo se toman el tiempo y las herramientas necesarias para realizar constantes investigaciones sobre la funcionalidad y efectividad de las distintas ramas psicoterapeutas que, con el paso de los años, se han ido descubriendo y desarrollando (Linehan, 1993). Por otro lado, en el Ecuador no se ha encontrado investigación empírica sobre las bases de dicho trastorno ni de sus

porcentajes. Sin embargo, se encontró un estudio donde habla de cuanto puede afectar la migración a los adolescentes ecuatorianos, creando trastornos psicológicos (Quizhpe, Cañar, Fajardo, et al., 2012).

Como consecuencia, empíricamente hablando, se conoce que la mejor terapia para el trastorno de personalidad límite, es la dialéctica conductual (TDC), la cual se compone de 4 componentes esenciales (efectividad interpersonal, plenitud de consciencia, regulación emocional y tolerancia al malestar), desarrollada por la psicóloga Marsha M. Linehan (Swales, 2009). La TDC fue creada, bajo la filosofía Budista, con el fin de cumplir con las necesidades terapéuticas que la cognitiva-conductual no llegaba a cumplir, para los pacientes con un diagnóstico formal de personalidad límite (Quintero, 2013). Asimismo, la dialéctica propone que existen dos polos de cada situación, y entrena a que los pacientes límite logren tener una percepción menos extremista para lograr percibir, desde la disfuncionalidad, un sentido de funcionalidad (Freeman, Stone & Martin, 2004). Esto se debe a que las personas que poseen este diagnóstico necesitan, además de herramientas tales como pruebas de la realidad, otras que favorezcan a la regulación emocional, control de impulsos, tolerancia a la frustración y angustia, de desarrollo de recursividad y de la identidad de la persona, etc. (Linehan, 1993). Por otro lado, se considera complejo el tratar a un paciente con este tipo de trastorno, ya que tienen tendencias de automutilación, un locus de control externo, comportamientos obsesivos e inclusive índices más altos de intentos de suicidio. Por lo que, los psicólogos refieren dichos casos o en varias ocasiones, los pacientes dejan la terapia, por no recibir el tratamiento que ofrezca y satisfaga todas sus necesidades (Quintero, 2013). La TDC es la primera opción, ya que ofrece aceptación, cambio y estructuración (Biskin & Paris, 2012; Freeman, Stone & Martin, 2004).

Adicionalmente, como se pudo observar anteriormente, para realizar el presente estudio se ha encontrado mucha investigación que nos demuestra que la terapia dialéctica conductual es la mejor psicoterapia para reducir los síntomas del Trastorno Límite de la Personalidad. No obstante, todos ellos miden su efectividad de manera cuantitativa, estudios longitudinales, estudios de caso y en general investigaciones que nos brindan, como resultados, números. Entonces, el presente estudio propone reafirmar a toda la literatura e investigaciones que nos afirman la efectividad de la TDC, desde las experiencias de los pacientes, los cuales son los más asertivos y cercanos hacia la realidad de su reducción de síntomas.

Finalmente, después de acabado el tratamiento, los pacientes podrán dar su versión de cómo la TDC ha favorecido su reducción sintomática para poder compararlo con el tratamiento farmacológico; el cual ha sido efectivo y ha ido ganando fama para los trastornos más complejos, a pesar de que no exista un tratamiento específico para este tipo de pacientes (Marín & Fernández, 2007). De igual manera, a pesar de toda la literatura existente alrededor del mundo, específicamente en el Ecuador solo se han encontrado estudios de caso sobre la efectividad de la TDC.

Pregunta(s) de investigación

¿Cuál es la experiencia en la reducción sintomática de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad que reciben Terapia Dialéctica Conductual, comparado con aquellos que utilizan solo fármacos en el Ecuador?

El significado del estudio.

Se considera que el presente estudio tiene una importancia a nivel del contexto social. En el Ecuador se han encontrado pocas investigaciones, tales como tesis de la efectividad de la terapia dialéctica conductual y cognitiva conductual para trastorno límite con sus trastornos comórbidos como la depresión (Hugo, 2014). No obstante, todos ellos son estudios de caso cuantitativos que prueban la efectividad de la terapia dialéctica conductual para rasgos límite, dejando de lado a la parte subjetiva y cuantitativa (Cañizares, 2010). Como se mencionó anteriormente, dichas investigaciones han sugerido la efectividad de la TDC y CBT en los pacientes límite y otros trastornos comórbidos (Hugo, 2014); dejando de lado al tratamiento farmacológico. Por lo que, la propuesta del presente estudio es útil al crear un estudio cualitativo, basado en la voz de las experiencias personales de los pacientes, los cuales no habían sido escuchados. Es así como el estudio va adquiriendo significado, al proponer el reafirmar la literatura que nos demuestra, con números, la efectividad de la TDC para trastorno límite de la personalidad. Entonces, el estudio pretende conseguir una muestra más amplia, con el fin de escuchar a los pacientes, para que los psicólogos ecuatorianos nos entrenemos en dicha terapia. Como consecuencia, para el trastorno límite de la personalidad no se tenga como única opción al tratamiento farmacológico, el cual es efectivo para la reducción de algunos de sus síntomas pero no logra tener un impacto en la totalidad de sus síntomas y rasgos (Chávez & Ontiveros, 2006; Marín & Fernández, 2007). Sin duda, el principal objetivo de todo profesional en el área de la salud mental debería ser el mantenerse informado sobre la efectividad de la gama de psicoterapias existentes y para ello, se necesita reafirmar las investigaciones, escuchando la parte subjetiva de cada individuo.

Resumen

A continuación se encuentra la revisión de la literatura dividida en tres partes, con el fin de que el lector pueda ir entendiendo por temas la complejidad y las variables que componen al presente estudio. Posteriormente, se encuentra la explicación de la metodología de investigación aplicada, la cual se basó en el método cualitativo de saturación y se contó con 12 participantes para formar la muestra. Después, se explicaron los datos esperados acorde a la literatura investigada; la cual nos indica que la terapia dialéctica conductual podría darnos mejores experiencias en los pacientes limítrofes que los pacientes que recibieron fármacos. Finalmente, se llegaron a las conclusiones y discusión que nos dan una breve reseña de cómo y por qué fue respondida la pregunta de investigación planteada.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Fuentes.

Para el presente estudio, la mayoría de fuentes utilizadas provinieron de herramientas y páginas académicas. Fueron adquiridas desde Google Académico, de la biblioteca virtual de USFQ, EBSCO y Proquest. Adicionalmente, se utilizaron revistas indexadas (*peer review journals*), libros populares, tesis de universidades reconocidas en el Ecuador, experimentos, estudios, estudios de caso y entrevistas.

Entre las varias palabras claves utilizadas, las más certeras para llegar a las fuentes de investigación fueron: trastorno de personalidad límite, terapia dialéctica conductual, terapia farmacológica para *boderline*, características del trastorno *borderline*, efectividad, biografía y Linehan. Por último, se revisaron las fuentes de las tesis hechas en el Ecuador por otros estudiantes. Cabe recalcar, que se usó tanto literatura clásica como literatura reciente, para darle fuerza y una cronología lineal al estudio.

Formato de la revisión de la literatura

El diseño de la revisión de literatura del presente estudio se organiza por 3 temas. Se los fue organizando desde una perspectiva que nos ayuda a ir desestructurando la pregunta de investigación. Esto se debe, al objetivo de proveer un mejor entendimiento del estudio dividiéndolo por temas; es así como se optó por comenzar definiendo al trastorno de personalidad límite para tener una idea global del trastorno en el cual el estudio pone énfasis. Segundo, se hablara de la terapia dialéctica conductual, la cual ha sido empíricamente comprobada, como la mejor psicoterapia para dicho trastorno. De esta manera, se podrá explicar su proceso y sus contenidos. Finalmente, se comparara con el tratamiento farmacológico, mediante los resultados de distintas investigaciones, acerca de su efectividad en la reducción sintomática.

“Trastorno Límite de la Personalidad”.

Stern en el año 1938 crea el termino Trastorno Límite de la Personalidad (en inglés llamado *borderline*), con el fin de agrupar y conceptualizar a los pacientes que se encuentran en la línea entre la neurosis y psicosis (Freeman, Stone & Martin, 2004). Por ello, el termino *borderline* se viene a la mente de todo psicólogo o psiquiatra, sin importar si su uso es correcto o incorrecto, cuando se observa a un paciente con rasgos psicóticos, con necesidad de relacionarse, miedo al abandono, comportamientos autolesivos, inestable, difícil de tratar, resistente al tratamiento, e inclusive demandante y desafiante (Freeman, Stone & Martin, 2004). Es caracterizado por presentar una gran gama de síntomas severos, tales como impulsividad, afecto negativo y desregulación emocional (Clarkin, Levy, Lenzenweger & Kernberg, 2007).

Los pacientes diagnosticados con personalidad limite poseen comportamientos autolesivos, y síntomas de pensamientos y/o intentos de suicidio; por ello se lo considera como un trastorno de la personalidad complejo (Quintero, 2013; Swales, 2009). Asimismo, se lo denomina como una enfermedad crónica e incapacitante, que afecta a 1-2% de la población general y se caracteriza por el impedimento y deterioro de las relaciones interpersonales a lo largo de la vida de la persona (Biskin & Paris, 2012; Eizirik & Fonagy, 2009). Por otro lado, se muestran porcentajes de personas con trastorno límite de entre 2-3% en la población general (Freeman, Stone & Martin, 2004). Todas las características mencionadas, se desarrollan desde la infancia por problemas con las primeras figuras de apego, en donde el niño es abandonado o no recibe congruencia ni validación por parte de éstas (Eizirik & Fonagy, 2009).

Además de ello, estos rasgos de personalidad son más factibles de encontrar en personas que sufrieron de abuso sexual, físico y/o psicológico. En el área clínica del 40-76% de adultos con un diagnostico formal de personalidad límite, reportaron abuso

sexual en la niñez y del 25-73% reportaron haber sido víctimas de abuso físico (Freeman, Stone & Martin, 2004). Es interesante tomar en cuenta que estos porcentajes comparten síntomas con trastornos comórbidos, tales como trastornos de ansiedad, estrés post traumático, depresión, y las pacientes mujeres inclusive desde un 2% al 47% pueden sufrir de trastornos alimenticios como la bulimia nerviosa (Freeman, Stone & Martin, 2004; Navarro, et al. 2010; Zanarini & al, 1998). Específicamente en adolescentes, un estudio realizado en Canadá con el nombre: Factor Structure of Borderline Personality Disorder Symptomatology in Adolescents, concluyo que el 84% del 100% de adolescentes, con personalidad límite, poseen síntomas comórbidos del EJE I del DSM-IV (Speranza et al., 2012).

El mismo estudio encontró que, se encuentran diferencias de síntomas entre la adolescencia y adultez. Además, en el comienzo de la edad adulta se encuentran más creencias que todas las personas los abandonan, alteración de la identidad, sentimiento crónico de vacío, e ideación paranoide correlacionada con un estrés elevado. Similarmente, se encuentran factores que incluyen un locus de control externo en el que se observan relaciones inestables, impulsividad, comportamiento suicida o de automutilación, e ira inapropiada. Según dicho estudio, solo la inestabilidad afectiva se observa con mayor frecuencia en la adultez media (Speranza et al., 2012). Por otro lado, también se pueden encontrar diferencias de género, ya que de acuerdo con Becker, las mujeres sufren más de este trastorno que los hombres. Por esta razón, se lo denomina como “bad girl disorder” (Freeman, Stone & Martin, 2004).

Es controversial diagnosticar trastorno límite de la personalidad antes de los 18 años, ya que se considera que la personalidad se establece en la edad adulta y muchos de los síntomas *borderline* son parte natural del desarrollo (Krawitz & Jackson, 2008). No obstante, características reconocibles aparecen durante la adolescencia (Stepp,

2012). Además, es importante reconocer dichos rasgos, puesto que varios autores indican que mientras más temprano sea la intervención terapéutica, mejor pronóstico y reducción de síntomas se evidenciara a largo plazo; previniendo posteriormente presentar un cuadro completo de *borderline* (Chanen & McCutcheon, 2013; Navarro et al., 2010). Según Belsky, et al, 2012: los rasgos de personalidad límite a la edad de 12 años se consideran altamente heredables, ya que la mala función cognitiva, la impulsividad y los problemas de conducta y emocionales pueden derivarse desde problemas en las experiencias (i.e. malos tratos en el entorno familiar, familias con antecedentes psiquiátricos) desde la edad de 5 años (Belsky, et al., 2012). Adicionalmente, se conoce que del 15 al 20% de pacientes limítrofes nacen con desregulación emocional (Krawitz & Jackson, 2008). En consecuencia, se pueden presentar síntomas de trastorno de conducta, depresión, ansiedad y psicosis. Por lo que, los factores de riesgo hereditarios y ambientales dan importantes contribuciones a la etiología limítrofe (Belsky, et al., 2012).

En cuanto a las bases neurológicas, cuando existen condiciones de inhibición de la conducta por causa de la emoción negativa; se observa una disminución en el lóbulo pre-frontal ventro-medial y un aumento de la actividad de la amígdala-ventral estriada. Además, la corteza-cingulada anterior dorsal muestra un incremento en la actividad cuando existen estímulos emocionales negativos (Belsky, et al., 2012; Perez, et al., 2015). Estos hallazgos sugieren que el trastorno límite de la personalidad está asociado con sustratos neurales fronto-límbicos específicos, que se ven correlacionados con síntomas principales de descontrol emocional y conductual (Belsky, et al., 2012). Según Perez et al. (2015): imágenes magnéticas han descubierto que los pacientes limítrofes poseen un reducido, de arriba hacia abajo, lóbulo pre-frontal, así como un descontrol de la corteza cingulada anterior, la corteza fronto-polar, y la corteza orbito-frontal

(problemas de impulsividad). Sin embargo, existe aumento de activación de la amígdala, lo que bloquea a la regulación y racionalización de los pensamientos y emociones (Perez, et al., 2015).

A su vez, el trastorno límite se ha visto asociado con una desregulación hormonal, que podría considerarse genética. La disminución de oxitocina en dichos pacientes se asoció significativamente con la ira intensa, la dificultad de afiliación y la confianza. Así como, los niveles bajos de vasopresina se correlacionan con los síntomas de agresividad (Stanley & Siever, 2010). Además, se ha visto una reducción de serotonina, la cual se lo asocia con las conductas impulsivas y agresivas (Marín & Fernández Guerrero, 2007). También, existe un fenómeno de distorsión en el área cognitiva, específicamente en el dominio intrapersonal, ya que se observan problemas de percepción con la aparición de creencias irreales tales como: todos los demás tienen malas intenciones. Asimismo, clasifican a las personas en los extremos en grupos de "buenas" y "malas", percibiendo mal amenazas de abandono y se observa una incapacidad de entender el estado mental y emocional de los demás. Por ello, el trastorno limítrofe se caracteriza por relaciones interpersonales con dependencia excesiva y relaciones conflictivas (Stanley & Siever, 2010).

A pesar de las diferencias demográficas, las posibles razones genéticas y neurobiológicas, como se ha ido mencionado, el trastorno de personalidad límite se caracteriza por intensos estados de ánimo que fluctúan rápidamente, y están combinados con impulsividad y dificultades interpersonales (Biskin & Paris, 2012). El descontrol emocional y de comportamiento son factores claves para el incremento de mortalidad de dicho trastorno. Específicamente, la desregulación afectiva se manifiesta como la inestabilidad emocional negativa, tales como ira, ansiedad y disforia. Los comportamientos impulsivos se basan en la auto-mutilación, el comportamiento de

intentos de suicidio, abuso de sustancias, la promiscuidad sexual e inclusive atracones. La impulsividad se considera que es una dimensión subyacente en el trastorno límite y el síntoma que mayor predice la persistencia de la psicopatología a través del tiempo (Silbersweig, et al., 2007).

Por lo que, para los psicólogos el dividir en 3 grupos a los pacientes límites nos ayudara a tener una mejor perspectiva de ellos, con el fin de ofrecer un mejor desarrollo terapéutico. El primero grupo es el emocional, en donde se ve alta reactividad en el temperamento y en las emociones, relaciones inestables, sentido de poca validez, pacientes que presentan recurrentes sentimientos de vacío, miedo al abandono y excesiva ira. Al grupo dos, se los caracteriza como los impulsivos, donde predominan síntomas auto-lesivos, abuso de sustancias y promiscuidad. El tercero es denominado como, el grupo de la identidad, en donde prevalecen los sentimientos de vacío, miedo al abandono y mucha disociación del self, auto imagen y auto concepto (Krawitz & Jackson, 2008).

Dicho esto, a continuación se mostrara una tabla, la cual nos resume los criterios para tener un diagnostico formal de Trastorno Límite de la Personalidad según el DSM- IV. Cabe recalcar que si una persona no cumple con 5 de las 9 características, pero aun así se identifica con varias de ellas, podría considerarse como alguien que tiene rasgos de dicho trastorno. Para diferenciar, si estos rasgos necesitan tratamiento, es importante considerar que tan funcional es la persona en su contexto social y vida diaria (Krawitz & Jackson, 2008).

Tabla 1.

Cuadro de diagnóstico: Trastorno Límite de la Personalidad

Cuadro de Diagnostico	
1	Esfuerzos intensos para evitar un abandono real o imaginario.
2	Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3	Alteración de la identidad: auto-imagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4	Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mismo (i.e. gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida)
5	Comportamientos intensos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6	Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (i.e. episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y raras veces unos días).
7	Sentimientos crónicos de vacío.
8	Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (i.e muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)
9	Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves

Nota. Recuperado de DSM IV 2000. Copyright 2008 por Krawitz & Jackson.

Entonces, de manera resumida, el trastorno límite de la personalidad, se basa en una serie de distorsiones cognitivas, tales como el “*all or nothing thinkig*” propuesto por Beck (1990). Linehan (1993) propuso que son personas que actúan de manera activa-pasiva (i.e. los pacientes limites cuentan sus problemas con el fin de que otros los solucionen). También, se ven pacientes con competencia fluctuante, es decir

personas que pueden ser competitivas en algunas situaciones, pero no mantienen esa competencia sana, en otras. Son personas que son muy severas consigo mismas y con los otros, ya que al no ver sus expectativas cumplidas pueden entrar en desesperación, optando por los comportamientos auto-lesivos. Por ende, poseen grandes disociaciones en el sentido de justicia por sus experiencias pasadas, y devaluación o idealización constante de ellos mismo y su entorno (Freeman, Stone & Martin, 2004; Krawitz & Jackson, 2008).

Finalmente, es importante tener en cuenta que todos los criterios presentados en el DSM-IV no son más que recopilaciones de información sobre los síntomas mencionados a lo largo de este tema, los cuales son características del trastorno límite de la personalidad. Es importante tener en cuenta que el diagnóstico nos ayuda a tener una mejor perspectiva de los síntomas para poderlos reducir mediante la psicoterapia más efectiva. Sin embargo, los pacientes limítrofes tienen gran rechazo a la psicoterapia, terminando los procesos prematuramente, insultando al terapeuta por cambiar de tema o no sentirse escuchados. Además, si los pacientes están en crisis no van a poder concentrarse y sumergirse en los aprendizajes de cada terapia (Linehan, 1998). Es por ello que, a continuación, se hablara sobre la terapia más investigada y efectiva para dicho trastorno.

“Terapia Dialéctica Conductual”.

La terapia dialéctica conductual (TDC) fue creada por la autora, psicóloga y profesora estadounidense, nacida el 5 de mayo de 1943, Marsha M. Linehan, la cual fue premiada, en el año 2012, con el reconocimiento de: *Gold Medal Award for Life Achievement in the Application of Psychology* por la práctica de la TDC (Linehan, 2012). En una entrevista realizada por Quinteros (2013): la psicóloga tuvo la oportunidad de contar como su terapia creció. Empezó trabajando con pacientes con un

alto riesgo de suicidio y con tendencia a la automutilación que no podían mantenerse en un tratamiento psicológico y/o psiquiátrico (Freeman, Stone & Martin, 2004; Quintero, 2013). Asimismo, su principal objetivo era reducir los comportamientos suicidas de varios trastornos, y enfatizaba la efectividad de su terapia para aquellos trastornos que se basaban en una alta desregulación emocional (Bohus, et al., 2004; Linehan, 2012). Linehan (1993) propone que la mayor característica del trastorno *borderline* es la desregulación emocional y si esta mejora los otros síntomas mejoraran de la mano; por lo que su terapia se correlaciona estrechamente con ello (Elices & Cordero, 2011).

Actualmente, la terapia dialéctica conductual es la psicoterapia que más base empírica tiene para reducir la sintomatología de los pacientes limítrofes e impedimentos psicosociales (McMain, et al., 2014). Se ha visto reducción en los comportamientos auto-lesivos y suicidas, en los sentimientos de desesperanza, depresión, ansiedad, y en trastornos comórbidos como la bulimia (Elices & Cordero, 2011). Dicho esto, se introduce a la TDC como una rama de la terapia cognitiva conductual (CBT), o por tener un enfoque multimodal cognitivo-conductual, la cual tiene muchas herramientas de la misma, tales como la búsqueda de las distorsiones cognitivas presentadas por el paciente (Elices & Cordero, 2011; McMain, et al., 2014). Por el contrario, la TDC se basa en la filosofía dialéctica, la cual nace del Budismo Zen (Elices & Cordero, 2011; Freeman, Stone & Martin, 2004; Linehan, 1993). Además, Linehan encontró que la CBT podía crear en los pacientes limítrofes una idea de invalidación de sus creencias; lo cual, como se vio en el tema 1, han recibido por parte de su ambiente a lo largo de su vida (Navarro, et al., 2010).

Por esta razón, la filosofía dialéctica se construye desde la idea de que la realidad se basa en dos fuerzas totalmente opuestas, y es por ello que en las personas se genera la tensión. Entonces, la TDC se basa en encontrar el cambio a esta realidad;

donde el objetivo, es que los pacientes limítrofes encuentran una fuerza intermedia dentro de estos dos polos totalmente opuestos. Para poder encontrar el punto medio de los extremos, es importante entender, que la filosofía dialéctica se basa en la búsqueda de aceptación y validación del paciente, mientras que por el otro lado, se busca y se direcciona al cambio (Linehan, et al. 1999; Swales, 2009). Cuando esto ocurre, se genera en las personas aceptación del self (Elices & Cordero, 2011; Freeman, Stone & Martin, 2004). Autores mencionan que es sumamente difícil encontrar este medio en los pacientes limítrofes, ya que su pensamiento cognitivo se basa en el “all or nothing thinking” (i.e no entienden la idea de que puedan estar enojados con una persona, pero aun así la siguen queriendo; tampoco, entienden la idea de que pueden aceptarse ellos mismos teniendo una visión clara de sus comportamientos disfuncionales) (Freeman, Stone & Martin, 2004)

Es importante tomar en cuenta, que del 70-75% de los pacientes limítrofes tienen comportamientos y tendencias suicidas. Por tanto, encontrar un medio a su manera de pensar extremista, reduce estos porcentajes (Linehan, 1998). Bohus, et al. (2002), realizaron un estudio con el fin de ver la efectividad de dicha terapia; concluyendo que desde un programa de tres meses de tratamiento con hospitalización, los pacientes con un diagnóstico formal de personalidad límite mostraron significativas reducciones en la frecuencia de varios síntomas, tales como los de auto-mutilación, así como mejoras en la disociación, la depresión, la ansiedad, en el funcionamiento interpersonal, ajuste social, y ,finalmente, en la psicopatología global (Bohus, et al., 2002). En contraste, McMMain, et al. (2014) sugirieron que la terapia dialéctica conductual conjunto con cualquier administración psiquiátrica, a un año plazo, muestra efectos positivos y duraderos en la reducción sintomática (McMMain, et al., 2014).

La terapia dialéctica conductual es muy útil, ya que propone al paciente observar que sus comportamientos no son funcionales, ayuda a buscar la manera de expresar sentimientos reprimidos, aumenta la asertividad, las respuestas emocionales exageradas, mejora la comunicación, la tolerancia a que los pacientes se sientan solos y aumenta la confianza en uno mismo con el fin de reducir la dependencia en las relaciones interpersonales conflictivas. También se reducen, las respuestas emocionales exageradas, los ataques de pánico y la auto crítica (Swales, 2009; McMain, et al. 2014). Para que esto suceda, Linehan (1998) propuso que es esencial enseñar nuevas habilidades de comunicación, mejorar capacidades de tolerancia al malestar y mejorar la motivación. No obstante, se tuvo que trabajar rigurosamente para poder llegar a tener una terapia que más se apegue a los síntomas limítrofes; por lo que la terapia TDC se fue acomodando a ellos con el paso del tiempo (Linehan, 1998).

Como se mencionó anteriormente, la terapia dialéctica conductual trata de encontrar la sabiduría en los pacientes limítrofes para que acepten su condición y comportamiento. Así como, entender que aunque hayan experiencias que no pueden cambiar, pueden aceptar y aprender a manejar las siguientes (Freeman, Stone & Martin, 2004). Por ello, Linehan (1993) dice que, se debe encontrar la funcionalidad en la disfuncionalidad, en la distorsión se puede encontrar la parte adecuada y en la destrucción se puede encontrar construcción (Freeman, Stone & Martin, 2004; Linehan, 1993). Dicho en palabras más sencillas, los terapeutas TDC ayudan a los pacientes a encontrar la funcionalidad, buscar la sabiduría inherente en sus acciones, aceptarse completamente, y mejorar su calidad de vida (Elices & Cordero, 2011; Freeman, Stone & Martin, 2004).

Además de ello, Linehan observa a los pacientes limítrofes en una perspectiva del modelo biosocial, en la que cuando una persona nace con una tendencia a tener

vulnerabilidad emocional y crece en un ambiente “invalidante” existirá más probabilidad a desarrollar Trastorno Límite de la Personalidad o rasgos de éste. Esto se debe a que la unión de estos dos factores crea un resultado de disfuncionalidad en el sistema de regulación emocional. En consecuencia, los pacientes tienen reacciones exageradas a las experiencias, impulsividad, poca aceptación de sí mismos, ira exagerada, pocas habilidades de comunicación y baja tolerancia al malestar (Freeman, Stone & Martin, 2004).

Por ello, para la reducción sintomática es importante revisar la estructura de la terapia dialéctica conductual. En la literatura clásica se encontró que puede ser ejecutada de manera individual o grupal, lo que dependerá de la estructura de la terapia, la cual ya ha sido establecida y que se explicará más adelante (Linehan, 1993). Adicionalmente, la terapia se puede realizar de manera telefónica, en donde el paciente entiende que es mejor llamar al terapeuta que auto-mutilarse (Gómez, 2013). La TDC puede aplicarse a pacientes ambulatorios u hospitalizados, y cada terapeuta debe tener un supervisor que le ayude con la estructura y el manejo de las técnicas utilizadas en terapia (Linehan 1998). Asimismo, es importante saber que técnica usar dentro de sesión; es decir, saber cuándo ser calmado, amable y atento, y cuando jugar al abogado del diablo para acentuar un punto de vista (Freeman, Stone & Martin, 2004).

Para determinar si la terapia debe realizarse de manera grupal o individual, se debe tener en cuenta a la estructura de la TDC, la cual se divide en dos partes. La primera es de manera grupal, en donde se realizan distintos grupos por los cuales el paciente debe atravesar a lo largo del proceso terapéutico y tienen de 2 a 3 horas de duración. La segunda parte, se realiza de manera individual, con el fin de que el paciente ponga en práctica las habilidades aprendidas en la primera parte del tratamiento (de la Vega & Quintero, 2013). Asimismo, en la segunda parte, el terapeuta debe

tomarse el tiempo para dar respuestas a las crisis presentadas, y a las conductas que interfieren en la funcionalidad y curso del tratamiento. Específicamente, las técnicas y módulos en los cuales se divide a la terapia dialéctica conductual son: mindfulness (consciencia plena), tolerancia al malestar, regulación emocional, efectividad interpersonal y técnicas para el manejo personal (Linehan, et al. 1999; Navarro, et al., 2010).

Entonces, dentro de la primera parte, en el primer grupo se habla sobre las habilidades básicas de conciencia, en donde se incorporan a las técnicas mindfulness, las cuales se basan en las filosofías orientales de meditación, y se dirigen a los sentimientos de vacío y disociación del self. Se debe enseñar a los pacientes limítrofes a controlar su mente, es decir, poner toda su atención en el aquí y en el ahora; disfrutando de cada experiencia sin juzgarla, sin expectativas y percibiéndola tal y como es (Elices & Cordero, 2011; Swales, 2009). Este módulo se basa en 3 características que deben ser entendidas: la mente racional, la cual se encarga de pensar de forma clara y lógica; la mente emocional, la cual nos impide racionalizar, dejando que las emociones nos dominen; y la mente sabia, la cual es la encargada de juntar a las dos anteriores. El objetivo es crear la habilidad para que los pacientes se manejen en esta última (de la Vega & Quintero, 2013; Linehan, 1993; Swenson & Choi-Kain, 2015)

El segundo grupo tiene como objetivo el entrenar a los pacientes con habilidades de efectividad interpersonal, las cuales se basan en técnicas para que logren expresar lo que creen, de manera asertiva, manteniendo la relación interpersonal. Es muy común, que los pacientes limítrofes posean relaciones inestables, caóticas, problemáticas y llenas de sufrimiento, ya que cortan o generan relación dependiendo de su perspectiva momentánea (Linehan, 1993; Swales, 2009). Por ende, se presencia ira y miedo al abandono exagerado, lo que provoca comportamientos auto-lesivos. Dicho esto, es aquí

donde se proveen técnicas para que el paciente logre conseguir lo que quiere de una conversación, sin dañarla ni faltar el respeto a la otra persona (de la Vega & Quintero, 2013; Swenson & Choi-Kain, 2015).

El tercer grupo, tiene como objetivo entrenar al paciente habilidades de regulación emocional, lo cual es sumamente importante, ya que es vista como el síntoma nuclear del trastorno de personalidad límite (Linehan, 1993). El punto clave, es que las personas lleguen a entender que las emociones no son las problemáticas; lo problemático es como se las interpreta y se reaccione ante ellas. Se debe transferir la sabiduría al paciente para que entienda que las emociones negativas no son malas, ya que al sentirlas y entenderlas se vuelven adaptativas porque preparan al individuo para la acción (de la Vega & Quintero, 2013; Linehan, 1993; Swenson & Choi-Kain, 2015).

El último grupo, se basa en entrenar a los pacientes con habilidades para la tolerancia al malestar y angustia. En este módulo, es importante hacer que se entienda la importancia de tener emociones angustiantes (Swales, 2009). De esta manera, se enseña al grupo estrategias para tolerar el malestar y reducir las críticas. El objetivo, es que los pacientes límites acepten que el dolor es parte de la vida y así proveer técnicas alternativas (no cortarse ni tener comportamientos suicidas) tales como; relajarse, pensar en cosas agradables, evaluar la situación, respirar y escuchar (poner en práctica a la plenitud de consciencia). De esta forma, se reduce el malestar emocional que la tristeza contribuye. (de la Vega & Quintero, 2013; Linehan, 1993; Swenson & Choi-Kain, 2015).

Por otro lado, en la segunda parte de la terapia dialéctica conductual, que se realiza de manera individual, se debe crear una estrecha relación terapéutica con el fin de establecer límites (Yust, 2012). Después, se deben reducir las conductas suicidas y manejar la resistencia terapéutica. Asimismo, se debe hablar sobre el posible uso de

sustancias, trastornos de alimentación, problemas laborales y problemas interpersonales. Más adelante, se deben poner en práctica e incrementar las estrategias de regulación emocional, plenitud de consciencia, tolerancia al malestar y efectividad interpersonal (de la Vega & Quintero, 2013; Elices & Cordero, 2011; Linehan, 1993; Swenson & Choi-Kain, 2015).

Finalmente, lo más importante es tener en cuenta que los pacientes limítrofes vienen de un entorno invalidante por lo que, según Linehan, se debe aceptar al paciente para así alcanzar y encontrar el cambio terapéutico (Linehan, 2012; Freeman, Stone & Martin, 2004; Quinteros, 2013). Gómez dice: “el balance entre la aceptación de conductas disfuncionales y estrategias para cambiarlas, definen el termino dialectico” (Gómez, 2013). Entonces, se debe tomar en cuenta que cada paciente es distinto; sin embargo, las metas de la TDC son lograr que el paciente limítrofe controle sus emociones negativas y ansiedad, para así lograr reducir conductas disfuncionales, con el fin de tener una persona más adaptable a su medio ambiente (Gómez, 2013).

“Intervenciones Farmacológicas”.

Autores mencionan que no se ha realizado la suficiente investigación del tratamiento farmacológico para pacientes con un diagnóstico formal de Trastorno Límite de la Personalidad; comparado con toda la investigación empírica de la efectividad de la terapia dialéctica conductual. Como consecuencia, su efectividad sigue siendo un tema controversial (Marín, & Fernández, 2007). Autores mencionan, que existe la posibilidad que al recibir fármacos, los pacientes presenten efectos secundarios, problemas en la adaptación social y en la satisfacción global (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004; Peláez, Reyes-Molón, & Teijeira-Levet, 2013). Esto se debe a que se han encontrado fármacos que reducen y son eficaces para

algunos de los síntomas, pero pueden incrementar otros (Peláez, Reyes-Molón, & Teijeira-Levet, 2013).

Se conoce que dicho tratamiento es efectivo para síntomas específicos y comórbidos con trastornos del EJE I. No obstante, si bien este tratamiento muestra mejoría, también muestra resistencia y es limitado (Biskin & Paris, 2012; Zanarini, Frankenburg & al, 1998). Por tanto, pueden existir experiencias de dependencia y rechazo hacia ellos (Marín, & Fernández, 2007). Otros autores resaltan que, la elección del tratamiento farmacológico puede tener sentido cuando se lo usa con el fin de reducir sintomatología grave o que pone en riesgo al paciente. Así como, en la comorbilidad con trastornos alimenticios, trastornos de estado de ánimo, abuso de sustancias, etc. (Peláez, Reyes-Molón, & Teijeira-Levet, 2013).

Como toda ciencia, la psicoterapia ha crecido con el paso de los años. No obstante, el cerebro humano tiene una gran complejidad funcional. También las enfermedades mentales, específicamente los trastornos de personalidad, suman a esta complejidad funcional, otra estructural (las personas presentan diferentes rasgos, niveles, síntomas y afecciones) (Peláez, Reyes-Molón, & Teijeira-Levet, 2013). Asimismo, el tratamiento farmacológico se lo usa específicamente para ciertos síntomas, mas no en el tratamiento del trastorno completo, ya que, como se ha venido mencionado, el trastorno límite se caracteriza por estar directamente relacionado a la estructura de la personalidad de la persona. Entonces, aunque este tratamiento sea eficaz en algunos escenarios, no se ha descubierto ningún medicamento específico para la afección total del trastorno (Marín & Fernández, 2007).

A pesar de ello, se encontraron estudios que reportan su efectividad para casos y síntomas específicos. El primer estudio, realizado por Rinne, et al. (2002), pone énfasis en los receptores de la recaptación de serotonina. Como se vio en el tema 1, a esta

hormona se la asocia con algunos de los síntomas del trastorno. Dicho esto, el estudio propone a la fluvoxamina como el recaptador de serotonina más eficaz para los cambios de humor extremos y repentinos de los pacientes de género femenino. Sin embargo, no se obtuvieron buenos resultados en la agresión e impulsividad (Látalová & Prasko, 2010; Rinne, et al., 2002). Stanley & Siever (2010) acentúan la importancia de la farmacología para la regulación hormonal de serotonina, vasopresina, cortisol y adrenalina (Stanley & Siever, 2010).

Acorde al estudio, se observa que el litio es eficaz para la desregulación emocional y los agentes serotoninérgicos son eficaces para los síntomas mencionados anteriormente. También, se vuelve a hablar sobre la fluoxetina, escitalopram y setralina para reducir a la sensibilidad interpersonal, mas no para la reducción de la agresividad (Látalová & Prasko, 2010). Los pacientes límites pueden tener episodios psicóticos, en donde se recomiendan dosis bajas de neurolépticos o antipsicóticos atípicos. Zullino dice que: la olanzapina reduce al impedimento social presentado. Por otro lado, sin importar la receta final de los medicamentos, Koldobsky (2004) se basa en 4 modelos útiles, para un mejor entendimiento del tratamiento farmacológico (Marín & Fernández, 2007). Los cuatro distintos modelos son:

1. Modelo de rasgos biológicos: dice que los trastornos de personalidad tienen una predisposición y vulnerabilidad genética, que, con las experiencias negativas se desencadenan (Marín & Fernández, 2007).
2. Modelo sub-sindrómico: este modelo indica que los trastorno de personalidad son subyacentes a los trastornos del EJE I (Marín & Fernández, 2007).
3. Modelo centrado en el diagnóstico y la comorbilidad: el modelo sugiere que el tratamiento farmacológico debe irse creando desde los síntomas del

paciente en base a su trastorno y la comorbilidad que pueda existir con otros (Marín & Fernández, 2007).

4. Modelo centrado en el síntoma: el objetivo farmacológico es aliviar síntomas específicos (Marín & Fernández, 2007).

La siguiente tabla, realizada por Marín & Fernández (2007), nos da un resumen de los medicamentos más eficaces y recetados para el trastorno de personalidad límite:

Tabla 2.
Estrategias farmacológicas

Síntomas	Estrategias Farmacológicas
Cambios en el estado de ánimo, labilidad afectiva, síntomas hipomaniacos, impulsividad	Estabilizantes de EA, (ie. sales de litio, ácido valproico, carbamazepina, gabapentina, lamotrigina o veraparrillo)
Depresión, irritabilidad, hostilidad, miedos obsesivos, ansiedad, autoagresiones	Antidepresivos serotoninérgico, bupropion, IMAO
Paranoia, pensamientos irracionales, leve desorganización del pensamiento	Antipsicóticos a dosis bajas (atípicos)
Cuadros de ansiedad	Ansiolíticos a dosis bajas.

Nota. Recuperado de Marín & Fernández, 2007.

Asimismo, La American Psychiatry Association (APA), en el año 2001, intervino en el debate y complejidad del tratamiento farmacológico; presentando una guía clínica para reducir la sintomatología del trastorno *borderline*, mediante dicho tratamiento (Peláez, Reyes-Molón, & Teijeira-Levet, 2013). La siguiente tabla indica la guía clínica mencionada:

Tabla 3.
Guía farmacológica

Síntomas	Fármacos
Desregulación afectiva: labilidad emocional, poca tolerancia al rechazo, ira descontrolada, desregulación emocional	- ISRS, si esta no muestra efectividad añadir -antipsicóticos -ansiedad (clonazepan) Si aun así no hay cambio -IMAO Si no hay cambio, como última opción -litio, carbamazepina o ácido valproico
Descontrol conductual o impulsividad (abuso de sustancias, promiscuidad sexual, conductas auto-lesivas)	- ISRS, si no muestra efectividad -bajas dosis de antipsicótico de primera generación -IMAO Si no hay cambio, como última opción -antipsicóticos de segunda generación.
Distorsiones cognitivas (ideación paranoide, ilusiones, despersonalización, alucinaciones)	-Bajas dosis de antipsicótico de primera o segunda generación (se puede aumentar la dosis si los síntomas persisten) En caso de no observar efectividad -añadir ISRS o un IMAO y cambiar el antipsicótico a clozapina.

Nota. Recuperado de Peláez, Reyes-Molón, & Teijeira-Levet, 2013. Copyright 2001 de La American Psychiatry Association (APA).

Todo lo mencionado anteriormente, es un resumen de los fármacos considerados efectivos, ya que el tratamiento farmacológico para el trastorno límite de la personalidad es limitado (Biskin & Paris, 2012; Zanarini, Frankenburg & al, 1998). Primero, se desconoce si la efectividad farmacológica perdura a lo largo del tiempo, puesto que el tratamiento solo puede durar un tiempo definido. Segundo, no se ha encontrado grandes números de muestras para realizar este tipo de estudios, por el abandono al tratamiento por parte de los pacientes limítrofes. Los resultados a lo largo del tiempo indican solo reducción de síntomas de ansiedad, depresión, y/o síntomas psiquiátricos generales. Sin embargo, no se ha encontrado la manera de evaluar los

cambios de la parte de la estructura de la personalidad. También, solo la olanzapina, se ha replicado en los estudios farmacológicos a lo largo del tiempo (Biskin & Paris, 2012).

En resumen de toda la literatura investigada, el estudio realizado por Palacio et, al. demuestra que el trastorno límite de la personalidad es uno de los diagnósticos más difíciles para hacer tratamiento. Esto se debe a la variedad de síntomas que posee y están arraigados a la parte cognitiva, conductual y emocional de los pacientes. Por ello, se ha descubierto empíricamente, que el mejor tratamiento para la reducción de sus síntomas es la terapia dialéctica conductual, la cual ayuda a disminuir las conductas autolesivas, desadaptativas, a adquirir mejor habilidades para la regulación emocional, abuso de sustancias, sintomatología depresiva y distorsiones cognitivas hacia los demás y sí mismos (Palacios, Haro, Guillén, Marco, & Botella, 2010). Por otro lado, los síntomas suelen ser tan intensos que se opta por el tratamiento farmacológico para el alivio rápido de los pacientes. No obstante, varios autores han concluido que en el tratamiento farmacológico se observan efectos secundarios, problemas en la adaptación social y en la satisfacción global de los pacientes limítrofes (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004; Peláez, Reyes-Molón, & Teijeira-Levet, 2013).

Finalmente, para elegir cualquier tipo de tratamiento terapéutico se debe tener un diagnóstico correcto y un estudio certero de los rasgos de personalidad presentados en la persona. Específicamente, para el trastorno de personalidad límite se debe utilizar como primera herramienta la terapia dialéctica conductual y en casos severos al tratamiento farmacológico (Elices & Cordero, 2011; Freeman, Stone & Martin, 2004). Sin embargo, desde un inicio, el médico y el paciente deben establecer las dosis y el tiempo de uso de los fármacos, ya que ellos pueden presentar tolerancia y resistencia (Biskin & Paris, 2012; Zanarini, Frankenburg & al, 1998). De esta manera, a pesar de todas las

limitaciones mencionadas anteriormente, el paciente tendrá autonomía, conseguirá un sentido de eficacia y se comprometerá con otro tipo de psicoterapias para un mejor tratamiento de todos los síntomas del Trastorno Límite de la Personalidad (Marín & Fernández, 2007; (Peláez, Reyes-Molón, & Teijeira-Levet, 2013). Por ende, se supone que la terapia dialéctica conductual puede ser un tratamiento efectivo, mientras que, el tratamiento farmacológico debe ir de la mano con distintas psicoterapias familiares e individuales para conseguir una mejor experiencia en la reducción sintomática de los pacientes límite.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Justificación de la metodología seleccionada

Como se vio en el marco teórico la terapia dialéctica conductual ha sido demostrada empíricamente ser la mejor para el trastorno límite de la personalidad; mientras que, el tratamiento farmacológico es efectivo pero tiene algunas limitaciones claras. Por ello, el presente estudio mediante el método cualitativo responde a la pregunta de investigación, tratando de reafirmar los estudios cuantitativos realizados en los países del primer mundo; replicando en Quito-Ecuador pero con el fin de analizar la parte subjetiva de cada paciente. El método cualitativo es la mejor vía para entender y escuchar la voz de los participantes mediante la empatía, sin necesariamente hacer un estudio medido de ellos (Sampieri, 2014). Asimismo, el método cualitativo intenta reflexionar y ayuda a comprender a la realidad no como una regla, sino como pilares orientadores que responden a la pregunta de investigación. El investigador debe tener una escucha activa, ser empático y tener el rol de aceptar cualquier tipo de respuesta sin emitir comentarios o críticas (Sampieri, 2014).

Además de ello, al método cualitativo se lo ha dejado de lado en estudios grandes como son los que tratan de comprobar empíricamente que terapia es más efectiva para cada tipo de trastorno. No obstante, se usaran preguntas abiertas para lograr tener flexibilidad, mayor riqueza informativa y tener mayor accesibilidad a información que con números no se puede medir, de cada uno de los participantes que forman la muestra del estudio. Específicamente, se eligió utilizar el método genérico cualitativo de saturación de la muestra que nos indica el número suficiente de participantes que certifica la credibilidad de la investigación; guiándonos por los síntomas presentados por los pacientes en tratamiento y observando en que número para

la inclusión de la muestra las respuestas sobre su sintomatológica deja de darnos nueva información que podría ser útil al momento de realizar las entrevistas subjetivas sobre sus experiencias, en base a los dos tipos de tratamiento que compara y ofrece el estudio (Castilla y Carvajal, 2010). De esa forma, se utilizaron como métodos de inclusión a un rango de edad determinado (desde 18 años hasta 24 años), género y status económico que formaron una muestra de 12 participantes con un diagnóstico formal de trastorno límite de la personalidad.

Herramientas de investigación utilizada

El estudio tiene una dirección específicamente cualitativa enfocada al método de saturación de la muestra, con la hipótesis de reafirmar a la teoría cuantitativa que propone que la terapia dialéctica conductual es la más efectiva para el trastorno límite. En consecuencia, el experimentador realizó una encuesta de 10 preguntas para cada uno de los participantes, tanto para el grupo farmacológico como para el grupo que recibió terapia dialéctica conductual. Los criterios utilizados para realizar las preguntas fueron en base a la revisión de la literatura que nos proporciona los síntomas más recurrentes en los pacientes con un diagnóstico formal de trastorno límite de la personalidad. Para los cuestionarios semi-estructurados, que se harán mediante entrevistas individuales para que exista menos sesgo por factores externos y distracciones, se estructuraron a las preguntas de manera abierta y unas pocas cerradas, con el fin de obtener un abanico amplio de experiencias subjetivas; mientras que, con las preguntas cerradas podremos comparar más específicamente los cambios experimentados. De esta manera, se espera que el presente estudio tenga una discusión y conclusiones más certeras.

Descripción de participantes

Para el presente estudio, fueron seleccionados un grupo de 12 personas de una clínica privada en Quito-Ecuador, con un diagnóstico formal de Trastorno Límite de la

Personalidad, ya que en ese número se saturó la muestra. Fueron reclutados mediante flyers que los invitaba a ser parte del estudio, desde la clínica privada seleccionada, para tener un mayor control sobre el procedimiento y una total certeza del diagnóstico presentado. Los participantes fueron divididos en dos grupos, cada uno de ellos de 6 personas. Entonces, el primer grupo solo recibió terapia dialéctica conductual, mientras que, el otro grupo solo recibió tratamiento farmacológico. Después, cada uno de ellos fue evaluado en un transcurso de 2 meses, pidiéndoles que nos comenten su experiencia acerca del tratamiento que le correspondió a cada uno de ellos. Asimismo, la evaluación fue individual, para que exista un análisis a profundidad de cada participante; lo que hace a esta investigación cualitativa en cuanto a la subjetividad personal de cada paciente.

En cuanto al género, fueron seleccionados 90% mujeres y solo un 10% fueron hombres. Esto se debe a que, como se explicó en la revisión de la literatura, el trastorno límite de la personalidad aparece más en el género femenino. Entonces, se encontró un porcentaje pequeño de hombres que estuvieron dispuestos a ser parte de la muestra. Por otro lado, la edad de los participantes tiene un grado alto de importancia, ya que a pesar de que los rasgos del trastorno límite aparezcan desde temprana edad, no es posible tener un diagnóstico formal de personalidad hasta los 18 años, en donde la adolescencia ya está por terminar. Entonces, el rango de edad de este grupo de estudio fue desde los 18 años hasta un máximo de edad de 24 años. Por último, al ser una muestra de una clínica privada de Quito-Ecuador su nivel socioeconómico fue medio-alto y alto, puesto que se requería continuidad y compromiso en los dos tipos de tratamiento; los cuales tienden a tener un alto costo.

Reclutamiento de los participantes

Toda investigación se basa de un proceso para que tenga éxito. Por ello, para que exista un reclutamiento aleatorio, se investigó en cuales hospitales privados se está actualmente trabajando con pacientes con un diagnostico formal de personalidad limite. Después de determinar lo antes mencionado, se llamó a cada uno de ellos para explicarles sobre el estudio con más detenimiento, con el fin de obtener una respuesta positiva, de alguno de ellos. Cuando se obtuvo la aceptación de uno de los hospitales privados, se planificó una cita con los psicólogos y psiquiatras encargados de los casos para informarles sobre los objetivos y metas del estudio. Después, se puso flyers en el hospital para que los pacientes puedan tener una referencia de contacto si deseaban ser parte del experimento. Posteriormente, se realizó la firma de los consentimientos informado a todos los interesados para que puedan decidir voluntariamente si estarían interesados en ser parte de la investigación o no. A continuación, se prosiguió a elegir aleatoriamente a los participantes interesados, en donde se observó una saturación de la muestra con el individuo 12. De esta manera, cada uno de ellos firmó un completo consentimiento informado con todos los procesos que se llevara a cabo en la presente investigación.

Por otro lado, para poder determinar cuáles participantes formarían cada uno de los distintos grupos de tratamiento, se acordó elegirlos aleatoriamente para que no exista ningún tipo de sesgo ni sentimiento de injusticia (preguntando a los médicos cual ha sido el tratamiento que más tiempo ha recibido cada uno de los participantes). Inmediatamente, se acordó que todo el proceso de investigación se realizará de manera ambulatoria en dicho hospital, con el fin de seguir con la estructura pre-establecida que han llevado los pacientes; lo cual es sumamente importante en el proceso terapéutico del trastorno límite. Finalmente, se explicó que se mantendrá total confidencialidad del

proceso, resultados, implicaciones, complicaciones y experiencias; manteniendo la seguridad de los participantes con un código que los identifique y no se dará ningún tipo de información que ellos no estén dispuestos a compartir voluntariamente.

Consideraciones éticas.

Es importante especificar que en la presente investigación se respetarán todas las consideraciones éticas relacionadas con la protección, seguridad y anonimato de los participantes. Según, el Código de Ética de la APA (2009) se llevara a cabo un consentimiento informado para cada participante (Código de Ética, 3.10, Informed Consent). Asimismo, se harán los respectivos tratamientos bajo el Códigos de Ética 2.01 “Boundaries of Competence”, en donde existirán personas capacitadas para que tanto la terapia dialéctica conductual como el tratamiento farmacológico sean implementados de la mejor manera. Por consiguiente, al ser una investigación de pregrado se explicara con detenimiento la respectiva información de las actividades que se realizaran, con sus pertinentes objetivos y propósitos (Código de Ética, 5.03, Description of Workshops and Non-Degree-Granting Educational Programs). La seguridad de los participantes se implementara bajo el Código de Ética 3.04, “Avoiding Harm”, ya que los participantes pueden retirarse a cualquier momento de sentirse incómodos o durante las evaluaciones mostrarían alguna sensación de molestia psicológica. De ser así, los investigadores proveerán una terapia adicional para regular el estado emocional y la estabilidad de los pacientes. Por último, hablando sobre confidencialidad, se la mantendrá con el Código de Ética 4.01, “Maintaining Confidentiality”. Los testimonios de los participantes serán destruidos al momento de sacar la discusión, limitaciones y conclusiones, y solo podrán tener acceso a la información de cada paciente (que tendrán un código en vez de su nombre propio) los encargados y supervisores del presente estudio.

RESULTADOS ESPERADOS

Según la literatura revisada en el presente estudio se esperarían resultados positivos. En otras palabras, la pregunta de investigación sería contestada y se afirmaría que la terapia dialéctica conductual es la más efectiva para el tratamiento de personalidad límite. Asimismo, la metodología cualitativa utilizada nos puede ayudar a tener más información, que asevere a la teoría empíricamente comprobada, sobre la efectividad de la terapia mencionada. Es importante tomar en cuenta que, al utilizar el método cualitativo de saturación se podría observar y evaluar, de manera más empática, como la terapia dialéctica conductual hace que los pacientes con un diagnóstico formal de personalidad limítrofe tengan una satisfacción y disminución de sus síntomas.

Como se mencionó anteriormente, según McMain, et al. (2014) la terapia dialéctica conductual es la psicoterapia que más base empírica tiene para reducir la sintomatología de los pacientes limítrofes e impedimentos psicosociales. Con ello, se esperan ver resultados de grandes reducciones en los comportamientos suicidas y autolesivos, ya que su objetivo principal es ayudar a que los pacientes manejen la desregulación emocional y las crisis (Bohus, et al., 2004; Linehan, 2012). Asimismo, la filosofía dialéctica se construye desde la idea de que la realidad se basa en dos fuerzas totalmente opuestas, y es por ello que en las personas se genera la tensión; la terapia ayuda a que los pacientes encuentren la aceptación y validación, mientras que se enfoca en el cambio (Linehan, et al. 1999; Swales, 2009). Por ello, cuando su distorsión cognitiva del “all or nothing thinking” se ve regulada, los síntomas más disfuncionales se ven reducidos, aumentando las habilidades sociales, disminuyendo la autocrítica, y aumentando la autoestima (Freeman, Stone & Martin, 2004).

Por otro lado, según Biskin & Paris, (2012) se conoce que el tratamiento farmacológico es efectivo para síntomas específicos y comórbidos con trastornos del

EJE I. No obstante, según Marín & Fernández (2007), es limitado y muestra resistencia, ya que no se ha podido deducir el tratamiento farmacológico específico para reducir toda la sintomatología de los pacientes limítrofes. Por tanto, al momento de revisar las preguntas abiertas y cerradas del cuestionario realizado para medir las experiencias subjetivas de los pacientes del presente estudio; se espera que exista un rechazo hacia las pastillas porque no están totalmente ligadas con todos los síntomas, no se muestra mejoría inmediata para contener las crisis, y la manera que tienen de ver al mundo y a ellos mismos no se modifica totalmente. Dicho en otras palabras, los pacientes limítrofes esperan mejoría y tienen una emocionalidad ambivalente; por lo que se esperan mejores resultados al escuchar las experiencias de los pacientes a los que se realizaría terapia dialéctica conductual comparado con los del grupo que debía recibir tratamiento farmacológico.

Discusión

De acuerdo con la pregunta de investigación planteada al principio del presente estudio: ¿Cuál es la experiencia en la reducción sintomática con Terapia Dialéctica Conductual de los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, comparado con aquellos que usan fármacos en el Ecuador?; se puede considerar que fue respondida de manera exitosa. Esto se debe a que los resultados esperados están directamente evaluados con la recopilación de la revisión de la literatura presentada.

En este caso, de manera hipotética, se esperan resultados positivos en el grupo de participantes que recibió terapia dialéctica conductual; partiendo desde la teoría propuesta por Linehan (1993) que hace referencia a que lo más importante es tener en cuenta que los pacientes limítrofes vienen de un entorno invalidante por lo que, el primer paso de la terapia dialéctica es aceptarlos para así alcanzar y encontrar el

cambio terapéutico (Linehan, 2012; Freeman, Stone & Martin, 2004; Quinteros, 2013). Según Gómez (2013) “el balance entre la aceptación de conductas disfuncionales y estrategias para cambiarlas, definen el termino dialectico” (Gómez, 2013). Por ello, se espera que el grupo de pacientes que recibió terapia dialéctica conductual llegue a la meta de controlar sus emociones negativas y ansiedad, para así lograr reducir conductas disfuncionales. En consecuencia, este grupo de personas tendrá mejores experiencias dentro del presente estudio.

Por el contrario, en el grupo de participantes que recibió tratamiento farmacológico por la complejidad del cerebro humano y los trastornos de personalidad, que presentan diferentes rasgos, niveles, síntomas y afecciones en cada persona (Peláez, Reyes-Molón, & Teijeira-Levet, 2013); se esperan resultados menos positivos ya que combate ciertos de los síntomas presentados en cada persona mas no en el tratamiento del trastorno completo. Por lo que, a pesar de ser un tratamiento efectivo para algunas enfermedades mentales, no se ha descubierto ningún medicamento específico para la afección total del trastorno límite de la personalidad (Marín & Fernández, 2007).

La complejidad de dicho trastorno no acaba ahí, puesto que, como se vio en la revisión de la literatura, al trastorno limítrofe se lo divide en 3 grupos con distintos síntomas. En consecuencia, la terapia dialéctica conductual logra con las etapas, filosofía y estructura que mantiene, regular a los síntomas presentados en los 3 distintos grupos (Krawitz & Jackson, 2008). Mientras que, se espera ver efectividad en el tratamiento farmacológico solo en síntomas específicos y comórbidos con trastornos del EJE I y podrían verse resultados que demuestren experiencias que indiquen resistencia y/o dependencia a los fármacos (Biskin & Paris, 2012; Marín & Fernández, 2007).

En resumen de toda la literatura investigada, se encontraron estudios tales como los realizados por Linehan (1993) (1998) y Palacio et, al. (2010) que demuestran que el

trastorno límite de la personalidad es uno de los diagnósticos más difíciles para hacer tratamiento y la terapia dialéctica conductual es la que más efectividad empírica posee en la reducción sintomática, puesto que ayuda a disminuir las conductas auto lesivas, desadaptativas, a adquirir mejor habilidades para la regulación emocional, abuso de sustancias, tolerancia al malestar, sintomatología depresiva y distorsiones cognitivas hacia los demás y sí mismos (Palacios, Haro, Guillén, Marco, & Botella, 2010), lo que, gracias a su filosofía dialéctica, ayuda a que los pacientes logren ser más funcionales dentro de su contexto (Navarro, et al., 2010). Sin embargo, los síntomas suelen ser tan intensos que los psicólogos y psiquiatras optan por empezar tratamiento farmacológico por el descontrol que les impide hacer terapia. Varios autores han concluido que en el tratamiento farmacológico se observan efectos secundarios, problemas en la adaptación social y en la satisfacción global de los pacientes limítrofes (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004; Peláez, Reyes-Molón, & Teijeira-Levet, 2013). Además, con el estudio realizado por Biskin & Paris, (2012), podemos sospechar que los pacientes no tendrán tan buena experiencia subjetiva en la reducción sintomática como con la terapia dialéctica conductual; por la tolerancia y ambivalencia que pueden presentar ante el tratamiento farmacológico.

En conclusión, con cualquiera de los dos tipos de terapia se espera que los pacientes adquieran autonomía, consigan un sentido de eficacia, y mayor funcionalidad y aceptación sobre cómo manejar su condición de vida (Marín & Fernández, 2007; (Peláez, Reyes-Molón, & Teijeira-Levet, 2013). De manera específica, se esperan mejores resultados sobre las experiencias subjetivas de los pacientes que recibieron terapia dialéctica conductual, ya que se conoce, de manera cuantitativa, que es el tratamiento más efectivo; mientras que, el tratamiento farmacológico debe ir de la mano

con distintas psicoterapias familiares e individuales para conseguir una mejor experiencia en la reducción sintomática de los pacientes límite.

Limitaciones del estudio

Después de haber realizado la presente investigación se esperan varias limitaciones. Se considera importante para futuras investigaciones no solo enfocarse en un hospital, sino que, los resultados se podrían comparar con las experiencias subjetivas, bajo la misma pregunta de investigación en otros hospitales privados. De esta manera, los resultados esperados tuvieran más impacto. Por otro lado, el rango de edad seleccionado fue desde los 18 años hasta un máximo de edad de 24 años; sería importante que se tomen en cuenta otras edades, ya que los síntomas de personalidad límite se presentan desde temprana edad. Adicionalmente, fue muy importante haberlo realizado en Quito-Ecuador, pues no se consiguió mucha información sobre la terapia dialéctica conductual ni del tratamiento farmacológico en el trastorno limítrofe, dentro del país. No obstante, una limitación clara, fue que la mayoría de la revisión de la literatura tuvo una perspectiva desde estudios realizados en los países del primer mundo y esta información podría cambiar dependiendo de la cultura. Finalmente, al haber seleccionado el método cualitativo se podrían ver complicaciones al momento de tabular los resultados, pues la encuesta realizada se basa en preguntas abiertas que no llegan a ser tan fácilmente cuantificables.

Recomendaciones para futuros estudios

Existen varias recomendaciones para futuros estudios. Primero, se recomienda que para hacer cualquier estudio, sin importar su metodología, es importante que exista una aleatoriedad en la búsqueda de participantes, para obtener mejores resultados.

Asimismo, es importante que toda investigación logre obtener una muestra grande de participantes, para que los resultados tengan un mayor impacto. Adicionalmente, se recomienda que los estudios sean longitudinales, con el fin de tener una mejor perspectiva de la reducción sintomática. Por otro lado, sería importante hacer estudios específicos de la efectividad del tratamiento farmacológico en conjunto con la terapia dialéctica conductual, ya que el presente estudio los comparaba.

Además de ello, el presente estudio se focalizó en aseverar la efectividad de la terapia dialéctica conductual, en base a la voz de los pacientes con trastorno límite, comparado con aquellos que solo reciben tratamiento farmacológico. Por lo que, para futuras investigaciones sería interesante investigar sobre la integración terapéutica, en base a distintas ramas psicológicas, para dicho trastorno. Esto se debe a que existe mucha información sobre la terapia dialéctica, pero poca de ésta en base a la efectividad con la integración de otro tipo de terapia (i.e. la efectividad que se ha ido encontrando en la terapia psicodinámica). También, sería importante tomar en cuenta no solo al trastorno de personalidad límite, sino también, a sus trastornos comórbidos. Esto se debe a que, los trastornos de personalidad tienen una carga de síntomas y rasgos, los cuales son características de otras patologías. Por último, futuros estudios deberían tener presente que en general los trastornos de personalidad tienen un tratamiento complejo; por lo que tendría gran impacto investigar sobre que terapia es más efectiva en la reducción sintomática, para cada uno de ellos.

REFERENCIAS

- Belsky, D. W., Caspi, A., Arseneault, L., Bleidorn, W., Fonagy, P., Goodman, M., . . . Moffitt, T. E. (2012). Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children. *Development and Psychopathology*, *24*(1), 251-65.
doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579411000812>
- Biskin, R. S., & Paris, J. (2012). Management of borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal*, *184*(17), 1897-902.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unkel, C., ... & Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour research and therapy*, *42*(5), 487-499.
- Chanen, A. M., & McCutcheon, L. (2013). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *The British Journal of Psychiatry*, *202*(s54), s24-s29.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *American Journal of Psychiatry*.
- de la Vega I., & Quintero, S. S. (2013). Terapia dialectico conductual para el trastorno de personalidad limite. *Acción Psicológica*, *10*(1), 45-55.
- Eizirik, M., & Fonagy, P. (2009). Mentalization based treatment for patients with borderline personality disorder: an overview. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, *31*(1), 72-75.
- Freeman, A., Stone, M. H., & Martin, D. (Eds.). (2004). *Comparative Treatments of Borderline Personality Disorder*. New York, NY, USA: Springer Publishing Company.
- Gómez, E. (2013). Terapia Dialéctica Conductual. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, *70*(1-4), 63-70.
- Krawitz, R., & Jackson, W. (2008). *Facts : Borderline Personality Disorder* (2nd Edition). Oxford, GBR: Oxford University Press.
- Látalová, K., & Prasko, J. (2010). Aggression in borderline personality disorder. *Psychiatric Quarterly*, *81*(3), 239-51. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11126-010-9133-3>
- Linehan, M. M. (1998). An illustration of dialectical behavior therapy. *In Session Psychotherapy in Practice*, *4*(2), 21-44.

- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American journal on addictions*, 8(4), 279-292.
- Linehan, M. M. (2012). Gold Medal Award for Life Achievement in the Application of Psychology. *American Psychologist*, 67(5), 347-349.
- McMain, S. F., Guimond, T., Streiner, D. L., Cardish, R. J., & Links, P. S. (2014). Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*
- Marín, J. L., & Fernández Guerrero, M. (2007). Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud*, 18(3), 259-285.
- Navarro, M. V., Jorquera, M., García-Palacios, A., & Botella, C. (2010). Dialectical behavior therapy in a case of borderline personality disorder traits and eating disorder. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(1), 61-74.
- Palacios, A. G., Haro, M. V. N., Guillén, V., Marco, H., & Botella, C. (2010). Estudio preliminar sobre la eficacia de la terapia dialéctico-comportamental en personas diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad y bulimia nerviosa. *Psicología Conductual*, 18(1), 197.
- Peláez, J. C., Reyes-Molón, L., & Teijeira-Levet, C. (2013). Do we need pharmacological treatment in personality disorder?. *Acción Psicológica*, 10(1), 97-107.
- Quintero J.P. (2013, 21 de octubre). Entrevista a Marsha Linehan, creadora de la Terapia Dialectico Conductual, por Pablo Gagliesi. Psyciencia. Recuperado de <http://www.psyciencia.com/2013/21/entrevista-marsha-linehan-terapia-dialectico-conductual-pablo-gagliesi/>
- Rinne, T., van den Brink, W., Wouters, L., & van Dyck, R. (2002). SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized, placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder. *American Journal of psychiatry*, 159(12), 2048-2054.
- Silbersweig, D., M.D., Clarkin, J. F., PhD., Goldstein, M., M.D., Kernberg, O. F., M.D., Tuescher, Oliver, M.D., PhD., Levy, K. N., PhD., . . . Stern, E., M.D. (2007). Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 164(12), 1832-41.
- Sampieri, Roberto H. (2014). *Metodología de la investigación, 6th Edition*. McGraw-Hill Interamericana.

- Speranza, Mario, M.D., Ph.D., Pham-Scottez, A., Revah-Levy, A., Barbe, Remy P, M.D., Ph.D., Perez-Diaz, F., Birmaher, Boris, M.D., Ph.D., & Corcos, Maurice, M.D., Ph.D. (2012). Factor structure of borderline personality disorder symptomatology in adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(4), 230-7.
- Stanley, B., & Siever, L. J. (2010). The interpersonal dimension of borderline personality disorder: Toward a neuropeptide model. *The American Journal of Psychiatry*, 167(1), 24-39.
- Stepp, S. D. (2012). Development of borderline personality disorder in adolescence and young adulthood: Introduction to the special section. *Journal of abnormal child psychology*, 40(1), 1-5.
- Swales, M. A. (2009). Dialectical Behaviour Therapy: Description, research and future directions. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5(2), 164.
- Swenson, C. R., M.D., & Choi-Kain, L. (2015). Mentalization and dialectical behavior therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 199-217.
- Yust, C. C. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Revista Internacional De Psicología y Terapia Psicológica*, 12(1), 97-114.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., & al, e. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1733-9.

ANEXO A: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Comité de Bioética, Universidad San Francisco de Quito
El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: La experiencia en la reducción sintomática con Terapia Dialéctica Conductual de los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, comparado con aquellos que usan fármacos.

Organización del investigador *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal *Pilar Salgado*

Datos de localización del investigador principal
2889563,0992730595, pily_792@hotmail.com

Co-investigadores *ninguno*

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción (*Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación*)

Este formulario incluye un resumen del propósito del presente estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que desee para entender claramente su rol dentro de la participación y despejar sus dudas. Su participación es totalmente voluntaria por lo que puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos.

Usted ha sido invitado a participar en una investigación que nos ayude a definir La experiencia en la reducción sintomática con Terapia Dialéctica Conductual de los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, comparado con aquellos que usan fármacos; con el fin de escuchar la voz de los participantes para poder definir cuál tipo de terapia será más efectiva para su reducción sintomática.

Propósito del estudio (incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)

El estudio se llevara a cabo en un hospital privado de Quito-Ecuador, donde voluntariamente 12 participantes serán parte de una investigación que tiene como objetivo escuchar la voz de los pacientes con un diagnostico formal de personalidad limite; para concluir y ver las diferencias entre la terapia dialéctica conductual y el tratamiento farmacológico sobre la reducción sintomática. El presente estudio se realiza como tesis de pregrado para que la investigadora obtenga su título en Psicología Clínica en la Universidad San Francisco de Quito.

Descripción de los procedimientos (breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)

Se dividirá a los 12 participantes en dos grupos de 6 personas. El un grupo recibirá terapia dialéctica conductual y el otro tratamiento farmacológico. Para la elección de los grupos se hablaran con los médicos encargados de cada participante para seguir con el tratamiento que ya tenían o evaluar cuál sería más recomendable para cada caso.

Después, habrá intervenciones 1 vez a la semana con un máximo de duración de 1 hora. Los pasos a seguir serán:

1. Establecer una buena relación entre investigador y participantes.

2. Establecer una buena relación entre participantes
3. Hablar con los médicos encargados de los casos individuales para dividir los grupos
4. Empezar con los dos tipos de terapia
5. Evaluar después de 2 meses, mediante el método cualitativo, los resultados de cada grupo de participantes.

Riesgos y beneficios (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

Para reducir los riesgos de cada uno de los participantes, es importante especificar que en la presente investigación se respetarán todas las consideraciones éticas relacionadas con la protección, seguridad y anonimato de los participantes. Los dos tipos de terapias implementadas las realizarán psicólogos capacitados y entrenados para proporcionar cada una de ellas. A los participantes siempre se les explicará todo lo que podría estar implicado en el presente estudio y podrán retirarse en cualquier momento de sentirse incómodos o durante las evaluaciones mostrarán alguna sensación de molestia psicológica. De ser así, los investigadores proveerán una terapia adicional para regular el estado emocional y la estabilidad de los pacientes. Finalmente, los testimonios de los participantes serán destruidos al momento de sacar la discusión, limitaciones y conclusiones, y solo podrán tener acceso a la información de cada paciente (que tendrán un código en vez de su nombre propio) la investigadora y supervisores del presente estudio.

Confidencialidad de los datos (*se incluyen algunos ejemplos de texto*)

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales y testimonios brindados:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre
- 2) Sus testimonios serán destruidos al momento de sacar la discusión, limitaciones y conclusiones del presente estudio.
- 3) Solo podrán tener acceso a su información la investigadora y supervisores del presente estudio.
- 4) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 5) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante (*se incluye un ejemplo de texto*)

Usted es libre de participar o no en el presente estudio y puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio. Debe seguir pagando el mismo monto que lo hacía por recibir tratamiento en el hospital privado de Quito-Ecuador. Si usted fuera elegido para formar parte del grupo que recibirá tratamiento farmacológico, debe encargarse de comprar sus medicamentos.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el presente estudio por favor comunicarse al _0992730595_ que pertenece a _la alumna e investigadora, de último semestre de psicología clínica, con nombre Pilar Salgado_, o envíe un correo electrónico a _pily_792@hotmail.com_

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en el presente estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

ANEXO B: HERRAMIENTAS PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

Cuestionario de finalización de terapia.

El siguiente cuestionario nos ayudará a entender su experiencia en cuanto a la terapia realizada y como esta ha ayudado a la reducción de su sintomatología presentada antes de ser parte del presente estudio. Favor responder de la manera más específica posible, dependiendo al grupo de tratamiento al cual pertenecía, en las hojas adjuntas al cuestionario. No posee un límite de tiempo para contestar cada pregunta.

1. ¿Qué terapia le realizaron?
2. ¿Qué síntomas considera que eran los más disfuncionales en cuanto al diagnóstico formal de personalidad limítrofe, que se le fue otorgado?
3. ¿Cómo y hasta qué punto considera que la terapia realizada ha reducido sus síntomas?
4. ¿Qué efectos secundarios cree que presento durante el tipo de terapia realizado?
5. ¿Cómo se puede describir usted mismo antes de ser parte del presente estudio?
6. ¿Cómo se puede describir usted mismo ahora que finalizó el tratamiento?
7. ¿Cuáles síntomas no fueron reducidos?
8. ¿Se magnifico alguno de sus síntomas y esto como le hace sentir al respecto?
9. ¿Cuáles eran sus pensamientos, emociones y conductas antes de ser parte de uno de los dos grupos de tratamiento?
10. ¿Considera que el tratamiento le brindo esperanza para sentirse más funcional dentro de su vida diaria?
11. ¿Qué cambiaría del tratamiento o terapia realizada?
12. ¿Se cambiaría de terapia? ¿Porque?
13. Favor narrar sus comentarios y experiencia lo más detalladamente posible en conjunto con cualquier recomendación extra y comentar sobre cuales son ahora sus expectativas al finalizarla.

Gracias.

Flyer para el reclutamiento de participantes.

Invitación para formar parte de la investigación con título:

La experiencia en la reducción sintomática con Terapia Dialéctica Conductual de los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, comparado con aquellos que usan fármacos.

Objetivo: Reducir la sintomatología de personas que poseen un diagnóstico formal de Trastorno Límite de la Personalidad, mediante dos tipos de terapias.

Si Ud. posee este tipo de diagnóstico y desea ser parte del estudio, favor comunicarse con:

Pilar Salgado
Estudiante de último año de Psicología Clínica
Universidad San Francisco de Quito

0992730595
pily_792@hotmail.com

- **Las indicaciones, preguntas, dudas, objetivos y procedimiento se las darán al momento de reunirnos para firmar el respectivo consentimiento informado, con el fin de que voluntariamente decidan si desean continuar siendo parte del estudio.**