

Análisis Clínico de un Caso de Trastorno Límite de Personalidad

Margarita Ahumada Gutiérrez, 1129580453

Tutora del Trabajo:

Marleyn Serrano Ramírez

Universidad del Norte

División de Humanidades y Ciencias Sociales

Maestría en Psicología Clínica

Barranquilla

2015

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
1. JUSTIFICACIÓN	6
2. ÁREA PROBLÉMICA	12
3. OBJETIVOS	15
3.1. <i>Objetivo General</i>	15
3.2. <i>Objetivos Específicos</i>	15
4. HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.....	16
4.1. <i>Identificación del paciente</i>	16
4.2. <i>Motivo de consulta</i>	16
4.3. <i>Descripción Sintomática</i>	17
4.3.1. <i>Quejas del paciente.</i>	17
4.3.3. <i>Análisis Funcional</i>	19
4.4. <i>Historia Personal</i>	21
4.5. <i>Historia Familiar</i>	21
4.6. <i>Historia Escolar y socioafectiva</i>	22
4.7. <i>Genograma</i>	22
4.8. <i>Proceso de evaluación</i>	23
4.9. <i>Conceptualización diagnóstica</i>	25
4.9.1. <i>Factores de Desarrollo</i>	25
4.9.1.1. <i>Factores de predisposición.</i>	25

	2
4.9.1.2. <i>Factores adquisitivos</i>	26
4.9.1.3. <i>Factores desencadenantes</i>	26
5. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS SESIONES	32
5.1. <i>Sesión 3</i>	32
5.2. <i>Sesión 8</i>	34
5.3. <i>Sesión 13</i>	36
6. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA	39
7. ANÁLISIS DEL CASO	58
8. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	62
REFERENCIAS	65
Anexos	¡Error! Marcador no definido.

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Alternación en el estado de ánimo.	19
Tabla 2. Dependencia a sustancia opiode.	20
Tabla 3. Dificultades en las relaciones interpersonales e intrafamiliares.	20
Tabla 4. Proceso de evaluación. Inventario de Beck.	23
Tabla 5. Estrategias compensatorias de la paciente.	29
Tabla 6. Plan de tratamiento TLP.	58

INTRODUCCIÓN

La personalidad, es definida como la totalidad de los rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona, para que todo esté bien, esta conjunción entre emoción y conducta debe ser estable. En todos los casos no es así, de ahí que esa variante que sufre la personalidad, que la lleva a estar por debajo o más alto de lo que se espera normalmente, y se convierte en algo inflexible y desadaptativo, produciendo un deterioro funcional significativo, se constituye en un trastorno de personalidad (Kaplan, Kaplan, Sadock & Grebb, 1997, citado en Krummer, 2005).

Por lo regular, estos trastornos generan una falta de conciencia de los mismos, por lo que los sujetos que lo sufren no acuden en busca de ayuda psicológica por sí misma, lo que hace más difícil que se le pueda brindar una atención adecuada. Sumado a esto, el hecho que deben estudiarse muy bien los síntomas de los trastornos, para dar un diagnóstico pertinente, porque la mayoría de veces comparten criterios, lo que hace más difícil un diagnóstico diferencial. Este es el caso específico del Trastorno Límite de Personalidad, el cual se considera una perturbación psiquiátrica bastante compleja, porque tiene una conjugación alternante entre el histrionismo, la obsesión, las conductas antisociales y psicóticas, por lo que muchas veces el diagnóstico que se da frente al mismo, no es el correcto y por tanto, el tratamiento no es el adecuado para avanzar y mejorar la calidad de vida del sujeto que lo padece (Millon & Everly, 1994).

El presente trabajo, permite realizar el abordaje de este trastorno, conocer todo lo relacionado a él, prevalencia, curso, criterios diagnósticos, tratamiento, entre otros. Lo cual se logró a través del análisis de un caso Clínico, mediante el cual se determinaron las condiciones clínicas de una paciente con diagnóstico de Trastorno Límite de

Personalidad y con ello determinar la pertinencia del diseño de un plan de intervención cognitivo- conductual para favorecer la remisión sintomática. Para alcanzar este objetivo, primero se identificaron los antecedentes (familiares, biopsicosociales y conductuales) que predisponen el desarrollo de las condiciones clínicas para hipotetizar un diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad. Luego se comprendió desde el modelo de la Terapia Cognitivo Conductual como se conceptualizan las condiciones clínicas que desencadenan un diagnóstico de TLP. Así mismo, se argumentó con diagnóstico diferencial las características diferenciales de otros trastornos de personalidad que se asemejen al TLP. Posteriormente se diseñó un plan de intervención cognitivo conductual. Para terminar con la evaluación de los avances del proceso tratamiento – paciente del caso clínico de TLP a partir de la intervención cognitivo conductual recibida.

1. JUSTIFICACIÓN

El estudio de los trastornos de personalidad ha avanzado a pasos agigantados, a través del tiempo se ha logrado determinar conceptualizaciones, estrategias de intervención, teorías que lo fundamentan, diferencias, semejanzas, criterios diagnósticos, entre otros (Marín y Fernández, 2007). Este se ha convertido en un tema de gran interés a nivel psicopatológico, debido a las características de permanencia como experiencia interna y de comportamiento de los trastornos, su alta prevalencia y comorbilidad con otros trastornos, lo que muchas veces hace difícil el diagnóstico. Así mismo, por las consecuencias a nivel conductual, cognitivo y emocional que generan no solo en las personas que los padecen, sino en los familiares y sociedad, provocándoles un gran deterioro general.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV), los criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad son:

Tener un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, el cual se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes: cognición, afectividad, actividad interpersonal y control de impulsos. Por otro lado, este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales, es persistente y provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, el patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta, no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (American Psychiatric Association, 2010, p. 649).

Dentro de los diferentes trastornos de personalidad, se encuentra el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), el cual es considerado un trastorno psicopatológico bastante complejo y grave (Millon & Davis, 1998; Millon & Escovar, 1996; Millon & Everly, 1994), debido que “produce un mayor deterioro en la vida del individuo, estimándose que el 70% de las personas que lo padecen realizarán al menos un intento de suicidio” (citado en Escribano, 2006, p.4). Así como también, por las diferentes formas de manifestarse, etiología, entre otros.

Este trastorno, se caracteriza principalmente por tener un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. Además, tienen un temor acusado al abandono, ya sea real o imaginado, por esto, siempre están en pos de evitar ese abandono. Así también se presenta un patrón de relaciones interpersonales que no son estables, ni mucho menos complejas o intensas, la cual se caracteriza por estar en una constante alternancia entre la idealización y la devaluación, alternación de la identidad, impulsividad en al menos dos áreas, la cual representa dañina para la misma persona, comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación, inestabilidad afectiva debido a la reactividad del estado de ánimo, sentimientos crónicos de vacío, ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla, ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves (American Psychiatric Association, 2010, p.670).

La complejidad de este trastorno, la da el hecho que puede confundirse con otros trastornos de personalidad, debido que comparten muchos de los criterios diagnósticos. Así por ejemplo, comparado con la esquizofrenia, el TLP no presenta episodios psicóticos prolongados, trastorno del pensamiento, u otros signos clásicos. Los pacientes que padecen paranoias, son muy suspicaces, los histriónicos y antisociales por su parte, presentan sentimientos crónicos de vacío, impulsividad, conductas autolesivas, psicóticos de corta duración, intentos suicidas con finalidad de realizar manipulaciones, al igual manifiestan estar muy implicados en las relaciones interpersonales. Con la distimia, guarda similitudes, dada la disforia crónica que se presenta. Con el estrés

postraumático, suele presentarse en comorbilidad, por eso hay que diagnosticarse bien (Krummer, 2005).

En lo que se refiere a la prevalencia de este trastorno, ésta gira alrededor del 3% de la población general, el 10% en los sujetos que han sido vistos en centros ambulatorios de salud mental, y alrededor del 20% en los pacientes psiquiátricos ingresados. El curso del TLP es variado, al principio de la edad adulta aparece una inestabilidad crónica, acompañada de episodios de descontrol, impulsividad. A medida que el sujeto va avanzando en la edad adulta, se produce un deterioro mayor, aunque va desapareciendo de manera gradual con la edad y se va alcanzando un nivel de estabilidad mayor en lo referido a las relaciones y la actividad profesional. Por lo regular este trastorno es característico en mujeres solteras, jóvenes y de nivel socioeconómico bajo (Krummer, 2005).

Dada las características de este trastorno, el abordaje más integral y adecuado para realizarse, es desde el enfoque cognitivo - conductual, dentro de los cuales se encuentran los tratamientos cognitivos analíticos, que hacen referencia a las herramientas que se utilizan para hacer que el paciente pueda incrementar su habilidad de sentirse en confianza y apoyados por la relación real y de respeto que provee el terapeuta. Así mismo, se encuentran los tratamientos cognitivos, entre los cuales se destacan el enfoque dialéctico conductual de Marcha Linehan (1993), caracterizada por una filosofía dialéctica que orienta el tratamiento, es decir, que “el terapeuta desarrolla y fortalece actitudes de aceptación de la realidad del paciente, así como también su motivación y habilidad para cambiar lo que puede ser cambiado” (Krummer, 2005, p. 17). El enfoque centrado en esquemas de Jeffrey Young (1990), en el cual se pretende modificar los esquemas de la persona, de forma que pueda hacerlos más flexibles y que aprenda a confiar en las personas. Por supuesto, iniciaría con el terapeuta y luego seguiría con el resto de personas. De igual forma, se encuentra el enfoque cognitivo estándar de Pennsylvania (Beck, 1995).

Estos tratamientos han demostrado su eficacia frente a este trastorno, debido que sus estructuras permiten que se puedan abordar las diferentes áreas problemáticas de la vida de las personas que lo padecen, ya sea que se realice de manera individual, grupal, entre otros. Brinda además, muchas herramientas y estrategias que permita ir profundizando en cada una de las facetas que la personas que padece este trastorno tiene que pasar.

La eficacia del abordaje desde el tratamiento cognitivo conductual, se puede evidenciar en casos como los investigados por Díaz (2013), quién identificó notable mejoría en pacientes con TLP, quienes se adhirieron muy bien al tratamiento y avanzaron en sus síntomas y pudieron tener una mejor calidad de vida.

Así también, se encuentran los casos descritos por el Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad (2011), quienes manifiestan que las personas, en su mayoría mujeres, alrededor de 32 años edad, diagnosticados con TLP, fueron sometidos a tratamientos de terapia cognitiva conductual, resultando una significativa reducción de actos suicidas, así como mejoría en los resultados primarios y secundarios, una excelente adherencia al tratamiento, síntomas positivos para el manejo de estrés y ansiedad, así como la detección y tratamiento de creencias disfuncionales. Lo que quiere decir, que con una terapia cognitivo conductual, para este trastorno, se pueden lograr avances contundentes.

Todo esto demuestra que han sido grandes los avances que se han realizado alrededor del trastorno, sobre todo en lo que tiene que ver con el tratamiento, colocando en un primer plano las técnicas cognitivas conductuales, las cuales se caracterizan por ser tratamientos psicológicos estructurados que se centran en ayudar a la persona a establecer conexiones entre sus pensamientos, sentimientos, conducta, identificación, corrección de distorsión de pensamientos, procesos cognitivos desadaptativos y disfuncionales, pensamiento dicotómico, control de impulsos, que lleva a los pacientes a la autodestrucción. Es decir, que la efectividad de este tratamiento, consistirá en la construcción de un sentido de identidad definido y el desarrollo de estilos de afrontamiento eficaz ante las situaciones estresantes. Investigaciones como las de

Escribano (2006), determinan que las modalidades psicoterapéuticas derivadas de la orientación cognitivo-conductual son las que gozan de mayor soporte empírico para el tratamiento de la TLP.

Para seguir indagando sobre el trastorno y fundamentando científicamente el uso de la terapia cognitiva conductual, como tratamiento efectivo para el mismo, es necesario hacer uso de una herramienta fundamental para la Psicología Clínica como es el estudio de caso. Debido que a través de éste, se podrá medir y registrar los comportamientos de las personas involucradas en dicho fenómeno, diferente a lo que sucede en la utilización de métodos cuantitativos, que hacen uso de información que se obtiene de cuestionarios, respondidos de manera verbal, que podría ir en contraposición de los comportamientos reales (Yin, 1989, citado en Gómez, Pinilla & Zapata, 2010).

Además, por el hecho de ser este un caso clínico, se convierte en una investigación viable, debido que puede brindar una contrastación teórico práctica del TLP, es decir, que no estarán basados en supuestos o en hipótesis, sino que podrán comprobarse en la realidad, lo que al mismo tiempo permitirá seguir caracterizando el trastorno de manera adecuada, establecer mayores diferenciadores en el marco de otros trastornos de personalidad, tener en cuenta la singularidad de un caso clínico, que permite conocer factores individuales, predisposiciones familiares, factores de riesgo tanto interno como externos, entre otros, lo que lleva a profundizar más la teoría, y permitirá que se pueda tener un panorama más amplio y de ahí, desarrollar un proceso terapéutico personalizado, que apunte a cada una de las variables presentes en el paciente, con el objetivo de ser más efectivo.

De ahí radica la pertinencia de este estudio, el cual permitirá la transmisión de experiencias y con ello, enriquecimiento de los saberes, a través de las prácticas realizadas por otros, que pueden dar una guía a lo que se hará con los casos que maneje cada profesional, aunque no en todos los pacientes funciona de la misma forma, por lo menos, se sabrá el horizonte que debe seguirse, con ello se complementan las teorías

psicológicas y premisas con respecto al trastorno, generando un proceso de análisis, discusión de resultados, nuevas conclusiones, que sin duda enriquecerá la práctica de la Psicología Clínica. Además, está al alcance del terapeuta quien realiza el proceso, y quien va describiendo y descubriendo los procesos a seguir.

Así mismo, este estudio se convierte en un referente a otros investigadores y profesionales del campo de la Psicología Clínica, quienes pretenden ahondar más en la temática, poner en práctica intervenciones, ampliándolas, mejorándolas, innovándolas. Por supuesto beneficiará a los pacientes de este trastorno, quienes contarán con una gama más amplia de estrategias para su intervención.

De igual forma, este estudio, generará un impacto social, al brindar herramientas a la comunidad educativa, científica y comunidad en general, a través del saber que se generará a partir de la profundización de la temática, la comprobación de la eficacia del tratamiento cognitivo conductual, que redundará en una eficaz intervención y por ende, en el mejoramiento de la calidad de vida del paciente.

Finalmente, entendiendo la complejidad de los trastornos de personalidad y la necesidad de dar respuesta a las características individuales de la paciente, el desarrollo de este análisis beneficia directamente a M.C, ya que le permite a esta una comprensión de las asociaciones existentes entre sus experiencias de la infancia, antecedentes personales y familiares, distorsiones cognitivas y respuestas conductuales disfuncionales, que actúan como factores de mantenimiento de los síntomas clínicos, además de la carga afectiva y emocional que en conjunto representan, para lo cual el proceso de evaluación es un elemento fundamental, ya que a través de estos resultados, se dará paso al diseño de un plan de intervención que permitirá el mejoramiento de la calidad de vida de la paciente.

2. ÁREA PROBLÉMICA

El Trastorno Límite de la Personalidad, es una patología con características particulares, cambios de humor brusco, impulsividad, conducta autodestructiva, algunas veces falsas evidencias de recuperación, lo cual genera grandes dificultades y deterioro general en la persona que lo padece. De ahí que sea considerado como uno de los diagnósticos psiquiátricos más controvertidos (Calvo, 2012, p. 58, citado en Mena, 2013).

El camino que se ha logrado recorrer en el estudio del TLP es muy largo, y que continua actualmente, dada la complejidad del trastorno, cada vez se van descubriendo más formas de presentarse, más alta prevalencia, factores de riesgos muy altos, así como también dificultades para establecer un diagnóstico diferencial, sobre todo si se presenta en adolescentes, dado que por las crisis propias de esa etapa, hace que el trastorno se torne más complejo.

De ahí que Cavallo y Camacho (2000) en su artículo: “Trastorno límite de la personalidad: controversias actuales”, mencionan la gran dificultad que se encuentra a la hora de diagnosticar adolescentes con trastorno límite de la personalidad, puesto que en esta etapa, ellos se encuentra con múltiples situaciones de adaptación, búsqueda de identidad, entre otros, propios de su edad, que se confunden con criterios del TLP. Esta misma premisa se destaca en investigaciones como las realizada por Garnet et al. (1994), en la que se describe un estudio realizado a varios adolescentes diagnosticados con

trastorno límite de la personalidad. Al pasar del tiempo, sólo unos cuantos se mantuvieron con el diagnóstico, las características principales que mantuvieron fueron: sentimientos de vacío y soledad, apatía, ira, afecto inestable, dificultades de identidad y conductas suicidas; impulsividad, relaciones inestables e intensas. Los demás, presentaban características de las crisis de una adolescencia (Cabrera, 2015).

La prevalencia del TLP, está entre un 30 y el 60% de los pacientes con trastorno de la personalidad, es decir, en términos generales, se estima que su prevalencia oscila entre el 1 y el 2% de la población general, entre el 11 y el 20% en pacientes ambulatorios, entre el 18 y el 32% en pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas y entre el 25 y el 50% en la población reclusa. Respecto a la distribución por sexos, es más frecuente en mujeres que en hombres con una relación estimada de 3:1. Cuando se realiza el diagnóstico, la mayoría de los pacientes tienen una edad comprendida entre los 19 y los 34 años y pertenecen a grupos de nivel socioeconómico medio. En personas jóvenes, según estudios realizados, afecta entre el 0,9-3% de la población comunitaria menor de 18 años. En rangos más bajos de presencia de síntomas, el porcentaje aumenta hasta entre el 10,8-14%. En pacientes adolescentes ambulatorios, se sugiere una tasa de prevalencia del 22% y un 49% en adolescentes hospitalizados. Cifras que deben ser corroboradas con otros estudios, que complementen los ya realizados.

En lo que tiene que ver con el pronóstico del trastorno, resulta diferir en todos los casos. Se ha descrito una tendencia a la mejoría al pasar del tiempo, lográndose cierta estabilidad en las relaciones personales y en el funcionamiento laboral. Zanarini et al, realizaron una investigación que incluyó el seguimiento a 362 pacientes con trastornos de personalidad, durante 6 años para analizar la sintomatología relacionada con el TLP. De esta cantidad de pacientes evaluados, sólo 290 cumplieron criterios diagnósticos del trastorno y de ese rango el 34,5% cumplían criterios de remisión a los 2 años, 49,4% a los 4 años, 68,6% a los 6 años y el 73,5% a lo largo de todo el seguimiento. Sólo el 5,9% de estos pacientes mostraron recaídas y los síntomas impulsivos tuvieron la evolución más favorable, en especial las autolesiones, el abuso de tóxicos y la promiscuidad

sexual, síntomas cognitivos y las relaciones interpersonales, gracias principalmente, a las terapias de corte cognitivo conductual, las cuales han evidenciado su pertinencia para este tipo de trastornos, destacándose la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), la cual es una forma de tratamiento psicológico basada en sesiones individuales y grupales para el entrenamiento de diversas habilidades, dirigida a modificar “esquemas desadaptativos tempranos”, creencias irracionales, entre otras. Estas terapias cuentan con gran soporte empírico sobre la forma significativa en que reduce las conductas que son riesgosas para la vida del paciente (Turkat & Carlson, 1984, citado en Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad, 2011).

El recorrido que se ha hecho en el estudio del TLC, desde su origen hasta la actualidad, demuestran que no ha sido nada sencillo establecer todas las generalidades del mismo, criterios diagnósticos, diagnóstico diferencial, tratamiento, entre otros. Es decir, que falta ahondar aún más, no escatimar esfuerzos para conocer y enriquecer los saberes con respecto al mismo. Sobre todo en Colombia, donde faltan más investigaciones que nos ayuden a tener este panorama con mayor claridad, y que más que sea a través de un estudio de caso, que permita analizar no sólo el trastorno como tal, los factores que intervinieron en el mismo, características singulares y particulares que llevan a diagnosticarlo como TLP, así como también el tratamiento dado a través de terapia cognitiva conductual y la pertinencia del mismo, el cual hará que la misma teoría y práctica se enriquezca, avance, se recree, teniendo en cuenta las características individuales de cada paciente.

En razón a los planteamientos expuestos representa una importante necesidad adelantar una investigación como la que aquí se muestra, dirigida a responder a la siguiente gran pregunta problema: ¿Cómo realizar un análisis de las condiciones clínicas de una paciente con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad para determinar la pertinencia del diseño de un plan de intervención cognitivo- conductual para favorecer la remisión sintomática?

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Analizar las condiciones clínicas de una paciente con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad para determinar la pertinencia del diseño de un plan de intervención cognitivo- conductual para favorecer la remisión sintomática.

3.2. Objetivos Específicos

Identificar los antecedentes (familiares, biopsicosociales y conductuales) que predisponen el desarrollo de las condiciones clínicas para hipotetizar un diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad.

Comprender desde el modelo de la Terapia Cognitivo Conductual como se conceptualizan las condiciones clínicas que desencadenan un diagnóstico de TLP.

Argumentar con diagnóstico diferencial las características diferenciales de otros trastornos de personalidad que se asemejen al TLP.

Diseñar un plan pertinente de intervención cognitivo conductual, sobre las características individuales de la manifestación clínica

Evaluar los avances del proceso tratamiento – paciente del caso clínico de TLP a partir de la intervención cognitivo conductual recibida.

4. HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

4.1. Identificación del paciente

Nombre y apellido: M.C.. Edad: 18 años. Sexo: Femenino. Religión: No reporta.

Nivel educativo: Bachiller.

4.2. Motivo de consulta

Paciente “Siento que necesito ayuda, me siento perdida, no le encuentro sentido a la vida, hago cosas que no debo hacer y sé que me hacen daño pero no puedo evitarlo, consumo tramadol con mucha frecuencia, no sé cómo manejar mi vida, y he pensado en que es mejor que me mate y acabe con tanta incertidumbre, también me corto para sentir dolor, y nada me llena los vacíos que tengo”.

4.3. Descripción Sintomática

4.3.1. Quejas del paciente.

Aspectos cognitivos: “Me cuesta mucho confiar en las personas, por eso prefiero estar sola que acompañada, además me critican mucho”.

“Yo soy una persona muy en mi mundo, no me gusta verme en el espejo, me odio, odio ser gorda, odio mi cuerpo”.

“A veces pienso que la vida no tiene sentido, no me importa nada y otras veces pienso que sí importa pero por los demás no por mí”.

“No me hallo en el mundo, juro que no quisiera sentir nada, siento un vacío espantoso”.

“Nada me motiva, no sé porque Dios no me deja morir, yo no quiero vivir así, no puedo más”.

Aspectos afectivos: Miedo, tristeza, anhedonia.

Aspectos fisiológicos: mareo, alteración en el sueño (hipersomnía)

Aspectos conductuales: Conductas auto lesivas (se corta las muñecas), se encierra en su cuarto a escuchar música, consume tramadol, supresión de alimentos, llanto.

Aspectos relacionales: Las relaciones con su madre son distantes, el vínculo cercano con su padre se quebrantó desde el momento en que se separó de su madre, con su hermana tiene buenas relaciones, y es de pocos amigos.

Aspectos contextuales: Las conductas se presentan en todos los contextos de interacción. (Casa, Colombo, Lugares públicos).

4.3.2. Identificación de Problemas Actuales. P1. Alteración en el estado de ánimo de tipo depresivo. La paciente manifiesta que su estado de ánimo desde la infancia ha sido depresivo, se caracteriza por la tristeza constante que experimenta la mayor parte del día, motivo por el cual argumenta consume tramadol, por iniciativa propia, ya que expresa que no le encuentra sentido a la vida, y prefiere estar drogada, afirma que se siente sin ganas de vivir, permanece la mayor parte del día dormida ya que en las noches se encuentra bajo los efectos de la droga, se aísla, comparte poco con su familia, con quien además tiene dificultades debido a que no aceptan su condición sexual, evita contactos sociales. Además, expresa estar inconforme con su apariencia física, argumentando que por esta razón no come, se irita con facilidad, lo cual refleja a través de un comportamiento auto-lesivo, cortándose las muñecas con una cuchilla. Otra forma de hacerse daño a sí misma es con la supresión de alimentos, argumentando falta de apetito. Expresa “ya me aburrí de enfrentar las cosas y que sigan igual”. Afirma que tuvo su primer episodio depresivo a la edad de 15 años donde tuvo un intento de suicidio.

P2. Dependencia a sustancia opiode. La madre de la paciente consumía Tramadol cuando se sentía cargada por problemas o con algún dolor, es a través de esta misma que la paciente inicia el consumo, hace 3 años, llegándose a tomar en un día hasta un frasco de gotas, manifiesta que su cuerpo se lo pide y que aunque sabe que no debe hacerlo no puede evitarlo, ha estado hospitalizada por abuso de esta sustancia.

P3. Dificultades en las relaciones interpersonales e intrafamiliares. La paciente manifiesta que se le dificulta establecer relaciones sociales, argumentando que no le importa y que los demás solo la critican, por lo cual prefiere evitar contactos sociales, mientras que con su familia vive en constantes discusiones, hay un distanciamiento de la figura materna, poca tolerancia por parte de la abuela frente a su relación de pareja con el mismo sexo, al igual que su hermana, a esto se le suma que su reacción es actuar de manera impulsiva.

4.3.3. Análisis Funcional

Tabla 1. P.1. Alternación en el estado de ánimo.

SITUACION	RESPUESTA	CONSECUENCIA
Estoy en mi cuarto y simplemente siento que mi vida es un desastre.	<p>Conductual: Busqué una cuchilla para cortarme, con la intención de concentrar el dolor, pero finalmente pensé que ya tenía cicatrices, así que mejor me tomé las gotas.</p> <p>Cognitiva: “Debería estar muerta, estoy aburrida de enfrentar las cosas y que sigan igual, si muero ya no sentiría nada” “Hago lo que mi cuerpo me pide”.</p> <p>Fisiológica: Alucinaciones, adormecimiento del cuerpo.</p> <p>Afectiva: Tristeza, desesperanza.</p>	<p>Cognitiva: Solo pienso en lo doloroso que es y ha sido todo, ganas de dejar todo tirado. R+</p> <p>Conductual: Permanezco encerrada en mi cuarto escuchando música y llorando por miedo. R +</p> <p>(Escape)</p>

Fuente. Historia Clínica del paciente.

Tabla 2. Dependencia a sustancia opiode.

SITUACION	RESPUESTA	CONSECUENCIA
El maldito infierno de las gotas. (mi cuerpo me las pide)	Cognitiva: En mi vida siempre todo es un maldito problema, cuando parece haber una luz para mí todo se convierte en un infierno, soy un fracaso, la peor hija, amiga pareja.	<p>Discutí con mi abuela y me echó en cara que soy una lesbiana loca.</p> <p>R-</p>

	<p>Fisiológica: Taquicardia.</p> <p>Emoción: Frustración, tristeza.</p> <p>Conducta: Le pegué a la cama, a todo lo que encontraba, lloré.</p>	
--	---	--

Fuente. Historia Clínica del paciente

Tabla 3. P3. Dificultades en las relaciones interpersonales e intrafamiliares.

SITUACION	RESPUESTA	CONSECUENCIA
<p>Mi mamá empieza con la cantaleta de que soy una pecadora.</p>	<p>Cognitiva: mi cabeza solo me dice que soy mala y que por eso la vida me ha traído sufrimiento, que si me muero no sentiré nada de esto y que ya no lastimaré a nadie con mis enfermedades.</p> <p>Emoción: rabia</p> <p>Conducta: Tirar todo lo de mi cuarto, le pegue a la puerta.</p>	<p>Me tome las gotas de tramadol y eso es lo único que me calma.</p> <p>R-</p>

Fuente. Historia Clínica del paciente

4.4. Historia Personal

La paciente es alta, delgada, cabello negro y ojos café, se define a sí misma como una persona insegura, con temor de ser lastimada, con altibajos en su estado de ánimo, expresa que en su infancia vivió experiencias traumáticas, que aunque ha intentado olvidar, vuelven a su cabeza con mayor frecuencia en los últimos días, haciendo referencia al abuso por parte de un primo cuando se iba de vacaciones a visitar a su tía en el pueblo, desde la edad de los tres años, hasta los doce. Acaba de ingresar al Colombo para continuar sus estudios.

4.5. Historia Familiar

La paciente actualmente vive con su madre, abuela y hermana mayor, con quienes no tiene buenas relaciones, manifiesta que en forma inicial había contado con su hermana en cuanto a la relación de pareja que sostuvo con una mujer, sin embargo luego de que estas terminaran y entrara en una crisis, la hermana le retiró el apoyo, contándole a su madre y abuela, quienes desaprueban este tipo de relaciones y le recriminan constantemente la misma. En cuanto a su padre manifiesta que le hace mucha falta, ya que tenían muy buenas relaciones.

Dice que la situación en su casa es insoportable, su madre trabaja todo el día, así que permanece con la abuela, a quien cataloga de cantaletoza. Expresa además que las fricciones son cada vez más frecuentes con su madre ya que esta se muestra poco tolerante frente a las situaciones que se dan en casa, con poco control de impulsos y manejo inadecuado de sus emociones.

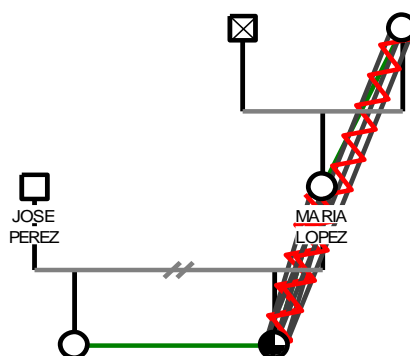
4.6. Historia Escolar y socioafectiva

La paciente terminó satisfactoriamente su bachillerato, con excelentes calificaciones, comenta que tenía buenas relaciones con sus docentes, aunque pocos amigos. Actualmente se encuentra continuando sus estudios en el Colombo, donde se frustra con facilidad frente a las dificultades.

De igual forma, la paciente manifiesta que le es difícil confiar en las personas, tuvo su primer novio a la edad de 14 años, quien le terminó porque esta no accedió a tener relaciones sexuales con este, argumentando además que no se sentía cómoda cuando tenía momentos de intimidad, luego descubre que este le era infiel, lo cual le afectó mucho, pasó de ser recochera y habladora a ser introvertida e insegura, a la edad de 16 años conoció a una mujer de la cual se enamoró, expresando facilidad para el contacto sexual, al punto de sorprenderse de sí misma, sin embargo esta era muy celosa y controladora, permaneció durante un año en esta relación. Actualmente tiene una pareja del mismo sexo con quien lleva 3 meses.

4.7. Genograma

La paciente actualmente vive con su madre, abuela y hermana mayor.



4.8. Proceso de evaluación

El proceso de evaluación, teniendo en cuenta que la queja más significativa que presenta la paciente es la alteración del estado de ánimo, se llevó a cabo de la siguiente forma: se realizó una entrevista clínica, un Inventario de Depresión de Beck, EMT y un Check List DSM IV, de lo que resultó lo siguiente:

Tabla 4. Proceso de evaluación. Inventario de Beck

AUTONOMÍA.	PC	Estado.
Dependencia/Sometimiento	21	Activo
Falta de individualidad	75	Activo
Vulnerabilidad al daño	34	Activo
Miedo a perder el control	39	Activo
CONEXIÓN		
Carencias emocionales	20	Activo
Abandono/Perdida	25	Activo
Falta de confianza	25	Activo
Aislamiento social/Alineación	24	Activo
VALOR DE SI MISMO.		
Defectos/Incapacidad de ser	22	Promedio

amado		
Aceptación social	23	Activo
Impotencia/Fracaso	32	Activo
Culpa/Castigo	40	Activo
Vergüenza/Turbación	11	Activo
Estándares Inflexibles	52	Activo
Limites insuficientes	34	Activo

El Inventario de depresión de Beck: Puntúo 47, lo cual representa Depresión Extrema, por lo que se considera la alteración del estado de ánimo de tipo depresivo, el síntoma más significativo de la paciente, lo cual será objeto de atención prioritaria en el diseño del plan de intervención.

Por su parte, la Escala de Sad Persons: Puntúo 4, lo cual es indicativo de seguimiento ambulatorio intensivo, considerando el ingreso. Así también, la Escala de desesperanza 17 Riesgo alto, lo que indica que existe una probabilidad que pone en riesgo la integridad física y emocional de la paciente, lo cual se asocia con las conductas autolesivas presentes en esta. Y por último, el Check List DSM IV. Criterios para el diagnóstico de F60.3 Trastorno límite de la personalidad (301.83):

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5. (No se cumple).
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación. (Se cumple).
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable. (Se cumple).

4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5. (Se cumple).
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación. (Se cumple).
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días). (No se cumple).
7. Sentimientos crónicos de vacío. (Se cumple).
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes). (No se cumple).
9. ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves. (No se cumple).

4.9. Conceptualización diagnóstica

4.9.1. Factores de Desarrollo

4.9.1.1. Factores de predisposición. Psicológica: vulnerabilidad cognitiva a la depresión.

Familiar: separación de sus padres a la edad de 15 años.

Biológica: Tendencias hereditarias a la impulsividad.

4.9.1.2. Factores adquisitivos. Condicionamiento clásico: a través de las asociaciones realizadas de sus experiencias traumáticas (abuso).

Condicionamiento operante: a través de la usencia de reforzadores positivos por parte de sus figuras protectoras, refuerzo positivo de conductas inadecuadas por parte de su familia.

Modelado de la conducta de dependencia de fármacos de la madre.

4.9.1.3. Factores desencadenantes. Distales: abuso por parte de un primo en la infancia, separación de sus padres, ruptura con su primer novio debido a infidelidad por parte de este, burlas en su infancia por el sobre peso.

Proximales: rechazo por parte de su núcleo familiar de su orientación sexual.

4.9.1.4. Factores de mantenimiento. El consumo de la madre de tramadol para los dolores y el consumo de esta misma.

Las distorsiones cognitivas que presenta la paciente actúa como factor que refuerza y mantiene su problema.

De acuerdo a lo estudiado en la paciente, presenta un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación, alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable, impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo, comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación y sentimientos crónicos de vacío. Por lo que se diagnostica con TLP, es decir, que esta paciente cumple varios los criterios

para este trastorno. Sin embargo, pese a que el panorama ante un determinado trastorno, parezca claro, se hace necesario establecer un buen diagnóstico diferencial. En el caso de los pacientes con Trastorno Límite de la personalidad, es frecuente que se manifiesten gran variedad de trastornos asociados, los cuales pueden corresponder ya sea al Eje I o al Eje II. En la mayoría de veces, es muy raro, que estos pacientes acudan al servicio de urgencias o a la clínica por un determinado trastorno de personalidad; en cambio, si es frecuente que lo hagan por un episodio depresivo, psicótico o tensiones interpersonales.

Es importante hacer una distinción entre el trastorno límite y la depresión, debido que comúnmente, es la causa por el cual los pacientes límites buscan ayuda. Aquí cabe resaltar, que las verbalizaciones que haga el sujeto, se constituye en una clave para el análisis y la diferenciación. De ahí, que haya que analizar el tipo de comentarios a los que se refieren. Una característica diferencial entre la depresión y el TLP, suele ser que la primera se fundamenta en la culpa y la pérdida, en cambio, en el TLP, la depresión se fundamenta en problemas de identidad y en conflictos de dependencia-independencia (Turner, 1996, citado en Caballo & Camacho, 2000). Otra de las características es el predominio de las creencias negativas y pensamientos dicotómicos.

Aunque ésta es compartida con el TLP, en la segunda estas actitudes se dirigen hacia estímulos de tipo emocional ambiguos, controvertidos o afectivamente neutrales, lo que los lleva a tener comportamientos relacionados con ideas paranoides, enfrentamientos continuos con otras personas, ira u hostilidad recurrentes y una visión del mundo vacía y sin significado.

Por otro lado, en el caso expuesto en este estudio, la evaluación multiaxial, arrojó que en el EJE I, los criterios corresponden a un Trastorno de depresión distímico F34.1 – Dependencia a sustancia opioide. Y en el EJE IIE, la queja principal caracterizada por pautas inflexibles y no adaptativos que limitan a la paciente en cuanto a su funcionamiento social, personal y familiar, el carecer de estrategias de afrontamiento que le permitan dar manejo a situaciones de la vida cotidiana, lo cual le generan

inestabilidad emocional o del estado de ánimo, que se constituye en el síntoma más marcado en la paciente, lo cual desencadena en estas conductas autolesivas y que son reforzadas por sus distorsiones cognitivas. Todos estos criterios, hacen parte del Trastorno Límite de la personalidad. De ahí, que se hipotetiza este trastorno, porque prevalecen más las características diagnósticas del mismo, antes que la depresión.

En respuesta a los objetivos específicos se describe la historia del problema, para así identificar los antecedentes biopsicosociales, conductuales y familiares que predisponen a hipotetizar un diagnóstico de TLP. La paciente desde la edad de 3 años fue abusada por un primo durante la época de vacaciones, en el pueblo donde iba a visitar a su tía, hasta la edad de 12 años, en donde empezó hacer pataletas para que no la llevaran más, sin embargo nunca tocó el tema con nadie por temor, señala que esta situación la ha hecho experimentar una sensación de vacío, y de tristeza en donde manifiesta que no se sintió protegida por sus padres, y señala que no entiende como no se dieron cuenta de lo que le sucedía, existen pensamientos de desesperanza asociados a este evento traumático tales como “nunca seré feliz”.

A la edad de 15 años, sus padres se separaron, lo cual fue muy difícil de manejar, ya que sostiene que su padre lo era todo para ella, sin embargo a raíz de la separación dejó de hablarle, lo cual le generaba un sentimiento de tristeza la mayor parte del tiempo, en este mismo año termina su relación sentimental con su primer novio, frente a lo cual señala que sucedió por no acceder a tener relaciones sexuales con este, la suma de estos eventos desencadena en la paciente el primer intento de suicidio, tomándose un frasco de pastillas.

Referente al consumo de tramadol, comenta que su madre lo toma para calmar dolores fuertes, ya que tiene problemas en la columna, y la primera vez que lo tomó, fue porque tenía un fuerte dolor en el estómago y su madre se lo dio, desde ese momento

empezó a consumirlo, ya que le generaba tranquilidad y le permitía olvidar todos los problemas al no pensar en nada y no sentir nada, cuando se encuentra bajo los efectos de la sustancia, esto ha generado una dependencia farmacológica.

Las dificultades intrafamiliares se han dado desde siempre según lo manifiesta la paciente, ya que dice que su mamá no la entiende y la recrimina sin saber por todo lo que ha pasado sola, teniendo en cuenta que MC piensa que su madre la dejó sola en la situación de abuso, pues no se explica cómo no se dio cuenta de lo que le sucedía, expresa además que su mamá es una persona impulsiva, sin interés hacia las actividades o intereses de la paciente, mientras que su abuela y su hermana la juzgan constantemente por su relación de pareja del mismo sexo.

En términos de la relaciones interpersonales la paciente asume su inestabilidad emocional y dice, que prefiere establecer relaciones sociales profundas con fines de que el otro no salga lastimado, entendiendo que la paciente afirma que no se soporta ni a ella misma.

En la conceptualización cognitiva a esta paciente, se puede determinar como dato relevante de la infancia el abuso de los 3 a los 12 años, el esquema nuclear representado por el abandono y la inestabilidad, la regla corresponde a que debe ser castigada porque es mala, la suposición, es que como no puede controlar el dolor, entonces debe cortarse para concentrar ese dolor en su cuerpo. Además, la paciente manifiesta, que si no es como los demás esperan, se constituye en una mala persona, por lo que debe autocastigarse. Su creencia principal es la sobregeneralización, pues manifiesta que en su vida siempre todo es un “maldito problema” y que es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades en la vida. Su filtraje es considerar que su vida entera es un desastre, su visión de la vida es catastrófica, es decir, que nunca será feliz, que su vida no tiene sentido y que como es mala debe ser castigada. Como estrategias

compensatorias, la paciente utiliza la evitación y el consumo de sustancias, lo cual se representa en las siguientes situaciones en las que se ha visto involucrada.

Tabla 5. Estrategias compensatorias de la paciente

SITUACION 1	SITUACION 2	SITUACION 3
<p>Estoy en mi cuarto y simplemente siento que mi vida es un desastre.</p> <p>SIGNIFICADO La vida no tiene sentido.</p> <p>RESPUESTA Cognitiva: mi cabeza solo me dice que soy mala y que por eso la vida me ha traído sufrimiento, que si me muero no sentiré nada de esto y que ya no lastimaré a nadie con mis enfermedades. Emoción: rabia.</p>	<p>El maldito infierno de las gotas. (Mi cuerpo me las pide).</p> <p>SIGNIFICADO Dependo de las gotas para sentirme mejor.</p> <p>RESPUESTA Cognitiva: En mi vida siempre todo es un maldito problema, cuando parece haber una luz para mí todo se convierte en un infierno, soy un fracaso, la peor hija, amiga pareja. Fisiológica: Taquicardia. Emoción: Frustración, tristeza.</p> <p>Conducta: Le pegué a la cama,</p>	<p>Mi mamá empieza con la cantaleta de que soy una pecadora.</p> <p>SIGNIFICADO No valgo nada para mi mamá.</p> <p>RESPUESTA Cognitiva: En mi vida siempre todo es un maldito problema, cuando parece haber una luz para mí todo se convierte en un infierno, soy un fracaso, la peor hija, amiga pareja. Fisiológica: Taquicardia. Emoción: Frustración,</p>

<p>Conducta: Tirar todo lo de mi cuarto, le pegue a la puerta.</p> <p style="text-align: center;">CONSECUENCIA</p> <p>Cognitiva: Solo pienso en lo doloroso que es y ha sido todo, ganas de dejar todo tirado. R+</p> <p>Conductual: Permanezco encerrada en mi cuarto escuchando música y llorando por miedo. R + R+</p>	<p>a todo lo que encontraba, lloré.</p> <p style="text-align: center;">CONSECUENCIA</p> <p>Discutí con mi abuela y me echó en cara que soy una lesbiana loca.</p> <p>R+</p>	<p>tristeza.</p> <p>Conducta: Le pegué a la cama, a todo lo que encontraba, lloré.</p> <p style="text-align: center;">CONSECUENCIA</p> <p>Me tome las gotas de tramadol y eso es lo único que me calma.</p> <p>R-</p>
--	--	--

Fuente. Historia Clínica de la paciente

5. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS SESIONES

5.1. Sesión 3.

En esta intervención se realiza un proceso de retroalimentación que permita evaluar la comprensión de la paciente sobre el modelo cognitivo conductual propuesto para la terapia, además de la explicación que existe desde este para las áreas problemáticas encontradas en el proceso de evaluación, se utiliza la técnica debate socrático.

T: Hemos venido trabajando sobre la premisa de que el afecto y el comportamiento están determinados en su mayoría por la forma en que estructuramos el mundo a través de nuestros pensamientos, cierto?

P: Así es, lo que entiendo de esto es que como hemos hablado, existe una relación entre lo que pienso, siento y hago.

T: Exacto, por eso es muy importante tu participación activa en el proceso, ya que a través de las tareas que hagamos podremos identificar cuáles son los pensamientos que contribuyen a que mantengas estados de ánimo depresivos. Revisemos la situación que trajiste para esta sesión.

P: Bueno la situación es que esta semana tuve mucho estrés en el Colombo, y pasé el examen de milagro, por más que me esfuerce todas mis notas son mediocres, pensé “no me hallo en este mundo, quisiera no sentir nada, siento un vacío espantoso, me quiero morir, no le encuentro sentido a la vida”

T: Listo, entonces tenemos identificados los pensamientos, que sentías en ese momento?

P: Mucha tristeza y una frustración tenaz.

T: Entiendo, luego que hiciste?

P: Lo único que me puede hacer olvidar lo miserable que es mi vida, me tomé unas gotas de tramadol.

T: Y esto solucionó el problema?

P: No el problema soy yo, pero el tramadol me ayuda a no sentir.

T: M.C, revisemos lo que me has dicho, que observas en tus pensamientos?

P: Son negativos.

T: Y si miramos la situación, es bueno que sepas que todos tenemos momentos estresantes y hay situaciones que no podemos cambiar, pero recordemos que si podemos modificar, te acuerdas?

P: Creo que sí, me dijiste que si asumo una visión positiva frente a las cosas malas que me pasan, eso quizás no cambiará la situación pero si me ayudará a sentirme mejor, pero es muy difícil la verdad me cuesta mucho mirar lo positivo, cuando siento que todo está mal conmigo.

T: Entiendo que sea difícil, no tiene que ser fácil y no lo es en realidad, pero intenta otra forma de ver esa situación.

P: No puedo, esto me frustra me cansa, no creo que pueda.

T: Te ayudo, cuéntame algo, como te fue en el examen?

P: Saqué 3.8 pero estudié tanto, me esforcé para nada.

T: Hubo alguien que perdiera el examen?

P: Si muchos se rajaron

T: Y porque crees que se rajaron?

P: Supongo que no estudiaron o no saben, no lo sé.

T: Entonces, si tu estudiaste y lo pasaste, piensas que valió la pena estudiar si o no?

P: Al menos no lo perdí

T: Si claro no lo perdiste, pero quisiera saber si valió la pena o no que hayas estudiado?

P: Si valió la pena, pudo ser peor.

T: Perfecto, entonces no es tan malo como lo vistes, y si eres capaz de ver lo positivo de la situación. Estás de acuerdo con esa afirmación?

P: Pues si doc, finalmente si valió la pena.

T: Que crees que hubiera pasado, si en el momento que te sentías triste, vacía, hubieras pensado de esta forma?

P: Seguramente no me hubiera dado tan duro.

T: Este es un proceso en el que de ahora en adelante le vas a prestar mucha atención a la información que le envías a tus emociones y conducta, por medio de lo que piensas, es muy importante que indagues las alternativas interpretativas de los pensamientos que tienes y explores las consecuencias de estos, es un trabajo que haremos juntas, pero es necesario que no te centres en el no puedo, sino que puedas ver que siempre habrá una opción, y que de esto depende tu estado de ánimo.

5.2. Sesión 8.

El desarrollo de esta sesión se centrará en la puesta en práctica de la técnica resolución de problemas, en la cual se pretende facilitar estrategias que permitan a la paciente una conducta más eficaz frente a las situaciones que le generan inestabilidad emocional.

T: De acuerdo al listado de problemas que realizamos en la sesión anterior, al que le diste mayor importancia es a las dificultades que tienes con tu familia, en especial con tu mamá, es así?

P: En realidad todos me preocupan, pero pienso que si me la llevara mejor con mi mamá sería más fácil todo.

T: Entiendo, y que piensas que afecta más las relación entre ustedes?

P: Ella piensa que yo hago lo que me da la gana, y le molesta que me quede por fuera de la casa todos los fines de semana con mi novia.

T: Y qué consecuencias te ha generado este comportamiento?

P: Siempre que llego a casa comienza la cantaleta, mi mamá y hasta mi abuela me la montan toda la semana, me dicen cosas horribles que me hacen sentir que no valgo nada.

T: Claro, me imagino, entonces el problema es las discusiones familiares luego de quedarte por fuera de casa el fin de semana con tu novia, lo cual molesta mucho a tu familia, en particular a tu mamá y hace que la semana se torne difícil, y esto a su vez hace que te sientas mal.

P: Así es.

T: Bueno M.C, es muy importante que te centres ahora, en la búsqueda de una solución a este problema, para lo cual vamos a necesitar que pienses en todas las alternativas posibles, sin importar lo que se te ocurra, vas a escribirlas en tu cuaderno de trabajo para lo cual te voy a dar el tiempo que necesites, cuando estés lista me avisas y si tienes alguna pregunta también.

P: Ok, la única solución a este problema es que no me quede por fuera de la casa y eso lo veo imposible porque es el tiempo que le dedico a mi novia.

T: Que otra alternativa crees que puedes dar a este problema?

P: No lo sé, realmente la única solución es que deje de hacerlo y creo que esto me traería problemas con mi novia.

T: Evaluemos las posibles consecuencias de ponerlo en práctica, que crees que pasaría en casa?

P: Seguramente mi mamá se molestaría menos, ella es feliz cuando yo amanezco en casa y me la monta menos.

T: Y cómo te haría sentir esto?

P: Siento que mejor, en realidad me afecta mucho discutir con mi mamá, pero donde queda mi relación

T: Crees que podrías hablar con ella al respecto y llegar a un acuerdo, quizás si se disminuyen las veces en que te quedas con ella y pruebas los cambios que trae en casa, puedas descubrir si mejora o no la relación con tu mamá.

P: Lo quiero intentar, pero realmente no lo sé.

T: Lo importante es que tengamos claro, que siempre vamos a poder encontrar una alternativa que nos permita mejorar el problema, y que estés dispuesta a intentarlo habla muy bien de ti y de los avances que has mostrado, así como lo hicimos en esta sesión, puedes hacer con el resto de problemas enumerados en el listado y de acuerdo a los resultados que obtengas, tomaras las decisiones que más te convengan.

5.3. Sesión 13

En esta sesión se continuará con la técnica de reestructuración cognitiva, lo cual permite que la paciente comprenda la importancia que tiene sus pensamientos, y como estos desencadenan emociones y comportamientos. El pensamiento no adaptativo a trabajar es “en mi vida siempre todo es un maldito problema”.

T: M.C, durante todo el proceso hemos venido conversando sobre las distorsiones cognitivas, y sobre cómo estas afectan nuestro funcionamiento, me llama mucho la atención que uno de los pensamientos negativos más recurrentes en ti es donde dices “ en mi vida siempre todo es un maldito problema”.

P: Así lo siento todos los días, no tengo si no problemas siempre

T: Recordemos el nombre de esa distorsión cognitiva, lo sabes?

P: Ya sé que no debo generalizar, pero como no hacerlo si realmente pasa, es una realidad.

T: Listo, entonces identificas claramente que es una sobregeneralización, y sabemos que el hecho de que algo malo nos ocurra en algún momento, no significa que el resto de las veces tiene que ser así.

P: Bueno, no siempre, pero en mi sucede todos los días, todo está mal en mí, mi vida es un completo desastre.

T: Precisamente es de lo que quiero que conversemos, M.C, los pensamientos no adaptativos tienden a extraer conclusiones generales, a partir de situaciones particulares, nos dan una interpretación extremista y en este caso de una forma muy negativa, que no te permite mirar el resto de cosas positivas que tienes en tu vida, es importante generar un pensamiento alternativo siempre que nos salve, ya que si vemos la vida de esta forma, como lo hemos llamado visión de túnel, estamos perdidos.

P: Es difícil recordarlo, cuando me siento tan vacía, ya nada tiene sentido.

T: Que tan segura estás de que nada tiene sentido?

P: Muy segura, estoy cansada de luchar contra esto

T: Pero crees que tienes motivos para luchar?

P: Creo que si no tuviera motivos, ya no estaría viva, sé que quiero salir adelante y por eso estoy aquí, pero necesito fuerzas.

T: Y esas fuerzas que tanto necesitas están en tu mente, M.C, si tienes motivos para luchar, entonces esto significa que tiene sentido tu vida?

P: Quizás tiene más sentido para mi familia, que para mí misma, pero ellas lo valen todo, hasta que yo esté aquí tratando de solucionar mi vida.

T: Que tan cierto es eso de que todo sea un maldito problema en tu vida?

P: Las discusiones en mi casa, mi problema con las gotas, no poder ser feliz

T: Entiendo que esas cosas te perturban, y realmente te afectan, pero significa esto que todo lo demás en tu vida está mal?

P: Supongo que no, tengo salud, una familia que se preocupa por mí, estoy muy joven y puedo luchar por sentirme mejor, por estar mejor, quiero en serio salir de este hueco.

T: Perfecto, entonces si es posible ver que no todo está perdido y que no todo es un maldito problema.

P: Casi todo, jajajajajajajajaj (risas) es increíble cómo me cuesta entenderlo, soy desesperante lo sé, pero no lo es todo y soy consciente de que hay gente con problemas peores que los míos, y aun así se luchan por superarlos

T: Pues cada quien elige en que grupo entra, si en los que se dan por vencidos, o en el que todos los días luchamos por agotar hasta el último recurso para sentirnos lo mejor posible, y pues recordar que no siempre podemos estar felices, pero si tenemos que estar dispuestos a enfrentar la vida, de la mejor manera.

P: Asi es doc, eso he aprendido a lo largo de las terapias, aunque es difícil para mí ponerlo en práctica, recuerdo sus palabras cada vez que siento que voy por el camino equivocado, y trato de pensar de forma positiva pero realmente me cuesta

T: Es un proceso, no tiene que ser ya, lo importante es que lo pongas en práctica todas las veces que sea necesario.

En la sesión anterior le diste una validez de 100% a este pensamiento, que calificación quieres darle hoy?

P: Ummm, bueno no todo tiene que ser tan malo, y es cierto que hay cosas positivas en mi vida, más de las que puedo valorar, solo me enoja fácil con el mundo, pero sé y he aprendido a valorar cada día como una oportunidad de vida, creo que le doy un 70% de validez

T: Crees? O estás segura? P: No si lo creo, un 70 %

6. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) (American Psychiatric Association, 2000):

El Trastorno Límite de la Personalidad se caracteriza principalmente por un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos” (p. 670).

Los criterios para el diagnóstico del TLP son los siguientes, de los cuales se deben cumplir por lo menos 5:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota. No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizada por la alternancia entre los externos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad, autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo. Ejemplo: gastos, sexo, abuso de sustancia, conducción temeraria, atracones de comida). Nota. No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.

5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo. Por ejemplo, episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días.
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira. Por ejemplo, muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes.
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves (p, 671).

En el TLP, las personas tienen percepciones alteradas de la realidad, aunque suele ser diferentes de las situaciones que enfrentan los psicóticos. Sin embargo, cuando se sienten estresadas en un alto grado, estas personas, pueden presentar episodios psicóticos, con una característica diferenciadora: son pasajeros (Kernberg, 1997). Así mismo, presentan una escisión del yo, que puede darse de dos formas: uno arcaico, similar al psicótico y otro más maduro, similar al del neurótico, y una desmentida, en la que niegan la existencia del otro para mantener un vínculo, o porque les resulta peligroso, cuando tienen ante sí una realidad que a su percepción no se puede tolerar (Shkolnik & Svarcas, 1991). Además, tienen una necesidad a la vinculación emocional, y por tanto, temor al abandono, aun cuando las relaciones resulten ser seguras, se antepone la distorsión frecuente de la percepción de la comunicación y de los comportamientos del otro, por lo que la patología se incrementa y hay un deterioro tal, que el temor sobrepasa la realidad, llevándoles a que hagan intentos fuertes que les permitan evitar el abandono, entre los que se incluyen comportamientos impulsivos de automutilación o suicidas, que aparentemente generan calma frente a la problemática real o imaginada, o euforia. Sin embargo, después, les invade un sentimiento contrario, relacionado con un fuerte malestar o culpabilidad (Álvarez, 2001). Es decir, que los deterioros emocionales que presentan estas personas, con la gran variedad de síntomas,

no sólo afectan el área de las relaciones interpersonales, sino que pueden llegar a afectar la vida laboral, y por ende, la calidad de vida en general.

Generalmente se presentan como la víctima del otro, varían su atención de un objeto a otro y presentan información desordenada, no quieren salir del tema central que los ha llevado a la consulta de urgencias, cuyo relato comienza con una situación caótica a otra en la que prevalece el locus de control externo (Mena, 2013, p.19).

El Trastorno Límite de la Personalidad es un trastorno psicopatológico que ha recibido mucha atención. Para muchos autores es el trastorno de personalidad más complejo y uno de los más graves. (Millon y Davis, 1998; Millon y Escovar, 1996; Millon y Everly, 1994). La heterogeneidad, la dificultad de delimitación, las diferencias en los determinantes etiológicos y la presentación clínica y comportamental del cuadro ha derivado en una gran cantidad de términos, a un desacuerdo entre autores y a problemáticas en su definición y diagnóstico.

Kernberg (1975), en su trabajo sobre este trastorno, utilizó la palabra “límite”, que describía la mayoría de formas serias del carácter patológico del mismo. Luego de esta, entre los años 60's y 70's surgió una definición enmarcada desde los desórdenes esquizofrénicos, debido a las experiencias psicóticas transitorias que tiene el trastorno. En los años 80's se enmarcó el trastorno dentro de los trastornos afectivos, debido a su característica de labilidad afectiva y disforia crónica. La cuarta acepción, apareció en los trabajos de Gunderson (1984), quien también hizo alusión al término “límite”, esta vez, para describir una forma particular del trastorno de personalidad, que le permite distinguirse de los demás trastornos, quedando en el margen de los pacientes psicóticos y neuróticos, permitiendo al mismo tiempo, tener un marco de características, que dieran lugar a esa distinción, como son comportamientos parasuicidas, excesiva preocupación por el abandono y la soledad, sea real o imaginada, ira, entre otros (Caballo y Camacho, 2000, p.33, citado en Mena, 2013). En la actualidad, el TLP, es considerado como un trastorno muy complejo, que categoriza a un grupo de personas con un patrón muy

marcado de inestabilidad afectiva, impulsividad e ira intensa e inadecuada, que no puede ser incluido en los trastornos tradicionales (Escribano, 2006, p.9).

Es común que los sujetos que presenten este trastorno, tengan un pobre concepto de sí mismo, a tal punto de infravalorarse, sobre todo cuando están casi por lograr un objetivo, algunos llegan a presentar síntomas similares a los psicóticos, como alucinaciones, distorsión de la imagen corporal, entre otros. Además, pueden sentirse más seguros con objetos transitorios, como animales, objetos inanimados, más que con las relaciones interpersonales. Por otro lado, pueden sufrir algún tipo de minusvalía física, ya sea por los intentos fallidos de suicidio o por los constantes automaltratos. Así mismo, son frecuentes las interrupciones de los estudios, rupturas matrimoniales, durante su infancia, era común la negligencia en su cuidado, conflictos hostiles, pérdida o separación parental, entre otros. Este trastorno, puede darse simultáneamente con otros trastornos de la personalidad (American Psychiatric Association, 2000, p.668).

Hay síntomas asociados a otro tipo de trastornos, que se pueden confundir con el TLP, caracterizados principalmente por inestabilidad emocional, dilemas existenciales, ansiedad provocada por decisiones difíciles, identificación sexual, presiones sociales, entre otros. Se presenta alrededor del 2% de la población general, con preferencia en mujeres y es cinco veces más frecuente en los familiares de primer grado que tienen el trastorno, también hay mayor riesgo en las familias que tengan trastornos relacionados con abuso de sustancias, trastorno antisocial de la personalidad o trastornos del estado de ánimo, como la depresión, entre otros. Esta última, se define como: un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenación en unos criterios diagnósticos racionales y operativos, con presencia de síntomas afectivos como tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque menor o mayor grado, siempre están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, lentitud, insomnio, gran dificultad para pensar, lo que se conoce como bradipsiquia, un síntoma particularmente grave es la

anhedonia, la cual es la dificultad enorme para disfrutar de las situaciones y condiciones de la vida que representaban un goce para la persona. Así mismo, se presentan síntomas físicos, como dolor de cabeza, molestias digestivas, dolor generalizado, pensamientos pesimistas, pensamientos relacionados con la muerte (Alberdi, Castro & Vásquez, 2011, p. 1).

La depresión se clasifica en cuatro subtipos, que son: depresión mayor, distimia, trastorno adaptativo y otros trastornos depresivos. En la primera, los síntomas depresivos son muy complejos e intensos y aparecen en forma de episodios. A diferencia de la distimia o trastorno distímico, la cual aparece en menor intensidad que la depresión mayor. Sin embargo, suelen generar un proceso de incapacidad, porque estos síntomas son crónicos y duran mínimo dos años. Así mismo, se encuentra el trastorno adaptativo, el cual se refiere a síntomas depresivos mucho más leves, presentes en una brevedad de tiempo y que son desencadenados por algún problema que ha sufrido el paciente. Los otros trastornos depresivos, se refieren a otras enfermedades psiquiátricas como trastorno bipolar y no psiquiátricas como las anemias, hipotiroidismo, entre otros (Portal sobre el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP, sf). Cada uno de los cuales tienen sus propios criterios diagnósticos.

Los criterios de la depresión mayor, según American Psychiatric Association (2003) son: A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.

(2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.

(3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

(5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.

(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

(7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).

(8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).

(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

B. los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes

D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia.

E. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir, que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de dos meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvaloración, ideación suicida, síntomas psicóticos o retaso psicomotor.

Criterios diagnósticos de trastorno distímico:

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Pérdida o aumento de apetito.
2. Insomnio o sueño excesivo.
3. Falta de energía o fatiga.
4. Autoestima baja.
5. Dificultad para concentrarse o para tomar decisiones.
6. Sentimiento de desesperanza

C. Durante un período de dos años, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Criterios diagnósticos de trastorno adaptativo:

A. La aparición de síntomas emocionales (por ejemplo, se siente triste o vacío) o conductuales en respuesta a un factor estresante identificable tiene lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia del factor estresante.

B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente, del siguiente modo:

1. Malestar mayor de lo esperable en respuesta al factor estresante.
2. Deterioro significativo de la actividad social, laboral o académica.

C. Una vez ha cesado el factor estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de seis meses.

Ninguno de los síntomas presentes en la depresión y en sus diferentes clasificaciones, por sí solo garantizará un excelente diagnóstico, porque por lo regular los síntomas varían dependiendo de la persona, lo que hace difícil ser determinado.

Por lo regular, el paciente con TLP, busca ayuda porque piensa que sufre de un tipo de depresión, por lo que se hace importante hacer la diferenciación en su diagnóstico. El punto clave en esta distinción está en analizar las verbalizaciones que hace el paciente. Porque cuando se trata de un tipo de depresión, la culpa y la pérdida afloran de inmediato. Lo contrario del TLP, el cual se basa en problemas de identidad y conflictos de dependencia e independencia (Turnes, 1996, citado en Caballo & Camacho, 2000). Así mismo, los pacientes con TLP procesan la información a una velocidad diferente a los depresivos, se preocupan más por la información emocional y sus pensamientos son tan impactantes que les lleva a distraerse y a realizar distorsiones en la memoria y en la percepción (Kroll, 1988). En ambos trastornos se comparten las creencias negativas y pensamientos dicotómicos, aunque los pacientes con TLP poseen actitudes negativas sobretodo en lo que se refiere a estímulos emocionales ambiguos, controvertidos o afectivamente neutrales. Otra diferencia es que los depresivos tienen menos interpretaciones malévolas en las evaluaciones de estímulos ambiguos, esto es debido a que los TLP se expresan con más frecuencia de manera negativa hacia el ambiente, en cambio los depresivos asumen actitudes negativas pero hacia sí mismos. Todo esto, es fundamento a las ideas paranoides, enfrentamientos continuos con el resto de personas, hostilidad recurrente, visión del mundo vacía y sin significado del paciente con Trastorno Límite de la Personalidad.

En lo referente a la prevalencia, hay mucha discrepancia entre autores en lo referido a la prevalencia de la TLP. Así, mientras que el DSM-IV-TR (APA, 2000) señala que el TLP afecta aproximadamente al 2% de la población general y al 10% de los individuos que acuden a las Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC) (Leichsenring, Leibing, Cruse, New & Leweke, 2011), otros estudios indican que el TLP afecta al 4% de la población general y hasta al 20% de los pacientes que acuden a las USMC

(Kernberg & Mischels, 2009). En cualquier caso, en la actualidad se contemplan como factores asociados a la aparición de este trastorno, además de supuestas variables de tipo biológico (García, Martín & Otín, 2010), las experiencias de separación y la pérdida parental en la infancia (Caballo, 2004), la implicación parental disfuncional en el cuidado de los niños (Blizard, 2008) o el haber sufrido abusos físicos o sexuales en la infancia (Schewecke, 2009, citado en Cuevas & López, 2012, p. 98).

Para realizar un adecuado diagnóstico es importante que se realice una entrevista clínica al paciente, además de consultar diferentes fuentes externas de información (informes médicos, testimonios de familiares que conocen al paciente o pareja). La entrevista clínica no estructurada carece de exhaustividad y de fiabilidad (Perry, 1992; Zimmerman, 1994). Así mismo, se aconseja utilizar instrumentos de evaluación estandarizados para complementar la evaluación clínica. Dentro de ellos, se pueden mencionar: instrumentos basados en modelos categoriales, como son las entrevistas semiestructuradas y estructuradas. Diagnosticas de los trastornos de personalidad, clínica estructurada para el DSM IV, cuestionarios de autoinformes, cuestionario clínico, cuestionario diagnóstico de la personalidad, entre otras. Así como también los instrumentos dimensionales, como son inventario NEO de la personalidad revisado, inventario del temperamento y el carácter, cuestionario de personalidad, entrevistas.

En lo que tiene que ver con el tratamiento, las terapias cognitivas o terapia cognitivo-conductual, son las ideales. Estas se constituyen en una forma de intervención psicoterapéutica en la que destaca de forma prominente la reestructuración cognitiva, la promoción de una alianza terapéutica colaborativa y métodos conductuales y emocionales asociados mediante un encuadre estructurado. Su hipótesis de trabajo es que los patrones de pensamiento, llamados distorsiones cognitivas, tienen efectos adversos sobre las emociones y la conducta y que, por tanto, su reestructuración, por medio de intervenciones psicoeducativas y práctica continua, puede mejorar el estado del paciente.

Estas terapias incorporan por un lado intervenciones conductuales, como intentos directos de disminuir las conductas emociones disfuncionales modificando el comportamiento, así como también intervenciones cognitivas, es decir, intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo. En ambos casos, las intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente conductas desadaptativas. Por tanto, el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseada desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias nuevas, mas adaptativas (Brewin, 1996).

Beck (1979), hace referencia a los objetivos de la terapia cognitiva conductual, de la siguiente manera: es una terapia que ayuda al paciente a percatarse de las distorsiones cognitivas, que el paciente reconozca las relaciones existentes entre el pensamiento, el afecto y la conducta y sustituir los pensamientos disfuncionales por interpretaciones más realistas y lógicas.

Dentro de estas terapias cognitivas conductuales, se pueden mencionar y destacar la *Terapia Cognitiva de Beck*, la *Terapia Cognitiva Centrada en Esquemas* de Young, *Terapia Dialéctica Conductual* y la *Terapia de Valoración Cognitiva* de Wessler, las cuales ayudan a identificar creencias y esquemas cognitivos erróneos y disfuncionales, esquemas desadaptativos tempranos, creencias irracionales, los cuales se constituyen en la base de las alteraciones que dan lugar al trastorno, como son el aislamiento social, la dependencia, soledad, indeseabilidad, entre otros. De tal manera, que el objetivo principal de la terapia es modificarlos por unos más adecuadas a la realidad. Por su parte, la *Terapia Dialéctica Conductual (DBT)*, la cual es una modalidad de tratamiento psicológico descrita por primera vez como tratamiento estructurado para el TLP por la psicóloga Marsha Linehan en 1993 (Linehan, 1993). Se trata de una modalidad de tratamiento que incluye sesiones individuales y sesiones grupales para el entrenamiento

de diversas habilidades. Se trata de un enfoque de origen cognitivo-conductual que incorpora la filosofía dialéctica y la práctica del Zen.

Según Beck y Freeman (1995), de los esquemas dependen no solo los síntomas emocionales, sino también el comportamiento que tiene que ver con estos esquemas. De ahí, que su enfoque esté situado a identificar esquemas nucleares, es decir, el origen de las pautas de conducta disfuncionales. Los esquemas se aprenden en la infancia y se van reforzando a medida que se va creciendo, así se autoperpetúan sesgando las interpretaciones de las experiencias posteriores. Se pueden clasificar en esquemas cognitivos, afectivos, motivacionales, instrumentales y esquemas de control. Todos ellos interrelacionados entre sí. Por esto, el cambio de esquemas y creencias requiere un gran esfuerzo y tiempo de tratamiento.

Otra de las terapias de este tipo, es la Terapia Cognitiva centrada en los esquemas (Young, 1990), la cual se refiere a una terapia de dos partes, una es terapia de grupo con un enfoque psicoeducativo, orientada a la adquisición de habilidades básicas y una terapia individual, dirigida a la motivación y a la generalización de habilidades a las situaciones específicas del paciente, así como la consecución de objetivos individuales y un aumento del respeto del paciente en sí mismo y la confianza en sus propios recursos, utilizando estrategias dialécticas, estrategias centrales, de estilo y de control. Es decir, es una terapia específica y sistematizada, aunque muy compleja y con demasiados procedimientos heterogéneos que implica su aplicación. Su abordaje difiere del tratamiento cognitivo estándar, debido que postula que los patrones de pensamiento estables y duraderos, que este autor llama, esquemas tempranos desadaptativos, pueden desarrollarse en la infancia y resultar en patrones de comportamiento desadaptativos que refuerzan los esquemas.

Tratamiento Dialéctico Comportamental. Es otra de las terapias cognitivos conductuales, que integra la terapia conductual con otras perspectivas y prácticas que incluye dos conjuntos de estrategias nucleares: estrategias de validación y estrategias de resolución de problemas, estilos de comunicación, entre otros. En esta terapia, el

terapeuta intenta desarrollar y fortalecer una actitud de aceptación de la realidad del paciente, como la motivación y la habilidad para cambiar las situaciones.

Terapia cognitivo analítico, la cual se basa en incrementar la habilidad de los pacientes para sentirse reflejados y apoyados en la relación real, profesional y de respeto que provee el terapeuta, el cual está capacitado para proveerle una relación emocional correctiva, ya que la reformulación le permite aguantar la seducción y los asaltos del paciente y así evitar reforzar los patrones disfuncionales específicos que se presentan en las relaciones cotidianas.

Para este enfoque, las alteraciones emocionales y conductuales propias del TLP son mantenidas por un ambiente invalidante que refuerza unas conductas claramente disfuncionales. A partir de aquí, el tratamiento se dirige en primer lugar al abordaje de conductas que pueden suponer una situación de riesgo vital para el paciente (conductas de autolisis e intentos de suicidio). Típicamente, los pacientes tienen la posibilidad de contactar con el terapeuta para el afrontamiento de situaciones de crisis (por teléfono), previo acuerdo con el terapeuta. El fin de la terapia es básicamente entrenar al paciente para la puesta en práctica de otras conductas más adaptativas para la resolución de las relaciones intra e interpersonales, mitigando al mismo tiempo otras conductas que interfieren negativamente con el éxito de la terapia (conductas de riesgo, abandono e inasistencia a las citas...), para conseguir después la validación y la aceptación de las propias experiencias personales. El programa de tratamiento pasa por diversas fases, habitualmente de manera lineal (aunque no necesariamente). Así, por ejemplo, no se abordan conflictos emocionales hasta que el paciente no es capaz de manejar conductas que suponen una seria amenaza para sí mismo o para los demás. Las diversas fases contemplan, como se ha dicho antes, el manejo de las conductas de autolisis, el afrontamiento de conductas que repercuten negativamente en el éxito de la terapia, la validación de los conflictos emocionales, el aumento de la capacidad para regular las propias emociones y para mantener unas relaciones interpersonales satisfactorias (principalmente en formato grupal), elaboración de situaciones traumáticas anteriores, entrenamiento para la resolución de los problemas de la vida diaria y para la promoción

del auto-respeto y finalmente entrenar al paciente para mantener la alegría y para disfrutar de sus experiencias personales.

Las terapias cognitivas se utilizaron inicialmente para el tratamiento de los trastornos psicopatológicos del eje I del DSM-IV. Sin embargo, progresivamente se han ido extendiendo para el abordaje también de los trastornos de la personalidad, y entre ellos el TLP. Entre las terapias cognitivas, podemos destacar la *Terapia Cognitiva de Beck*, la *Terapia Cognitiva Centrada en Esquemas* de Young y la *Terapia de Valoración Cognitiva* de Wessler. Por su especial relevancia en ensayos clínicos aleatorizados, describiremos brevemente las dos primeras (para una descripción más exhaustiva, véase Rodríguez y Muria, 2006). La terapia cognitiva de Beck parte de la asunción de que los pacientes con TLP tienen serias dificultades para identificar creencias y esquemas cognitivos erróneos y disfuncionales, tanto para sí mismos como para con los demás. Por tanto, esta terapia pretende entrenar a los pacientes para que aprendan a identificar estas creencias para posteriormente modificarlas de una manera más ajustada a la realidad; en cuanto a la Terapia centrada en esquemas de Young (SFT), destacar que ésta se centra en identificar y modificar los “esquemas desadaptativos tempranos” que estarían en la base de las alteraciones del TLP (Young, Klosko & Weishaar, 2003): vergüenza, aislamiento social y soledad, dependencia e incompetencia e indeseabilidad. Sólo a partir de la modificación de tales creencias el paciente podría manejar las alteraciones propias del TLP.

La GPC del NICE (2009), describe esta terapia del siguiente modo: La terapia cognitivo-conductual (TCC) es un tratamiento psicológico estructurado que se centra en ayudar a la persona a establecer conexiones entre sus pensamientos, sentimientos y conducta. La TCC, que en principio se desarrolló para el tratamiento de la depresión, se ha modificado para el tratamiento de personas con trastornos de la personalidad y con TLP. Si bien la TCC para los trastornos del eje I se suele centrar en el “aquí y ahora”, la TCC para quienes sufren trastornos de la personalidad tiene en cuenta experiencias previas en el desarrollo de creencias nucleares, a las que también se denomina “esquemas”. La terapia cognitiva centrada en el cambio de las creencias nucleares ha

aplicado la obra de Beck a las necesidades de las personas con trastornos límite y antisocial de la personalidad. Partiendo de la experiencia en el uso de la TCC en diversos problemas de salud mental, proporciona guías sobre la formulación, identificación y cambio de las creencias nucleares, y el tratamiento de los problemas de conducta. Está adaptada para personas con TLP y considera la estructura de la terapia y los problemas que pueden alterar la relación terapéutica como, por ejemplo, la no implicación en el tratamiento, la desviación de problemas y objetivos, dejar de centrarse en los objetivos de la terapia, la pérdida de estructura y el incumplimiento de las tareas asignadas.

La TCC para personas con TLP se suele prestar en sesiones que duran entre 30 y 90 minutos. El número de sesiones que se ofrece tiende a ser mayor para quienes sufren trastornos de la personalidad que para quienes sufren depresión y otros trastornos del eje I, y tiene lugar cada semana durante un período de entre 9 y 36 meses. A los pacientes se les pide que hagan unas tareas en casa entre las sesiones. Algunos modelos de servicio también proporcionan acceso telefónico a los terapeutas fuera de las sesiones individuales (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad, 2011).

El TLP constituye uno de los retos más difíciles en el campo de la salud mental y la terapia resulta, en la mayoría de los casos, frustrante, por lo cual es abordada con cierta aprensión por los clínicos (Caballo, 1998). De ahí que la primera pregunta que se debería realizar el plan de intervención, es determinar a qué subgrupo pertenece o cuáles son las características particulares que presenta dicho individuo en concreto. Es decir, que el tratamiento debe ajustarse a cada paciente en particular y no homogeneizar a todos. De todos los tratamientos experimentados para este tipo de trastornos, lo cual ratifica a la Terapia Cognitiva Conductual, en especial la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), la cual disminuye las diversas conductas suicidas, ninguno se ha centrado en trabajar con una muestra específica de pacientes con intentos suicidas, que presentan, a su vez, los criterios diagnósticos del TLP.

Dentro de las estrategias de tratamiento cognitivo – conductual para el TLP, se encuentran: psicoeducación, técnicas de control autógeno, técnica del ABC, debate socrático, técnica de resolución de problemas, entrenamiento en habilidades de comunicación, reestructuración Cognitiva, técnicas emotivas, comprobación de hipótesis (Modelo de Beck), técnica revisión de la evidencia que contradice el esquema, técnica del argumento y contraargumento, técnicas experienciales y técnicas conductuales (auto observación, autoregistro).

Psicoeducación, hace referencia a la educación y/o información que se ofrece a los pacientes o familiares de los mismos que sufren de un trastorno psicológico. (Montañés, sf). Es decir, que por medio de esta técnica u estrategia, se darán a conocer los componentes básicos del trastorno de personalidad, posibilidades terapéuticas y resultados esperados, recursos de la comunidad. Así como también, enseñar habilidades de afrontamiento, habilidades familiares para manejar el trastorno y sus efectos, con el fin de reducir la discapacidad del paciente y mejorar su calidad de vida. Con la misma, la familia podrá resolver problemas donde se puedan aplicar los conocimientos dados en cuanto al apoyo del paciente (Martínez-González, Albein – Urios, Munera, Verdejo – García, 2012)

Las técnicas de control autógeno, hacen referencia a las técnicas de intervención psicológica que permiten la reducción de la activación general del organismo, lo que permite que haya un beneficio de placer, de descanso a nivel físico y psicológico. Entre los cuales podemos encontrar la relajación, la cual es una técnica que se aprende con la practica Misma, cuanto más se practique, mayores serán los resultados. Es ideal para controlar las situaciones, impidiendo que aparezcan reacciones de ansiedad, generando al mismo tiempo expectativas de autoeficacia. Así también, se encuentran las técnicas de control mental como la meditación trascendental, relacionadas con la relajación. En tanto que una persona esté relajada, sus pensamientos pueden controlarse mejor y dirigirse de manera adecuada. Por otro lado, se encuentra la respiración, considerado como el soplo vital y proceso que permite actividad metabólica del organismo, se produce un intercambio de gases y por tanto un aporte de oxígeno a las funciones

celulares y la expulsión del dióxido de carbono. Lo que se convierte en un proceso autorregulatorio importante, donde el organismo dispone de una serie de medidas para garantizar el correcto intercambio de gases.

Otra de las estrategias cognitivas conductuales para el tratamiento de TLP, es la técnica del ABC, hace referencia a la herramienta desarrollada inicialmente por Albert Ellis y que se esquematiza: $A \rightarrow B \rightarrow C$. En el orden dado, A, representa los acontecimientos observados por el sujeto. B, por su parte, representa las creencias o interpretaciones que hace el sujeto del suceso observado, y C, hace referencia a las consecuencias emocionales de las interpretaciones. El objetivo de esta estrategia, es detectar y cambiar tanto las evaluaciones erróneas de la realidad, como las creencias dogmáticas y absolutistas que las originan (Albrert & Abrahams, 2005).

Debate Socrático o mayéutica, se refiere a:

La técnica cognitiva que tiene como propósito provocar una disonancia cognitiva, a través del descubrimiento guiado del terapeuta mediante preguntas sistemáticas que pongan en evidencia los errores lógicos en la forma de proceder la información. Por tanto, los terapeutas cognitivos asisten a los pacientes a procurarse a sí mismos, versiones más flexibles, menos idiosincráticas y más adaptativas a la realidad, (Portarrieu, 2011, p. 180).

Técnica de Resolución de Problemas, se basa en que estos problemas a los que no se encuentra solución o que no se resuelven apropiadamente, pueden llegar a ocasionar trastornos psicológicos o malestar en las personas que los sufren. Autores como D'Zurilla y Goldfried (1971), idearon, la cual se basa en un proceso que conlleva 5 pasos seriados, y que asegura encontrar solución a cualquier tipo de problema: 1º- Especificar y definir el problema, 2º- Concretar la respuesta que damos al problema, 3º- Hacer una lista con soluciones alternativas, 4º- Valorar las consecuencias de cada alternativa y 5º- Valorar los resultados (Psicoglobalia, 2012).

Entrenamiento en habilidades de comunicación, hacen referencia a: instrucción, modelado, ensayo conductual, retroalimentación, reforzamiento y generalización.

Conviene evitar el error de entenderlas como fases secuenciales, del tipo que acaba una y empieza la siguiente, sino como partes de un proceso que pueden repetirse o ampliarse, según los casos, para obtener el mejor resultado posible. Su aprendizaje es muy similar al de otras habilidades, se aprenden más con práctica y requieren aplicación sistemática y estructurada de una serie de pasos o técnicas.

Reestructuración Cognitiva (RC), es es una de las técnicas cognitivo-conductuales más sugerentes.

Su aplicación no es nada fácil, porque se requiere un buen conocimiento del trastorno o trastornos a tratar. Asimismo, se necesita velocidad y creatividad de pensamiento para mantener una interacción fluida y competente con el paciente. Además, técnica no está tan pautada como otras técnicas de modificación de conducta y, por sus propias características, no puede estarlo en la misma medida (Bados, 2008; Carrasco, 1995; Carrasco & Espinar, 2008), consiste en que el sujeto, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la RC los pensamientos son considerados como hipótesis y terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Clark, 1989, citado en Rodríguez, 2009).

Por su parte, las técnicas emotivas, la cual utiliza palabras y frases muy fuertes, sumamente expresivas e impregnadas de emoción. Tales palabras tienen un significado y un sentido más intenso que sus sinónimos menos emocionales. Entre estas estrategias se pueden mencionar: Imágenes Racional Emotivas, ejercicios contra la vergüenza, revelación de uno mismo y el desempeño del papel (Bados & García, 2010).

Comprobación de hipótesis, es decir, someter una hipótesis a la contrastación de una realidad, para lo cual tiene que establecer si los datos concuerdan o no con las

estadísticas empíricas. Sin embargo, solo se pueden dar dos posibilidades previsibles: o bien la hipótesis puede verse apoyada por datos empíricos y se dice que ella ha sido confirmada, o bien la hipótesis no corresponde con los datos empíricos y dice entonces que ella ha sido des confirmada o refutada por los datos empíricos.

Así mismo, se encuentra la técnica del argumento y contraargumento, la cual puede practicarse de diferentes maneras:

Por ejemplo un dialogo terapéutico, en la que el terapeuta puede asumir el rol como si fuera la parte sana, es decir la parte que contradice el esquema negativo del paciente, mientras que el paciente le responde jugando, entonces, el papel de su propio esquema. Después se invierten los papeles, es decir, el paciente pasa a jugar la parte sana que contradice su esquema, mientras que el terapeuta pasa a asumir la parte menos sana que avala el esquema disfuncional temprano que se está pretendiendo modificar. Este ejercicio se repite una serie de veces hasta que el paciente se da cuenta que su esquema lo conduce a una negación continua de informaciones positivas que lo pueden contradecir. Una importante variación de esta técnica es hacer que el paciente se enfade con el esquema (Rodríguez, 2009, p. 71).

Técnicas experienciales, las cuales hacen referencia a:

Que el paciente luche también contra el esquema no solo a nivel cognitivo, sino a un nivel emocional. Fundamentalmente estas técnicas experienciales se refieren a técnicas en imaginación y a diálogos, algunos imaginarios, para hacer que el paciente valide sus necesidades propias e incluso para producir una cierta catarsis de tipo emocional. La idea es que con estas técnicas en imaginación o estos diálogos, el paciente pueda expresar su cólera o su tristeza por lo que les ocurrió de niños (Rodríguez, 2009, p. 72).

Por último, se encuentran las Técnicas conductuales, encaminadas a modificar patrones autodestructivos.

La meta de estas técnicas son producir un cambio conductual, el cual podría ser de dos tipos: cambiar conductas que provocan esquemas o, por el contrario, cambiar el ambiente provocando cambios vitales importantes. A veces va a ser necesario el cambio

conductual, otras el cambio del ambiente, y en otras ocasiones el paciente podrá emplear ambas estrategias para modificar un esquema (Rodríguez, 2009, p.72).

7. ANÁLISIS DEL CASO

El síntoma más significativo de la paciente es la alteración en el estado de ánimo de tipo depresivo, por lo que en el diseño posterior al establecimiento de la alianza terapéutica, se le da prioridad a disminuir los síntomas depresivos, teniendo en cuenta además la probabilidad de intento suicida.

Finalmente se trabaja toda la parte de los esquemas desadaptativos, que va ayudar a que la paciente sea consiente de los pensamientos distorsionados que no le dejan ver aspectos positivos en sí misma y en los demás y que refuerzan conductas disfuncionales y autolesivas en esta.

Por todo lo anterior, se crea la necesidad de diseñar un plan de intervención desde el modelo cognitivo conductual, para tratar este caso desde su singularidad y especificidad. Este tratamiento, está orientado a educar a la paciente en cuanto a su diagnóstico. Esto le permitirá, identificar las características de personalidad límite que presenta, hacerlas consciente y generar la capacidad de entender que requiere de un proceso que le permita mejorar su calidad de vida. De igual manera fortalecer la relación terapéutica con fines de crear credibilidad en el proceso propuesto y que la paciente sienta confianza que le permita participar activamente de las actividades propuestas.

El plan de intervención, tiene como objetivos principales: psicoeducar a la paciente sobre los problemas que presenta, para lo cual se pretende explicar a la paciente la relación existente entre los problemas encontrados y su estado de ánimo depresivo. Por otro lado, se pretende fortalecer relación terapéutica a través del establecimiento de

confianza y cooperación en el proceso de intervención. Así mismo, disminuir estado de ánimo depresivo, en el que es importante manejar los estados de labilidad afectiva emocional y lograr auto control del humor. Por otro lado, se quiere modificar esquemas desadaptativos que generan en la paciente emociones perturbadoras, así como patrones de autoderrotismo, que se logra modificando distorsiones cognitivas que actúan como factor de mantenimiento de esquemas desadaptativos identificados y modificando autoderrotistas que actúan como factor de mantenimiento de esquemas desadaptativos identificadas.

El plan de tratamiento, se detalla en el siguiente cuadro:

Tabla 6. Plan de tratamiento TLP

DISEÑO DE INTERVENCION.			
OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	TECNICAS DE INTERVENCION	SESION N°
Psicoeducar a la paciente sobre los problemas que presenta.	-Explicar a la paciente la relación que existe entre los problemas encontrados y su estado de ánimo depresivo.	-Psicoeducación.	1-2-3
Fortalecer relación terapéutica	-Lograr el establecimiento de confianza y cooperación en el proceso de intervención.	-Psicoeducacion.	1-2-3-4-5-6

Disminuir estado de ánimo depresivo.	<p>-Manejar los estados de labilidad afectiva emocional</p> <p>-Lograr auto control del humor</p> <p>-Minimizar conductas autolesivas</p> <p>-Modificar pensamientos distorsionados.</p>	<p>-Técnicas de control autógeno</p> <p>-ABC</p> <p>- Debate socrático</p> <p>-Técnica de resolución de problemas</p> <p>-Entrenamiento en habilidades de comunicación</p> <p>-Reestructuración Cognitiva.</p>	<p>3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15</p>
-Modificar esquemas desadaptativos que generan en la paciente emociones perturbadoras, así como patrones de autoderrotismo.	<p>- Modificar distorsiones cognitivas que actúan como factor de mantenimiento de esquemas desadaptativos identificados.</p> <p>- Modificar conductas autoderrotistas que actúan como factor de mantenimiento de esquemas desadaptativos identificadas.</p>	<p>-Técnicas emotivas</p> <p>-Comprobación de hipótesis (Modelo de Beck)</p> <p>-Técnica revisión de la evidencia que contradice el esquema</p> <p>-Técnica del argumento y contraargumento.</p> <p>-Técnicas experienciales</p> <p>-Técnicas conductuales (auto</p>	<p>9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25</p>

		observación, autoregistro).	
--	--	-----------------------------	--

Fuente. Historia Clínica de la paciente.

8. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Dando respuesta a los diferentes objetivos específicos planteados durante el análisis del estudio de caso, se puede deducir:

Con el análisis del estudio de caso, se logró identificar los antecedentes familiares, biopsicosociales y conductuales, los cuales en muchos casos predisponen el desarrollo de las condiciones clínicas para hipotetizar un diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad, con el cuál se pudo establecer cuál había sido el factor desencadenante del proceso, el contexto que rodea a la paciente, para la determinación del diagnóstico y posterior establecimiento del tratamiento. Teniendo en cuenta que en la paciente se identifican factores de riesgo como lo son la disfuncionalidad de la familia, caracterizada por patrones de comunicación inadecuados, además del abuso sexual del que fue víctima, lo cual juega un papel determinante en la alteración de estado de ánimo de tipo depresivo en esta.

De igual forma, se logró comprender desde el modelo de la Terapia Cognitivo Conductual como se conceptualizan las condiciones clínicas que desencadenan un diagnóstico de TLP, teniendo presente que es una paciente con una tendencia a la desconfianza, encerrada en sí misma, con un pobre concepto de sí, con sentimiento de desesperanza, vacíos, que no se halla en el mundo en el cual vive por el vacío que siente. En lo referido a lo afectivo y fisiológico, presentó miedo, tristeza, anhedonia, mareo, alteración del sueño. Así como conductas autolesivas, consumo de sustancias opioides, lo que le ha llevado a deteriorar más su estado general. Antes de esto, se tuvo que establecer el diagnóstico diferencial del TLP con referencia a otros trastornos y con ello poder establecer un diagnóstico asertivo. Para esto, se realizó un proceso de evaluación

teniendo en cuenta la queja más significativa que presentaba la paciente, la cual está relacionada con la alteración del estado de ánimo, se realizaron una serie de entrevistas clínicas, aplicación del Inventario de Depresión de Beck, un check list según los criterios del DSM IV, de lo que resultó ser un Trastorno Límite de la Personalidad. Esta evaluación exhaustiva, permitió diseñar el plan de intervención para el caso, cuyo objetivo principal era el de psicoeducar a la paciente en relación a su problema. Así como fortalecer la relación terapéutica a través del establecimiento de confianza y cooperación en el proceso de intervención. Se utilizaron estrategias como psicoeducación, restructuración cognitiva, técnicas de control autógeno, Técnica de ABC, debate socrático, técnica de resolución de problemas, entrenamiento en habilidades de comunicación, técnicas conductuales, emotivas, comprobación de hipótesis, revisión de la evidencia que contradice el esquema, argumento y contrargumento, técnicas experienciales, entre otras, mediante la cual se modificaron esquemas desadaptativos en la paciente.

Así mismo, se logró diseñar un plan pertinente de intervención cognitivo conductual, sobre las características individuales de la manifestación clínica. Esto se pudo evidenciar a través de la evaluación de los avances del proceso tratamiento – paciente del caso clínico de TLP a partir de la intervención cognitivo conductual recibida. Así la paciente demostró mejora significativas en los pensamientos suicidas, incluyendo menor frecuencia de actos parasuicidas y menos conductas autolesivas y los demás síntomas presentados relacionados con los estados de ánimo, síntoma principal que llevó a diagnosticarla como TLP. Es decir, que con el plan de intervención aplicado, la paciente pudo mejorar su calidad de vida, a través de la adquisición de habilidades comunicativas, de afrontamiento de los problemas, de resolución de problemas, de cambios de esquemas maladaptativos, entre otros.

Aunque el TLP constituye uno de los retos más difíciles en el campo de la salud mental, a través de las Técnicas Cognitivas Conductuales, se puede lograr una mejora en

la calidad de vida de las personas que lo padecen, siempre y cuando el tratamiento se ajuste a cada paciente en particular, sin necesidad de homogeneizarlo. Este tipo de terapias, permiten que se disminuyan las diversas conductas suicidas y demás síntomas que presentan los pacientes con este trastorno y de los familiares, puesto que a través de las diferentes estrategias como la psicoeducación, se les da la información pertinente sobre el trastorno, para que se conozcan los componentes básicos del trastorno de personalidad, posibilidades terapéuticas y resultados esperados, recursos de la comunidad, lo que conlleva a la adquisición de habilidades de afrontamiento, habilidades familiares para manejar el trastorno y sus efectos, con el fin de reducir la discapacidad del paciente y mejorar su calidad de vida. Con la misma, la familia podrá resolver problemas donde se puedan aplicar los conocimientos dados en cuanto al apoyo del paciente

REFERENCIAS

- Albert, E., y Elliot, A. (2005). (2005). *Terapia Racional Emotiva*. México: Editorial Pax.
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C., y Vásquez, C. (2011). Depresión. *Guías Clínicas*. 6. (11). España.
- American Psychiatric Association (2010). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-V (en revisión). Disponible en www.dsm5.org.
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM IV-TR. Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 4. Barcelona, Masson.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales- IV TR*. Barcelona: Masson.
- Ansón, L. y Ripollés, L. (2015). Una revisión sobre la eficacia de la terapia dialéctica conductual en pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad. *Ágora de Salud*. DOI: <http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2015.1.12> 163-171
- Aramburú, B. (1996). La Terapia Dialéctica Conductual para el Trastorno Límite de la personalidad. *Psicología Conductual*. 4. (1). 123-140. España: Universidad Católica de Valparaíso.
- Bados, A. y García, E. (2010). *Técnica de la reestructuración cognitiva*. Barcelona: Universidad de Barcelona.

- Beck AT (1978). *Depression Inventory*. Philadelphia, Philadelphia Center for Cognitive Therapy.
- Beck AT, Steer RA y Brown GK (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory*, 22nd ed. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy*. Basics and Beyond. New York: The Guilford Press.
- Caballo, V. Gracia, A., López-Gollonet C y Bautista R (2004). El trastorno límite de la personalidad. En: VE Caballo (Coord.), *Manual de Trastornos de la Personalidad: descripción, evaluación y tratamiento* (pp. 137-160). Madrid: Síntesis.
- Caballo, V. y Camacho, S. (2000). El trastorno límite de la personalidad: controversias actuales. *Psicología desde el Caribe*, (5). 31-55. Barranquilla: Universidad del Norte.
- Cabrera, A. (2015). *Autolesiones como gestos suicidas asociados al trastorno límite de la personalidad en adolescentes*. Uruguay: Universidad de la República.
- Cuevas, C. y López, Á. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12 (1). 97-114. España.
- Davidson KM, Norrie J, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Murray H y Palmer S (2006). The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: Results for the borderline personality disorder study of cognitive therapy (Boscot) trial. *Journal of Personality Disorders*, 20, 450-465.
- Díaz, R. (2013, mayo). *Psicoterapia evolutivo – constructivista: revisión de un caso de trastorno límite de la personalidad*.

- Escribano, T. (2006). Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento. *Intelligo, 1 (1)*, 2006. 4-20. España: Universidad CEU San Pablo.
- Everly, G. (1989): A clinical guide to the treatment of the human stress response. Nueva York: Plenum
- García MT, Martín MF y Otín R (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 30*, 263-278.
- Gómez, G., Pinilla, M. y Zapata, J. (2010). Presentación de caso: Herramienta pedagógica para el aprendizaje de la Clínica en estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia. Sede Medellín. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»*. (19). Medellín.
- González, L. y Robles, J. (2005). Agresividad y delictología en el Trastorno Límite de la Personalidad. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense. 5*. 107 – 125. Madrid: Universidad Complutense.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad. (2011). *Fórum de Salut Mental y AIAQS, coordinadores. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- Jaramillo-Moreno, R. (2010). Reseña de "El diálogo socrático en la terapia centrada en el sentido" de Martínez, E. *Revista Latinoamericana de Psicología. 42*. (3). 498-500. Colombia: Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá.

- Kaplan, H., Sadock, B. y Grebb, J. (1997). *Trastornos de la personalidad. En Sinopsis de Psiquiatría*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Kernberg, O. (1997). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico* Buenos Aires: Paidós.
- Krummer, V. (2005). *Las tesinas de Belgrano. Tratamiento para pacientes con Trastorno Borderline de la Personalidad. El Modelo Dialéctico Comportamental*. Universidad de Belgrano.
- Linehan, M. (1993). *Tratamiento Cognitivo Conductual del Trastorno Límite de la Personalidad*. New York: Editorial Guilford.
- Linehan, M. (1998). *Una ilustración de la terapia Cognitivo Conductual*. 4. (2). 21-44. New York: Editorial Guilford.
- Marín, J. y Fernández, M. (2007 dic- ene). *Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad*. Clínica y Salud. 18. (3). ISSN 1130-5274. Madrid.
- Martínez-González, J., Albein – Urios, N., Munera, P., Verdejo – García, A. (2012). La psicoeducación como estrategia para mejorar el apoyo familiar percibido del paciente con dependencia al alcohol y trastorno de la personalidad. *International Journal of Pshychological Research*. 5. (1). 18-24. España.
- Mena, C. (2013). *Criterios para la elaboración del diagnóstico del Trastorno Límite de la personalidad, para una propuesta de abordaje psicoterapéutico en el Hospital Nacional Psiquiátrico*. Trabajo Final de Graduación para optar por el Título de Especialista en Psicología Clínica. Costa Rica: Ciudad Universitaria Rodrigo Facio.
- Millon, T. y Everly, G. (1994). *La personalidad y sus Trastornos*. España: Ediciones Martínez Roca.

- Mosquera, D., González, A. y Van, Onno. (sf). *Trastorno límite de personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad*. FUNDAP | ex – IAEPD.
- Montañés, M. (sf) *Técnicas para el control de la activación. Relajación y respiración*. Universidad de Valencia.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1999). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*. Ginebra.
- Pascual, J. (2008). *Tratamiento del paciente con Trastorno Límite de la Personalidad en Urgencias: Efectividad de los antipsicóticos atípicos*. Tesis Doctoral para obtener el título de Doctor en Psiquiatría y Psicología Clínica. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Partarrieu, A. (2011). *Dialogo Socrático en Psicoterapia Cognitiva*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Pereda, N., Gallardo, D. y Jiménez, R. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Espe. Psiquiátrica*. 39. (2). 131 – 139. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Portal sobre el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). (sf). Depresión. Extraído de: <https://www.trastornolimitado.com/trastornos/la-depresion>.
- Psicoglobalia. (2012). Técnica de Resolución de Problemas. Extraído de: <http://www.psicoglobalia.com/tecnica-para-la-solucion-de-problemas/>

- Rodríguez, E. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. *Av. Psicol.* 17. (1). Universidad Femenina del Sagrado Corazón.
- Rodríguez C y Murias E (2006). Situación actual de los tratamientos en el trastorno límite de la personalidad. *Psiquiatría.com*, 10, 1-27.
- Schkolnik, F. & Svarcas, M. (s. f.). ISSN 1688 - 7247 (1991) *Revista uruguaya de psicoanálisis (En línea) (74) El dilema del paciente narcisista - fronterizo: entre la desmentida y la discriminación Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 74, 161-169.
- Valverde, E. (2012). *El comportamiento violento en el Trastorno Límite de la Personalidad*. Tesina para optar al título de Master en Psicología Clínica y de la Salud modalidad e-learning. Instituto Superior de Estudios Psicológicos (ISEP).
- Young JE y Brown E (1990). Young Schema Questionnaire. En JE Young (Ed.), *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (pp. 63-76). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young JE, Klosko JS y Weishaar ME (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zanarini MC, Gunderson AA, Frankenburg JL y Chauncey DL (1990). Discriminating borderline personality disorder from other Axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 161-167.

ANEXOS