

Estudio de caso en una paciente con Trastorno límite de personalidad, comórbido con Trastorno de depresión mayor.

Jennifer Alejandra Mayo Cuervo

Trabajo de grado para optar por el grado de
Maestría en Psicología – Profundización Clínica

Tutora: Ana María Arias Zuleta

Especialista y Magíster en Psicología Clínica

Universidad del Norte

División de Humanidades y Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

2020

Dedicatoria

*A mi familia, quienes me apoyaron, motivaron,
creyeron en mí y me impulsaron a seguir y culminar
cada etapa de este proceso de aprendizaje.*

Tabla de contenido

| | | |
|--------|---|----|
| 1. | Información general del proyecto | 7 |
| 2. | Introducción | 8 |
| 3. | Justificación | 10 |
| 4. | Área problemática | 14 |
| 5. | Objetivos | 20 |
| 5.1 | Objetivo general | 20 |
| 5.2 | Objetivos específicos | 20 |
| 6. | Historia clínica del paciente | 20 |
| 6.1 | Historia del caso | 20 |
| 6.1.1 | Identificación general del paciente. | 20 |
| 6.1.2 | Motivo de consulta..... | 20 |
| 6.1.3 | Historia de la enfermedad actual..... | 21 |
| 6.1.4 | Antecedentes psiquiátricos pasados..... | 22 |
| 6.1.5 | Historia personal y social..... | 23 |
| 6.1.6 | Historia médica. | 26 |
| 6.1.7 | Observaciones del estado mental..... | 26 |
| 6.1.8 | Genograma..... | 26 |
| 6.1.9 | Pruebas aplicadas..... | 26 |
| 6.1.10 | Impresión diagnóstica. | 27 |
| 6.2 | Formulación del caso | 27 |
| 6.2.1 | Precipitantes..... | 27 |

| | | |
|-------|---|----|
| 6.2.2 | Enfoque transversal de las cogniciones y conductas. | 27 |
| 6.2.3 | Enfoque longitudinal de las cogniciones y conductas. | 28 |
| 6.2.4 | Diagrama de conceptualización cognitiva. | 29 |
| 6.2.5 | Fortalezas. | 33 |
| 6.2.6 | Hipótesis de trabajo. | 33 |
| 6.3 | Plan de tratamiento | 34 |
| 6.4 | Relación terapéutica. | 36 |
| 6.5 | Intervenciones y procedimientos | 37 |
| 6.6 | Obstáculos. | 39 |
| 6.7 | Resultados | 39 |
| 7. | Descripción de sesiones | 40 |
| 7.1 | Sesión número 1. | 41 |
| 7.2 | Sesión número 2. | 43 |
| 7.3 | Sesión número 3. | 45 |
| 7.4 | Sesión número 4. | 48 |
| 7.5 | Sesión número 5. | 51 |
| 8. | Marco conceptual de referencia | 54 |
| 8.1 | Trastorno de Personalidad límite | 54 |
| 8.1.1 | Criterios generales del trastorno de personalidad. | 54 |
| 8.1.2 | Antecedentes históricos del Trastorno límite de la personalidad. | 57 |
| 8.1.3 | Características generales del Trastorno límite de la personalidad. | 58 |
| 8.1.4 | Criteros diagnósticos del Trastorno límite de la personalidad. | 60 |
| 8.1.5 | Epidemiología del Trastono límite de la personalidad. | 64 |

| | | |
|----------|--|----|
| 8.1.6 | Desarrollo y curso del Trastorno límite de la personalidad. | 65 |
| 8.1.7 | Comorbilidad del Trastorno límite de la personalidad. | 66 |
| 8.1.8 | Diagnóstico diferencial del Trastorno límite de la personalidad. | 68 |
| 8.1.9 | Etiología del Trastorno límite de la personalidad. | 71 |
| 8.1.10 | Perfil cognitivo del Trastorno límite de la personalidad. | 73 |
| 8.1.11 | Distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos. | 74 |
| 8.1.12 | Tipos o variantes del trastorno límite de la personalidad. | 75 |
| 8.1.12.1 | Síndrome de la infancia. | 75 |
| 8.1.12.2 | Subtipos adultos. | 75 |
| 8.1.13 | Procesos de autoperpetuación. | 78 |
| 8.1.13.1 | Contrarestrar la separación. | 79 |
| 8.1.13.2 | Liberar tensiones. | 79 |
| 8.1.13.3 | Redención mediante el autodesprecio. | 80 |
| 8.1.14 | Intervención del Trastorno límite de la personalidad. | 80 |
| 8.1.14.1 | Terapia Cognitiva de Beck. | 81 |
| 8.1.14.2 | Terapia centrada en esquemas de J. Young. | 84 |
| 8.1.14.3 | Terapia dialéctico comportamental de M. Linehan. | 87 |
| 8.1.14.4 | Intervenciones farmacológicas. | 89 |
| 8.1.15 | Relación Terapéutica. | 90 |
| 8.1.16 | Antecedentes sobre la eficacia de las terapias cognitivos conductuales en el Trastorno de personalidad límite. | 91 |
| 8.2 | Trastorno de depresión mayor. | 93 |
| 8.2.1 | Antecedentes históricos del Trastorno de depresión mayor. | 93 |

| | | |
|---------|--|-----|
| 8.2.2 | Características generales del Trastorno de depresión mayor..... | 94 |
| 8.2.3 | Criterios diagnósticos del Trastorno de depresión mayor..... | 95 |
| 8.2.4 | Epidemiología del Trastorno de depresión mayor | 97 |
| 8.2.5 | Desarrollo y curso del Trastorno de depresión mayor..... | 99 |
| 8.2.6 | Comorbilidad del Trastorno de depresión mayor. | 100 |
| 8.2.7 | Diagnóstico diferencial del Trastorno de depresión mayor. | 101 |
| 8.2.8 | Teorías explicativas del Trastorno de depresión mayor. | 102 |
| 8.2.8.1 | Teorías cognitivas..... | 102 |
| 8.2.8.2 | Teorías conductuales..... | 104 |
| 8.2.8.3 | Teorías biológicas..... | 105 |
| 8.2.9 | Intervención del Trastorno de depresión mayor. | 105 |
| 8.2.9.1 | Terapia cognitivo-conductual (TCC)..... | 106 |
| 8.2.9.2 | Farmacoterapia..... | 109 |
| 8.2.10 | Eficacia de la terapia cognitiva conductual en el trastorno de la depresión mayor. 110 | |
| 9. | Análisis del caso | 111 |
| 10. | Discusión y conclusiones | 115 |
| | Condsiderando que el presente estudio de caso, analiza un paciente con trastorno de personalidad límite comórbido con depresión mayor se pone en evidencia como | 115 |
| 17. | Referencias..... | 120 |

1. Información general del proyecto

Título

Estudio de caso en una paciente con Trastorno límite de personalidad, comórbido con Trastorno de depresión mayor.

Investigador y autor

Investigador: Jennifer Alejandra Mayo Cuervo

Tutor: Ana María Arias Zuleta

Resumen

El presente trabajo de estudio de caso clínico, tiene como objetivo describir, comprender, analizar y explicar desde el modelo de la Terapia Cognitivo Conductual, el abordaje de un caso único en una paciente con trastorno límite de la personalidad (TPL), comórbido con depresión mayor recurrente, de gravedad moderado. Para los fines de este trabajo se describió la conceptualización, evaluación, diagnóstico e intervención, considerando diferentes modelos teóricos y terapéuticos para la comprensión y tratamiento de ambas patologías. De acuerdo con la información del caso y considerando las diferentes posturas teóricas frente al trastorno de personalidad límite y el trastorno de depresión mayor, se dio lugar a conclusiones importantes sobre el caso. Se destaca que realizar el diagnóstico de esta paciente fue un proceso difícil, inicialmente por la reserva con la información y falta de consciencia de la misma paciente frente a su problemática, la alianza terapéutica fue un proceso clave para permitir que fuera surgiendo la información relevante para la confirmación del diagnóstico y por consiguiente establecer el tratamiento.

Palabras clave: Terapia cognitivo-conductual, trastorno límite de la personalidad, trastorno de depresión mayor.

Abstract

This work is about a clinical case study and it aims to describe, understand, analyze and explain, from the Cognitive Behavioral Therapy model, the approach to a single case in a patient with borderline personality disorder (BPD), comorbid with depression major recurrent, moderate severity. For the purposes of this work, the conceptualization, evaluation, diagnosis and intervention were described, considering the different theoretical and therapeutic models for the compression and treatment of both pathologies. In accordance with the information of the case and considering the different theoretical positions regarding borderline personality disorder and major depression disorder, important conclusions were drawn about the case. It should be noted that making the diagnosis of this patient was a difficult process, first because of the reserve with the information and lack of awareness of the patient herself in front of her problem, the therapeutic alliance was a key process to allow the relevant information to emerge for confirming the diagnosis and therefore establishing treatment.

Key words: Cognitive-behavioral therapy, borderline personality disorder, major depressive disorder.

2. Introducción

Este trabajo de investigación bajo la modalidad de estudio de caso se enfocó en describir, analizar y comprender desde la terapia cognitivo conductual, un caso único de una paciente con diagnóstico de trastorno de personalidad límite, comórbido con trastorno de depresión mayor, en el cual se implementaron las propuestas de intervención de psicoterapia cognitivo conductual de Beck, que de acuerdo a la evidencia ha mostrado un nivel de eficacia satisfactorio, especialmente para las alteraciones del estado de ánimo (De Maat et al., 2006; Imel, Malterer, McKay, & Wampold, 2008 como se citó en Spielmans, Berman, & Usitalo, 2011), también se incluyó en el

proceso, la terapia dialéctico conductual de Marsha Linehan, que de acuerdo a algunos autores ha mostrado niveles de eficacia satisfactorios para el trastorno de personalidad límite (Neacsiu & Linehan, 2018; De la Vega & Sánchez, 2013; Quiroga & Errasti, 2001; Caballo, 2001) y considerando que durante el proceso, se hicieron evidentes esquemas disfuncionales originados en la infancia y uno de los diagnósticos del presente caso constituye un trastorno de personalidad, se consideró la terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young, que es definida por algunos autores como la más apropiada para la modificación de esquemas maladaptativos tempranos y trastornos de personalidad (Caro, 2009; Keegan, 2004; Caballo & Camacho, 2000).

Para el desarrollo de este trabajo se hizo una descripción detallada del caso que incluye los datos generales de la paciente, su problemática, la historia del problema actual, antecedentes psiquiátricos, historia social, personal y médica, las observaciones generales del estado mental, el genograma y la impresión diagnóstica. Una vez descrita la información del paciente, se hizo la formulación del caso, donde se presentaron los precipitantes de la crisis y los activadores, se hizo un análisis transversal y longitudinal de las cogniciones, conductas y emociones disfuncionales; además se describen las fortalezas e hipótesis de trabajo que resumen la conceptualización psicológica del caso; se propuso el plan de tratamiento a partir de la enumeración de cada una de las problemáticas encontradas, los objetivos planteados y sus respectivas propuestas y procedimientos de intervención, además se hacen las observaciones de los aspectos más significativos de la relación terapéutica y las intervenciones que se hicieron durante el proceso, los resultados obtenidos y la descripción de obstáculos presentados en la psicoterapia para finalmente hacer una descripción de 5 sesiones que se llevaron a cabo con la paciente.

Posteriormente, se hace una descripción del soporte teórico de los diagnósticos identificados, es decir, el trastorno límite de la personalidad y el trastorno de depresión mayor, considerando

los criterios diagnósticos del DSM-5, la etiología, la epidemiología, el curso y desarrollo, la comorbilidad, el diagnóstico diferencial, las teorías explicativas y las técnicas y propuestas de intervención principalmente del enfoque cognitivo conductual que han mostrado mayor eficacia en ambos diagnósticos.

Además, una vez descritos los modelos teóricos, explicativos y terapéuticos efectivos en la intervención de ambas patologías, se hace un análisis del caso, considerando las dificultades para el establecimiento del diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y por último se presenta la discusión del estudio de caso.

Es importante resaltar que en el plan de intervención se implementaron inicialmente las propuestas de intervención para el trastorno de depresión mayor y durante el proceso se fueron abordando aspectos relacionados con los esquemas maladaptativos tempranos; la desregulación emocional, las habilidades sociales y la impulsividad se trabajaron con las propuestas de la terapia dialéctica conductual de Linehan, aclarando que estas herramientas terapéuticas se llevaron a cabo en proceso de psicoterapia individual y no bajo el modelo de terapia grupal que propone la autora.

Finalmente, se aclara que la identidad de la paciente fue protegida y le fue asignado un pseudónimo para el desarrollo de este trabajo. Además se firmó el consentimiento informado, donde se dio a conocer a la paciente, los objetivos del estudio, procedimientos y compromisos tanto para ella como consultante así como para la terapeuta.

3. Justificación

La metodología que se utilizó para este trabajo es el estudio de caso, el cual según Simons (2011) “es un estudio de lo singular, lo particular, lo exclusivo” (p.19), se considera una investigación empírica que estudia un fenómeno en su contexto real, basándose en diversas

fuentes de evidencia, con información que debe converger y guiando la recolección de datos y el análisis de los mismos a través de propuestas teóricas ya desarrolladas (Yin, 1994); este tipo de estudio, permitió hacer un análisis específico de dos patologías, que aunque no constituyen un único caso de comorbilidad entre el trastorno límite de personalidad y depresión mayor, las experiencias de vida y la forma en cómo la paciente ha estructurado sus cogniciones, emociones y conductas, la convierten en un caso único a analizar a la luz de las propuestas teóricas y psicoterapéuticas ya desarrolladas y que además al contrastar estas teorías se pudieron analizar los procesos de evaluación, tratamiento y desarrollo del caso, así como de los resultados obtenidos.

Por otro lado, algunos autores afirman que el estudio de caso es el método cualitativo de investigación más utilizado y constituye una herramienta de descubrimiento de explicaciones causales de un fenómeno específico (Yacuzzi, 2005) que demanda un nivel de madurez y experticia significativo en el investigador pues exige “un equilibrio complejo entre el dominio de marcos teóricos, la descripción densa y en análisis contextual, amalgamados por el arte de saber narrar” (Álvarez & Maroto, 2012, p9). Esta herramienta de investigación cualitativa a diferencia de los métodos de investigación cuantitativos, permite medir y registrar la conducta de las personas involucradas en el fenómeno a estudiar, sin las limitaciones que podrían presentarse en los métodos de recolección cuantitativos como los cuestionarios o encuestas (Yin, 1989, citado en Martínez-Carazo, 2011), motivo por el cuál es considerablemente útil como método de investigación en las ciencias sociales, especialmente en aquellos casos donde se busca profundizar a la luz de la teoría un fenómeno específico. Desde esta perspectiva, autores como Yacuzzi (2005) permiten entender el estudio de caso como una herramienta de investigación en las ciencias sociales que muestra una relación estrecha entre la teoría, que responde al qué o al cómo

considerando un aspecto causal y el caso, que permite profundizar en un fenómeno particular, por lo que finalmente el estudio de caso busca responder a preguntas del tipo cómo y por qué, en un caso específico. Además como lo explica Martínez-Carazo (2011) el estudio de caso es una metodología de investigación científica útil ya que posibilita la obtención de resultados enfocados a fortalecer, hacer crecer y desarrollar teorías existentes o en su defecto, generar nuevos paradigmas científicos, y en el caso particular de este trabajo, permite fortalecer el desarrollo teórico de los enfoques cognitivos conductuales, alrededor del trastorno de personalidad límite y el trastorno de depresión mayor.

Además del estudio de caso, en este trabajo se utilizó el modelo del Instituto de Terapia Cognitiva, que comprende cuatro fases: a) historia del caso, b) formulación del caso, c) plan de tratamiento y d) curso del tratamiento, esta estructura permitió hacer un análisis integral del caso considerando las particularidades de una paciente con trastorno de personalidad límite comórbido con trastorno de depresión mayor, patologías que representan una prevalencia significativa en la población en general y que afectan las dimensiones personal, familiar, social, laboral e interpersonal, afectando el funcionamiento integral de quien padece estos diagnósticos y que además conllevan a conductas autolesivas e incluso a la muerte; motivo por el cual, llevar a cabo un proceso de intervención cuidadoso genera un beneficio para el paciente, para las ciencias de la salud y para los profesionales en salud mental.

De acuerdo con lo anterior, vale la pena señalar que el trastorno límite de personalidad constituye una patología de compleja comprensión, que comprende un patrón estable de desorganización con alteraciones significativas en la afectividad, en el control de impulsos y una constante inestabilidad (Belloch & Fernández, 2010; Caballo & Camacho, 2000) que a su vez representa un riesgo para la vida de la persona que lo padece, pues aparecen de forma frecuente

las conductas suicidas o autolesivas (Ferrer et al., 2015). De acuerdo con la APA (2014) se estima una prevalencia entre el 1,6% y el 5,9% y se elevan del 6% al 10% en atención primaria y del 20% en pacientes psiquiátricos hospitalizados, y otros autores estiman un nivel de prevalencia del 40% y 60% en la población en general (Álvarez, 2001; Salavert, Cunill, Catalán, García & Vila, 2004; Soler, Camping, Pérez, Puigdemont, Pérez-Blanco & Álvarez, 2001; como se citó en Nieto, 2006), porcentaje que coincide con los reportes de la Encuesta de salud Mental realizada en Colombia en 2015 por Oviedo, Gómez-Restrepo, Rondón, Borda & Tamayo, (2016) donde se encontró que el 40,8% de los participantes tenían entre 1 o 2 rasgos de personalidad límite, y que además, en investigaciones, como la llevada por Zarini et al., (2006, citado en Ferrer, Prat, Calvo, Andiñ & Casas, 2013) se evidenció que el 66,6% de los pacientes diagnosticados con TPL habían presentado conductas autolesivas antes de los 18 años; todas estas cifras son realmente alarmantes y a su vez nos permiten comprender por qué estudios como éste contribuyen de manera significativa al tratamiento de patologías tan complejas y riesgosas para la salud, como lo es el trastorno de personalidad límite.

Aunque el TPL, represente por sí mismo un riesgo en este estudio de caso clínico, esta patología se presentó de manera comórbida con el trastorno de depresión mayor, lo que aumenta el nivel de complejidad y riesgo para la vida del paciente y un reto para los profesionales de la salud.

Se estima que la depresión es una enfermedad que afecta más de 300 millones de personas, según la Organización Mundial de la Salud (Medina, M. E. A., Pérez, R. E. G., & Mejía, D. Z., 2008) y en Colombia parece ser una de las patologías del estado de ánimo de mayor prevalencia (Quitian, Ruiz-Gaviria, Gómez-Restrepo & Rondón, 2016). Autores como Gómez-Restrepo et al., (2004) encontraron en población colombiana una prevalencia del 10,0% para algún episodio

depresivo en los últimos 12 meses previos al estudio y el 8,5% de la población presentó por lo menos un episodio depresivo en el último mes. De allí que las investigaciones al rededor de la depresión hayan permitido concluir que esta patología representa un problema significativo para salud de las personas y la calidad de vida de las mismas.

Ahora, si sumamos los riesgos que representa cada una de las patologías anteriormente mencionadas, el panorama es más claro y nos permite afirmar que su nivel de prevalencia parece ser cada vez mayor y afectan de manera significativa la calidad de vida de las personas en los aspectos interpersonal, familiar, social y personal.

Esta conceptualización del caso clínico en una paciente de trastorno de personalidad límite comórbido con trastorno de depresión mayor permitió contrarrestar los aspectos teóricos con la práctica clínica de la psicología, motivo por el cuál este trabajo tiene relevancia en el área académica y clínica ya que permite describir, analizar y explicar ambas patologías para servir de marco de referencia para otros clínicos o estudiantes de salud mental en proceso de investigación, evaluación e intervención clínica o para fines académicos que permitan orientar el tratamiento de un paciente con estas dos patologías.

4. Área problemática

El presente estudio de caso se analiza desde el concepto de psicología anormal, sin embargo, establecer cuál es el límite entre la normalidad y la anormalidad no ha sido fácil, la historia muestra que esta conceptualización ha variado entre generaciones y ha determinado el tratamiento del mismo, autores como Sarason (1993) expresan que la psicología de lo anormal se enfoca en el estudio de la conducta desadaptada, sus causas, consecuencias y tratamientos, además, relaciona los conceptos de conducta anormal y enfermedad mental como una conceptualización de la anormalidad, y hace especial hincapié en la correlación existente entre la

anormalidad y los errores en la adaptación del ser humano. Frente a esto, es importante considerar que la anormalidad es vista como aquello que evidentemente está fallando, pero también aquello que no es visible al ojo humano, y aún así genera malestar en las personas.

Haber llegado a una comprensión integral de la psicopatología ha sido complejo, autores como Stucchi-Portocarrero (2013) han estudiado el término enfermedad mental y han documentado cómo este concepto, se ha transformado de una comprensión mágico-religiosa, pasando por una conceptualización de enfermedad basada en lo que llegó a considerarse marginalidad, hasta ser permeado por ideologías religiosas, políticas y sociales, manteniendo en todas ellas un estigma que poco ha cambiado, de tal manera que quienes han padecido enfermedades mentales, han sido llamados “poseídos medievales (...) incurables, degenerados o disidentes políticos (...) todos ellos víctimas de discriminación, abuso o persecución” (p. 219).

En este trabajo se tomará de referencia, la conceptualización de trastorno mental dada por la APA (2014), donde se expresa que:

“un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Los comportamientos socialmente anómalos (ya sea políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo

que la anomalía y el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente” (p. 20)

Tal y como se expresa anteriormente, un trastorno mental contempla malestar clínicamente significativo en en las dimensiones cognitiva, emocional o conductual de una persona y además incide en uno o varios procesos del ser humano, en una o varias dimensiones de la vida y excluye todo malestar que constituya una respuesta esperada ante un acontecimiento o factor de estrés, teniendo en cuenta las condiciones socioculturales.

Considerando los fundamentos teóricos de los modelos cognitivo-conductuales, éste trabajo de investigación de estudio de caso, aborda la patología de una paciente con trastorno límite de la personalidad, comórbido con trastorno depresivo mayor. A continuación, se describen las características generales de ambos trastornos.

El trastorno de personalidad ímite hace parte de uno de los trastornos específicos de personalidad del grupo B, consdierado, por autores como Caballo & Camacho (2000), como el grupo más heterogéneo. De acuerdo a Ferrer et al., (2015) este tipo de personalidades, hacen un esfuerzo por evitar ser abandonados, sus estilos relacionales oscilan entre la idealización y la devaluación y es por ello que sus relaciones intepersonales son intesas e inestables, tienen una alteración de la identidad y del sentido del yo, son evidentemente impulsivas, irritables y han presentado conductas suicidas o autolesivas.

La prevalencia del TPL es muy variable y algunos autores indican que puede estar sobrevalorada por la concurrencia de este de personalidades a los servicios médicos, sin embargo, autores como García, et al., (2010) indican que el 1-2% de la población general pueden tener TPL y este porcentaje aumenta al 11-20% y al 18-32% en pacientes ambulatorios y

hospitalizados respectivamente, además afirman que esta patología parece ser más prevalente en mujeres que en hombres, información soportada por la APA (2014).

Al ser el TPL una de las patologías consideradas de mayor complejidad, padecer un trastorno de personalidad puede considerarse un factor de vulnerabilidad que predispone el desarrollo de otro trastorno mental (Selva et al., 2005), en este sentido autores como Zimmerman & Mattia (1999) y Díaz (2001) han encontrado que los trastornos comorbiles más frecuentes para el TPL son el trastorno de del estado de ánimo, de ansiedad, consumo de sustancias, entre otros.

Por otro lado, cabe resaltar que los trastornos del estado de ánimo han sido objeto de estudio por muchos años; autores como Beck (1963, 1964, 1967, como se citó en Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G., 1983), han estudiado este fenómeno desde los años sesenta permitiendo una conceptualización basada en la investigación y observación clínica, que a su vez han desarrollado propuestas terapéuticas con resultados favorables a lo largo de los años y han conceptualizado la depresión desde la tríada cognitiva donde se manifiesta una visión negativa, de sí mismo, el mundo y los demás; una organización del pensamiento que permite filtrar y organizar los estímulos externos de una forma específica y coherente con el pensamiento depresivo y unos errores en la información que permean la forma como las personas interpretan los sucesos de la vida.

De acuerdo con el DSM-5 los trastornos depresivos manifiestan síntomas como: “presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad funcional del individuo” (APA, 2014, p.155), así mismo, esta caracterización general está presente en el tipo de depresión unipolar, que será objeto de estudio en este trabajo.

Según la Organización Mundial de la Salud la depresión es considerada una enfermedad que afecta más de 300 millones de personas y puede llegar a ser tan grave que en muchos casos lleva al suicidio (Medina, Pérez & Mejía, 2008). En un estudio de salud mental realizado en 2015 en Colombia, se evidenció que el trastorno de depresión mayor en comparación con otras patologías, sigue representando un porcentaje importante, con una prevalencia del 4.3%. (Quitian, Ruiz-Gaviria, Gómez-Restrepo & Rondón, 2016). Otros autores como Gómez-Restrepo et al., (2004) que también han estudiado el fenómeno de la depresión en Colombia han encontrado una prevalencia del 10,0% para algún episodio depresivo en los últimos 12 meses previos al estudio y el 8,5% de la población presentó por lo menos un episodio depresivo en el último mes, las edades con mayor prevalencia de depresión, en el año previo a la encuesta, son las personas entre los 46 y 60 años, además se evidenció que la depresión moderada y grave se presenta en mayor proporción, en mujeres.

Además, gracias a los estudios que se han realizado en población con trastornos depresivos, se evidencia que estos, constituyen un problema significativo para la salud de las personas y requieren de atención y acompañamiento que les permita tener una mejor calidad de vida a quienes lo sufren y sus familias. Sin embargo, y a pesar de que se estiman diferentes tipos de tratamientos para la depresión, más de la mitad de las personas que lo padecen, no reciben atención (OMS, 2019).

Por otro lado, según la OMS (2019) entre los tratamientos eficaces para combatir la depresión moderada y grave están los tratamientos psicológicos y farmacológicos; sin importar el tipo de tratamiento, el enfoque de los procedimientos antidepressivos, es lograr la desaparición de los síntomas y la recuperación de la funcionalidad del paciente en las diferentes dimensiones de su

vida. (Pérez, 2017). Autores como Gaynes BN et al. 2009, y Rush AJ et al. 2006, (como se citó en Pérez E, 2017) estiman que:

“los tratamientos antidepresivos actuales tienen una eficacia comprobada pero limitada, logrando tasas de remisión de alrededor de 30% tras un paso de tratamiento, 60% tras 2 pasos y subsecuentemente menor conforme se intentan más estrategias terapéuticas, únicamente logrando una tasa de remisión de 67% tras 4 pasos de tratamiento consecutivo”. (p8)

Autores como Barlow (2018) han recopilado gran número de investigaciones que estiman el tratamiento cognitivo conductual como una opción eficaz para poblaciones deprimidas, sin embargo hace especial hincapié al citar los estudios de McCulloch (2003) donde se da una clara diferenciación cualitativa a las formas de depresión crónica y no crónica así como el tipo y alcance del tratamiento.

Los estudios anteriormente mencionados se profundizarán en el desarrollo del este trabajo con el objetivo de soportar teórica y empíricamente, la problemática planteada en este estudio de caso.

Una vez aclarada la prevalencia del trastorno límite de personalidad y el trastorno de depresión mayor, así como las implicaciones en la salud, integridad y calidad de vida, es más evidente la problemática que representan cada una de las patologías descritas, así como la complejidad que demanda dicha comorbilidad para un paciente, que con el modelo de terapia cognitiva y la conceptualización del caso bajo la metodología planteada por el Instituto de Terapia Cognitiva permitió mejorías en los síntomas que se presentarán en este caso y además desde el enfoque investigativo, permitió que este caso clínico se articulara a las propuestas teóricas y metodológicas del modelo cognitivo conductual, para una mejor comprensión e intervención del caso.

5. Objetivos

5.1 Objetivo general

Realizar el análisis descriptivo de un proceso terapéutico en un caso de Trastorno límite de la personalidad comorbido con depresión mediante un estudio de caso clínico único desde la Terapia Cognitiva-Conductual.

5.2 Objetivos específicos

- Describir y comprender el caso clínico, permitiendo la formulación y diagnóstico del mismo.
- Explorar modelos teóricos desde el enfoque cognitivo conductual que permitan la comprensión y profundización del Trastorno límite de la personalidad comorbido con depresión mayor.
- Investigar protocolos y modelos de intervención basados en la evidencia, que permitan un amplio abordaje de ambas patologías.

6. Historia clínica del paciente

6.1 Historia del caso

6.1.1 Identificación general del paciente.

Luisa es una mujer de 25 años, soltera, tiene dos hermanos mayores, con los que tiene una relación cercana, convive con su padre. Actualmente tiene una relación distante con su madre. Es estudiante de Maestría en Derecho de último semestre y está actualmente desempleada.

6.1.2 Motivo de consulta.

Paciente de 25 años que expresa haber comenzado a experimentar nuevamente síntomas depresivos a raíz de una ruptura amorosa, ha experimentado ánimo deprimido, ansiedad, ira, estrés, llanto frecuente, insomnio, cansancio constante, pensamientos de muerte y aislamiento.

Afirma “después de la relación, terminé muy afectada porque me he sentido muy poca cosa, no tengo ganas de nada, tengo un sentimiento de soledad. No me siento bien conmigo misma, ha empeorado la situación porque no me interesa dedicarme a pensar en cómo estoy, me siento mal”.

6.1.3 Historia de la enfermedad actual.

En agosto de 2019, Luisa quedó embarazada de su pareja, afirma que éste le decía que ella no iba a servir para ser mamá, no estaba preparada, se iba a arruinar la vida, no iba a poder estudiar, y estaba muy joven para ello, razones por las cuáles la convenció para abortar.

Posterior al aborto su pareja se distanció mucho y ella se puso irritable, lloraba mucho, sentía que le hacían daño.

Expresa que ambos empezaron a tratarse mal por todos los medios de comunicación y afirma “no sentía el mismo apoyo de antes, empezó a tratarme con groserías, me utilizaba para tener relaciones y eso me dolió mucho” así fue aproximadamente 3 meses.

En Diciembre de 2019 tuvieron intervalos de semanas estables y semanas de insultos y malos tratos, siente que su pareja la ilusionaba y trataba bien para recibir sexo a cambio. Ella expresa que en una ocasión le llamó 500 veces.

Ella descubre que él tiene otra relación en Diciembre de 2019 y la relación se termina. Tiene un intento de suicidio por sobredosis de pastillas. Evento que no fue evidenciado por su familia. Tuvo contacto nuevamente con su ex pareja en enero por motivo de su cumpleaños, con el mismo ciclo inestable de la relación. Desde finales de febrero no tiene contacto con él.

La paciente expresa que lleva un mes con ánimo bajo y en su historia personal los síntomas que ha experimentado son el inicio de un episodio depresivo, situación que le genera miedo ya que quiere abandonar la maestría, siente ansiedad y ha aumentado la ingesta de alimentos.

Al momento de la consulta (28 de marzo de 2020) manifiesta los siguientes síntomas:

Cognitivo: Pensamientos de inamabilidad y falta de valía personal relacionados con: me sentía muy miserable” “me he sentido muy poca cosa”. Ideas pasivas de muerte.

Emocional: tristeza, ira, miedo, depresión, ansiedad, sentimientos de soledad.

Conductual: Desmotivación, anhedonia, aumento en la ingesta de alimentos, llanto intenso, aislamiento.

Fisiológico: insomnio (conciliación y mantenimiento), cansancio todo el tiempo.

Estresores ambientales:

- De pareja: la ruptura de su relación.
- Familiar: la convivencia con el padre ya que expresa que es devaluador, crítico y hostil.
- La relación con su madre ya que es distante.
- La crisis por la pandemia COVID-19 ya que aumenta su malestar.
- Académicos: La carga académica y la recta final de su formación profesional le generan tensión y ganas de abandonar la carrera.

6.1.4 Antecedentes psiquiátricos pasados.

Luisa reporta consumo de marihuana e inhalación de pegante a la edad de 14 años hasta aproximadamente los 17 años por sugerencia de sus parejas, como conducta de complacencia.

A los 14 años tuvo dos intentos de suicidio a causa de Bullying, no evidenciados por su familia.

A la edad de 19 años comienza a desollar sus primer episodio depresivo, a causa de la convivencia con su padre y una ruptura amorosa. Busca ayuda pero no asiste al proceso y pasados dos años, tiene un intento de suicidio con ingesta de pastillas. Los hechos no fueron evidenciados por su familia. Busca nuevamente ayuda y estuvo en proceso terapéutico durante 4 meses, durante ese tiempo no recibió medicación.

Reporta compulsión en la alimentación sin diagnosticar desde aproximadamente los 21 años.

Alcoholismo por parte del padre durante la infancia de la paciente.

6.1.5 Historia personal y social.

Compartía tiempo con sus abuelos los fines de semana, donde se sentía segura, protegida y feliz. Afirma que era muy insegura e introvertida, le daba miedo la gente y salir a la calle.

Sus padres se separaron cuando tenía 7 años, y hasta esa edad vivió con ellos, a raíz de la separación, su madre los abandona. Sus hermanos, ella y su padre se fueron a vivir a la casa de los abuelos. A la edad de 8 años su padre borracho se acuesta en su cama y le pide que le toque el pene, expresa que después de eso, la relación con su padre se torno afectivamente distante.

Se mudaron nuevamente cuando ella tenía 10 años. Al crecer sus hermanos, pasaba mucho tiempo jugando sola. Entre los 12 y 13 años comenzó a robarle a sus abuelos y a su padre, en ese momento la relación con sus abuelos se deterioró y ella se sentía irascible y a la defensiva.

A la edad de 14 años, tuvo sus primeros novios y llegó a consumir sustancias alucinógenas como marihuana y a inhalar pegante, expresa que lo hacía para complacer a sus novios.

En su Colegio no tenía buenas relaciones, era muy introvertida y distante y fue víctima de Bullying, afirma que practicó cutting en los brazos para encajar y llamar la atención de su padre. A causa del bullying dejó de ir a estudiar durante 1 mes, no quería ver a nadie, tenía actitudes agresivas, recuerda que quería morirse, se sentía sola; durante ese mes tuvo dos intentos de

suicidio, una con ingesta de pastillas y otra en un intento por colgarse de una viga en su casa, estas situaciones fueron ignoradas por su padre, aunque ella buscaba llamar su atención.

Recuerda esa época como muy compleja pero al mismo tiempo disfrutaba muchas cosas, se refugiaba en sus parejas, sin embargo expresa “me dejaba usar como un objeto sexual”. Cuando no tenía parejas estables, se acostaba con hombres que recién conocía, aunque no tuviera deseo sexual.

Eligió la carrera de Derecho porque su padre quería, y suspendió un semestre como respuesta a las amenazas de su padre de no pagarle un semestre.

A los 19 años convive un tiempo con su novio pero al retornar a casa por una crisis económica, se expone a maltratos verbales por parte del padre, con quien sostiene una relación tensa y su estrategia es ser sumisa y complaciente para evitar problemas, sin embargo, hay momentos en que se cansa de ser así y lo ignora o es agresiva con él.

Sentía que con su padre tenía que ser fuerte para que no la lastimara y en su lugar se volvió grosera y con actitudes a la defensiva, tenía baja tolerancia a la frustración y sus reacciones eran de hostilidad, rompía cosas y empezó a distanciarse de su novio, a tratarlo mal, se volvió grosera, posesiva, obsesiva, controladora, se sentía traicionada fácilmente e insegura. Ella termina la relación con la esperanza de reconciliarse, al enterarse que su ex pareja ya tiene novia, experimenta ansiedad y síntomas depresivos.

Dejó de ir dos semanas a clase, sentía que había perdido toda la motivación, no quería ver a nadie, se encerró completamente, experimentó llanto y tenía pensamientos de muerte de forma constante, perdió el trabajo y el semestre y tuvo un intento de suicidio con ingesta de pastillas antidepresivas.

Aproximadamente entre los 21 y 22 años estuvo en proceso terapéutico 4 meses por compulsión en la alimentación y estado de ánimo bajo. Mostró mejoría y se sintió estable hasta los 24 años que se presenta el problema actual.

Expresa que siempre ha tenido pocos amigos, se siente incómoda intimando con la gente, afirma que suele mostrarse muy axequible, tranquila y estable logrando que los demás confíen en ella, pero cuando siente ese nivel de confianza se aleja ya que le molesta sentir que debe cargar con los problemas emocionales de los demás.

Así mismo piensa que los demás no tienen porque conocer ni resolver sus problemas emocionales, por lo que le cuesta confiar sus problemas y dejar ver sus emociones a los demás. Expresa que se le es más fácil compartir dichos problemas con sus parejas que con amigos y familiares.

Cuando está en grupo suele ser muy callada, pero usualmente cuando interviene ofenden con o sin intención a los demás.

Solo ha tenido una experiencia laboral estable, expresa que al principio tuvo buenos resultados y fue reconocida por ello, sin embargo empezó a sentir que no era valorada y comenzó a ser agresiva, su relación con sus jefes terminó siendo conflictiva.

Manifiesta tener dificultad en las relaciones con los hombres, ya que interpreta muchas conductas como poco interés por parte de ellos hacia ella o hacia la relación y en muchas circunstancias termina alejándolos con sus comentarios o alejándose ella bajo la creencia "igual pronto me voy a aburrir de ellos".

Aunque académicamente obtiene buenas notas, expresa que se le dificulta mucho ejecutar las actividades que implican hablar en público, situaciones en las que experimenta un alto grado de ansiedad, sentimientos de incapacidad y temor a ser juzgada o quedar en ridículo.

Además manifiesta desmotivación cuando tiene una carga académica significativa y en ocasiones piensa que pierde tiempo y dinero en una universidad que odia y donde repiten siempre las mismas cosas.

6.1.6 Historia médica.

Luisa reporta no tener ningún problema médico que influya en su funcionamiento psicológico o en el proceso terapéutico.

6.1.7 Observaciones del estado mental.

La paciente llega ubicada en tiempo-espacio, ansiosa, con ánimo deprimido, sin maquillaje, presentación personal básica, verbalmente fluida, escucha activa y buena disposición, sin aparente alteración sensoperceptiva, parcial introspección.

6.1.8 Genograma.

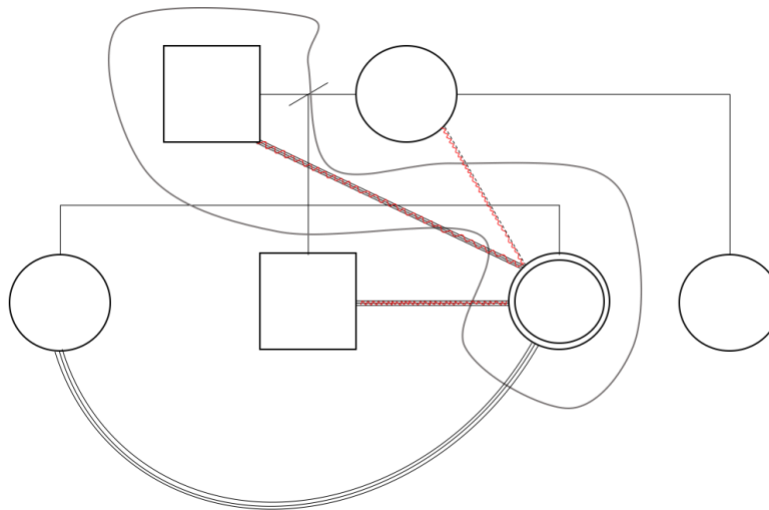


Figura 1. Genograma

6.1.9 Pruebas aplicadas.

Inventario Depresión de Beck:

- Abril 2 de 2020 / 37 pts Depresión severa.
- Junio 17 de 2020 / 24 pts Depresión moderada.

YSQL2: Puntuó alto en los siguientes esquemas: deprivación emocional, desconfianza / abuso, defectuosidad / vergüenza, fracaso, dependencia / incompetencia, subyugación, inhibición emocional, insuficiente autocontrol o autodisciplina.

IPDE: Trastorno Límite de la personalidad: 7 pts.

6.1.10 Impresión diagnóstica.

301.83 (F60.3) Trastorno de personalidad límite

296.32 (F33.1) Trastorno de depresión mayor recurrente, de gravedad moderado.

6.2 Formulación del caso

6.2.1 Precipitantes.

El aborto y el maltrato posterior por parte de su pareja, además del distanciamiento en la relación, generaron que Luisa comenzara a desarrollar conductas agresivas con su pareja, pero al mismo tiempo cedía a sus deseos sexuales esporádicos, situaciones que generaron en ella sentimientos relacionados con que su pareja no la valoraba y que no sería capaz nuevamente de mantener una relación sentimental estable, motivo por el cual comenzó a desarrollar síntomas de depresión que se exacerbaron con la ruptura de la relación, ocasionando un intento de suicidio.

Entre los principales activadores están:

- Cuando debe asumir responsabilidades que considere importantes en lo personal y académico.
- Entablar comunicación con hombres en calidad de coqueteo.
- Cuando tiene que hablar en público o se siente expuesta en clase.
- Cuando comparte con su madre o su padre.
- Cuando una persona le cuenta sus intimidades y le demuestra confianza.

6.2.2 Enfoque transversal de las cogniciones y conductas.

Una situación problemática para Luisa es cuando sale a cenar con su mamá y ésta habla de sus lujos y dinero, inmediatamente piensa: “Ella siempre me humilla -70%” siente enojo, humillación y fastidio y su conducta es adoptar una actitud aparente de escucha, asentir y no responder, y quedarse ahí aún cuando quería irse (ambos comportamientos para evitar un pelea o problema con su mamá).

Una segunda situación problemática típica para Luisa es cuando su profesor le llama la atención en público durante la clase, piensa: “me quiere hacer quedar mal” siente ira y su conducta es responderle al profesor a la defensiva, aunque sienta temor de que sus compañeros piensen mal de ella por el comentario del profesor.

Una tercera situación problemática típica para Luisa es cuando está chateando con un amigo piensa: “Debería dejarle de hablar porque nunca me demuestra interés” siente tristeza y enojo, su conducta fue escribirle que está cansada de que no valore la atención que le da ella y dejarle de hablar.

6.2.3 Enfoque longitudinal de las cogniciones y conductas.

Luisa creció con una madre emocionalmente distante, y un padre alcohólico que estaba para ella de manera intermitente y además rompió su confianza al abusar de ella en su infancia, por otro lado, el abandono de la madre y falta de disponibilidad de los hermanos ocasionaron que a edad temprana desarrollara la creencia “no me quieren” (Beck et al., 2005). Dichas creencias fueron fortaleciéndose con el bullying, las constantes críticas por parte padre, la fractura de su relación con sus abuelos, y los fracasos en sus relaciones amorosas.

Para enfrentar dicha creencia Luisa desarrolló supuestos rígidos:

- Si complazco a los demás, no me abandonarán, si no lo complazo a los demás me quedará sola, lo que quiere decir que no me quieren.

- Si no decepciono a la personas, quiere decir que se quedaran a mi lado, por lo tanto me quieren, si decepciono a las personas eso quiere decir que se van a alejar de mí y me quedará sola.

Las reglas y actitudes fundamentales con las que enfrenta esta creencia son, “no debo decepcionar a los demás”, “debo satisfacer a los demás”, “es horrible quedarme sola”.

Entre sus estrategias están el ser complaciente, demandar atención y afecto y evitar entrar en conflicto.

Por otro lado Luisa no tuvo compañía y apoyo desde su infancia lo que constituyó un ambiente social inadecuado que pudo interferir en su capacidad para desarrollar límites, controlar sus impulsos y emociones (García et al., 2010) situaciones que pudieron generar la creencia central “soy frágil” (Beck et al., 2005; Caballo et al., 2004).

Para enfrentar dicha creencia Luisa desarrolló supuestos rígidos:

- Si confío en los demás y soy amable se aprovecharán de mí, si no confío en los demás y me muestro agresiva y distante no se aprovecharán de mí.
- Si reacciono agresivamente no me verán débil y por ende no se aprovecharán de mí, si no reacciono agresivamente me verán débil y se aprovecharán de mí.

Las reglas y actitudes fundamentales con las que enfrenta esta creencia son, “debo responder agresivamente antes de que me vean débil”, “es horrible no ser capaz de valerme por mí misma”

Entre sus estrategias está ser agresiva, evitar intimar con las personas.

El área más afecta es la de desconexión y rechazo. Los esquemas que se evidencian son: desconfianza/abuso, inhibición emocional, privación emocional, imperfección-vergüenza, aislamiento social, fracaso.

6.2.4 Diagrama de conceptualización cognitiva.

A continuación se presentará el diagrama de conceptualización cognitiva de la paciente analizada en el presente trabajo.

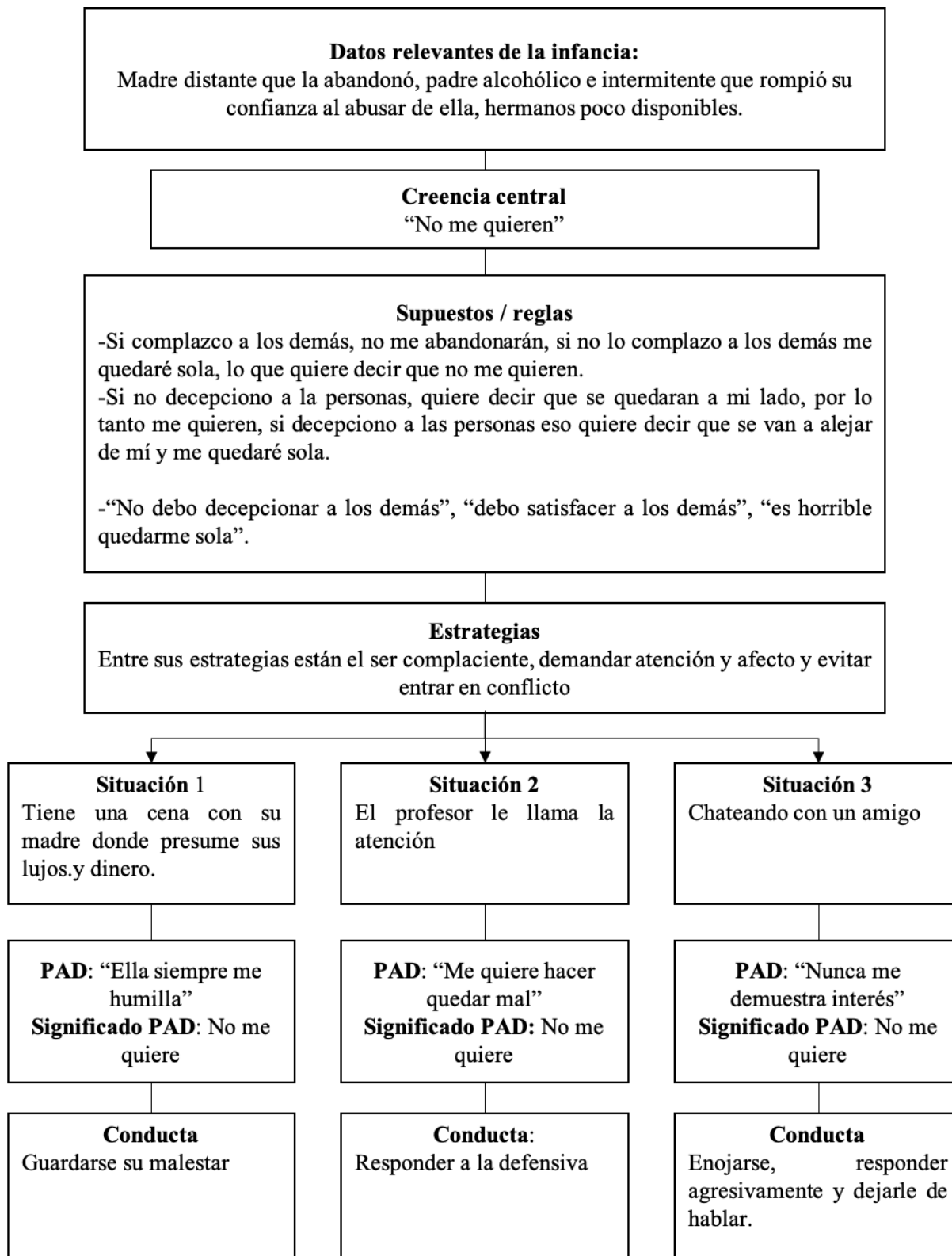


Figura 2. Diagrama de conceptualización cognitiva 1

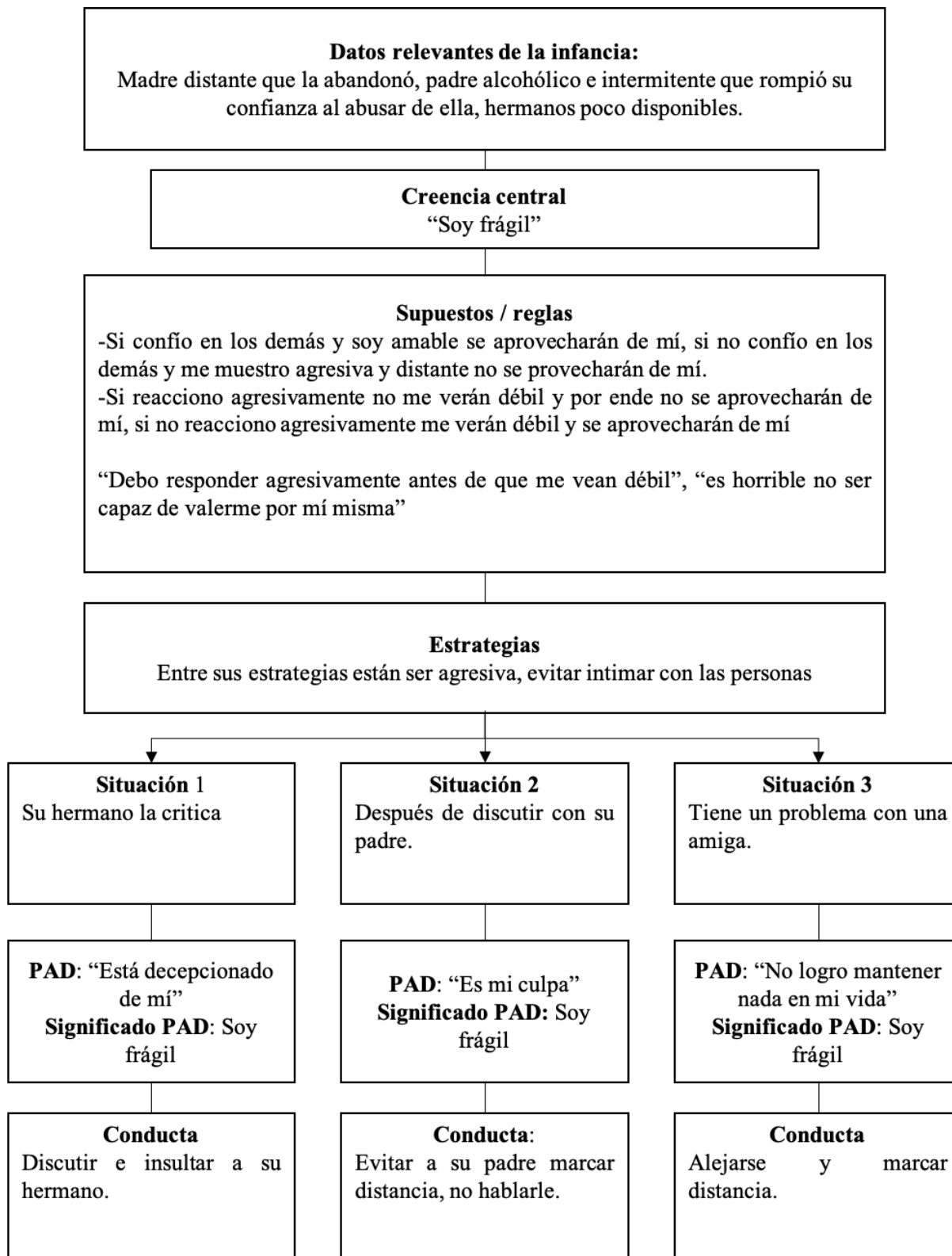


Figura 3. Diagrama de conceptualización cognitiva 2

6.2.5 Fortalezas.

Luisa tiene disposición en el proceso terapéutico. Aunque tiene pocas amistades se esfuerza por mantener dichas relaciones, aunque en ocasiones suele ser agresiva y ofensiva.

Tiene buena relación con su hermana y cuenta con el apoyo de ella para el proceso terapéutico, quien es su principal apoyo emocional.

6.2.6 Hipótesis de trabajo.

Las experiencias en la infancia de Luisa generaron creencias de que es débil y los demás se aprovecharán de ella, y al mismo tiempo necesita de ellos porque no es capaz de valerse por sí misma. El ambiente tenso entre sus padres, el distanciamiento emocional de su madre y posterior abandono, la actitud crítica de su padre frente a ella y la experiencia de abuso en la infancia, configuraron un ambiente apropiado para desarrollar un estilo de personalidad caracterizado por relaciones interpersonales inestables, dificultades en el afecto y en la percepción de la autoimagen (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan y Bohus, 2004; García et al., 2010). Por otro lado las experiencias de rechazo con sus compañeros de estudio, los fracasos en sus relaciones amorosas y la relación fracturada con sus abuelos, reforzaron la creencia de que nadie la quiere y será abandonada, así mismo construyó una visión negativa de sí misma, el mundo y los demás, expresando conductas que alternan entre la complacencia y la agresión hacia los otros, enmarcando distanciamiento emocional y expresando dificultad para intimar, disminuyendo su exposición al refuerzo positivo del entorno, generando una alteración en el estado de ánimo.

Estas creencias se activan cuando está expuesta emocionalmente a otros, en relaciones interpersonales con hombres donde no recibe la atención que desea, cuando siente que es rechazada y cuando confía o siente que otros confían en ella, especialmente amigos o familiares.

Para funcionar en el mundo Luisa desarrolló supuestos como (a) si complazco a los demás, no me abandonarán, (b) si no decepciono a los demás, se quedarán conmigo, (c) Si confío en los demás y soy amable, se aprovecharán de mí y (d) si soy agresiva no me verán débil.

Ante el rechazo Luisa manifiesta síntomas de depresión que muestran su máxima expresión ante rupturas amorosas, lo anterior de acuerdo Beck (1967) se explica por una personalidad sociotrópica y de acuerdo a Lewinsohn (1975), la paciente ha estado expuesta de manera prolongada a una baja tasa de refuerzo positivo promoviendo los síntomas depresivos. Por otro lado, de acuerdo a su estructura de personalidad se explica que Luisa sienta que de entrada las personas no la quieren y busca defectos para arruinar sus relaciones interpersonales, siendo agresiva porque no se siente valorada y posteriormente sintiéndose culpable y angustiada por perder esos vínculo y ser abandonada (Millón & Everly, 1994), situaciones que acivan su sintomatología depresiva.

Para operacionalizar sus supuestos, desarrolló estrategias conductuales como: desconfianza, sumisión, complacencia, evitación y consentimiento a todo lo que hicieran o propusieran (especialmente si son hombres, su padre o su madre) y estrategias conductuales como la inhibición emocional y la demanda de atención y afecto.

6.3 Plan de tratamiento

| Problema | Objetivo | Estrategias |
|----------------------|-------------------------------------|--|
| Síntomas depresivos. | Disminuir los síntomas de depresión | <ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva de pensamientos depresivos. • Psicoeducación sobre la triada cognitiva y trampas vitales para lograr una comprensión más objetiva sobre su interpretación sobre su experiencias de vida y del mismo modo realice una valoración objetiva de las mismas. • Programa de actividades agradables y desagradables. Lewinsohn, Sullivan y Grosscup (1980), Libet y Lewinsohn (1973) para aumentar los niveles de satisfacción así como aprender a distribuir el tiempo entre las actividades de responsabilidad y las de agrado y disfrute. |

| | | |
|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Registro diario. • Entrenamiento en relajación. • Enfrentar las actividades aversivas. • Manejo del tiempo. • Aumento de las actividades agradables. |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Emplear las técnicas de autocontrol de Rehm (1977): autorregistro, en la autoevaluación y en el autorrefuerzo y la T. de activación conductual. • Incluir aspectos de la terapia de habilidades sociales con el objetivo de aumentar los niveles de satisfacción provenientes de las relaciones interpersonales. <ul style="list-style-type: none"> • La aserción negativa. • La aserción positiva. • Las habilidades de conversación. • Tratamiento psicofarmacológico por la persistencia de sintomatología depresiva. |
| Ánimo ansioso | Disminuir el ánimo ansioso y estabilizar la ingesta de alimentos | <ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva para pensamientos ansiosos para disminuir la valoración catastrófica de los eventos futuros y evitar conductas de prevención negativa. • Técnicas de respiración diafragmática y técnicas de respiración progresiva de Jacobson para aumentar la relajación y control. |
| Dificultad para conciliar el sueño e insomnio. | Estabilizar los hábitos de sueño y trabajar higiene del sueño. | <ul style="list-style-type: none"> • Terapia cognitivo conductual para el insomnio (Mayo Clinic): <ul style="list-style-type: none"> • Terapia de control de estímulos • Restricción del sueño • Higiene del sueño • Mejorar el entorno para dormir. • Entrenamiento en relajación. • Permanecer despierto de una manera pasiva. • Técnicas de respiración progresiva de Jacobson para estimular un estado de relajación antes de dormir. |
| Intenos de suicidio | Minimizar el riesgo de suicidio | <ul style="list-style-type: none"> • Implementar el Plan de seguridad como estrategia de prevención de suicidio. Stanley & Brown (2011). |
| Dificultad en las relaciones interpersonales. | Mejorar las relaciones interpersonales. | <ul style="list-style-type: none"> • Terapia de habilidades sociales para aumentar el establecimiento de relaciones interpersonales estables y adaptativas. <ul style="list-style-type: none"> • La aserción negativa. • La aserción positiva. • Las habilidades de conversación. • Entrenamiento en comunicación asertiva, estilo asertivo, derechos asertivos que permitan desarrollar una posición empática en la comunicación con otros y la capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos de manera funcional. • Trabajar pensamiento dicotómico en las relaciones interpersonales con técnicas como reestructuración cognitiva y continuum cognitivo. |

| | | |
|---|--|---|
| Conductas de subyugación y agresividad. | Aumentar el control emocional. | <ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en comunicación asertiva, usando el role playing y haciendo ensayos de conducta dentro y fuera de la terapia. • Entrenamiento en respiración profunda para aumentar el control de la emoción negativa como la ira y la agresividad. • Implementar el entrenamiento en habilidades de la TDC como la identificación, conexión, aceptación y comprensión de las propias emociones; tolerancia al malestar y evaluar los pro y los contra de tolerar la crisis con ejercicio de distracción o atención plena y validación de las emociones positivas y negativas del paciente durante la terapia de forma que el terapeuta pueda reparentalizar las experiencias pasadas que constituyeron el actual ciclo disfuncional de relaciones interpersonales. |
| Dependencia emocional | Disminuir la dependencia emocional y fomentar relaciones de pareja saludables. | <ul style="list-style-type: none"> • Protocolo dependencia emocional de Jorge Castelló Blasco (2005) que trabaja los aspectos: interpersonal, cognitivo y conductual. |
| Desconfianza. | Disminuir los comportamientos de desconfianza. | <ul style="list-style-type: none"> • Terapia de Esquemas Young (Cognitiva experienciales) |
| Inhibición emocional. | Aumentar la expresión emocional. | <ul style="list-style-type: none"> • Terapia Cognitivo Conductual en habilidades sociales, descrita anteriormente que con el entrenamiento asertivo, la reestructuración cognitiva, y las técnicas de exposición permitirán el aumento de la expresividad emocional. |
| Autoafirmaciones negativas sobre sí misma y creencias centrales “no me quieren” y “soy frágil”. | Reducir las creencias disfuncionales y estrategias derivadas e introducir creencias y estrategias más funcionales y objetivas. | <ul style="list-style-type: none"> • Terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young para flexibilizar los EMT relacionados con la creencia del paciente. |

6.4 Relación terapéutica

Luisa expresa agrado frente al proceso y la alianza terapéutica. Durante el proceso muestra entusiasmo y compromiso a las tareas asignadas, pero fuera del proceso hay que ser insistentes para que cumpla algunas de ellas, es notable que cuando el terapeuta no le hace seguimiento constante ella muestra falta de disposición y compromiso. La validación de las emociones tanto negativas como positivas han permitido que la paciente permanezca en el proceso y no lo abandone aunque sienta altos niveles de frustración por su lenta mejoría y constantes recaídas.

Desde el momento en que se le permitió al paciente expresar su malestar con respecto al terapeuta en un espacio de confianza y sin ser juzgada o incomodada por ello, se notó un mayor compromiso con la terapia y mayor apertura y disposición para expresar con tranquilidad sus pensamientos reales, lo que a su vez permitió una mejor conceptualización del caso ya que la paciente se mostraba muy reservada con la información al inicio del proceso.

6.5 Intervenciones y procedimientos

En la primera parte de evaluación que se realizó al paciente, se hizo evidente la sintomatología depresiva, por lo que se inició con la psicoeducación del modelo cognitivo conductual y la relación entre pensamientos, emociones y conductas; se le enseñó a Luisa el registro de pensamientos automáticos para identificar la disfuncionalidad de estos y se comenzó la re-estructuración cognitiva frente a pensamientos disfuncionales que le generaron malestar, de esta manera se logró hacer consciencia de la disfuncionalidad de sus interpretaciones, se le enseñó a identificar sus principales distorsiones cognitivas, a dudar de ellas y evaluar su validez basado en la evidencia de tal manera que logrará reemplazar los pensamientos disfuncionales por ideas alterantivas más adaptativas y objetivas que a su vez disminuían la intensidad de las emociones negativas.

Poseriormente se le pidió a Luisa llevar un registro diario del estado de ánimo, valorando las actividades agradables y desagradables, de tal modo que pudiera identificar aquellas actividades que le aportan satisfacción y evitar o interrumpir aquellas actividades que afectaban de manera negativa su estado de ánimo.

Además se le enseñaron técnicas de relajación y respiración como las técnicas de respiración profunda y la respiración rogresiva de Jacobson que le ayudó a tener mayor control para disminuir la ansiedad y además le permitió entrar en un estado de relajación para estabilizar el

sueño, esto se acompañó de un proceso de psicoeducación sobre higiene del sueño y se enseñaron conductas como: restricciones para dormir y control del entorno para dormir.

Se le pidió a Luis implementar las técnica de respiración diafragmática para disminuir la ansiedad antes de hacer una actividad educativa y acompañarlas con la valoración de pensamientos basado en evidencias para evitar las conductas de prevención y tener mayor apertura a las experiencias presentes.

Con respecto a la presencia de ideas de muerte y suicidas, se hizo plan de seguridad de conducta suicida y se compartió con la hermana con autorización de Luisa.

Una vez se logró una mejor comprensión de cómo funcionan los pensamientos automáticos disfuncionales y sus consecuencias, se hizo psicoeducación sobre las creencias intermedias, las creencias nucleares y trampas vitales y cómo mantienen el malestar, se hizo psicoeducación de los EMT, su funcionalidad, la forma cómo operan y se lograron identificar algunos, así mismo se lograron identificar los mecanismos de mantenimiento de creencias.

Frente a las expresiones de malestar e indisposición por parte de Luisa por el avance lento dentro el proceso, se hizo un proceso de reencuadre y se llevó a la reflexión sobre sus expectativas del proceso terapéutico y una valoración objetiva de los logros alcanzados que evitaron que Luisa abandonara la terapia. En muchas ocasiones, los propósitos de la sesión se veían aplazados por las crisis presentadas por la paciente, donde se trabajaron herramientas de búsqueda de solución de problemas, análisis de ventajas y desventajas, además se trabajó entrenamiento en asertividad, se expusieron los derechos asertivos, los estilos de comunicación y la comunicación empática, herramientas que no solo sirvieron para disminuir el impacto emocional negativo en situaciones sociales e interpersonales de la paciente, sino para disminuir la irritabilidad y agresividad, así como la evitación de contacto y distanciamiento de los demás,

se comenzaron a trabajar técnicas de control emocional, identificando y conectando con sus emociones, pero se le pidió no reaccionar de manera inmediata cuando la emoción fuera intensa y se hizo la homologación con un semáforo como hacer consciente en qué momentos es necesario no dar respuesta inmediata y optar por técnicas de distracción para disminuir la emoción negativa y evaluar los sucesos bajo un estado de mayor tranquilidad y objetividad.

Se insistió durante la terapia, de manera persistente, acompañar el proceso con farmacoterapia por dos motivos, el primero la variabilidad y persistencia de los síntomas depresivos y segundo, para aumentar el control de impulsos, lo que a su vez podría generar una mejoría significativa en el proceso en general.

El proceso sigue en curso y vigente, la paciente está internada por psiquiatría y se continuará trabajando en la regulación emocional y posteriormente se empezará a trabajar con más énfasis en la terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young.

6.6 Obstáculos

Luisa cuenta con una red de apoyo reducida, la cuarentena y la convivencia con su padre refuerzan el malestar.

La presencia de su padre durante la cuarentena impiden que se pueda ejecutar algunas citas del proceso terapéutico.

Para la paciente ha sido difícil conectarse e identificar sus emociones y pensamientos lo que hace alusión a su inhibición emocional e interfiere en el proceso terapéutico.

Se le dificulta mantener en su vida cotidiana, las prácticas aprendidas durante el proceso terapéutico cuando no se hace seguimiento constante o cuando percibe una leve mejoría, deja de practicar lo aprendido durante el proceso.

6.7 Resultados

Se ha logrado que Luisa identifique la disfuncionalidad de algunos pensamientos y la relación existente entre pensamientos, emociones y conductas. Se han estabilizado los hábitos de sueño. En ocasiones intermitente, vuelve a sus antiguos hábitos o deja de practicar lo aprendido en terapia. Se ha hecho reconocimiento de sus creencias y supuestos, se familiarizó con las trampas vitales, comprendiendo sus ciclos de relación disfuncional.

Se ha logrado estabilizar el estado de ánimo, sin embargo algunos días, es muy intermitente y ante eventos interpersonales significativos hay una recaída significativa en el estado de ánimo.

Por otro lado, Luisa aprendió a generar pensamientos alternativos en situaciones adversas disminuyendo el malestar en intensidad y durabilidad, dentro y fuera de la terapia. Además se ha mantenido la motivación en actividades y se ha logrado instaurar una rutina diaria de activación conductual para prevenir el aumento de síntomas depresivos. Por otro lado, se han puesto de manifiesto conductas que evidencian que se ha logrado en la terapia un entorno donde la paciente confía en el terapeuta y busca apoyo en momentos de crisis. Finalmente se han reducido los impulsos de agresividad y se ha aumentado el control emocional, sin embargo este aspecto ha sido variable, especialmente con el padre y todavía se sigue trabajando.

7. Descripción de sesiones

Considerando que el trastorno de personalidad límite comórbido con depresión demanda un proceso de intervención terapéutica a largo plazo, a continuación se describirán algunas sesiones llevadas a cabo con Luisa, principalmente de la primera etapa del proceso, que constituye la intervención para el trastorno de depresión mayor.

7.1 Sesión número 1

Objetivo de la sesión: Hacer la evaluación del estado psicológico del paciente, establecer impresión diagnóstica de acuerdo con la problemática del paciente, así como definir los objetivos terapéuticos y plan de intervención.

Se le indica a la paciente que el objetivo de la sesión consiste escuchar el motivo de consulta, hacer una devolución en terminos psicológicos de lo que se logre observar de acuerdo a la información proporcionada por ella y de esta manera, establecer unos objetivos terapéutico y un plan de intervención inicial, por el cuál, tanto la terapeuta como la paciente, trabajarán en conjunto para lograrlos.

Subjetivo: Luisa se presenta a consulta con estado deprimido, expresa que siente ira, estrés y presenta llanto frecuente. Indica que ha experimentado fiebre, tos, desaliento, dolores musculares, dolor de cabeza frecuente, fiebre del estrés, dolor de garganta, insomnio, infecciones vaginal (por el dispositivo), cansancio todo el tiempo. Expresa que recientemente tuvo una ruptura amorosa y afirma “después de la relación terminé muy afectada porque me he sentido muy poca cosa, no tengo ganas de nada, tengo un sentimiento de soledad. No me siento bien conmigo misma, ha empeorado la situación porque no me interesa dedicarme a pensar en cómo estoy, me siento mal”. Explica que su relación era muy intensa y bonita al inicio y luego de seis meses se fue tornando problemática ya que en agosto de 2019, ella quedó embarazada y por solicitud de su pareja abortó y se puso el dispositivo como método de planificación. Expresa que lleva un mes con ánimo bajo y en su historia personal los síntomas que ha experimentado son el inicio de un episodio depresivo, situación que le genera miedo ya que quiere abandonar la maestría, siente ansiedad y ha aumentado la ingesta de alimentos.

Objetivo: La paciente llega a consulta ubicada en tiempo espacio, con ánimo deprimido, sin maquillaje, presentación personal básica, verbalmente fluida, escucha activa y buena disposición, sin aparente alteración sensorial, parcial introspección, manifiesta los siguientes síntomas:

- Cognitivo: Pensamientos de inamabilidad y falta de valía personal relacionados con: “me sentía muy miserable” “me he sentido muy poca cosa”.
- Emocional: tristeza, ira, depresión, ansiedad, soledad.
- Conductual: Desmotivación, anhedonia, aumento en la ingesta de alimentos, llanto intenso.
- Fisiológico: fiebre, tos, desaliento, dolores musculares, dolor de cabeza frecuente, dolor de garganta, insomnio, infecciones vaginal, cansancio todo el tiempo.
- Estresores ambientales: De pareja: finalización de relación de pareja, familiar; convivencia con el padre le genera intranquilidad, crisis de pandemia COVID-19 que aumenta su malestar.

Desarrollo: Se le explica a la paciente el objetivo de la sesión y la metodología de trabajo, se completan los datos generales de identificación y la anamnesis, se escucha el motivo de consulta solicitando ampliación de la información sobre los eventos precipitantes del malestar actual.

Posteriormente hace psicoeducación sobre el modelo cognitivo – conductual, explicando la relación entre pensamientos emociones y conductas y se hace una adecuación en relación a los síntomas depresivos y como sus pensamientos tienen una alta relación con su malestar, se establecen inicialmente los siguientes objetivos terapéuticos: a) disminuir los síntomas depresivos y b) disminuir los síntomas ansiosos. Se le recomienda a la paciente algunas actividades de

activación conductual por lo menos 3 veces a la semana y se envía el cuestionario de historia de vida de Lazarus.

7.2 Sesión número 2

Objetivo de la sesión: Continuar con la evaluación del estado psicológico del paciente, confirmar la impresión diagnóstica inicial y disminuir los síntomas depresivos.

Subjetivo: Al iniciar la sesión se le propone a Luisa hacer una valoración de su estado de ánimo en una escala de 0 a 10, donde 10 es el malestar más intenso y significativo, además se le da a conocer la agenda de la sesión que incluye revisar algunos aspectos del cuestionario de historia de vida que se envió luego de la primera sesión y analizar las situaciones que le hayan generado malestar durante la semana bajo el modelo cognitivo – conductual para identificar los pensamientos automáticos y creencias disfuncionales, se le indica que pueda modificar o agregar algo a la agenda, a lo que responde que no desea hacerlo. Luisa manifiesta un estado de ánimo en escala 6/10 donde 10 es el malestar más intenso y significativo. Afirma que durante la semana anterior tuvo llanto intenso, disminución del apetito e insomnio. Expresa que su estado de ánimo disminuye durante el día cuando su papá llega a casa, afirmando que siente fastidio y se aísla en su cuarto. Expresa que tuvo problemas con su padre y afirma “quiero irme” y “es muy malagradecido”. Afirma que en ocasiones es complaciente con él y cuando se cansa es agresiva, distante, se aísla y lo ignora. Indica que el encierro por el COVID le genera malestar ya que sus actividades son limitadas y ha tenido pensamientos de muerte, se hace una valoración de esos pensamientos, no se identifican pensamientos suicidas actuales ni plan suicida, sin embargo con la revisión de historia de vida, se identifica como una vulnerabilidad y se desarrolla plan de seguridad.

Objetivo: La paciente se presenta a consulta con estado de ánimo plano, presentación personal básica, verbalmente fluida, parcial introspección, ubicada en tiempo y espacio, con buena disposición y escucha activa, manifiesta los siguientes síntomas:

- Cognitivo: pensamientos relacionados con “es muy malagradecido” y “no valora el cariño que yo le tengo”.
- Emocional: Ira, tristeza
- Conductual: Conductas ambivalentes con el padre entre sumisión - complacencia y distanciamiento o comportamientos de ignorarlo.
- Fisiológico: Llanto intenso, disminución del apetito, insomnio.
- Estresores ambientales: La presencia de su padre y la relación con este. El encierro le impide ser más activa y eso le genera malestar.

Desarrollo: Se hace evaluación del estado de ánimo, y se hace enlace con la sesión anterior, recordando la relación entre pensamiento, emoción y conducta, se hace lectura de la agenda y no se añade ningún otro aspecto a trabajar. Se revisan las situaciones que han generado malestar en la paciente durante la última semana y se indentifica que frente a las situaciones problemáticas con su padre, se genera la idea de que su padre es un malagradecido, cree en ello un 80%, para ella eso significa que su padre “no valora el cariño que yo le tengo” y a su vez “ me re afirma que él es una persona mala y egoísta”, después de analizar dicha situación la paciente concluye que su padre es una persona temperamental y grosera y no necesariamente esto significa que sea una persona mala. Posteriormente se amplían algunas respuestas del cuestionario de historia de vida, relacionados con la relación de su padre donde se identifica una relación conflictiva, donde la paciente en ocasiones es agresiva y distante con él y lo percibe como una persona crítica y devaluadora y en otras circunstancias siente culpa y percibe que su padre a pesar de todo la

apoya y siempre está para ella, aún cuando ella reacciona de forma agresiva con él, además se identifica una relación distante e inestable con la madre, y una relación ambivalente con el hermano, sin embargo la paciente cuenta con una relación estable y adecuada con su hermana por otro lado se pone en evidencia que durante la infancia y la adolescencia su madre la abandona, tuvo poco acompañamiento por parte de su padre y la única relación de confianza que tenía con sus abuelos se fracturó por conductas de robo por parte de la paciente, expresa que se llegó a sentir como un objeto sexual y tenía relaciones sexuales con hombres sin conocerlos bien, cediendo a sus deseos. Se hace devolución psicológica sobre el patrón relacional disfuncional y se adiciona el objetivo terapéutico de mejorar las relaciones interpersonales. Adicionalmente se indentifica intentos de suicidio en su historia de vida, al momento de la consulta presenta pensamientos de muerte, por lo que se elabora en conjunto el Plan de seguridad y se le pide autorización para compartir con su hermana, ante ello, la paciente asiente. Se hace psicoeducación sobre el registro de pensamientos automáticos, recordando la importancia de reestructurar los pensamientos disfuncionales que generan sentimientos de malestar, indicando que para hacerlo se debe lograr un ejercicio de consciencia e instropección que permita identificar los pensamientos en situaciones de malestar, se le instruye a registrar toda situación que genere un malestar intenso, describiendo los pensamientos asociados, tal cual pasen por su mente, la emoción experimentada y la reacción o conducta que le siguió al acontecimiento narrado, adicional se le pide comenzar a realizar un registro de estado de ánimo diario que permita identificar las actividades de agrado y desagrado que contribuyen a su estado de ánimo.

La paciente refiere dificultades para dormir por lo que además se trabajará en la próxima sesión higiene del sueño y terapia cognitivo conductual (MayoClinic) para el insomnio.

7.3 Sesión número 3

Objetivo de la sesión: Continuar con la disminución de la sintomatología depresiva e iniciar la reestructuración cognitiva de pensamientos automáticos disfuncionales.

Subjetivo: Luisa se presenta a consulta con estado de ánimo plano, manifiesta que se siente mejor y más activa, evalúa su estado de ánimo en una escala 4/10 donde 10 es el malestar más intenso y significativo, se le expone la agenda de la sesión donde se incluye trabajar la identificación de pensamientos disfuncionales y la reestructuración cognitiva para continuar la disminución de los síntomas depresivos, la paciente refiere que desea trabajar con prioridad su dificultad con el insomnio por lo que se enfoca la sesión en analizar los hábitos de sueño y el establecimiento de nuevas rutinas de higiene del sueño. Expresa que ha tenido días activos, prepara sus alimentos, comparte y juega con su mascota, estudia y hace ejercicio. Entre los rituales que hace antes de acostarse está tomar té para relajarse, preparar la cama, desmaquillarse, apaga las luces y se acuesta. Pasa aproximadamente 1 hora y al no lograr dormir, se desespera y enciende las luces para hacer otras actividades como: leer en el celular, estar en redes sociales, entre otros. Durante el insomnio se siente preocupada expresando “no sé que va a pasar, estoy preocupada por el tema laboral, eso me tiene muy estresada por una deuda que tengo; no sé que va a pasar, a veces me siento muy sola, me gustaría ver a mis hermanos, estoy cansada de estar encerrada, a veces no me siento productiva, siento que no me concentro mucho y me siento culpable por eso”. Frente a la sensación de improducitivdad y temor expresa que la deuda que tiene y la universidad es lo que más le preocupa, ya que no se concentra y en Junio debe presentar un examen importante para graduarse.

Objetivo: La paciente se presenta a consulta, ubicada en tiempo y espacio, estado ánimo estable, manifiesta sentirse cansada a causa del insomnio, escucha activa, parcial introspección, sin aparentes alteraciones sensorio-perceptivas. Manifiesta los siguientes síntomas:

- Cognitivo: Pensamientos de incertidumbre relacionados con “no sé que va a pasar”, pensamientos de incompetencia relacionados con “ a veces no me siento productiva”.
Falta de concentración.
- Emocional: Estrés, sentimientos de soledad, culpa, preocupación.
- Conductual: No reporta.
- Fisiológico: Insomnio
- Estresores ambientales: La cuarentena aumenta sus sentimientos de soledad y preocupación.

Desarrollo: Se hace evaluación del estado de ánimo donde se identifica una leve mejoría en relación a la sintomatología depresiva, se hace enlace con la sesión anterior donde la paciente refiere recordar la importancia de los pensamientos en la generación de un sentimiento negativo, confirmando que se ha logrado un aprendizaje frente al modelo cognitivo conductual, se hace lectura de la agenda y la paciente solicita trabajar de manera prioritaria en su insomnio, por lo que se accede y se pide a la paciente describir sus rutinas diarias, identificando actividades y hábitos asociadas al descanso durante el día. Ante las situaciones descritas se le pide a la paciente, evitar estudiar en la habitación o sobre la cama y se hace psicoeducación sobre técnicas de respiración como métodos de relajación y se pide hacer los ejercicios de respiración profunda antes de dormir. Entre las técnicas para instaurar nuevos hábitos de sueño, se pide organizar la cama al levantarse, evitar estar en la habitación durante el día y/o para hacer otras actividades como ocio o pereza, además se le pide destender la cama para dormir y en caso de no lograr conciliar el sueño fácilmente, optar por leer un libro aburrido. Sin embargo se hace énfasis en que las dificultades para dormir están relacionadas con sus preocupaciones, por lo que se hace un análisis de situaciones problema y se propone trabajar sobre la situación que en el

momento puede cambiar, es decir, aumentar la concentración en su estudio para el examen de la universidad en el mes de junio, frente a esto se analizan los tiempos de estudio más viables enfocados en un meta. Se proponen metas pequeñas diarias, un tiempo estimado de 2 horas diarias, entre las 3 a 5 de la tarde, utilizando la Técnica pomodoro, tener un espacio adecuado, cómodo e iluminado. Se le pide a la paciente evitar estudiar en la habitación o sobre la cama. Se indica a la paciente que no se lograron abordar todos los objetivos de la sesión por lo que en lo posible se le dará prioridad al registro de pensamiento automáticos y la reestructuración cognitiva de los mismo y se alienta a continuar registrando las situaciones que le generan malestar para analizar durante las proximas sesiones.

7.4 Sesión número 4

Objetivo de la sesión: Continuar con la disminución de la sintomatología depresiva y dar inicio a la reestructuración cognitiva de pensamientos automáticos disfuncionales.

Subjetivo: La paciente manifiesta un estado de ánimo en nivel 3/10, donde 10 es el malestar más intenso, expresa sentirse contenta, motivada, y descansada. Le atribuye gran parte de su estado de ánimo a la estabilización de los hábitos de sueño. Se hace un enlace con la sesión anterior y refiere sentir mejoría en relación a la higiene del sueño, explica que la técnica pomodoro le ha funcionado de manera intermitente, sin embargo avanzar en su estudio le permite estar un poco más tranquila. Se le propone la agenda de la sesión que incluye revisar las situaciones que le han generado malestar durante la semana bajo el modelo propuesta de registro de PAD y reestructuración del mismo, la paciente no agrega nada a la agenda. Afirma que en ocasiones se le dificulta estudiar, expresa que la motiva estar haciendo su trabajo sobre un tema que le gusta y le genera aprendizaje, sin embargo siente que es una obligación y eso la desmotiva. Manifiesta que tuvo un encuentro con su madre donde ella habló de sus lujos y su dinero,

situación que le generó malestar, situación que se tomó para hacer el proceso de reestructuración cognitiva.

Objetivo: La paciente se presenta a consulta con adecuada presentación personal, verbalmente fluida, escucha activa, nivel de introspección adecuado, se muestra tranquila, ubicada en tiempo y espacio, estado de ánimo aparentemente estable, manifiesta los siguientes síntomas:

- Cognitivos: pensamientos relacionados con “Ella siempre me humilla”.
Desconcentración.
- Emoción: Humillación, fastidio, frustración.
- Conducta: Conductas de evitación e inhibición emocional.
- Fisiológico: No reporta.
- Estresores ambientales: Contacto con la madre y examen de la universidad.

Desarrollo: Se inicia con la evaluación del estado de ánimo, donde se identifica una mejoría significativa en los síntomas depresivos, refiere estabilidad en el sueño y por ende disminución del insomnio. Se hace un enlace con la sesión anterior donde la paciente refiere haber practicado la técnica pomodoro y las recomendaciones para la higiene del sueño. Se propone la agenda, con énfasis en la reestructuración cognitiva y la paciente está de acuerdo sin adicionar algún otro tema a trabajar durante la sesión. La situación seleccionada para trabajar es un encuentro con su madre, donde salieron a cenar por petición de su madre, entre los temas de conversación su madre mencionó algunos lujos, logros y “presumió” su dinero, ella se sintió enojada, humillada y fastidiada, pensó “ella siempre me humilla” y su conducta es adoptar una actitud aparente de escucha, asentir y no responder, y quedarse ahí aún cuando quería irse (ambos comportamientos para evitar una pelea o problema con su mamá). Expresa que creyó en ese pensamiento en un

70%, entre las evidencias a favor de su pensamientos expuso los siguientes argumentos: “en sus conversaciones siempre habla de su dinero, mi madre tiende a comparar mis cosas con la de ella, de forma crítica”, entre las evidencia en contra de su pensamiento expuso: “ella actúa así no solo conmigo, es así con todas las personas”, “en ocasiones ella es muy servicial y a veces está pendiente de mí”, “hemos tenido algunas conversaciones donde no me siento mal y habla de otras cosas”, lo peor que hubiera sucedido es “haber estallado y respondido de mala forma, me hubiera ido rápido y no volvería a salir con ella”, lo mejor que pudiera pasar sería “me mantendría alejada de ella”, el pensamiento más realista sería “ella quiere compartir conmigo cosas positivas de su vida” cree en ese pensamiento alternativo en un 60%, frente a la pregunta que le diría a un amigo si le sucediera algo similar, expresa “uno a veces tiene que ponerse en el lugar de los papás y así como uno puede sufrir, ellos también se equivocan y le diría que dejara de guardar rencor y dolor y se tomar a la vida más tranquila y no tuviera los pensamientos negativos porque solo afectarían a mi amiga”, después de hacer uno de los beneficios que ve la paciente de cambiar su forma de pensar es: “ver otra perspectiva que no veo en el momento” y refiere que de haber pensado así en ese momento, el pensamiento inicial hubiera aparecido con un 20% de credibilidad. Posteriormente se hizo psicoeducación sobre las distorsiones cognitivas y se le explicaron las distorsiones de sobregeneralización, filtraje y personalización y se le explicó como los pensamientos automáticos distorsionados guían la forma como interpretamos el mundo y de esta manera la mente nos hace creer que la realidad de determinada manera, y en ocasiones no nos damos cuenta que esos pensamientos sesgan nuestras experiencias y no generan un malestar, por lo que el ejercicio de análisis y reestructuración de pensamientos nos va a permitir identificar las distorsiones cognitivas más prevalentes en ella y de esta manera también se podrían modificar. Finalmente de la sesión la paciente concluye: “es importante manejar los pensamientos, aprender

a ver desde otra perspectiva las cosas, darle una vuelta a los pensamientos negativos y no dejarme alterar fácilmente por lo primero que se me venga a la mente.

7.5 Sesión número 5

Objetivo: Continuar con la disminución de sintomatología depresiva, profundizar en el estilo relacional para identificar marcadores disfuncionales y continuar reestructuración cognitiva.

Subjetivo: La paciente refiere un estado de ánimo en escala 7/10 donde 10 es el malestar más intenso y significativo, expresa que se siente enferma y con un nivel bajo de energía. Se hace enlace con sesión anterior recordando de manera enfática el modelo cognitivo conductual de la relación entre pensamientos, emociones y conductas, se propone la agenda donde se incluye revisar las situaciones que han generado malestar para tomar situaciones de reestructuración cognitiva para continuar con la disminución de sintomatología depresiva y posteriormente hacer una revisión de las relaciones interpersonales para confirmar impresión diagnóstica de trastorno de personalidad, la paciente está de acuerdo y no desea adicionar nada más a la agenda. Expresa que durante la semana, su papá estuvo grosero y eso la perturba. Recordó su relación anterior y sintió tristeza y soledad. Afirma que hace 5 días comenzó a sentirse baja de ánimo, ha estado acostada la mayor parte del día, pensar en su compromiso universitario le ha dado ansiedad y ha aumentado la ingesta de alimentos. Siente que se ha sumergido en este estado de ánimo para no asumir la responsabilidad de la universidad como una forma de evadir. Indica que se ha estado despertando muy tarde, lo que le genera desánimo el resto del día, no ha hecho ejercicio y se siente improductiva. Además afirma que tuvo una situación con un amigo por el chat que la hizo sentir muy mal, situación que se toma para el ejercicio de reestructuración cognitiva. Frente al rastreo de sus relaciones interpersonales refiere “no me gusta que la gente sea confianzuda, tampoco me gusta tener confianza con la gente, siento que tendría que ceder mi personalidad a la

gente y tengo miedo de que me critiquen (cuando cedo logro crear el vínculo pero me aburro de la persona después)” afirma que siempre termina aburriéndose y por eso no prefiere el contacto íntimo con la gente. Agrega que usualmente tiene problemas en sus relaciones con amigos, parejas o familia, es usual que termine en conflicto o que las relaciones terminen mal.

Objetivo: Paciente que se presenta a consulta con estado de ánimo bajo, refiere bajo nivel de energía, inactividad motora, disminución de actividades agradables. Se le percibe ubicada en tiempo y espacio, parcial introspección, escucha activa, poco fluida verbalmente, presentación personal básica, expresión facial plana, manifiesta los siguientes síntomas:

- Cognitivos: pensamientos relacionados con “no me demuestra interés”.
- Emoción: tristeza, sentimientos de soledad, frustración, ansiedad.
- Conducta: Inactividad motora, conductas de evitación.
- Fisiológico: Aumentar la ingesta de alimentos.
- Estresores ambientales: relación conflictiva con el padre, compromisos académicos.

Desarrollo: Se hace la evaluación del estado de ánimo y se revisan las situaciones que han aportado a ese malestar, se identifica que la relación conflictiva e inestable con el padre ocasiona una alteración constante en el estado de ánimo, además de los compromisos universitarios que generan valoraciones negativas referentes al logro de los mismos y a su vez aumentan el malestar reforzando los pensamientos disfuncionales. Además se identifican hábitos que reuferzan la inactividad motora por lo que se sugiere disminuir el tiempo invertido en ver series de televisión, reestablecer el horario de sueño, retomar las técnicas de respiración y utilizar la autoinstrucción para guiar sus conductas de acuerdo a lo sugerido. Se le propone la agenda a la paciente y acepta el orden y los temas propuestos y no adiciona nungún otro aspecto a trabajar durante la sesión. Entre las situaciones que han generado malestar significativo refiere: al chatear con Felipe me

dijo que estaba aburrido y dejó de escribirme, inmediatamente piensa “debería dejarle de hablar porque nunca me demuestra interés” siente tristeza y enojo en un 75%, su conducta fue escribirle que está cansada de que no valore la atención que le da ella y dejarle de hablar, después sintió rabia y culpa porque siempre le vuelve a hablar y escribir, frente a la evidencia que refuerza su pensamiento disfuncional afirma “con él he tenido una relación inestable, con él no puedo tener nada serio, me ha expresado sus intenciones”, en relación a la evidencia en contra de su pensamientos disfuncional refiere “yo a veces mal interpreto los vínculos, a lo mejor me habla amistosamente y yo lo confundo”, “en ocasiones yo le hablo también cuando estoy aburrída”, “me dijo que estaba aburrido, seguro no tenía más ganas de hablar”, lo peor que pudiera pasar es que su amigo la rechazara y eso le daría tristeza porque perdería más personas a su alrededor, además se sentiría sola nuevamente y sentiría que no es capaz de generar un vínculo donde alguien se preocupa por ella de manera genuina, sin embargo, cree que podría sobrevivir a ello; al preguntarle que sería lo mejor que pudiera pasar afirma “que si no le intereso es mejor que no tener contacto con él y no tendría a mi lado personas que realmente no me quieren”, al preguntarle cuál sería un pensamientos más realista indica “es mi amigo y simplemente estaba aburrido, puedo establecer con él una relación de amistad como cualquier persona” cree en ese pensamiento en un 70%, cuando se le pregunta que beneficio trae para ella creer en el primero pensameiento expresa: “no me beneficio porque refuerza mis creencias negativas” y afirma que de haber pensado de esa manera, su pensamientos disfuncional hubiera sido menos creíble y hubiera sentido rabia en un 25%. Entre las conclusiones que sacó Luisa después del análisis refiere “debería dejar de mal interpretar algunas situaciones o darle el rumbo sin mal interpretar, (...) tendría una conversación sana si tuviera claro eso”. Frente a las situaciones de relaciones interpersonales indica “Me costó mucho de hablar de mi problema de relaciones, me di cuenta

que muchas veces yo genero esas situaciones que no son con las personas. Me doy cuenta que es un problema que podría solucionar a corto plazo si me lo propongo”. Finalmente se hace énfasis nuevamente en las distorsiones cognitivas y se hace psicoeducación sobre cómo los ejercicios de reestructuración nos llevarán a identificar las creencias intermedias y centrales para avanzar en el proceso de intervención, además se hace alusión a que su problemática parece tener una data muy antigua por lo que es posible que también haya un problema de personalidad.

8. Marco conceptual de referencia

8.1 Trastorno de Personalidad límite

8.1.1 Criterios generales del trastorno de personalidad.

Autores como Millon (2002) han conceptualizado la personalidad normal y patológica como dos representaciones de un mismo continuo, la primera es aquella que resulta ser adaptable y eficaz en entornos normales y la segunda describe una relación inadaptada con el medio habitual, es así como desde esta teoría, los trastornos de personalidad se entienden como estructuras donde hay escasa flexibilidad adaptativa, con una tendencia marcada en establecer círculos viciosos persistentes y una sensibilidad marcada ante situaciones de estrés. (Cardenal, Sánchez, & Ortiz-Tallo, 2007).

Los trastornos de personalidad aparecen en el DSM de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría en los trastornos mentales del Eje II y en el manual CIE de la Organización Mundial de la Salud. Para los objetivos de este trabajo haremos énfasis en la clasificación que propone el actual DMS-5 donde se describe la categorización tradicional que venía desde el DSM-IV-TR y se adiciona la sección III que contiene un modelo dimensional de los trastornos de la personalidad.

De acuerdo con la definición de la APA (2014) un trastorno de personalidad se caracteriza por los siguientes criterios:

1. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Ese patrón se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas:
 - a. Cognición: formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos.
 - b. Afectividad: rango, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional.
 - c. Funcionamiento interpersonal.
 - d. Control de los impulsos.
2. El patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
3. El patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad social, laboral o en otras áreas importantes.
4. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o edad adulta temprana.
5. El patrón persistente no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
6. El patrón persistente no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., una droga o un medicamento) o de otra afección médica (p.ej., traumatismo craneoencefálico). (p.646-647).

Si bien los trastornos de personalidad son patrones persistentes, es importante tener en cuenta en la evaluación de éstos, que deben estar presentes desde la adultez temprana de manera

constante, de esta manera, se podrá diferenciar si dichos rasgos corresponden realmente a una estructura de personalidad o a una respuesta a factores de estrés situacionales específicos o a un estado mental transitorio.

Por otro lado y de acuerdo con la APA (2014), los trastornos de personalidad según este modelo, se clasifican de acuerdo con similitudes descriptivas en tres categorías, de la siguiente manera:

“El grupo A está compuesto por los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico. Los individuos con estos trastornos suelen mostrarse como raros y excéntricos; el grupo B, se compone de los trastornos de personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista. Las personas con este trastorno se caracterizan por ser exageradamente dramáticas, emocionales o erráticas; el grupo C, aglutina los trastornos de personalidad evasivo, dependiente y obsesivo compulsivo. Los individuos con estos trastornos suele ser ansiosos o temerosos”(p.646).

Sin embargo y aunque esta perspectiva parece ser muy clara, se han encontrado muchas limitaciones lo que ha impedido que este modelo sea considerado consistente, es por ello que la APA (2014) introduce en el DMS-5 un modelo dimensional que busca contrarestrar las deficiencias del modelo categorial, de esta manera se describen los siguientes criterios generales y esenciales, que hacen parte de los trastornos de la personalidad, desde el nuevo modelo:

1. Dificultad moderada o grave en el funcionamiento de la personalidad (auto: identidad y autodirección / interpersonal: empatía e intimidad).
2. Uno o más rasgos patológicos de la personalidad (25 facetas de rasgos que se organizan en cinco dominios: afecto negativo, desapego, antagonismo, deshibición y psicosticismo).

3. Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de la personalidad son relativamente inflexibles y se extienden a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
4. Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de la personalidad del individuo son relativamente estables a través del tiempo, y se inician al menos en la adolescencia o en la edad adulta temprana.
5. Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de la personalidad del individuo no se explican mejor por otro trastorno mental.
6. Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de la personalidad del individuo no son exclusivamente atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica (p.ej., un traumatismo craneoencefálico grave).
7. Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de la personalidad del individuo no se conciben como normales para la etapa del desarrollo de la persona o para su contexto sociocultural. (p.761)

Este modelo dimensional abarca una caracterización específica de los siguientes trastornos:

Trastorno de personalidad antisocial, trastorno de personalidad evitativa, trastorno de personalidad límite, trastorno de personalidad narcisista, trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva y trastorno de personalidad esquizotípica.

Teniendo mayor claridad sobre los aspectos que constituyen un trastorno de personalidad, a continuación se hará énfasis en el trastorno de personalidad límite, sus características, epidemiología, comorbilidad, etiología, modelos teórico y explicativos, entre otros.

8.1.2 Antecedentes históricos del Trastorno límite de la personalidad.

En sus inicios la personalidad límite fue nombrada por el psicoanálisis como “borderline” y fue Pinel en 1801 quien describió la sintomatología que hoy se asocia con el TPL, ya en 1938, fue Adolf Stern, el primero en utilizar el término *borderline* para nombrar el límite entre la neurosis y la psicosis. (García, Martín & Otín, 2010; Díaz, 2001). Sin embargo, otros autores refieren una data más antigua donde afirman que en 1684, Bonet unió síntomas de impulsividad con estados de ánimo inestables, a lo que llamó *folie maniaco-melancolique* (Millon & Davis, 2000) y de ahí en adelante varios autores han desarrollado la conceptualización de lo que hoy conocemos como trastorno de personalidad límite y a pesar de la variedad de conceptos, hasta la fecha, el trastorno de personalidad límite se describe como una caracterización sintomática de una entidad diagnóstica específica, que describe un nivel avanzado de disfunción y de esta manera es aceptada por la comunidad científica, a pesar de que aspectos como, su etiología y tratamiento siguen siendo terreno de exploración. (Caballo & Camacho, 2000).

Por otro lado, el trastorno de personalidad límite fue reconocido como diagnóstico en 1980, en el DSM-III (Sanjuán, Moltó y Rivero, 2005), y se le dio continuidad hasta el actual DSM-5, donde se describe su caracterización desde la perspectiva categorial y dimensional.

8.1.3 Características generales del Trastorno límite de la personalidad.

Una vez conocidas las características de un trastorno de personalidad desde el modelo categorial y dimensional del DSM-5, y considerando que la personalidad límite hace parte de uno de los trastornos específicos de personalidad, abordaremos las características generales de esta estructura de personalidad. Como se mencionó anteriormente, el trastorno de personalidad límite (TPL) hace parte del grupo B, considerado, por autores como Caballo & Camacho (2000), como el grupo más heterogéneo, siendo el TPL un trastorno en sí mismo muy heterogéneo debido a sus síntomas.

De acuerdo a García et al., (2010) aunque los primeros autores en exponer este término vienen del psicoanálisis, otras orientaciones, han hecho aportes significativos a esta patología; desde la perspectiva biológica, autores como Akiskal, Siever y Davis y Widiger entre otros han desarrollado sus teorías, enmarcando el trastorno de personalidad bajo su perspectiva, desde la orientación biopsicosocial, se ubican autores como Cloninger, Millon y Linehan y otras orientaciones han considerado que el TPL es una organización grave, estable y con rasgos de otros trastornos de personalidad, por lo que su diagnóstico podría ser complejo, ya que abarca “casi cualquier patología psiquiátrica incluyendo la esfera psicótica, la esfera afectiva, desorganización grave de la personalidad, la esfera de los trastornos impulsivos y (...) el estrés postraumático” p.264.

Se ha considerado que una de las principales características de las personas con TPL, es que hacen un esfuerzo significativo por evitar ser abandonados, motivo por el cual sus estilos relacionales oscilan entre la idealización y la devaluación por lo que terminan siendo relaciones inestables e intensas, tienen una alteración de la identidad y el sentido del yo, se caracterizan por ser impulsivas, irritables y usualmente han tenido conductas suicidas o autolesivas. (Ferrer et al., 2015)

Entendiendo lo complejo que puede ser el TPL, también se han considerado que es muy similar al síndrome esquizotípico, como un espectro de los trastornos afectivos, sin embargo, Caballo & Camacho (2000) expresan que éste debe concebirse como un patrón estable de “conducta y funcionamiento alterados, donde reside la inestabilidad combinada con la búsqueda de aceptación y aprobación” (p.32), motivo por el cual autores como Belloch y Fernández (2010), denominan que la inestabilidad emocional y la impulsividad son los aspectos más

significativos de la TPL y están presentes en casi todas las dimensiones de la vida de quien lo padece y se caracterizan principalmente por ser personas impulsivas, impredecibles y explosivas.

De lo anterior nos queda claro que el TPL es un trastorno de personalidad, que en su complejidad comprende un patrón desorganizado pero estable de la personalidad, donde existe una alteración significativa en el área de la afectividad, en el control de impulsos y donde permanece un constante inestabilidad. Ahora se describirán los criterios diagnósticos que constituyen este trastorno de personalidad.

8.1.4 Criterios diagnósticos del Trastorno límite de la personalidad.

Los trastornos de personalidad han sido caracterizados en el DMS-5 (APA, 2014), desde un modelo de clasificación categorial, basado en un sistema, que se ha venido manejando por muchos años y recientemente se ha introducido un nuevo modelo llamado dimensional, que busca contrarrestar las limitaciones del primer modelo mencionado, motivo por el cual, para los objetivos de este trabajo, describiremos los criterios diagnósticos del TPL bajo ambos modelos.

La perspectiva categorial describe los siguientes criterios para el diagnóstico del TPL:

A. Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el criterio 5).
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.

3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p.ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atrancones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el criterio 5).
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p.ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p.ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves. (p.663).

Las personas con TPL muestra un alto nivel de sensibilidad a las demandas del medio, evidencian labilidad emocional y alta reactividad ante la separación así como miedo intenso. Es usual que se saboteen así mismas cuando están alcanzando una meta y/o suelen abandonar sus empleos, relaciones interpersonales y formaciones académicas, además es posible que muestren síntomas psicóticos en situaciones de estrés y tienen una alta probabilidad de muerte prematura a causa de suicidio especialmente cuando hay comorbilidad con depresión o consumo de sustancias psicoactivas.

Ahora, desde la perspectiva dimensional del DMS-5, el TPL contiene los siguientes criterios diagnósticos:

A. Deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad, que se manifiesta por las dificultades características en dos a más de las cuatro áreas siguientes:

1. *Identidad*: autoimagen marcadamente pobre, poco desarrollada o inestable, a menudo asociada a un exceso de autocrítica; sentimientos crónicos de vacío; estados disociativos bajo estrés.

2. *Autodirección*: inestabilidad en las metas, aspiraciones, valores o planes de futuro.

3. *Empatía*: capacidad disminuida para reconocer los sentimientos y necesidades de los demás, asociada a la hipersensibilidad interpersonal (con tendencia a sentirse menospreciado o insultado); percepciones de los demás sesgadas selectivamente hacia atributos negativos o vulnerables.

4. *Intimidad*: relaciones cercanas intensas, inestables y conflictivas, marcadas por la desconfianza, la necesidad y la preocupación ansiosa por un abandono real o imaginario; las relaciones íntimas son vistas dicotómicamente entre la idealización y la devaluación, que conlleva a la alternancia correspondiente entre sobre-implicación y distanciamiento.

B. Cuatro a más de las los siguientes rasgos patológicos de personalidad, al menos uno de los cuales debe ser (5) impulsividad, (6) la toma de riesgos, o (7) hostilidad:

1. *Labilidad emocional* (un aspecto de la afectividad negativa): experiencias emocionales inestables y estado de ánimo con cambios frecuentes; las emociones se alteran fácil, intensa y/o desproporcionalmente con los acontecimientos y circunstancias.

2. *Ansiedad* (un aspecto de la afectividad negativa): sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo con respuesta a tensiones interpersonales; se preocupan por los efectos negativos de las experiencias desagradables del pasado y posibilidades futuras

negativas; sensación de miedo, aprensión o amenaza ante la incertidumbre; temor a desmoronarse o a perder el control.

3. *Inseguridad de separación* (un aspecto de afectividad negativa): temores de rechazo o separación de figuras significativas, asociados con el miedo a la dependencia excesiva y a la pérdida total de autonomía.

4. *Depresión* (un aspecto de la afectividad negativa): sentimientos frecuentes de estar hundido, de ser miserable y/ o no tener esperanza; dificultad para recuperarse de este tipo de estados de ánimo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza generalizada, sentimientos de inferioridad y baja autoestima; ideación y comportamiento suicida.

5. *Impulsividad* (un aspecto de la desinhibición): actuar en el fragor del momento en respuesta a estímulos inmediatos, actuando de forma repentina y sin un plan o reflexión acerca de las consecuencias, dificultad para trazar o seguir los planes; sentido de urgencias y comportamiento autolesivo en virtud de la angustia emocional.

6. *Asunción de riesgos* (un aspecto de la desinhibición): implicarse en prácticas peligrosas, de riesgo, y actividades potencialmente dañinas para sí mismo, innecesariamente y sin atender a las consecuencias; falta de preocupación por las limitaciones, y negación de la realidad del peligro personal.

7. *Hostilidad* (un aspecto del antagonismo): sentimientos de enojo persistente o frecuente; ira o irritabilidad en respuesta a ofensas e insultos menores. (APA, 2014, p.766-767)

Este modelo permite registrar otras características de personalidad del TPL que no se contemplan en los criterios diagnósticos categoriales, pero que en determinados caso podría ser apropiado utilizarlas, además permite especificar el nivel de funcionamiento de la personalidad,

porque según las necesidades del análisis de cada caso podría ser más útil emplear este modelo diagnóstico en lugar, del modelo categorial.

8.1.5 Epidemiología del Trastorno límite de la personalidad.

Es clara la complejidad y el desafío que representa el diagnóstico y el tratamiento de las personas con TPL y desde allí se explica la falta de claridad en la tasa de prevalencia de este trastorno (Cuevas, & López, 2012), sin embargo de acuerdo a la APA (2014) se estiman un porcentaje entre el 1,6% y el 5,9% y se elevan del 6% al 10% en atención primaria y del 20% en pacientes psiquiátricos hospitalizados, presentando disminución a mayor edad.

Giner et al., 2015, en su estudio con 187 personas en una unidad ambulatoria de Salud Mental y encontraron que el 7% de ellas cumplían los criterios para trastorno de personalidad y de esa población, el 8% hacían parte del Trastorno de personalidad límite. Y autores como García, et al., (2010) indican que el TPL se encuentra en el 1-2% de la población general y aumenta al 11-20% y el 18-32% en pacientes ambulatorios y hospitalizados respectivamente y está presente en mayor medidas en mujeres, especialmente de entornos urbanos y de baja condiciones económica, además de tener mayor porcentaje en edades entre los 19 y los 32 años, aunque a mayor edad, menor prevalencia. De acuerdo a la APA (2014) el TPL está presente de forma predominante (75%) en mujeres que en hombres.

Un estudio realizado en Estados identificó un 5,9% de TPL con una distribución similar tanto en hombres (5,6%) como en mujeres (6,2%) y una mayor prevalencia en hombres jóvenes nativos estadounidenses, con estado civil separado, divorciado y/o viudos y aquellos con bajos ingresos y poca educación, además se evidenció una prevalencia más baja en población masculina y femenina de habla hispana y mujeres asiáticas. (Grant et al., 2008)

Otros autores han estimado una prevalencia mayor del TPL, estimando un 40% y 60% de población afectada por este trastorno de personalidad (Álvarez, 2001; Salavert, Cunill, Catalán, García y Vila, 2004; Soler, Camping, Pérez, Puigdemont, Pérez-Blanco y Álvarez, 2001; como se citó en Nieto, 2006), sin embargo, las tasas pueden estar sobreestimada ya que como afirma Selva, Bellver & Carabal (2005) los pacientes con este diagnóstico frecuentan en mayor medida, los centros de salud.

Por otro lado en la Encuesta de salud Mental realizada en Colombia en 2015, se encontró que el 40,8% de los participantes tenían entre 1 o 2 rasgos de personalidad límite, el 14,8% de 3 a 5 rasgos de TPL y el 4,6%, 6 o más rasgos, existiendo una distribución similar tanto en hombres como en mujeres (Oviedo, Gómez-Restrepo, Rondón, Borda & Tamayo, 2016), sin embargo de acuerdo con el estudio realizado por Ferrer et al., (2015) en población universitaria entre los 16 a 63 años, de la ciudad de Medellín, encontraron una distribución mayor en mujeres que en hombres, para un total del 18,9% de prevalencia del TPL, además de todos los trastornos de personalidad, el TPL fue el más prevalente tanto en hombres como en mujeres y se presentó en porcentajes significativos en los rangos de edad que comprendía los 18 a los 32 años, tanto en población soltera como casada, información que coincide con la presentada por García et al., (2010).

8.1.6 Desarrollo y curso del Trastorno límite de la personalidad.

Como se ha descrito, el TPL es un trastorno de constante disfuncionalidad, si bien parece ser muy variable el curso que puede tomar este trastorno en quien lo padece, según el DSM-5 (APA, 2014) una de las principales características es la inestabilidad crónica durante la adultez, acompañado de dificultades en el control afectivo y bajo nivel de control de impulsos, además de una prevalencia alta en el uso del sistema de salud y salud mental; se estima que a mayor edad se

presenta una disminución en la afección y en el riesgo de suicidio, además se evidencia mejoría en el primer año de tratamiento terapéutico.

Autores como Zarini et al., (2006, como se citó en Ferrer, Prat, Calvo, Andi3n & Casas, 2013) en un estudio retrospectivo con pacientes adultos diagnosticados con TPL mostraron como el 66,6% de los pacientes habían presentado conductas autolesivas antes de los 18 años. Si bien, un trastorno de personalidad no puede ser diagnosticado antes de la adultez, algunos estudios han descrito como las muestras de adolescentes y adultos es comparables (Miller, Muehlenkamp & Jacobson, 2008) lo que podría indicar que algunos síntomas presentes en la adolescencia se pueden considerar precursores del TPL, además en las muestras clínicas de pacientes con TPL es usual encontrar que tuvieron otros diagn3sticos en la niñez o adolescencia que se consideran en la adultez como síntomas del TPL pero no fueron diagnosticados como tal al no compartir el criterio de patr3n clínicamente persistente por el momento evolutivo en que fueron identificados. (Ferrer et al., 2013).

Se ha identificado dentro del curso del TPL que en sus inicios se manifiesta una inestabilidad cr3nica en los inicios de la adultez, seguido por episodios de descontrol impulsivo y afectivo que se tratan de contrarestrar con la asistencia peri3dica a los centros de salud. (Nieto, 2006)

8.1.7 Comorbilidad del Trastorno límite de la personalidad.

Si bien los trastorno de personalidad, así como los trastornos mentales pueden compartir algunas expresiones sintomáticas, no siempre coexisten, sin embargo algunos autores estiman que la comorbilidad entre estos, podría ser significativa (Nieto, 2006) probablemente porque padecer un trastorno de personalidad, puede considerarse un factor de vulnerabilidad que predispone el desarrollo de un trastorno mental (Selva et al., 2005). Además en el TPL, donde se presenta una variedad amplia de síntomas, se ha demostrado que la comorbilidad con trastornos

mentales del eje I en el DSM-5 parece ser muy común, en este sentido, autores como Zimmerman & Mattia (1999) y Díaz (2001) estiman que los trastornos comorbiles más frecuentes son el trastorno de depresión mayor, el trastorno bipolar, la fobia social y específica, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de la conducta alimentario, los trastornos somatomorfos e incluso los trastornos disociativos, así como como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Caballo, Gracia, López-Gollonet & Bautista, 2004).

En un estudio realizado por Monroy & Huertas (2010) donde se examinaron 235 historias clínicas, se encontró que el 96,7% estaban diagnosticados con TPL y correlacionaban con por los menos un diagnóstico del Eje 1, y que el 16,3% tenían más de tres diagnósticos, resultados que fueron superiores en comparación con el grupo de otros trastornos de personalidad y el grupo pacientes sin diagnóstico de trastorno de personalidad, este estudio permite concluir que el TPL tiene niveles de comorbilidad significativos con muchas patologías, los principales son los trastornos del estado de ánimo con una comorbilidad del 57,17% siendo más frecuente en el trastorno de depresión mayor y el trastorno bipolar y en menor medida con la distimia, se evidenció además una comorbilidad del 29,34% con los problemas de relación, especialmente los problema conyugales, sin embargo, éste diagnóstico fue más prevalente en otros trastornos de personalidad comparado con el TPL, por otro lado los trastornos asociados con sustancias mostraron una comorbilidad del 23,9% siendo mayor en el trastorno con sustancias relacionadas con drogas que con alcohol; los trastornos de ansiedad mostraron una comorbilidad del 18,47% siendo mayor en el grupo de pacientes sin trastorno de personalidad, sin embargo para el TPL los trastornos de ansiedad más comorbiles fueron el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia social, otros trastornos del Eje I como trastorno de control de impulsos, alimentarios,

adaptativos, somatomorfos y sexuales, se presentaron en menor medida, con comorbilidades inferiores al 3,5%, por lo tanto de acuerdo a este estudio, el TPL tiene una comorbilidad significativa con los trastornos del estado de ánimo, uso de sustancias y ansiedad, además de problemas de relación.

Si bien existe una comorbilidad significativa del TPL en relación con los trastornos mentales del Eje I, también existe una relación significativa con otros trastornos de la personalidad. En un estudio realizado por Palomares, et al., (2016) con 65 pacientes graves con trastorno de personalidad límite se encontró una comorbilidad del 87% con otros trastornos de personalidad, de los cuales el 42% evidenció la presencia de más de dos trastornos de personalidad, siendo lo más frecuentes el trastorno de personalidad paranoide, el trastorno de personalidad obsesivo compulsivo y el trastorno de personalidad evitativo, por lo tanto y de acuerdo a los resultados de este estudio, existe una comorbilidad mayor entre el TPL y los trastornos del cluster A y el cluster C siendo el trastorno de personalidad evitativo el de pronóstico más negativo a largo plazo.

Así mismo en un estudio con 484 paciente con TPL se encontró que el 74% tenía por lo menos un trastorno de personalidad comorbil, siendo lo más comunes el trastorno de personalidad paranoide, evitativo, pasivo-agresivo y dependiente. (Barrachina, et al., 2011). Por otro lado, otros autores hacen mención a la comorbilidad existente entre el TPL y tres o más trastornos de personalidad, siendo lo más frecuentes el trastorno narcisista, histriónico y antisocial (cluster B). (Zanarini, Gunderson, Frankenburg & Chauncey, 1989).

8.1.8 Diagnóstico diferencial del Trastorno límite de la personalidad.

Teniendo en cuenta lo anterior y considerando que existen una alta comorbilidad entre el TPL y los trastornos tanto del Eje I como del Eje II, el diagnóstico del TPL, el diagnóstico diferencial del mismo y su delimitación se hace complejo (Font-Domènech, 2019). Teniendo en cuenta lo

anterior, se refuerza la necesidad de establecer un diagnóstico diferencial del TPL, ya que los pacientes con este diagnóstico de personalidad suelen presentar una variabilidad en el estado de ánimo, motivo por el cual se debe enfocar la atención no solo en la expresión sintomática del paciente sino el desarrollo y curso del TPL. (Nieto, 2006).

Como hemos observado el TPL se presenta con bastante frecuencia de manera comorbil con los trastornos del estado de ánimo, autores como Caballo et al., (2004) hacen énfasis en la importancia de la historia del desarrollo ya que los trastornos del estado de ánimo suelen tener un origen brusco y suelen presentarse ante desencadenantes externos, mientras que en el TPL parece haber un déficit en la estructura de la persona más que del entorno, además los síntomas son menos egodistónicos que en los trastornos del estado de ánimo.

De acuerdo con el DSM-5 (APA, 2014) el TPL debe diferenciarse de los siguientes trastornos:

- Trastornos depresivos y bipolares: cuando se cumplen los criterios tanto para el TPL como para algún trastorno del estado de ánimo, es válido diagnosticar los dos, sin embargo es necesario documentar el inicio y curso que han tomado los síntomas actuales para establecer el diagnóstico diferencial.
- Trastorno por consumo de sustancias: los síntomas del TPL deben distinguirse de los síntomas que pueden desarrollarse cuando hay consumo de sustancias persistente.
- Problemas de identidad: los problemas de identidad contienen una preocupación persistente por la identidad en una etapa específica del desarrollo, mientras que los síntomas del TPL son estables en el tiempo.
- Cambio de personalidad debido a afección médica: es importante establecer si los síntomas corresponden a una alteración del sistema nervioso central debio a la medicación o si realmente corresponden a un trastorno de personalidad límite.

En relación a los trastornos del Eje II, autores como Nieto (2006) y la APA (2014) hacen énfasis en la distinción entre el TPL y los principales trastornos de personalidad de la siguiente manera:

- Trastorno histriónico de la personalidad vs trastorno límite de personalidad: La personalidad histriónica se caracteriza por una exhaustiva búsqueda de atención, acompañado de comportamiento manipulativo y emociones cambiantes rápidamente, por otro lado el TPL, tiene comportamientos principalmente autodestructivos, relaciones interpersonales inestables, acompañado de sentimientos crónicos de profundo vacío y soledad.
- Trastorno esquizotípico de la personalidad vs trastorno de personalidad límite: La personalidad esquizotípica tiene una marcada caracterización de ideas paranoides, en el trastorno límite de personalidad estas ideas pueden aparecer, sin embargo son más pasajeras, y responden a comportamientos reactivos ante situaciones de estrés.
- Trastorno paranoide de la personalidad y trastorno narcisista vs trastorno de personalidad límite: Tanto la personalidad paranoide como la narcisista y límite pueden reaccionar de forma colérica ante estímulos menores, sin embargo los dos primeros, tienen una percepción relativamente estable de su autoimagen, falta de preocupación por el abandono y una falta de autodestructividad e impulsividad, aspectos que si aparecen con claridad en el TPL.
- Trastorno antisocial de la personalidad vs trastorno límite de la personalidad: Aunque ambos tipos de personalidad tienen comportamientos manipulativos, la personalidad antisocial lo hace con el objetivo de obtener beneficios materiales, mientras que en el TPL se busca evitar el abandono.

- Trastorno de personalidad dependiente vs trastorno de personalidad límite: Ambos tipos de personalidad evidencian un temor significativo al abandono, sin embargo las personalidades dependientes ante el abandono tienen comportamientos de sumisión y buscan rápidamente otra relación que reemplace la anterior, mientras que en el TPL ante el abandono aparece una respuesta de ira.

Existe la posibilidad de que se pueda diagnosticar más de un trastorno de personalidad siempre que se cumplan los criterios para cada uno de ellos. (APA, 2014)

8.1.9 Etiología del Trastorno límite de la personalidad.

Aunque el trastorno de personalidad límite, parece ser uno de lo más investigados y que mayor interés ha despertado en la actualidad en la comunidad científica, algunos autores han determinado que las causas del TPL son parcialmente desconocidas (Ferrer, et al., 2015), y se hace imposible explicar su origen y desarrollo en términos mono causales (Guendelman, Garay, & Miño, 2014). sin embargo, autores como Linehan, (2003) advierten que el TPL se explica desde la teoría biosocial que establece una influencia del componente biológico, el contexto ambiental y la transacción de ambas en el ciclo del desarrollo que resultan en una vulnerabilidad emocional y por ende en una falta de habilidad para regular casi todas las emociones de tal modo que las personas buscan implementar estrategias de modulación de emociones poco funcionales y adaptativas.

Autores como Zanarini et al., (1997, como se citó en Caballo, et al., 2004), Díaz (2001) y Nieto (2006) establecen que etiológicamente, el TPL se enmarca en aproximadamente seis (6) grupos de factores de riesgo: separaciones en la infancia, compromiso o alteraciones parentales alteradas, experiencias de abuso infantil, temperamento vulnerable, tendencia familiar a padecer, los tres primeros corresponden un modelo psicosocial y los tres últimos a factores genéticos.

Apoyando esas posturas y de acuerdo a lo que define el DSM-5 (APA, 2014), los factores genéticos y biológicos también juegan un papel crucial en el desarrollo de una psicopatología de personalidad, y en ese sentido, existe una probabilidad mayor de desarrollar TPL si se tiene un familiar de primera grado con el mismo trastorno, en comparación con la población en general.

Por otro lado, entre los estudios que apoyan el modelo genético y biológico como explicación a la etiología del TPL se identifican el realizado por donde se concluyó que existe un probabilidad de heredabilidad del TPL del 35% en gemelos monocigóticos y del 7% en gemelos dizigóticos.

Por su lado, en una investigación logintudinal con 1,116 pares de gemelos hasta los 12 años, se encontró que las características que podrían estar relacionadas con un TPL fueron altamente heredables, además la exposición a un ambiente familiar severo predijo características límitrofes propias de la personalidad, siendo más prevalente en familias con antecedes psiquiátricos. (Belsky et al., 2012).

Otros hallazgos han soportado la hipótesis con respecto a la alta prevalencia del TPL en familias con antecedentes psiquiátricos; Goldman y cols, (1993, como se citó en Selva et al., 2005) estudiaron 44 infantes que cumplían criterios para un TPL y se encontró que el 77% tenían un familiar con alguna psicopatología y en el 71% de los casos se trataba de uno de los padres y el 32% de los casos con ambos padres.

Mientras que otros autores soportan la teoría de que el TPL puede ser un derivado de los trastornos de estrés postraumáticos basándose en el hecho de que hay una prevalencia mayor de antecedentes traumáticos como abusos sexuales o maltratos infantiles, en paciente diagnosticados con TPL y además algunos síntomas de este trastorno de personalidad son muy

similares al estrés prostaumático explicando las alteraciones en la identidad. (Sanjuán et al., 2005)

Por lo tanto, “la vulnerabilidad biológica, las experiencias psicológicas traumáticas y un contexto social inadecuado” pueden propiciar la aparición y desarrollo de un TPL. (García et al., 2010, p264).

8.1.10 Perfil cognitivo del Trastorno límite de la personalidad.

Cuando se habla de un trastorno y en especial de un trastorno de personalidad, uno de los aspectos más evidentes son las conductas disfuncionales observables, detrás de ellas se hallan creencias, actitudes, afectos y estrategias que describen un patrón específico que nos permite distinguir entre un trastorno y otro, a continuación describiremos el perfil cognitivo del TPL de acuerdo a Beck et al., (2005) y Caballo et al., (2004)

- **Concepción de sí mismo:** Se percibe así mismo vulnerable al rechazo, la traición o a ser dominado, se siente carente de apoyo emocional, indefenso, defectuoso, malo e imposible de amar, dependiente, vacío, devalido, su autoestima depende de la emoción que sientan.
- **Concepción de los demás:** Percibe a los demás como fuertes, protectores, dignos de amor y perfectos y rápidamente pasan de la idealización a la devaluación, percibiéndoles como crueles, rechazadores, abandonadores, controlares y traidores, fluctuando entre ambas polaridades.
- **Creencias principales:** Las siguientes creencias se consdieran como supuestos claves en el TPL: “el mundo es peligroso y malo”, “soy impotente y vulnerable” y “soy intrínsecamente inaceptable” Además, en estos pacientes se presentan creencias cómo “necesito de alguien en quien confiar”, “no puedo soportar los sentimientos

desagradables”, “si me fio de alguien, me maltratará y abandonará”, “lo peor que le puede pasar a uno es que lo abandonen”, “soy alguien necesitado y débil” “me resulta imposible controlarme a mí mismo”, “merezco que me castiguen” “si me dejan sólo, no puedo manejarme por mí mismo”.

- Características cognitivas: Muestran un alto nivel de vigilancia, desconfianza interpersonal excesiva, pensamientos dicotómico y débil sentido de la identidad.
- Estrategias: Utilizan la subyugación como una estrategia para conservar la relación de pareja; portestan teatralmente o adoptan el papel opuesto, amezante y violento cuando siente rechazo, tienen ataques de ira, manipulan y se mueven por sus impulsos, es usual que muestren conductas autolesivas para mitigar el malestar emocional, escapando a través del suicidio.

8.1.11 Distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos.

De acuerdo a Caballo et al., (2004) los pacientes con TPL evidencian una serie de distorsiones cognitivas (DC) y pensamientos automáticos disfuncionales (PAD) típicos, que se presentan de acuerdo a unos esquemas característicos del TPL, como se describe a continuación:

- Esquema: Infravaloración: PAD: “finalmente me abandonarán” (DC: adivinación del futuro), PAD: “siempre estaré solo” (DC: pensamiento dicotómico, adivinación del futuro), PAD: “si me conocieran realmente no estarían conmigo” (DC: lectura de la mente), PAD “No soy capaz de controlarme” (DC: falacia de control).
- Esquema: Autocontrol insuficiente: PAD: “mi dolor es tan intenso que no puedo soportarlo (DC: catastrofización), PAD: “mis sentimientos me abruman” (DC: razonamiento emocional), PAD: “cuando me siento abrumado/a, tengo que escapar”

(DC: razonamiento emocional, baja tolerancia a la frustración), PAD “No soy capaz de controlarme” (DC: falacia de control).

- Esquema Inestabilidad emocional: PAD: “Él/ella es tan bueno/a que tengo mucha suerte o él/ella es tan malo/a que no puedo soportarlo” (DC: pensamiento dicotómico).
- Esquema de culpabilidad: PAD “soy malo, merezco el castigo” (DC: condena).
- Esquema de vulnerabilidad al dolor: PAD: “tengo que protegerme de la gente porque me harán daño” (DC: lectura de la mente).

8.1.12 Tipos o variantes del trastorno límite de la personalidad.

Los tipos o variantes son las variaciones que hay dentro de un mismo trastorno (Millón & Davis, 2000), usualmente oscilan entre una variación normal hasta un tipo más patológico, sin embargo por la complejidad del TPL, la variación de normalidad no se desarrolló. Para el TPL se desarrolló una caracterización del síndrome de la infancia los subtipos adultos, que veremos a continuación.

8.1.12.1 *Síndrome de la infancia.*

Según Millón & Davis, (2000), es posible observar ciertos patrones en infantes que se relacionarían con el TPL, tales como irritabilidad, inquietud motora, presentan rabietas exageradas sin motivo aparente, son irascibles, algunos muestran un alto nivel de dependencia parental, mientras que a otros se les percibe temerosos, hipocondriacos y con fobias; en los adolescentes es usual observar apatía, aburrimientos y falta de sentido de vida, se consideran diferentes a las tradicionales sociales, se les percibe falsos e incapaces de corregirse, parecen sufrir una crisis de identidad, manifiesta conductas guiadas por el placer momentáneo pues carecen de propósito y muestran dificultad para establecer metas futuras.

8.1.12.2 *Subtipos adultos.*

Si bien los patrones de comportamientos característicos del TPL pueden confundirse con otros trastornos de personalidad, cabe señalar que la estructura límite presenta una estructura desarrollada donde aparece un patron estable de impulsividad e inestabilidad afectiva, aún así, según Millón & Davis, (2000), se pueden diferenciar unos subtipos adultos en las patologías del TPL, que describiremos a continuación:

Límite desanimado

La estructura de este subtipo se caracteriza por un estado de ánimo frecuente y crónico de depresión o tristeza, suelen mostrarse sumisos evitando entrar en competencias, carecen de iniciativa, como parte de su estructura establecen vínculos fuertes con personas a las que puedan manifestar afecto y de las cuales depender, sin embargo por su temor a perder ese vínculo y considerando la preocupación que esto les genera, tienden a generar conflictos y malestares en esas relaciones.

La preocupación e inseguridad ante la posibilidad de perder ese vínculo, genera en este tipo de personas, un estado de ánimo deprimido, sentimientos de abatimiento, se sienten desesperanzados e indefensos, es posible que camuflen sus sentimientos de malestar con amabilidad y en ocasiones pueden mostrarse explosivos y resentidos por valorar el comportamiento de otros como abusivo y por considerar que no satisficieron sus necesidades básicas, situaciones que les generan sentimientos de soledad, aislamiento y angustia, esto los lleva a buscar desesperadamente ayuda, al mismo tiempo, estos ataques de ira, les genera preocupación por la posibilidad de ser rechazados y/o abandonados, interiorizando sentimientos de culpa y condena que se expresan como autoacusaciones, autlesiones físicas, intentos de suicidio y actos simbólicos de autoabandono. (Millón & Davis, 2000).

Límite impulsivo

Este tipo de personalidad constituye una variante patológica de los trastornos de personalidad histriónica y antisocial, que se caracterizan por ser variables, evasivas, superficiales y seductoras, en este sentido, las personas con TPL y con características histriónicas muestran estrategias exageradas de seducción e irresponsabilidad con el objetivo de obtener atención, manifiestan hiperactividad, labilidad, distracción, expresan episodios con rasgos maníacos, presumen de sí mismos y sienten necesidad persistente de contacto social, es probable que ante el temor de pérdida o soledad expongan compañerismo y euforia superficiales con síntomas hipomaníacos; por otro lado, las personas con TPL y rasgos de personalidad antisocial puede realizar conductas ilegales. (Millón & Davis, 2000).

Límite petulante

Este subtipo de personalidad límite comparte características con la personalidad negativista, suelen manifestar comportamientos hiperactivos, tienden a ser irritables, desafiantes y se quejan constantemente, parecen estar siempre insatisfechos, son pesimistas, bruscos, resentidos y voluntariosos. Pueden mostrarse emotivos momentáneamente, se desilusionan con facilidad por lo que su concepto de los demás suele ser muy variable; temen alejar a los demás con su comportamiento hostil. Muestran una polaridad entre la sumisión total y la resistencia, ya que muestran incapacidad de valerse por sí mismo así como de sentirse cómodos con los otros, esto los lleva a sentirse entre incapaces e inútiles, agitados o deprimidos, con culpa e ideas autodestructivas y en otros momentos donde son más demandantes, agresivos con quienes hab tenido conflictos e incluso pueden mostrar manía, y posteriormente internalizan la agresividad y sienten culpa, comprometiéndose a cambiar su conducta. (Millón & Davis, 2000).

Límite autodestructivo

Este subtipo de personalidad se caracteriza por un deseo de independencia que se ve obstaculizado por la implicación de sentimientos de soledad, esto les genera sentimientos de odio y resentimiento por querer independizarse de quienes dependen o en quienes buscan afecto y seguridad, se perciben así mismos como sumisos y sacrificados, buscan constantemente aprobación y terminan desarrollando un estilo de vida inestable. Es usual que desarrollen síntomas depresivos, ansiosos y al mismo tiempo tensión, ira y desprecio, por no haber logrado apoyo emocional y aprobación de otros, esto los hace convertirse en personas con alta sensibilidad a sus estados de ánimos y la aprobación de los demás. Sus comportamientos alternan entre la sumisión con negativismo depresivo y la ira y resistencia extrema con los demás, experimentan sentimientos de resentimiento, manifestado con ira y posterior culpa, hacia quienes han dependido o por quienes se han sacrificado. Es probable que con el tiempo se vuelven menos expresivos, se encierran en sí mismo intentado proyectar una imagen segura y responsable.

Es común que este subtipo de personalidad manifieste actitudes autodestructivas que pueden terminar en suicidio. (Millón & Davis, 2000).

8.1.13 Procesos de autoperpetuación.

Como se ha mencionado, las personas con TPL suelen mostrar en las relaciones interpersonales, afecto depresivo, resentimiento, reacciones explosivas de ira y agresividad pero al mismo tiempo experimentan culpabilidad y remordimiento, esa intermitencia de sentimientos y comportamientos, refuerzan la inestabilidad emocional y esa misma ambivalencia, puede generar comportamientos autolesivos e incluso suicidio. (Millón & Everly, 1994)

Ante un estilo de vida ambivalente e inestable, las personas con TPL suelen manifestar algunas estrategias que les permitan afrontar esta disfuncionalidad, y aunque alivian el dolor, la

tensión y el malestar momentáneamente, realmente son autodestructivas ya que perpetúan y exacerbaban la sintomatología del TPL, éstas son:

8.1.13.1 Contrarestrar la separación.

Según Millón & Davis (2000) a causa del temor al abandono y la preocupación ante una separación, las persona con TPL enfocan su energía en comportamientos que impidan cualquier abandono, además que permitan la obtención de la aprobación y el afecto de otros.

Algunos subtipos límites como el autodestructivo y desanimado se ubican como seres sacrificados incitando consideración para evitar el abandono, es decir asumen el rol de mártires a cambio de generosidad y responsabilidad por parte de otros hacia ellos, estas conductas buscan que el paciente con TPL haga parte de la vida de otros, apegandose a alguien que no los abandone, sin embargo, dichas estrategias fallan y como consecuencia aumentan los niveles de tensión y ansiedad.

8.1.13.2 Liberar tensiones.

Los sentimientos de hostilidad, ansiedad, tensión e iritabilidad se van acrecentando progresivamente ante el temor a la separación y los constantes fracasos de mantener relaciones de dependencia seguras, estos sentimientos son liberados por medio de explosiones hostiles de manera frecuente, expresando la angustia y el temor a través de la desesperación y la resignación, la ira a través de sentimiento de abatimiento, depresión e irascibilidad, los pensamientos insólitos y los comportamientos psicóticos a través de emociones irracionales. Algunas de estas estrategias de liberación de tensiones parecen ser útiles a corto plazo, sin embargo y como se describió en la estrategia de contrarrestrar la separación terminan siendo autodestructivas ya que incitan alteración en los demás generan en el paciente más ansiedad, conflicto y hostilidad. (Millón & Davis, 2000)

8.1.13.3 Redención mediante el autodesprecio.

Una vez implementadas las estrategias de liberación de tensiones y considerando que permanece el temor a ser abandonados o ante la separación, una estrategia para aliviar este malestar es autorreprocharse sus faltas y mostrar sus virtudes, lo que genera que se autoacusen, menosprecien, experimenten sentimientos de culpa, minusvalía, internalizando la ira y no expresándola. (Millón & Davis, 2000)

8.1.14 Intervención del Trastorno límite de la personalidad.

Si bien en la actualidad existen muchos modelos terapéuticos que podrían mostrar resultados positivos en el TPL, los primeros modelos de intervención que se desarrollaron fueron de corte psicoanalítico, en 1989 Aronson (como se citó en Díaz, 2001) realiza una revisión teórica sobre los modelos psicoterapéuticos del TPL y evidencia que aunque los modelos psicoanalíticos fueron los pioneros, no fueron los más elegidos por los terapeutas por falta de resultados positivos, entre los años 60's y 80's y gracias a las premisas de Kernberg se le da prioridad a los modelos que inducen a la psicoterapia intensiva que incluye procesos de introspección y regresión del paciente para lograr cambios en la estructura de personalidad. Por otro lado, y gracias a los estudios en el TPL, a partir de los 90's se ha considerado la etiología, la comorbilidad y la eficacia terapéutica para la elección de uno u otro modelo terapéutico (Díaz, 2001), donde se encuentran distintas orientaciones como:

“psicodinámicas (Terapia basada en la Mentalización de Bateman y Fonagy; Terapia Focalizada en la Transferencia de Kernberg y Clarkin; Terapia interpersonal basada en el Modelo Conversacional de Hobson de Meares) o cognitivo-conductuales (Terapia Dialéctico Conductual de Linehan; Terapia Cognitivo-conductual para Trastornos de Personalidad de Davidson; Terapia de Esquemas de Young)” (Font-Domènech, 2019, p199).

Además, de acuerdo a Ferrer, et al (2015) en cuanto al tipo de psicoterapia más efectiva también hay desacuerdo: Linehan (Linehan y Kehrer, 1993) plantea la superioridad de la Terapia Dialéctico Conductual, mientras que Freeman (Freeman, Pretzer, Fleming y Simon, 1990) plantea la superioridad de la Terapia Cognitivo Conductual, y Bateman (Bateman y Fonagy, 1999) plantea la superioridad de la psicoterapia psicoanalíticamente orientada.

Font-Domènech (2019) en su revisión literaria en los últimos 20 años sobre los modelos de intervención efectivos para el TPL encontró que la mayoría de tratamientos concluyen en una mejoría sintomática de la personalidad límite, sin discriminar técnicas u orientaciones teóricas. Mientras que autores como Cuevas & López (2012) afirman en su estudio sobre intervenciones psicológicas con mayor evidencia científica en el tratamiento del TPL que la terapia dialéctico-conductual es el modelo de intervención con mayor soporte empírico y eficaz en el TPL especialmente en la reducción de conductas autolesivas y el consumo de sustancias, así mismo refieren un nivel de eficacia menor para la terapia cognitivo-conductual y falta de evidencia que soporte la efectividad de la terapia netamente cognitiva, además se evidencia que la intervenciones farmacológicas podrían mejorar los efectos de los modelos de intervención psicológicos, información que también es soportada por Paris, (2005) donde plantea que existe evidencia que soporta la efectividad que presenta la combinación de psicoterapia y psicofarmacología, especialmente en el manejo de la tendencia suicida crónica.

Finalmente para los fines de este trabajo, haremos énfasis en los modelos de intervención de corte cognitivo y/o cognitivo-conductual.

8.1.14.1 *Terapia Cognitiva de Beck.*

Si bien el trastorno de personalidad límite es considerado una de las patologías de mayor complejidad tanto en el proceso diagnóstico como en la intervención, y considerando que hay

una dificultad en el área cognitiva y a su vez en el control de emociones, varios autores, proponen el modelo cognitivo como la propuesta de terapia de preferencia. (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979, como se citó en Cabalo & Camacho, 2000).

Por otro lado, aunque las terapias de corte cognitivo surgieron para los trastornos mentales del Eje I, con el tiempo se han ido implementando como modelos de intervención para los diversos trastornos de personalidad, bajo este modelo una de las más mencionadas es la Terapia Cognitiva de Beck que tiene como premisa entrenar a los pacientes en la identificación de sus creencias y esquemas cognitivos erróneos y disfuncionales para modificarlos de una manera más funcional y adaptativa a su realidad (Cuevas & López, 2012),

Desde otra perspectiva, parece haber una clara dificultad en este modelo de psicoterapia, ya que los pacientes diagnosticados con TPL muestran una falta de identidad consistente lo que dificulta el establecimiento de objetivos terapéuticos claros y las prioridades dentro del tratamiento, además este modelo establece que además de los pensamientos y esquemas se deben identificar y trabajar las premisas, que en las personas con diagnóstico de TPL suelen ser “el mundo es un lugar peligroso, yo soy poderoso y a la vez vulnerable y me siento poco aceptado” (Díaz, 2011, p57).

Entendiendo que el modelo de terapia de cognitiva de Beck es una de las alternativas de intervención para el TPL, vale la pena especificar que este tipo de psicoterapia está enfocado desde el modelo de Beck, et al (2005) y descrito por Arntz (2005) en:

- a. Aumentar la colaboración inicial: a) estableciendo una alianza terapéutica fuerte e intensa que permita desarrollar un apego seguro como una forma de corregir las experiencias de la infancia, se proponen al paciente canales de comunicación cercanos para cuando esté en una crisis emocional, de tal manera que el paciente encuentre apoyo ante sentimientos

negativos, además es importante mantener una postura activa y educativa sin dejarse llevar por el moralismo y usar técnicas de confrontación para enseñarle al paciente estrategias conductuales más adaptativas; b) enseñando al paciente a tolerar y aceptar el malestar, esto se logra a través de la escucha activa e interacción con el paciente por medio de la aceptación en sus momentos de crisis y c) previniendo el abandono precoz de la terapia, contacto al paciente cuando no asista a terapia y buscar adaptarse a las necesidades del paciente.

- b. Planificar la terapia seleccionado los temas prioritarios a trabajar, tener en cuenta: a) temas sobre actitudes que amezan la vida, b) relación terapéutica, c) actitudes autolesivas y d) esquemas, procesos traumáticos y otros.
- c. Manejar las crisis: a) contrarrestar las creencias negativas que tiene el paciente en relación a las experiencias emocionales, a través de la escucha empática, de tal forma que se puedan validar sus emociones, b) prevenir autolesiones, abuso de sustancias o aumento del malestar mostrando que el terapeuta está disponible en momentos de crisis.
- d. Establecer límites: limitar las conductas inaceptables que transpasan la integridad del terapeuta, es importante mencionar porqué se imponen esos límites, haciendo énfasis en la conducta del paciente más que en su carácter.

Para el logro de estos objetivos y metas terapéuticas, Arntz (2005) establece necesario la implementación de técnicas tanto cognitivas, como experienciales y conductuales que veremos a continuación.

- a. Técnicas cognitivas: buscan a) desvelar los esquemas subyacentes llevando un registro de automonitoreo de pensamientos, emociones y conductas, esto permitirá aumentar la consciencia sobre éstas y su relación entre ellas; b) combatir el pensamiento dicotómico

para aumentar la consciencia sobre este estilo de pensamiento y sus consecuencias adversas, que permita desarrollar un estilo de pensamientos más adaptativo, y c) aplicar los esquemas alternativos aprendidos en terapia, se recomienda utilizar la metodología de tarjetas educativas escribiendo por un lado el pensamiento disfuncional, los esquemas asociados y lo que causa determinada emoción y por el revés escribir la visión sana y el estilo de pensamiento más disfuncional.

- b. Técnicas experienciales: busca a) modificar los recuerdos infantiles dolorosos, se sugieren las técnicas de reescritura del pasado con rol playing, buscando un sentimiento negativo presente para llegar a un recuerdo infantil doloroso e intervenir sobre él, b) expresar libremente sentimientos y opiniones sobre las figuras punitivas con la técnica de la silla vacía y c) aprender a tolerar las emociones negativas con técnicas de exposición ya sea con la escritura de una carta al cuidado punitivo y posteriormente modelar la expresión de ira.
- c. Técnicas conductuales: buscan a) aprender habilidades interpersonales por medio del role playing y la escenificación de estilos de comunicación asertiva y habilidades sociales, y b) reforzar los nuevos esquemas y estrategias experimentando conductas nuevas y evaluando sus consecuencias.

8.1.14.2 Terapia centrada en esquemas de J. Young.

La terapia centrada en esquemas es un tipo de terapia desarrollada específicamente para el tratamiento de pacientes con trastorno de personalidad (Caro, 2009) se considera ecléctica porque abarca e integra los conceptos cognitivos, pero va más allá ya que incluye los orígenes de los problemas del paciente, los aspectos interpersonales de la relación terapéutica y el uso de técnicas experienciales tanto en la evaluación como en el tratamiento. (Bricker, Young &

Flanaga, 1993, citado en Caro, 2009), el objetivo de este enfoque es modificar los esquemas provocando que sean más flexibles y menos extremos. (Keegan, 2004)

Este modelo de intervención plantea que los esquemas disfuncionales se originan en la infancia y adolescencia y permiten el desarrollo de procesos esquemáticos es decir, estilos y respuestas de afrontamiento disfuncional, como el mantenimiento, la evitación y la compensación, que convierten los esquemas en entidades inflexibles, adicional se desarrolló el concepto de modos para definir los estados emocionales y respuestas de afrontamiento adaptativas y disfuncionales de los pacientes, dichos modos se conceptualizaron de la siguiente manera: modo niño (vulnerable, enfadado, impulsivo/indisciplinado, feliz), modo disfuncional de afrontamiento (rendido, protector - separado, sobre-compensador) modo padre o madre castigador y modo adulto sano. (Young, Klosko, Weishaar, 2003).

De acuerdo a Caballo & Camacho (2000) y considerando que el TPL tiene factor etiológico relacionado con experiencias tempranas traumáticas, se estima que la Terapia de esquemas de J. Young sería una de las propuestas terapéuticas más apropiadas, ya que este autor intenta identificar y cambiar los esquemas desadaptativos sobre el miedo al abandono, la falta de amor, la desconfianza, la escasa autodisciplina, en otros que fueron cosntruidos durante la infancia y se constituyen como esquemas inflexibles.

Algunos autores postulan que de acuerdo a este teoría los esquemas que parecen estar presentes en los pacientes con TPL son los dedependencia, abandono, falta de individuación, privación emocional, desconfianza, imposibilidad de ser amado e incompetencia, sin embargo, esto no quiere decir que estén activos todo el tiempo, pueden estar latentes y ser activados en determinadas situaciones (Keegan, 2004)

Autores como Young, et al., (2003) este modelo de intervención busca que el paciente con TPL incorpore el modo adulto sano modelado por el terapeuta de tal manera que se proteja al niño abandonado, esto se logra en tres fases, la primera enfocada a establecer vínculos, manejar las emociones que permitan superar los modos disfuncionales de afrontamiento con el terapeuta, en la fase 2 se facilita la expresión de necesidades y emociones en el espacio de terapia y la fase 3 consiste en enseñar al paciente estrategias de afrontamiento y contención del afecto tales como la tolerancia al malestar, mindfulness, técnica experienciales como el lugar seguro, técnicas cognitivas como el registro de pensamientos automáticos, el uso de flash cards, comprobación de esquemas, entre otros.

Así como el modelo de Beck, el modelo de Young discrimina las técnicas cognitivas, experienciales y conductuales dentro de la terapia de esquemas, (Young, et al., 2003) de la siguiente manera:

- a. Técnicas cognitivas: en este proceso se enseña a los paciente con TPL a identificar las necesidades de amor, cuidado y protección que hacen parte de un proceso evolutivo normal de un ser humano, para que entren en contacto con ellas y logren identificar sus propias necesidades.
- b. Técnicas experienciales: busca proteger al niño abandonado, se usan técnicas de imaginación, cuando se logra mayor estabilidad emocional se implementan técnicas de exposición con imaginación tratando de corregir la experiencia del pasado, inicialmente el terapeuta modela el adulto protector para que el paciente gradualmente asuma el rol de adulto sano y reparentalice su niño abandonado.

- c. Técnicas conductuales: busca que el paciente aprenda habilidades sociales y de comunicación asertiva que le permita tener mayor control sobre sus emociones y poder expresar sus necesidades de una forma más adaptativa.

8.1.14.3 *Terapia dialéctico comportamental de M. Linehan.*

La terapia dialéctico comportamental o TDC es un tratamiento psicológico de tercera generación desarrollado específicamente para el TPL por Marsha Linehan en 1993, combina psicoterapia individual y terapia grupal para la formación en algunas habilidades. La TDC surge de un modelo biosocial donde se combinan técnicas cognitivo-conductuales e incorpora la filosofía zen y budista, basadas en la aceptación de la realidad y es usual que en este tipo de terapia, los pacientes tengan la posibilidad de contactar a su terapeuta en tiempo real cuando tienen una situación de crisis. (Cuevas & López, 2012; De la Vega & Sánchez, 2013). Autores como Neacsiu & Linehan (2018) explican que la TDC es un modelo de terapia que evolucionó de la terapia conductual estándar para el tratamiento en pacientes con TPL, especialmente adultos con conductas autolesivas recurrentes y gravemente disfuncionales.

El objetivo de la TDC está basado en permitir que los pacientes vivan una vida que valga la pena de acuerdo a sus valores básicos (Keega, 2004), busca la aceptación y validación de emociones tal como se presentane en el momento actual, la identificación y abordaje de conductas que obstaculizan el proceso terapéutico tanto por parte del cliente como del terapeuta, se establece la relación terapéutica como parte fundamental del proceso y la aceptación y compromiso, es decir, el proceso dialéctico. (Linehan, 2012)

La TDC es un modelo de terapia organizado que incluye trabajo entre sesiones y tareas para la casa, se hace énfasis en el modelo directivo del terapeuta al inicio del proceso, busca como objetivo fundamental que los pacientes desarrollen habilidades que les permitan regular sus

emociones y conductas y considerando la variabilidad y complejidad que representa el paciente con TPL, este tratamiento se divide en dos componentes: terapia grupal para entrenamiento de habilidades y terapia individual para poner en evidencia las habilidades aprendidas y entender y dar respuesta a las crisis del momento. (De la Vega & Sánchez, 2013)

El entrenamiento en habilidades en la TDC está compuesto por cuatro módulos (Linehan, 2012):

a) Habilidades básicas de conciencia: se incorporan las técnicas de mindfulness, donde se pretende que el paciente aprenda a identificar y describir sus propias respuestas y a volverlas conscientes, se usan técnicas de registro en fichas permitiendo que el paciente identifique a qué prestarle atención en el aquí y el ahora, considere tres estados mentales fundamentales: la meta racional que es fría y lógica, la mente emocional que se deja guiar únicamente por las emociones y la mente sabia que integra las dos posturas anteriores, para lograr llegar a la mente sabia se debe entrenar en habilidades como qué observar, describir y participar y cómo no emitir juicios, unicidad mental y hacer lo que funciona.

b) Habilidades de efectividad interpersonal donde se busca enseñar a los pacientes a resolver problemas interpersonales, sociales y de asertividad, este proceso se logra con un primer nivel de análisis de las situaciones para definir los objetivos de los mismos, un segundo nivel que permite el análisis de factores que llevan a la efectividad interpersonal y aquellos aspectos que lo obstaculizan, en el tercer nivel se analizan todos los aspectos que se deben considerar antes de pedir algo, expresar una opinión o decir que no y en el último nivel se enfoca en la comunicación asertiva.

c) Habilidades de regulación emocional: busca desarrollar habilidades de identificación y descripción de emociones de forma empática, entendiendo su funcionalidad, se analizan los

obstáculos para la modificación emocional y se busca incrementar la frecuencia de acontecimientos emocionales positivos.

d) Habilidades de tolerancia al malestar: busca que los paciente con TPL aprendan a aceptar y manejar el malestar como parte del proceso de cambio, empleado habilidades de supervivencia a las crisis tolerando el dolor disminuyendo la aparición de conductas que mantengan o aumenten el malestar y habilidades de aceptación de la realidad sin juzgarla.

En la psicoterapia individual, De la Vega & Sánchez (2013) afirman que esta parte del proceso es fundamental para avanzar con los paciente diagnosticados con TPL y se basa en el concepto fundamental de que el terapeuta debe lograr que el paciente lo considere como una persona que le apoya y le valida, logrando un equilibrio entre la aceptación de emociones y las conductas y el esfuerzo por lograr el cambio.

Por otro lado y aunque en la TDC los aspectos principales son la terapia individual y el entrenamiento en habilidades, se contempla como aspectos importantes a) la consulta telefónica como canal de comunicación directo e inmediato en situaciones de crisis que puede presentar el paciente con TPL y b) la reunión de supervisión entre los terapeutas que llevan el caso que tiene como objetivo principal proteger y encontrar puntos de apoyo para los terapeutas implicados en el proceso. (Linehan, 2012).

8.1.14.4 Intervenciones farmacológicas.

Como se ha descrito en el presente trabajo, el TPL es uno de los trastornos de personalidad más complejos por su inestabilidad en varios dominios y aunque los medicamento psicotrópicos se prescriben con cierta frecuencia, no parece haber un medicamento específico para el TPL, además que la medicación conlleva bien sea, por sus efectos secundarios, por la falta de

capacidad de los pacientes para llevar un tratamiento específico o por el porcentaje de suicidio a causa de sobredosis (Caballo & Camacho, 2000)

Con respecto a los tratamientos farmacológicos algunos autores como autores Dimeff, McDavid & Linehan, (1999 como se citó en Caballo, et al., 2004) algunos de los fármacos más utilizados son:

“a) antipsicóticos, empleados para tratar las cogniciones alteradas, incluyendo la paranoia, las ideas de referencia, las disociaciones y las alucinaciones, b) antidepresivos, prescritos sobre todo para reducir la disforia asociada al rechazo personal, c) estabilizantes del estado de ánimo y anticonvulsivos, para regular los intensos cambios de humor, y normalizar los estados de impulsividad y agresión, y d) benzodiazepinas, dirigidas a reducir la ansiedad, los episodios de hostilidad y las alteraciones del sueño”. (p.159)

Por otro lado, de acuerdo a Cohen, (2009) donde se describe el manejo psicofarmacológico para el TPL se deben considerar los siguientes aspectos: los síntomas afectivos e impulsivos pueden responder de manera favorable a antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina e inhibidores de la monoamino oxidasa y ante la falta de respuesta a estos medicamentos se puede sugerir el uso de antipsicóticos típicos y atípicos (haloperidol, risperidona, olanzapina, quetiapina, clozapina y aripiprazol) y a su vez han mostrado buenos resultados con los síntomas cognitivos y perceptuales.

8.1.15 Relación Terapéutica.

Como se ha descrito en varias oportunidades en este trabajo, el TPL constituye uno de los trastornos de personalidad más complejos que demanda un nivel de experticia importante en el clínico que acompaña el proceso terapéutico de un paciente con TPL, es por ello que algunos autores lo han considerado como un reto ya que moviliza sentimientos y actitudes intensas en el

terapeuta por las características ambivalentes y prologadas de estos pacientes (Díaz, 2001) y de ahí que en el tratamiento para la TDC de Linehan se incluya como parte importante del proceso la supervisión entre terapeutas implicados con el paciente de TPL.

De acuerdo a Beck, et al (2005) la el papel del terapeuta en un tratamiento para pacientes con TPL juega un papel más importante ya que gran parte de los problemas que aquejan a estos pacientes tienen origen en las relaciones interpersonales, lo que permite al terapeuta vivenciar esos aspectos disfuncionales del relacionamiento del paciente y posicionarse en un rol reparentalizador que permita un adecuado proceso terapéutico, de allí, que es necesario establecer una relación cooperativa que requiere un grado de confianza e intimidad que no es fácil lograr con los paciente con TPL y es común que ocurran llamadas telefónicas de emergencia o solicitudes de trato especial como prueba de fuego que hace el paciente al terapeuta para validar la habilidad e interés del terapeuta, cuando el paciente no encuentra respuesta existe una alta probabilidad de abandono del proceso o expresión de agresividad hacia el terapeuta, el paciente emitirá conductas reiteradamente para validar los límites del terapéuta y si éste no establece límites claros y empieza a sentirse agoviado, es probable que esas emociones y conductas asociadas, obstaculicen el proceso.

8.1.16 Antecedentes sobre la eficacia de las terapias cognitivos conductuales en el Trastorno de personalidad límite.

En el estudio de revisión realizado por Cuevas & López (2012) donde se revisaron trabajos de revisiones sistémicas y ensayos clínicos aleatorizados recientes, se concluyó que la TDC es la opción terapéutica con mayor soporte empírico seguido de la terapia cognitivo-conductual, siendo las terapias de corte cognitivo menos efectivas.

Autores como Neacsiu & Linehan (2018) afirman que si bien varios enfoques han demostrado eficacia en el tratamiento para los pacientes con TPL, la TDC es la propuesta terapéutica con más apoyo empírico, motivo por el cual se condiera como un enfoque de vanguardia eficaz para el TPL y para soportar esta afirmación hicieron un análisis de 43 ensayos controlados, donde estiman que los resultados en general demostraron un nivel de eficacia alta para la TDC especialmente en pacientes con TPL.

Desde esta misma perspectiva, autores como Linehan, Armstrong, Suárez, Allmon & Heard (1991, citado en De la Vega & Sánchez, 2013) publicaron los primeros estudios sobre la eficacia de la TDC en pacientes con TPL y se desmotró que en comparación otro otros tratamientos como la farmacología, el counselling y la atención en urgencia, la TDC mostró reducción en conductas autolesivas, hospitalizaciones y aumentaba la adherencia al tratamiento, continuando los logros un año depúes del tratamiento.

Autores como Caballo (2001) los tratamiento para los trastornos de persoanlidad son variados pero poco eficaces, sin embargo para el TPL existen modelos cognitivo – conductuales estructurados que han mostrado eficacia en sus intervenciones. En el meta análisis realizado por Quiroga & Errasti (2001) sobre tratamientos psicológicos para los trastornos de personalidad se encontró que para el TPL la terapia dialéctica cognitivo-conductual y la terapia de conducta clásica contaban con más soporte empírico para ser considerados modelos terapéuticos psicológicos eficaces.

Por otro lado, en el meta análisis realizado por Burgal & Pérez, (2017) donde se comparó la eficacia de diferentes modelos psicoterapéuticos utilizados para el TPL desde 1990, encontraron que los principales modelos de intervención utilizados y a su vez los más eficaces son la TDC, la terapia basada en la mentalización y la terapia basada en esquemas, pero además se encontró

mejores resultados en problemáticas relacionadas con la reducción de conductas autolesivas y autolíticas pero se mostró poca o ninguna mejoría en la regulación de emociones.

Heliodoro, García, Navarro & Botella, (2012) utilizaron la TDC en su estudio de caso con paciente con TPL y anorexia nerviosa, los resultados evidenciaron aumento en la regulación emocional, disminución de conductas autolesivas, intentos de suicidio, aumento del estado de ánimo positivo y estabilización del peso.

8.2 Trastorno de depresión mayor

8.2.1 Antecedentes históricos del Trastorno de depresión mayor.

En el silgo I, Areteo de Capadocia, hizo la primer mención sobre el término melancolía y manía como polaridades de una misma enfermedad, términos que fueron desarrollados más adelante por Galeno donde se describía la melancolía como un exceso de bilis negra, sin embargo, fue Hipócrates quien propuso una teoría más precisa donde expuso los cuatro temperamentos y su relación con la salud – enfermedad, conceptos que tuvieron vigencia entre los siglos XV y XVII; en la época medieval, las enfermedades mentales comenzaron a explicarse bajo la premisa del pensamiento mágico – religioso hasta el renacimiento, donde surge una concepción con más enfoque médico; en lo siglos XVII y XIX, Kraepelin comienza a usar el término depresión por encima del concepto melancolía volviendo su uso, más popular en el campo médico. (Benavides, 2017).

El término depresión se incluyó en 1952 en el DSM-I como reacción maniaco-depresiva; esta conceptualización cambió en la tercera edición del DSM-III en donde gracias a la observación de pacientes, se hizo una división entre los pacientes con alteración del estado de ánimo con hipomanía y con manía, además se nombró el Trastorno distímico y trastorno depresivo mayor

(Zarragoitía, 2011), acotaciones que continuaron en el DSM- IV –TR y se conservan en el actual DSM-5.

8.2.2 Características generales del Trastorno de depresión mayor.

El trastorno de depresión mayor hace parte de los trastornos del estado de ánimo, comprende un malestar clínicamente significativo en las áreas cognitiva, emocional y/o conductual de una persona que, e incide en uno o varios procesos del ser humano, en una o varias dimensiones de la vida y excluye todo malestar que constituya una respuesta esperada ante un acontecimiento o factor de estrés, teniendo en cuenta las condiciones socioculturales, por lo tanto y como afirman Álvarez y Montes (2001) “la depresión vendría dada por diferentes síntomas, de modo que una persona podría estar deprimida diferentemente de otra, según la preponderancia de uno u otro patrón”. (p494). De acuerdo con el DSM-5® los trastornos depresivos tienen en común los siguientes síntomas: “presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad funcional del individuo” (APA, 2014, p.155).

Autores como Segal, Williams & Teasdale, (2017) definen la depresión como un trastorno del estado de ánimo que incapacita el pensamiento adaptativo y funcional, interfiere con la motivación hacia la acción y afecta la forma en cómo funciona el cuerpo generando un malestar mental clínicamente significativo con tendencia a disminuir o anular la funcionalidad de la persona.

El trastorno de depresión mayor también conocido como depresión unipolar, se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo deprimido y/o pérdida del disfrute o desinterés en la mayor parte de actividades y la mayor parte del día, estos síntomas pueden ir acompañados de pérdida o aumento de peso sin haber modificado los hábitos de alimentación o aumento o

disminución del apetito, insomnio o hipersomnia, fatiga o pérdida de energía, agitación o retraso psicomotor, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva y/o inapropiada, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, estos síntomas deben estar presentes de manera consecutiva durante mínimo 2 semanas y causan un malestar clínicamente significativo en una o varias áreas importantes del funcionamiento de la persona. (APA, 2014).

8.2.3 Criterios diagnósticos del Trastorno de depresión mayor.

De acuerdo con lo establecido en el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DMS-5, APA, 2014), el trastorno de depresión mayor se caracteriza por:

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
11. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p.e., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p.e., se le lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).
 12. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 13. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p.e., modificación de más de 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).

14. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 15. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 16. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 17. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 18. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de información subjetiva o de la observación por parte de otras personas),
 19. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterior en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p.ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) puede incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depreviso. Aunque estos síntomas puede ser comprensibles o considerarse

apropiados a la pérdida, también se debería. Pensar atentamente en la presencia de un episodio depresivo mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

8.2.4 Epidemiología del Trastorno de depresión mayor

Según la Organización Mundial de la Salud la depresión es considerada una enfermedad que afecta más de 300 millones de personas y puede llegar a ser tan grave que en muchos casos lleva al suicidio (OMS, 2019; Medina, M. E. A., Pérez, R. E. G., & Mejía, D. Z., 2008), se estima que se podría convertir en una de las tres principales enfermedades incapacitantes a nivel mundial para el año 2030 (Mathers & Loncar, 2006; OMS, 2004) por lo que algunos autores la nombran como una enfermedad “generalizada, debilitante, costosa y potencialmente devastadora” (Barlow, 2018, p276).

En países como Estados Unidos se presenta en un 7% de la población, con una presencia mayor entre los 18 y 29 años y existen una proporción mayor de mujeres que hombres, que padecen este tipo de trastorno (APA, 2014), de acuerdo a los resultados de la réplica de la

encuesta nacional de comorbilidad para el trastorno depresivo mayor en población estadounidense se encontró una prevalencia de 16.2% para toda la vida y 6.6% para el último año (Kessler, et al., 2003), otros estudios con la misma población estiman que hay mayor incidencia entre los 15 y 19 años, hasta los 40 años en los hombres y los 50 en las mujeres (Wu & Anthony, 2000):, además en la población general puede estimarse entre el 9 y el 20% y, aunque sólo la mitad o menos termina recibiendo atención especializada, los pacientes depresivos constituyen entre el 20 y el 25% de los pacientes que consultan al médico de familia por algún problema psiquiátrico (Bernardo, 2000). Otros estudios afirman que la prevalencia del trastorno depresivo mayor, varía alrededor del mundo desde 3% en Japón hasta 16.9% en los Estados Unidos de América (Pérez-Padilla et al., 2017). En países latinos como México un estudio realizado por Belló et al., (2005) evidenció una prevalencia del 4,5% en los 12 meses anteriores a la encuesta y un estudio más reciente indicó una prevalencia de depresión en personas mayores de 74.3%. (De los Santos, & Valdés, 2018).

En Colombia, los estudios de salud mental, permiten observar una variación a través de los años, de esta manera se evidencia una disminución en la prevalencia de la depresión, de tal modo que, en 1993, se presentó una prevalencia de 25.1%, seguido de una prevalencia de 19.6% en 1997, 13.9% en el estudio realizado en 2003 (Gómez-Restrepo et al., 2016), otros estudios han encontrado que este fenómeno muestra una prevalencia del 10% para presencia de por lo menos un episodio depresivo en el último año previo al estudio y el 8,5% de la población presentó por lo menos un episodio en el último mes (Gómez-Restrepo et al., 2004). Además un estudio salud mental realizado en 2015 en población colombiana, puso en evidencia que el trastorno de depresión mayor en comparación con otras patologías, sigue representando un porcentaje importante, con una prevalencia del 4.3%, además presenta una prevalencia del 13,2% en

mujeres adolescentes entre los 12 y 17 años y una prevalencia del 11,2% de hombres en el mismo rango de edad, que tenían 8 o más síntomas de depresión o ansiedad, en adultos entre los 18 y 44 años se describe una prevalencia del 17,2% de mujeres y el 9,1% de hombres con 8 o más síntomas de depresión o ansiedad y en adultos mayores de 45 años se encontró una prevalencia del 22,6% de las mujeres y 11,8% de los hombres tienen 8 o más síntomas de depresión o ansiedad. (Quitian, H., Ruiz-Gaviria, R. E., Gómez-Restrepo, C., & Rondón, M., 2016).

8.2.5 Desarrollo y curso del Trastorno de depresión mayor.

De acuerdo a la APA (2014) el trastorno de depresión mayor inicia con mayor frecuencia en la adolescencia temprana, sin embargo puede aparecer por primer vez en cualquier momento evolutivo y presenta un curso variable ya que algunos pacientes presentan periodos de 2 o más meses sin síntomas o con síntomas leves, mientras que otros permanecen durante muchos años con pocos o ningún síntoma durante los episodios.

Un estudio realizado por Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista, & Zambrano-Ruiz, (2004) en población mexicana, donde se estudió la prevalencia de la depresión mayor con inicio temprano y con inicio durante la etapa adulta, se encontró una prevalencia en mujeres del 2,8% de casos con inicio temprano, y 7% con inicio en la adultez y en hombres, se presentó una prevalencia del 1,1% para inicio temprano y del 3,3% de inicio en la adultez, además entre la población que había experimentado por lo menos un episodio de depresión mayor en su vida, el 27,5% tuvo su primer episodio en la infancia o la adolescencia, por otro lado se evidenció un 64% de reincidencia en aquellos casos que presentaron inicio temprano y del 41% de reincidencia, en aquellos que habían presentado inicio en adultez.

Otro autores como Nardi, et al., (2013, citado en Restrepo-Arango, et al., 2017) indican que la incidencia del trastorno de depresión mayor en la pre-adolescencia oscila entre el 0,5% y 2,5%, y

del 2,5% al 8% durante la adolescencia, con una prevalencia total estimada entre el 4% y el 8% del total de esta población.

Y como se expresó anteriormente en Colombia se ha evidenciado una prevalencia del 13,2% y del 11,2% en mujeres y hombres adolescentes, respectivamente, entre los 12 y 17 años.(Quitian, H., Ruiz-Gaviria, R. E., Gómez-Restrepo, C., & Rondón, M., 2016).

Finalmente, en un estudio realizado por Salvo (2015) se encontró que “los síntomas del trastorno depresivo mayor típicamente se desarrollan en días o semanas. Los síntomas prodrómicos, incluyendo ansiedad generalizada, crisis de angustia, fobias o síntomas depresivos que no alcanzan el umbral diagnóstico pueden precederlo en varios meses” (p.25). Sin embargo, este puede desarrollarse a causa de un estresor psicocial severo y darse de manera abrupta; la duración de un episodio depresivo mayor también varía, sin embargo se estima una duración media basado en estudio de depresión que va entre 12 a 24 semanas, por otro lado, en pacientes tratados, el tiempo promedio de recuperación es de aproximadamente 20 semanas y en los no tratados, los episodios se recuperan en 6 meses o más.

Por otro lado, se puede observar mejoría durante los tres primeros meses en 2 de cada 5 pacientes y durante un año en 4 de cada 5 pacientes, mostrando una disminución progresiva en la reincidencia con el tiempo, disminuyendo a su vez la probabilidad de intentos de suicidio en la adultez media y tardía, fenómeno que no se presenta con el suicidio consumado. (APA, 2014).

8.2.6 Comorbilidad del Trastorno de depresión mayor.

Aragonès, Piñol & Labad, (2009) en su estudio sobre comorbilidad del trastorno de depresión mayor con otras patologías en atención primaria encontraron que el 45,7% de los pacientes con depresión mayor, tenían diagnóstico de un trastorno mental adicional, el 19,9%, presentaban dos patologías más y el 8,3%, tres patologías más, los trastornos comórbiles más comunes fueron el

trastorno de ansiedad generalizada, presente en el 55,2% de los pacientes con depresión mayor, el trastorno de pánico en el 33,8%, la distimia en el 15,7% y el trastorno de somatización en el 6,6%.

De acuerdo a la APA (2014) se presenta una comorbilidad que parece aparece con frecuencia son los trastornos relacionados con consumo de sustancias, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo, la anorexia nerviosa, la bulimina nerviosa y el trastorno límite de la personalidad.

Por otro lado según los resultados del meta análisis de Campos & Martínez-Larrea (2002) la depresión y la ansiedad parecen presentar una prevelancia en comorbilidad a lo largo de la vida de un 50%, especialmente la depresión con los trastornos de ansiedad generalizada y trastorno de pánico, además se encontró una comorbilidad mayor entre la bulimina y la depresión que en la anorexia y la depresión, finalmente evidenciaron comorbilidad alta para los trastorno de personalidad, trastornos por consumo de sustancias y el trastorno obsesivo – compulsivo.

8.2.7 Diagnóstico diferencial del Trastorno de depresión mayor.

De acuerdo a la APA (2014) los trastorno de depresión deben diferenciarse de otras patologías, las principales son:

- Episodios maníacos con ánimo irritable o episodios mixtos: establecer esta diferencia puede ser complejo, por lo que se sugiere una evaluación clínica exhaustiva para evaluar la presencia real de síntomas maníacos.
- Trastorno del humo debido a otra afección médica: se debe diferenciar si la alteración del estado de ánimo no constituye una consecuencia de una afección médica, como la esclerosis múltiple, infarto cerebral, hipotiroidismo, entre otros.

- Trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/medicamentos: estas dos patologías se diferencian por la presencia de una sustancia que explica la aparición de la sintomatología depresiva, entre ellos se contemplan aquellos casos donde hay presencia de alteración del estado de ánimo a causa de abstinencia de una sustancia psicoactiva.
- Trastorno de déficit de atención/hiperactividad (TDAH): Los síntomas como la distraibilidad y la baja tolerancia a la frustración pueden aparecer en ambas patologías, en los niños se debe el TDAH se caracteriza más por presencia de irritabilidad que por tristeza o pérdida de interés.
- Trastorno de adaptación con ánimo deprimido: los criterios del episodio de depresión mayor no se cumplen en su totalidad en el trastorno de adaptación con ánimo deprimido.
- Tristeza: Los episodio de trsiteza no deben ser diagnósticados como episodio de depresión a menos que se cumpla con los criterios de gravedad y duración con presencia de un malestar clínicamente significativo.

8.2.8 Teorías explicativas del Trastorno de depresión mayor.

8.2.8.1 Teorías cognitivas.

Desde la perspectiva de Aaron Beck (1967) una persona con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, el entorno y el futuro, a esta conceptualización se le llamó triada cognitiva y gracias a la investigación clínica y la observación experimental se desarrolló toda una teoría explicativa de la depresión, que adiciona los conceptos de esquemas y errores cognitivos, desde esta mirada el primer concepto, es decir la triada cognitiva, hace referencia a 1) la valoración negativa de sí mismo y una tendencia a atribuir las experiencias

desagradables como resultados de los propios defectos y la incapacidad para poseer atributos que conduzcan a la felicidad y la alegría, 2) hay una predominancia en interpretar las experiencias de forma negativa y catastrófica y 3) persiste una idea anticipada de fracaso frente al futuro; el segundo concepto de esta teoría es el de esquemas, los cuales hacen referencia a un patrón cognitivo estable que permea la interpretación de las experiencias de vida, es decir es una tendencia específica a codificar y procesar la información y en la personas depresivas cuando se activan estos esquemas, dicha tendencia de pensamiento es distorsionada y puede llegar a impedir que el paciente pueda identificar y valorar como errónea su interpretación negativa de las situaciones; finalmente el tercer concepto hace referencia a los errores en el procesamiento de la información, donde la forma en cómo se procesan los datos mantienen las creencias depresivas (Beck, et al., 1983).

La teoría del procesamiento de la información estima que la depresión es la manifestación de estructuras de conocimiento específicas que derivan de esquemas formados de experiencias tempranas, expectativas sobre sucesos futuros y vulnerabilidades afectivas, que al presentarse de forma reiterada sesgan o distorsionan el procesamiento de la información propiciando la presencia de síntomas asociados a la depresión como el estado de ánimo deprimido, la fatiga, los problemas de sueño y de apetito, entre otros. (Dodge, 1993 como se citó en Tapia, 2015).

La teoría de Seligman (1975) hipotetizó que la depresión se producía cuando las personas no logran discriminar la relación entre su conducta y las consecuencias de éstas, formando una creencia de indefensión que tienen un estrecha relación con expectativas anticipadas de pérdida de control independientemente de lo que se haga o se deje de hacer, afectando procesos cognitivos como el autoconcepto y las atribuciones, a este concepto se le llamó indefensión aprendida y desde allí se explica la sintomatología depresiva según este autor, (Bottero, Oliver &

Zanola, 2007) sin embargo, esta teoría se complementó más adelante por Abramson, Seligman & Teasdale (1978) considerando en las atribuciones las siguientes dimensiones: interna-externa, global-específica y estable-inestable.

8.2.8.2 *Teorías conductuales.*

Algunos modelos conductuales explican la etiología de la depresión unipolar, como un fenómeno de interacciones negativas entre la persona y su contexto, es decir experiencias negativas en las relaciones sociales, o baja tasa de refuerzos que a su vez influyen los pensamientos, emociones y conductas. (Vázquez., Muñoz & Becoña, 2000). Uno de estos modelos es el desarrollado por Lewinsohn (1975) donde se explica la depresión como el resultado de una baja tasa de refuerzo positivo, sin embargo, al ser una teoría tan sencilla, el mismo Lewinsohn introdujo el concepto de fenómeno de la secuenciación de conexiones causales, para indicar que el ánimo deprimido se presenta como consecuencia de la activación de un estado de conciencia dirigido así sí mismo, la autocrítica y las expectativas negativas que se presentan como resultado del inicio de un cambio conductual que a su vez produce disminución de refuerzo positivo o aumento de experiencias aversivas, originado por un acontecimiento potencialmente generador de depresión lo que traduce en síntomas que afectan las áreas cognitivas, conductuales, emocionales e interpersonales.

Desde la perspectiva de Rehm (1977) y sin ánimo de mitigar el impacto ambiental en el fenómeno de la depresión, este autor, explica cómo los síntomas depresivos tienen una base en los altos estándares de autiexigencia y la relación negativa entre refuerzos y castigos, donde las personas con altos niveles de autoexigencia y perfeccionismo pueden tener un perfil más vulnerable a este trastorno del estado de ánimo ya que su estilo particular de procesar la información les lleva a interpretar que están expuestos a menor tasa de refuerzos y por ende a

tener menos herramientas de autoregulación ya que se enfocan en metas inalcanzables o difíciles de lograr, muestran atención selectiva por los aspectos negativos del entorno que les rodea y tienen una relación distante con los autoreforzamientos positivos pero cercana con los castigos.

8.2.8.3 Teorías biológicas.

La investigación en los aspectos biológicos de la depresión basando en diferentes estudios han permitido concluir que “los sistemas neuroquímicos, monoamínicos y neuroanatómicos desempeñan un rol significativo en la etiología y el curso de la depresión” (Teraiza & Meza, 2008).

Autores como Fernandez (2011) describen que la depresión tiene un componente de heredabilidad genética que terminan en una disminución funcional de los niveles de serotonina, ocasionada por un desequilibrio en los neurotransmisores y el aumento de receptores colinérgicos, lo que permite deducir que una historia familiar con depresión aumenta la probabilidad de desarrollar una alteración del estado de ánimo de tipo depresivo.

8.2.9 Intervención del Trastorno de depresión mayor.

A pesar de que hay diversas causas que pueden explicar el origen del fenómeno de la depresión, es claro que para cada individuo en particular y de acuerdo a su sintomatología se puede plantear un tratamiento específico, según la OMS (2019) entre los tratamientos eficaces para combatir la depresión moderada y grave están los tratamientos psicológicos y farmacológicos; sin importar el tipo de tratamiento, el enfoque de los procedimientos antidepressivos, es lograr la desaparición de los síntomas y la recuperación de la funcionalidad del paciente en las diferentes dimensiones de su vida. (Pérez, 2017). Autores como Gaynes et al. 2009, y Rush et al. 2006, (como se citó en Pérez E, 2017) estiman que:

“los tratamientos antidepresivos actuales tienen una eficacia comprobada pero limitada, logrando tasas de remisión de alrededor de 30% tras un paso de tratamiento, 60% tras 2 pasos y subsecuentemente menor conforme se intentan más estrategias terapéuticas, únicamente logrando una tasa de remisión de 67% tras 4 pasos de tratamiento consecutivo”. (p8)

Algunos autores sugieren tratamientos combinados entre psicoterapia y farmacoterapia aduciendo que en los trastornos depresivos es importante la atención con antidepresivos, pero debe haber un foco significativo en los aspectos comportamentales del paciente, así como la adherencia al tratamiento, este último determina en gran medida el resultado del mismo. (Cassano, P., & Fava, M., 2002).

Teniendo en cuenta lo anterior, entre los tratamientos psicológicos eficaces, está la terapia de la conducta, la psicoterapia interpersonal y la terapia cognitiva (Pérez & García, 2001), lo que nos lleva a enfatizar en las terapias cognitivo-conductuales como una de las alternativas más prevalentes para el trastorno de la depresión (Vázquez., Muñoz & Becoña, 2000, Korman, & Sarudiansky, 2011) y que serán expuestas en el presente trabajo.

8.2.9.1 *Terapia cognitivo-conductual (TCC).*

Los modelos de intervención en la TCC buscan que el paciente modifique sus pensamientos, emociones, conductas, respuestas fisiológicas disfuncionales (Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2004) y tolere de forma más adaptativa el malestar de tal forma que pueda combatir la depresión; este tipo de psicoterapia se caracteriza por ser estructurada y limitada en el tiempo, usualmente se desarrolla entre 10 a 20 sesiones (Ilardi, & Craighead, 1994), según características particulares tanto del paciente como de la sintomatología de la depresión, además está basado en técnicas tanto cognitivas como conductuales que tienen todo el soporte teórico de sus modelos

explicativos, entre los que destacan el modelo de psicoterapia de Beck (1967, Beck et al, 1983) que hace un especial énfasis en la modificación de pensamientos negativos o disfuncionales asociados a la percepción de sí mismo, el mundo y el futuro (triada cognitiva), los patrones de pensamientos que codifican la forma en qué procesamos la información (esquemas negativos) y las distorsiones cognitivas e incluye técnicas conductuales que contribuyen de manera significativa a dicha reestructuración cognitiva y por ende a los cambios en el sistema de creencias del paciente (Keegan & Pawel, 2010) además esta teoría se soporta en la capacidad que tienen las personas para identificar sus propios pensamientos y creencias y posteriormente comunicarlas lo que permitiría modificaciones de pensamiento con diferentes técnicas, conduciendo a una inevitable modificación de la conducta y el afecto (Vázquez., Muñoz & Becoña, 2000). De la misma forma se encuentran técnicas conductuales y protocolos de intervención conductuales como:

“la Terapia de Solución de Problemas (Nezu,1987), y la Terapia Conductual de Pareja (Beach & O’Leary, 1992; Jacobson, Dobson, E., Schmaling & Salusky, 1999), [sin embargo], de las técnicas más famosas está la de Lewinsohn que tiene tres modalidades de aplicación: 1) Programa de Actividades Agradables, 2) Entrenamiento en Habilidades Sociales, y 3) Curso para el Afrontamiento de la Depresión. (Korman, & Sarudiansky, 2011, p131).

Por lo tanto y consdiernado la teoría de la baja tasa de refuerzos de Lewinsohn (1975) autores como Lewinsohn, Sullivan y Grosscup (1980) desarrollaron un programa conductual cuidadosamente estructurado enfocado en actividades agradables, dicho tratamiento se desarrolla en:

“12 sesiones. Las primeras cinco sesiones se centran en disminuir la frecuencia y la aversión de los acontecimientos desagradables. Las segundas cinco sesiones se dedican a aumentar la frecuencia y el disfrute de las actividades agradables. El objetivo de la sesión final de tratamiento consiste en fomentar la capacidad del paciente para mantener su nivel de estado de ánimo y prevenir la depresión futura. Cada sesión presenta actividades específicas para el terapeuta y para el paciente con el fin de alcanzar estos objetivos. Se sugieren límites temporales para cada actividad. Cualquier tiempo extra debería emplearse en otras preocupaciones del paciente. Se utilizan diferentes procedimientos para alcanzar los objetivos del tratamiento. Incluyen el registro diario, el entrenamiento en relajación, el vérselas con los acontecimientos aversivos y el aumentar las actividades agradables. (Lewinsohn, Gotlib, & Hautzinger, 1997, p505)

La segunda modalidad de aplicación del modelo de Lewinsohn, es decir el entrenamiento en habilidades sociales establece que las personas con síntomas depresivos suelen tener pocas o nulas habilidades de interacción social, lo que se consolida en una experiencia de bajo refuerzo ambiental que a su vez confirma la autovaloración negativa (Puerta, & Padilla, 2011). En este sentido el programa de habilidades sociales hace énfasis en las conductas defensivas frente a los propios derechos e intereses (aserción negativa), la expresión de sentimientos agradables o positivos hacia los demás (aserción positiva) y el entrenamiento en habilidades de conversación (Lewinsohn, Gotlib, & Hautzinger, 1997) y finalmente en la tercera modalidad de aplicación del modelo de Lewinsohn está el curso de afrontamiento para la depresión (CAD) que se lleva a cabo de manera grupal y tiene un componente altamente psicoeducativo, donde el rol del terapeuta es directivo y donde se incluye además del programa de actividades agradables y el

entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de reestructuración cognitiva y desarrollo de proyecto de vida (Caballo, 1997).

Existen otros programas de intervención conductual para la depresión como el de Nezu et al. (1989) enfocado en la solución de problemas, que se desarrolla entre 8 y 12 sesiones, con una variedad de técnicas conductuales que buscan fomentar adecuadas estrategias de afrontamiento frente a la adversidad de tal modo que disminuyan los síntomas depresivos; y por otro lado está el modelo de intervención de autocontrol de Rehm (1977) que enfatiza en el logro progresivo de objetivos, la implementación de autorrefuerzo, las estrategias de control de las contingencias, y la productividad conductual enfocando el programa en tres grandes tareas: el autorregistro, la autoevaluación y el autorrefuerzo.

Si bien los modelos de intervención mencionados anteriormente no consolidan el total de técnicas de intervención, si muestran alguna de las más significativas e implementadas y que serán de utilidad para el presente trabajo

8.2.9.2 Farmacoterapia.

En la actualidad, la psiquiatría clínica cuenta con más de treinta agentes antidepresivos altamente eficaces, que se diferencian en su mayoría y principalmente por los efectos colaterales que generan, algunos de estos agentes son la Venlafaxina, la Mirtazapina, Bupropión, la Moclobemida, la Nefazodona, la Reboxetina y la Fluoxetina (Heerlein, 2002). Aunque existe un número significativo de fármacos antidepresivos, está claro que, para la elección del mismo, se deben considerar los efectos colaterales, que en contraste con las características del paciente pueden dar una orientación más acertada del tratamiento y de acuerdo a Beck (1983) se deben implementar terapias eficaces para aquellas personas que no reaccionan de forma positiva a la medicación, además este autor contempla que el tratamiento farmacológico podría limitar el

desarrollo de herramientas personales psicológicas para enfrentar la depresión motivo por el cual sugiere los tratamientos psicológicos de manera prioritaria.

8.2.10 Eficacia de la terapia cognitiva conductual en el trastorno de la depresión mayor.

Si bien los estudios que evalúan la eficacia de la TCC son múltiples a lo largo de los años, algunos estudios experimentales y revisiones de literatura han encontrado que en la actualidad este tipo de terapia sigue mostrando niveles de eficacia satisfactorio para los trastornos del estado de ánimo en comparación con otros tipos de terapias (De Maat et al., 2006; Imel, Malterer, McKay, & Wampold, 2008 como se citó en Spielmans, Berman, & Usitalo, 2011).

Autores como Stice, Rohde, Gau, & Wade. (2010) desarrollaron un estudio experimental con 341 jóvenes que presentaban riesgo alto de padecer depresión, se hicieron 3 grupos al azar, en cada uno se implementó un modelo de intervención diferente entre la TCC, la intervención grupal expresiva de apoyo y la biblioterapia, los resultados indicaron mejorías en la disminución de síntomas depresivos para las tres técnicas de intervención, sin embargo se evidenciaron mejores resultados en el grupo de intervención con TCC, así mismo este grupo presentó menos incidencia de episodios depresivos futuros, resultados similares se encontraron en otro estudio experimental llevado a cabo por Rohde, Stice, Shaw, & Brière. (2014). Por otro lado, Ferré-Grau, et al. (2012) relizaron un estudio experimental con 122 cuidadores de pacientes crónicos que requerían atención domiciliaria, en este estudio, se realizó entrenamiento en técnicas de la TCC a las enfermeras que acompañaban a los cuidadores y durante las visitas se aplicaban las técnicas de resolución de problemas, en relación al grupo control, el grupo de intervención mostró mejoría significativa en síntomas depresivos.

Estudios más recientes como los de Menárguez, Marín, & Benito. (2016) quienes pusieron en evidencia el tratamiento con la TCC en un estudio de caso con un adolescente de 18 años y diagnóstico de depresión mayor, demostraron que se redujo la sintomatología depresiva del paciente en mayor medida que otras variables; Abdollahi, et al. (2017) evaluaron 54 pacientes adultos que presentaron depresión entre leve a moderada que mostraron mejoría en los síntomas depresivos con la implementación de la TCC y finalmente los estudios de Nakao, et al. (2018) donde se evaluaron 40 adultos mayores con diagnóstico de depresión mayor se encontró reducción de la sintomatología depresiva, con la TCC, en la evaluación de seguimiento del tratamiento y post tratamiento.

9. Análisis del caso

El presente análisis de caso mostró un nivel intermedio de dificultad con respecto al diagnóstico de trastorno de personalidad, la paciente se presenta a consulta con una problemática que evidencia sintomatología depresiva y ansiosa y al hacer un rastreo de los síntomas se indentifican síntomas que han estado presentes en diferentes momentos de su vida, y se hace una evaluación enfocada en el diagnóstico diferencial entre depresión mayor y depresión mayor persistente o distimia, de acuerdo a los criterios de la APA (2014) aunque ambas patologías comparten la sintomatología depresiva, para diagnosticar distimia los síntomas deben estar presentes de manera continua durante un periodo de dos años y no debe haber ausencia de los síntomas durante ese periodo por un tiempo superior a dos meses seguidos, sin embargo en el rastreo de historia de vida y de acuerdo con la información proporcionada por Luisa, estos han estado ausentes por períodos superiores a dos meses y en el episodio actual no se cumple el criterio de dos años de presencia de la sintomatología, por otro lado en las primeras sesiones se evidenció labilidad en el estado de ánimo, la paciente expresaba en ocasiones, un estado de

ánimo bajo y rápidamente evidenciaba días donde utilizaba palabras como me sentía con mucha energía, por lo que también se pensó si además de estado de ánimo deprimido podría estar experimentado episodio maníacos o hipomaníacos, sin embargo al explorar más sobre este aspecto, parecía ser un factor presenta y estable de acuerdo a las experiencias del día a día y no correspondían a un “período periodo bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía” APA (2014, p.124) por un período de una semana para el episodio maníaco o mínimo cuatro días consecutivos para el episodio hipomaníaco, motivo por el cuál se descartó ese diagnóstico.

Finalmente se determinó que por la sintomatología y después de haber descartando los otros posibles diagnósticos se confirmó el trastorno de depresión mayor, sin embargo desde la segunda consulta se identificaron en la historia de vida del paciente algunos aspectos relaciones conflictivos estables y persistentes, además de un historia familiar y personal como el abandono de la madre, relación conflictiva de los padres, abuso en la infancia, falta de cuidado, apoyo y protección, y fractura de relaciones estables con los abuelos en la adolescencia, constituyen de acuerdo a autores como Zanarini et al., (1997, como se citó en Caballo, et al., 2004), Díaz (2001) y Nieto (2006), factores de riesgo para desarrollar TPL, además de acuerdo con la caracterización general de los rasgo de personalidad dadas por la APA (2014) donde se establece una alta sensibilidad, de estas personalidades, a las demandas del medio evidenciando labilidad emocional y alta reactivdad ante la separación así como miedo intenso, lo anterior permitió re afirmar que probablemente Luisa tenía un trastorno de personalidad, donde además se hacían evidentes sus conductas de autosaboteo que aumentaba su malestar y confirmaba sus creencias disfuncionales, por otro lado, al contar una historia de conductas autolesivas en la adolescencia y

considerando que autores como Zarini et al., (2006, como se citó en Ferrer, Prat, Calvo, Andión & Casas, 2013) en su investigación retrospectiva con adultos diagnosticados con TPL encontró que el 66,6% de ellos habían presentado conductas autolesivas antes de los 18 años. Además de acuerdo a los diferentes estudios e investigaciones que se han realizado con pacientes diagnosticados con TPL existen un alto grado de comorbilidad entre el TPL, y el trastorno de depresión mayor.

A medida que se fueron indagando las situaciones seleccionadas para el proceso de reestructuración cognitiva, se puso en evidencia que en su mayoría se presentaban conflictos en las relaciones interpersonales y que había presencia de pensamientos polarizados entre la idealización y la devaluación acompañada por sentimientos de culpa y miedo por ser abandonada, quedarse o sola o no lograr mantener vínculos estables, y se identificaron patrones permanentemente inestables en casi todas las esferas de su vida, que coincide con lo expuesto por Caballo & Camacho (2000) al afirmar que en el TPL se muestra un patrón estable de conducta y funcionamiento alterados que combina con la búsqueda de aceptación y aprobación. Por otro lado y entendiendo que una de las características principales del TPL es la impulsividad, al inicio de proceso fue difícil identificar este patrón ya que parecía haber más presencia de conductas de subyugación, sin embargo se fueron poniendo en evidencia aquellos momentos de inestabilidad emocional que culminaban en agresiones impulsivas, discusiones fuertes generadas por malas interpretaciones y conductas agresivas que denotaban un temor por mostrarse débil si no respondía de esa manera, aspectos coincidentes con el TPL y por lo expuesto Belloch & Fernández (2010) quienes afirman que esta personalidad se caracteriza por ser personas impulsivas, impredecibles y explosivas.

En cuanto a la relación terapéutica, y el cumplimiento de las reglas de las sesiones, al principio se identificaron conductas de inconstancia, llegadas tardes ante las que tenía siempre excusas e incluso intentos de dejar el propósito, se buscó establecer una relación de empatía, comprensión y aceptación que permitieran una alianza terapéutica fuerte, sin embargo como lo expresa Díaz, (2001) el proceso terapéutico con paciente diagnosticados con TPL representa para el terapeuta un reto, ya que moviliza sentimientos y actitudes intensas en el terapeuta por las características ambivalentes y prologadas de estos pacientes, en este sentido, se fueron experimentando algunos sentimientos de incomodidad e incluso deseos de que la paciente no asistiera a terapia, situaciones que fueron analizadas a la luz de los marcadores interpersonales de la paciente y como parte del ciclo disfuncional del TPL, por lo que fueron abordados a tiempo y no obstaculizaron el proceso terapéutico, por otro lado, se le dio un espacio a la paciente para expresar algunos malestares que pudiera estar sintiendo con respecto a la terapia y/o a la terapeuta, asumiendo un rol de receptividad y aceptación y demostrando a la paciente que, a pesar de que exprese su malestar de forma genuina y espontánea, la terapeuta continuaría estando disponible, y de esta manera hacer un proceso de reparentalización.

En relación a los resultados del proceso terapéutico, estos han sido variables, se le insistió de manera persistente a la paciente pedir cita con psiquiatría ya que entre más se avanzaba en el proceso se lograba hacer más consciencia de los pensamientos, relaciones y creencias disfuncionales pero la variabilidad en el estado de ánimo era estable y ello generaba frustración constante, después de varias sesiones, la paciente asiente y busca consultar con psiquiatría.

Con respecto a las creencias centrales, inicialmente se sacó la hipótesis de que ésta estaba relacionada con la creencia de “soy un fracaso” ya que en varios ejercicios de reestructuración y flecha descendentes salían a flote pensamientos como “voy a fracasar”, “no lo voy a lograr”,

“siempre fracaso en las relaciones”, sin embargo se replanteó el pensamiento y se descubrió que estos sentimientos de fracaso realmente constituían creencias intermedias que camuflaban sus temores de ser abandonada y quedarse sola, la paciente es consciente de que sus temores y sus conflictos interpersonales giran alrededor de esta creencia y que sus estrategias constituyen un ciclo disfuncional que aumenta su malestar y le hacen creer que realmente será abandonada y se quedará sola. Considerando que los síntomas depresivos son persistentes y activados por los conflictos y relaciones disfuncionales, se han ido adoptando de manera gradual algunas técnicas de la terapia dialéctica conductual con modalidad de psicoterapia individual y se ha comenzado a trabajar en comunicación asertiva y regulación emocional, el proceso sigue activo y la paciente sigue asistiendo al proceso y refiere que las sesiones le hacen mucha falta para analizar lo que le sucede e implementar estrategias que le permitan romper sus ciclos disfuncionales.

10. Discusión y conclusiones

Considerando que el presente estudio de caso, analiza un paciente con trastorno de personalidad límite comórbido con depresión mayor se confirmó de acuerdo con la teoría que el TPL constituye uno de los trastornos de personalidad de mayor complejidad que incluye una persistencia de patrones desorganizados e inestables que representan un malestar clínico y significativo en varios aspectos de la vida de las personas con este diagnóstico y que además, según algunas investigaciones, se presenta de forma prevalente, una comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo, constituyendo una patología compleja que demanda la experticia de un profesional de la salud con habilidades significativas en el área interpersonal.

El modelo terapia cognitivo conductual en combinación con el descubrimiento guiado permitieron hacer un análisis integral para descubrir los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de las problemáticas del paciente, posibilitando a su vez, establecer un

diagnóstico diferencial y la confirmación de ambas patologías que condujeron al establecimiento de objetivos terapéuticos entorno al trastorno de depresión mayor, inicialmente y al trastorno de personalidad límite, durante el proceso de psicoterapia y de esta manera formular un plan de intervención que de acuerdo con la literatura consultada, resultará en la mejoría gradual de los síntomas asociados a cada patología, y aunque dicha mejoría se presenta de manera intermitente, es evidente para la paciente y valorado por ella misma, como un proceso que le ha ayudado a establecer relaciones interpersonales menos conflictivas. Por medio de la identificación de pensamientos y creencias disfuncionales y la revaloración de las mismas por medio de la reestructuración cognitiva se logró que la paciente tuviera mayor consciencia de sus pensamientos y ciclos disfuncionales, de modo que se fueron flexibilizando algunos pensamientos desadaptativos, disminuyendo el malestar y aumentando el control emocional, esto permitió que la paciente entendiera como sus pensamientos guían su forma de entender el mundo y si estos son disfuncionales van a generar una emoción así mismo disfuncional y por ende una conducta disfuncional.

Con lo anterior se confirma que se cumplió con el objetivo general del presente trabajo que buscaba hacer un análisis descriptivo de un proceso terapéutico en un caso de TPL comórbido con depresión mayor bajo el modelo de terapia cognitivo – conductual. Dicho análisis descriptivo se logró explorando los modelos teóricos del enfoque cognitivo conductual de ambas patologías, que a su vez permitieron la comprensión del caso y la confirmación diagnóstica para posteriormente indagar en los modelos de intervención basados en evidencia que condujeran a un abordaje adecuado tanto del TPL como de la depresión mayor, y así plantear un modelo de intervención apropiado, y es así como se le da cumplimiento a los objetivos específicos de este trabajo.

En contraste con la teoría, el presente caso, evidencia que si bien el motivo de consulta inicial parecía ser únicamente un trastorno de depresión mayor, indagar sobre el desarrollo y curso de los problemas presentados permitió establecer el diagnóstico de base, es decir el TPL, motivo por cuál como establece Nieto (2006) es necesario hacer un proceso cuidadoso de evaluación y diagnóstico diferencial ya que los paciente con TPL muestran una variabilidad en el estado de ánimo y es por ello que la atención del clínico no debe estar puesta solamente en la expresión sintomática sino los factores evidencia el desarrollo y curso de los síntomas y considerando las afirmaciones de autores como como Caballo et al., (2004) donde es clara la comorbilidad del TPL con los trastornos del estado de ánimo, se establece la importancia de indagar la historia del desarrollo del problema, ya que los trastornos del estado de ánimo suelen tener un origen brusco y suelen presentarse ante desencadenantes externos, mientras que en el TPL parece haber un déficit en la estructura de la persona más que del entorno, situaciones que fueron identificadas en Luisa con su episodio actual de depresión mayor pero que con el tiempo, se dejó ver que había una dificultad clara, estable y disfuncional con data más antigua y parecía que constituía una problema en la estructura de personalidad por la disfuncionalidad que generaba en diferentes aspectos de la vida de la paciente.

Por otro lado, algunos autores refieren que el TPL no obedece a un factor monocasual y que por el contrario su origen puede estar relacionado con la influencia del componente biológico, del contexto ambiental y la transacción de ambas en el ciclo del desarrollo que resultan en una vulnerabilidad emocional y por ende en una falta de habilidad para regular casi todas las emociones de tal modo que las personas buscan implementar estrategias de modulación de emociones poco funcionales y adaptativas. (Linehan, 2003), esto fue evidente en Luisa, especialmente el componente ambiental, donde la paciente creció en un contexto familiar

complejo, fue abandonada por su madre, su padre abusó de ella en la infancia y estuvo de manera intermitente, constituyendo posiblemente una vulnerabilidad emocional que le impidió desarrollar estrategias adecuadas para controlar sus emociones.

Por otro lado y de acuerdo a Beck et al., (2005) y Caballo et al., (2004) en los paciente con TPL se logra identificar una percepción vulnerable de sí mismo, concepción que se evidencia durante el proceso, donde Luisa se considera así misma mala, frágil, indefensa e incapaz, además esto va acompañado de una percepción de los demás que fluctúa entre la idealización y la devaluación, especialmente si son figuras cercanas, dichas creencias fueron muy evidentes con sus padres y hermano y especialmente con figuras que constituyeron vínculos estrechos que a su vez se relacionaron con supuestos como “Si complazco a los demás, no me abandonarán, si no lo complazo a los demás me quedaré sola, lo que quiere decir que no me quieren”. “Si no decepciono a la personas, quiere decir que se quedaran a mi lado, por lo tanto me quieren, si decepciono a las personas eso quiere decir que se van a alejar de mí y me quedaré sola” y “si confío en los demás y soy amable se aprovecharán de mí, si no confío en los demás y me muestro agresiva y distante no se aprovecharán de mí”, “si reacciono agresivamente no me verán débil y por ende no se aprovecharán de mí, si no reacciono agresivamente me verán débil y se aprovecharán de mí” lo que confirma el perfil cognitivo propuesto por Beck et al., (2005).

Otro de los aspectos significativos en el TPL y que coincidió con la literatura consultada, son las estrategias de subyugación como mecanismo para mantener sus relaciones y la agresividad ante percepciones de rechazo.

Por otro lado y de acuerdo con la propuesta de Millón & Davis, (2000) al describir los subtipos de personalidad límite, parece haber identificación mayor en Luisa con el tipo desanimado, que describe estado de ánimo frecuente y crónico de depresión o tristeza, con estrategias

principalmente de sumisión donde buscan evitar las competencias, carecen de iniciativa, establecen vínculos fuertes con personas en las que pueden confiar, sin embargo por su temor a perderse vínculo y considerando la preocupación que esto les genera, tienden a generar conflictos y malestares en esas relaciones, patrones evidentes y persistentes en Luisa, así como la presencia de un estado de ánimo persistentemente deprimido ante la posibilidad de perder un vínculo afectivo significativo y ocasionalmente la expresión de conductas agresivas o explosivas cuando valoran el comportamiento de otros como abusivo o insuficiente para satisfacer sus necesidades básicas de cuidado y protección, dichas conductas fueron muy evidentes con su padre y en el histórico de sus relaciones de pareja.

Con respecto al modelo terapéutico, de acuerdo con Cuevas & López (2012), quienes afirman que la intervención psicológica con mayor evidencia científica en el tratamiento del TPL es la terapia dialéctico-conductual de M. Linehan si bien, este modelo está en implementación en este caso, es evidente que uno de los principios básicos de este modelo de terapia que es la relación terapéutica ha permitido un avance significativo en la disminución de síntomas y la reparentalización en el proceso terapéutico ha permitido la constancia de la paciente en el proceso.

Se concluye que este estudio de caso, permite una comprensión del TPL comórbido con depresión mayor desde el modelo cognitivo conductual y que al ser considerado el TPL como una patología de alta complejidad, representa un estudio de interés para el público en general, y se hicieron salieron a la luz creencias y supuestos enfocados a para profesionales de la salud mental, estudiantes en formación y colegas, de tal manera que puedan guiar el análisis de casos similares o referentes de investigación en casos de TPL con trastorno de depresión mayor.

11. Referencias

- Abdollahi, A., LeBouthillier, D. M., Najafi, M., Asmundson, G., Hosseinian, S., Shahidi, S., Carlbring, P., Kalhori, A., Sadeghi, H., & Jalili, M. (2017). Effect of exercise augmentation of cognitive behavioural therapy for the treatment of suicidal ideation and depression. *Journal of affective disorders*, *219*, 58–63.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.012>
- Aguilar Calle, C., Marín Bolívar, M. A., & Arévalo Becerra, M. C. (2020). Caracterización Clínica del trastorno límite de la personalidad. *Poliantea*, *15*(26).
<https://doi.org/10.15765/poliantea.v15i26.1499>
- Álvarez, A. C., & Maroto, F. (2012). La elección del estudio de caso en investigación educativa. *Gazeta de Antropología*. *28*(1). <http://hdl.handle.net/10481/20644>
- Álvarez, M. P., & Montes, J. M. G. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, *13*(3), 493-510.
- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5ªEd. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Aragonès, E., Piñol, J. L., & Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atención primaria*, *41*(10), 545-551.
- Arntz, A. (2005). El trastorno límite de la personalidad. En A.T. Beck, A. Freemanm D.D Davis y otros. *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad* (pp. 219-248). Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- Barlow, D. H. (2018). Manual clínico de trastornos psicológicos: tratamiento paso a paso. Manual Moderno.
- Barrachina, J., Pascual, J. C., Ferrer, M., Soler, J., Rufat, M. J., Andiñón, O., Tiana, T., Martín-Blanco, A., Casas, M., & Pérez, V. (2011). Axis II comorbidity in borderline personality disorder is influenced by sex, age, and clinical severity. *Comprehensive Psychiatry*, *52*(6), 725-730. <https://bit.ly/2RVbmbp>
- Beck T., A., Freeman, A., Davis, D., & otros. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad* (segunda ed.). Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A., et al. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad* (segunda ed.). Barcelona : Paidós

- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York, Harper & Row.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud pública de México*, *47*(1), 4-11.
- Belloch, A., & Fernández, H. (2010). *Tratado de Trastornos de la Personalidad*. Madrid: Síntesis, S.A
- Belsky, D. W., Caspi, A., Arseneault, L., Bleidorn, W., Fonagy, P., Goodman, M., Houts, R., & Moffitt, T. E. (2012). Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children. *Development and psychopathology*, *24*(1), 251–265. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000812>
- Benavides, P. (2017). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revista PUCE*, 171-188
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., & Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud pública de México*, *46*, 417-424.
- Bernardo, M. (2000). Epidemiología. En J. Vallejo & C. Gastó, eds., *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (pp. 217-226). Barcelona: Masson.
- Bottero, M., Oliver, E., & Zanola, M. (2007). *La indefensión aprendida*. PSICOLIBROS.
- Burgal, J. F., & Pérez, L. N. (2017). Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad: una revisión. *Papeles del Psicólogo*, *38*(2), <http://hdl.handle.net/2072/358240>
- Caballo, V. E. (2001). Tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, *9*(3), 579-605.
- Caballo, V. E., & Camacho, S. (2000). El trastorno límite de la personalidad: controversias actuales. *Psicología desde el Caribe*, *(5)*, 31-55.
- Caballo, V., Gracia, A., López-Gollonet, C., & Bautista, R. (2004). El trastorno límite de la personalidad. En Caballo, V. *Manual de trastornos de personalidad: descripción, evaluación y tratamiento*. pp 137-160. Madrid: SINTESIS.
- Campos, M. S., & Martínez-Larrea, J. A. (2002). Trastornos afectivos: Análisis de su comorbilidad en los trastornos psiquiátricos más frecuentes.[Affective disorders: analysis of their comorbidity in the more frequent psychiatric disorders]. *Anales del sistema Sanitario de Navarra*, *25*, 117-136.

- Cardenal, V., Sánchez, M., & Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y salud*, 18(3), 305-324.
- Caro, I. (2009). Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas. (segunda edición). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Cassano, P., & Fava, M. (2002). Depression and public health: An overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 849-857
- Cervera, G. (2005). Trastorno Límite de la Personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. Ed. Médica Panamericana.
- Cohen, D. (2009). Pautas para el tratamiento psicofarmacológico del trastorno límite de la personalidad (guías prácticas APA). *Psicofarmacología*, 9-17.
- Cuevas, Y. C., & López, A. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1),97-114.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=560/56023335007>
- De la Vega, I., & Sánchez, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*, 10(1),45-55.
<http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>
- De los Santos, P. V., & Carmona Valdés, S. E. (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(2), 95-119. <http://dx.doi.org/10.15517/psm.v15i2.29255>.
- Díaz, J. (2001). Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21, 51-70.
- Ferré-Grau, C., Sevilla-Casado, M., Boqué-Cavallé, M., Aparicio-Casals, M. R., Valdivieso-López, A., & Lleixá-Fortuno, M. (2012). Efectividad de la técnica de resolución de problemas aplicada por enfermeras: disminución de la ansiedad y la depresión en cuidadoras familiares. *Atención primaria*, 44(12), 695-701.
- Ferrer, A., Londoño, N. H., Álvarez, G. E., Arango, L. M., Calle, H. N., Cataño C. M., y Peláez, I. C. (2015). Prevalencia de los trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7(1), pp 73-96.
- Ferrer, M., Prat, M., Calvo, N., Andión, Ó., & Casas, M. (2013). Prevención del trastorno límite de la personalidad del adulto: tratamiento de los adolescentes con síntomas límites. *Rev Psicopatología y salud Ment del niño y del Adolesc*, 4(22), 65-70.

- Font-Domènech, E. (2019). Trastorno Límite de la Personalidad: Revisión Sistemática de las Intervenciones. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 197-212. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.274>
- García, M., Martín, M., & Otín, R. (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(2), 263-278.
- Giner, F., Lera, G., Vidal, M., Puchades, M., Rodenes, A., Císcar, S., Chiclana, C., Martín, M., Garulo, T., Tapia, J., Díaz, E., & Ferrer, L. (2015). Diagnóstico y prevalencia de trastornos de la personalidad en atención ambulatoria: estudio descriptivo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 789-799. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000400007>
- Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto Masis, D., Gil Laverde, J. F., Rondón Sepúlveda, M., & Díaz-Granados, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16, 378-386.
- Gómez-Restrepo, C., et al. (2016). Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio. *Revista colombiana de psiquiatría*, 45, 2-8.
- Goodyer, I. M., Reynolds, S., Barrett, B., Byford, S., Dubicka, B., Hill, J., Holland, F., Kelvin, R., Midgley, N., Roberts, C., Senior, R., Target, M., Widmer, B., Wilkinson, P., & Fonagy, P. (2017). Cognitive-behavioural therapy and short-term psychoanalytic psychotherapy versus brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depression (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled trial. *Health technology assessment*, 21(12), 1-94. <https://doi.org/10.3310/hta21120>
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 533-545. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0404>
- Guendelman, S., Garay, L., & Miño, V. (2014). Neurobiología del trastorno de personalidad límite [Neurobiology of borderline personality disorder]. *Revista medica de Chile*, 142(2), 204-210. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014000200009>
- Heerlein, A. (2002). Tratamientos farmacológicos antidepresivos. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40(1), 21-45.
- Ilardi, S.S. & Craighead, W.E. (1994), The Role of Nonspecific Factors in Cognitive-Behavior Therapy for Depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 138-155. doi:10.1111/j.1468-2850.1994.tb00016.x
- Keegan, E. (2004). Abordaje cognitivo del trastorno límite de la personalidad. *Vertex*, 15(58), 287-294.

- Keegan, E., Pawel, H. (2010). Cognitive-Behavior Therapy. Theory and Practice. En Carlstedt, R. (2010) Handbook of Integrative Clinical Psychology, Psychiatry and Behavioral Medicine. Perspectives, *Practices and Research*. 605,630.
<http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/psicoterapias/keegan/Practicos%20Parte%204,%205%20y%206%20Psicoterapias%20Keegan/keegan,%20holas%20-%20terapia%20cognitivo%20comportamental%20teoria%20y%20practica.pdf>
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. (2003). The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095–3105. DOI:10.1001/jama.289.23.3095
- Korman, G.P. & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 119-145
- Lewinsohn, P. M. (1975). The behavioral study and treatment of depression. In *Progress in behavior modification*, 1, 19-64.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., & Hautzinger, M. (1997). 16. Tratamiento conductual de la depresión unipolar En Caballo, V. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Madrid: Siglo XXI, 1, p493.
- Lewinsohn, P. M., Sullivan, J. M., & Grosscup, S. J. (1980). Changing reinforcing events: an approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 17(3), 322.
- Linehan, M. M. (2012). Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Barcelona: PAIDÓS
- Linehan, M. M. (2003). Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Madrid: Paidós.
- López, A. F., Rondón, J. M., Cellerino, C., & Alfano, S. M. (2010). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales desde el modelo de Beck, Freeman, Davis y otros. (2005). *Ciencias Psicológicas*, 4(1), 97-124.
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212010000100009&lng=es&tlng=es.
- Martínez-Carazo, P. C. (2011). El método de estudio de caso Estrategia metodológica de la investigación científica. *Revista científica Pensamiento y Gestión*, (20), 165-193.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, e442, 3. DOI: 10.1371/journal.pmed.0030442.
- Medina, M. E. A., Pérez, R. E. G., & Mejía, D. Z. (2008). Prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8º, 9º, 10º y 11º grado, en ocho colegios oficiales de Manizales. *Revista Hacia la promoción de la Salud*, 13, 143-153.

- Menárguez, V. A., Marín, P. V. G., & Benito, J. M. G. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 45-52.
- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., & Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical psychology review*, 28(6), 969–981. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.004>
- Millon, T. (2002). Assessment is not enough: The SPA should participate in constructing a comprehensive clinical science of personality. *Journal of Personality Assessment*. 78 (2), 209-218.
- Millon, T. & Everly, G.S (1994). La personalidad y sus trastornos. Barcelona-España: Ediciones Martínez Roca, S. A
- Millon, T., & Davis D., R. (2000). Trastornos de la personalidad más allá del DSM-IV. Barcelona. España: MASSON.
- Millon, T., Davis, R., Millon, C., Escovar, L., & Meagher, S. (2001). Trastornos de la personalidad en la vida moderna. Barcelona: Masson.
- Monroy, G. M. C., & Huertas, L. D. P. (2010). Comorbilidad en el Eje I del Trastorno Límite de la Personalidad. *V Xer*, 97.
- Mosquera, D., & González, A. (2013). Del apego temprano a los síntomas del trastorno límite de personalidad. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 3(3), 1-33.
- Nakao, S., Nakagawa, A., Oguchi, Y., Mitsuda, D., Kato, N., Nakagawa, Y., Tamura, N., Kudo, Y., Abe, T., Hiyama, M., Iwashita, S., Ono, Y., & Mimura, M. (2018). Web-Based Cognitive Behavioral Therapy Blended With Face-to-Face Sessions for Major Depression: Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 20(9), e10743. <https://doi.org/10.2196/10743>
- Neacsiu, A. D., & Linehan, M. M. (2018). Trastorno de personalidad límite. En Barlow. Manual clínico de trastornos psicológicos: tratamiento paso a paso. Manual Moderno.
- Nieto, T. E. (2006). Trastorno límite de la personalidad: Estudio y tratamiento. *Intelligo*, 1(1), 4-20.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2019). Depresión. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Oviedo, G. F., Gómez-Restrepo, C., Rondón, M., Borda, J. P., & Tamayo, N. (2016). Tamizaje de rasgos de personalidad en población adulta colombiana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, 127-134

- Palomares, N., McMaster, A., Díaz-Marsá, M., De la Vega, R. I., Montero, A. M., & Perera, J. L. C. (2016). Comorbilidad con el eje II y funcionalidad en pacientes graves con trastorno límite de la personalidad. *Actas españolas de psiquiatría*, 44(6), 212-221.
- Pardo, G., Sandoval, A., & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista colombiana de psicología*, (13)17-32.
- Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C., & Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista biomédica*, 28(2), 73-98. <https://dx.doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
- Pérez, A. M., & García, M. J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510.
- Pérez, E. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 5(60), 7-16.
- Puerta, J. V., & Padilla, D. E. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5121/512156315016>
- Quintero, C. G., & Moreno, E. M. (2014). El TPL en la adolescencia: Propuesta de intervención grupal desde las USMI-J de Alicante. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 31(1), 16-21.
- Quiroga, R. E., & Errasti, P. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 13(3), pp. 393-406. <http://hdl.handle.net/10651/26906>
- Quitian, H., Ruiz-Gaviria, R. E., Gómez-Restrepo, C., & Rondón, M. (2016). Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015. *Revista colombiana de psiquiatría*, 45, 31-38.
- Rehm, L.P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Restrepo-Arango, M., Sánchez-Díaz, E., Vélez-Peláez, M. C., , Marín-Cárdenas, J. S., Martínez-Sánchez, L. M., & Gallego-González, D. (2017). Trastorno depresivo mayor: una mirada genética. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 13(2), 279-294. <https://dx.doi.org/10.15332/s1794-9998.2017.0002.11>
- Rohde, P., Stice, E., Shaw, H., & Brière, F. N. (2014). Indicated cognitive behavioral group depression prevention compared to bibliotherapy and brochure control: acute effects of an effectiveness trial with adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(1), 65-74. <https://doi.org/10.1037/a0034640>

- Salvo, L. O. (2015). Curso y resultado del trastorno depresivo mayor en el nivel secundario de atención (Doctoral dissertation, Universidad de Concepción. Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental).
- Sanjuán, J., Moltó, M. D., & Rivero, O. (2005). Perspectivas teóricas y etiológicas del trastorno límite de la personalidad. En G. Cervera, G. Haro, & J. Martínez Raga, Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica (pp. 41-110). Madrid: Panamericana.
- Sarason, I. G. (1993). Psicopatología: psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada. *Pearson Educación*.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2017). MBCT Terapia cognitiva basada en el mindfulness para la depresión. Editorial Kairós.
- Selva, G., Bellver, F., & Carabal, E. (2005). Epidemiología del Trastorno límite de personalidad. En G. Cervera, G. Haro, & J. Martínez Raga, Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica (pp. 17-39). Madrid: Panamericana.
- Simons, H. (2011). El estudio de caso: Teoría y práctica. Ediciones Morata.
- Spielmanns, I., Berman, M. I., & Usitalo, A. N. (2011). Psychotherapy Versus Second-Generation Antidepressants in the Treatment of Depression: A Meta-Analysis, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(3) p142-149 doi: 10.1097/NMD.0b013e31820caefb
- Stice, E., Rohde, P., Gau, J. M., & Wade, E. (2010). Efficacy trial of a brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents: Effects at 1- and 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 856-867.
<https://doi.org/10.1037/a0020544>
- Stucchi-Portocarrero, S. (2013). Estigma, discriminación y concepto de enfermedad mental. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 76(4), 218-223.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3720/372036946005>
- Taboada, A., Cepeda, M., & Alvano, S. A. (2012). Trastorno límite de la personalidad.
- Tapia Méndez, S. L. (2015). Trastorno depresivo con síntomas psicofisiológicos estudio a realizarse en pacientes de 25 a 40 años en el instituto de neurociencias (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina).
- Teraiza E, Meza R. (2008). Depresión como entidad médico-psiquiátrica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(2), 220-235.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000200007&lng=en&tlng=es

- Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Tambs, K., & Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive psychiatry*, *41*(6), 416–425. <https://doi.org/10.1053/comp.2000.16560>
- Vázquez, F. L., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, *8*(3), 417-449.
- Wu, L. T., & Anthony, J. C. (2000). The estimated rate of depressed mood in US adults: recent evidence for a peak in later life. *Journal of affective disorders*, *60*(3), 159–171. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(99\)00176-7](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(99)00176-7).
- Yacuzzi, E. (2005) : El estudio de caso como metodología de investigación: Teoría, mecanismos causales, validación, Serie Documentos de Trabajo, No. 296, Universidad del Centro de Estudios Macroeconómicos de Argentina (UCEMA), Buenos Aires. <http://hdl.handle.net/10419/84390>
- Yin, K. (1994). Discovering the Future of the Case Study. *Method in Evaluation Research. Evaluation Practice*, *15*(3), 283-290. <https://doi.org/10.1177/109821409401500309>
- Young E., J., Klosko S., J., & Weishaar E., M. (2013). *Terapia de Esquemas Guía práctica*. Bilbao: Desclee
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, *160*(2), 274–283. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.274>
- Zanarini, M., Gunderson, J., Frankenburg, F., & Chauncey, D. (1989). The Revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II Disorders. *Journal of Personality Disorders*: *3*(1),10-18. <https://doi.org/10.1521/pedi.1989.3.1.10>
- Zimmerman, M. y Mattia, J. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *40*, 245-252.