# Estudio de Caso Clínico en una Paciente con Trastorno Límite de Personalidad, Comórbido con Trastorno Depresivo Mayor

**Ángela Trujillo Galeano**

**CC: 21475758**

**Psicóloga**

**Trabajo para optar el grado de**

**Maestría en Psicología - Profundización Clínica**

**Asesora: MG. Ana María Arias Zuleta**

**Universidad del Norte**

**División de Humanidades y Ciencias Sociales**

**Facultad de Psicología**

**Barranquilla**

**2017**

**Dedicatoria.**

*A mi esposo, quien con su comprensión y apoyo constante, hizo posible que se cumplieran mis sueños.*

*A Diana Arango, quien me motivó a continuar con mi formación profesional*

*A Dios por guiarme e iluminarme en la realización de cada uno de mis proyectos de vida.*

## Tabla de contenido

1. Información general del proyecto. 6
Resumen 6
2. Introducción 8
3. Justificación 10
4. Área problemática 14
5. Objetivos 18
5.1. Objetivo general 18
5.2. Objetivos específicos 18
6. Historia Clínica del paciente 19
6.1 Historia del caso 19
6.1.1. Datos generales 19
6.1.2. Motivo de consulta 19
6.1.3. Historia de la enfermedad actual 19
6.1.4. Antecedentes Psiquiátricos o psicopatológicos 21
6.1.5. Historia personal y social 22
6.1.6. Genograma 24
6.1.7. Historial Médico 24
6.1.8. Estado mental. 24
6.1.9. Diagnóstico según el DSM-5 24
6.1.10. Instrumentos utilizados para la evaluación. Ver anexos. 25
6.2. Formulación del caso 25
6.2.1. Agentes precipitantes 25
6.2.2. Enfoque transversal de las cogniciones y las conductas actuales 25
6.2.3. Enfoque longitudinal de las cogniciones y comportamientos 26
6.2.4. Diagrama de conceptualización cognitiva 27
6.2.5. Fortalezas y apoyo 30
6.2.6. Hipótesis de trabajo (resumen de la conceptualización) 30
6.3. Plan de tratamiento 31

6.4. Curso del tratamiento. ..... 34
6.4.1. Relación terapéutica ..... 34
6.4.2. Intervenciones y procedimientos ..... 35
6.4.3. Obstáculos ..... 37
6.4.4. Resultados ..... 38
7. Descripción detallada de las sesiones ..... 38
8. Marco conceptual de referencia. ..... 50
8.1. Historia del trastorno límite de la personalidad. ..... 50
8.2. Consideraciones generales sobre la personalidad y sus trastornos asociados. ..... 51
8.3. Criterios diagnósticos del trastorno general de la personalidad y el trastorno límite ..... 53
8.4. Diagnóstico diferencial del trastorno límite de la personalidad ..... 62
8.5. Comorbilidad en el trastorno límite de la personalidad ..... 64
8.6. Epidemiología y curso del Trastorno de la personalidad limite (TPL) ..... 65
8.7. Etiología del Trastorno Límite de la personalidad ..... 67
8.8. Características del trastorno límite de la personalidad ..... 70
8.9. Perfil cognitivo del trastorno límite de la personalidad ..... 72
8.10. Distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos ..... 74
8.11. Otros aspectos del trastorno límite de la personalidad ..... 74
8.12. Tipos o variantes del trastorno límite ..... 75
8.12.1. Síndrome de la infancia ..... 75
8.12.2. Subtipos adultos ..... 76
8.13. Procesos de auto perpetuación del trastorno límite de la personalidad ..... 80
8.14. Tratamiento del trastorno límite de la personalidad. ..... 83
8.14.1. Terapia cognitiva conductual de Aarón Beck. ..... 83
8.14.2. Terapia centrada en esquemas de Jeffey E. Young. ..... 88
8.14.3. La terapia dialéctica comportamental de Marsha M. Linehan ..... 91
8.14.4. Intervenciones farmacológicas. ..... 94
8.15. Relación terapéutica. ..... 94
8.16. Antecedentes sobre la eficacia de las terapias cognitivas en el tratamiento del TLP. ..... 95
9. Antecedentes históricos de la depresión ..... 97
10. Consideraciones generales del trastorno depresivo mayor. ..... 98
10.1. Criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor según el DSM-5 ..... 100

10.2. Diagnóstico diferencial del trastorno depresivo mayor ..... 102
10.3. Epidemiología y curso del trastorno depresivo mayor. ..... 103
10.4. Teorías explicativas de la depresión. ..... 104
10.4.1. Teoría biológica. ..... 104
10.4.2. Teoría psicológica de la depresión de Aarón Beck ..... 105
10.5. Investigaciones sobre la teoría cognitiva de la depresión ..... 108
10.6. Tratamiento cognitivo conductual para la depresión ..... 110
10.7. Eficacia de la terapia cognitiva conductual en el tratamiento para depresión ..... 117
11. Análisis de caso ..... 119
12. Discusión y Conclusiones ..... 123
Referencias ..... 127
Anexos ..... 132

1. **Información general del proyecto.**

**Título**

Estudio de Caso Clínico en una Paciente con Trastorno Límite de Personalidad, Comórbido con Trastorno Depresivo Mayor.

**Investigador y Tutor**

Investigador: Ángela Trujillo Galeano

Tutor: Ana María Arias Zuleta.

## Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo describir, analizar y explicar desde el modelo de la Terapia Cognitiva, y a través de la metodología de estudio de caso clínico, el abordaje de un caso único en una paciente con trastorno límite de la personalidad (TLP), comórbido con depresión mayor. Para lograr este objetivo se describió la evaluación y el diagnóstico efectuado, teniendo en cuenta los criterios del DSM 5, la formulación y, por último, la intervención efectuada para este caso en particular; así mismo se consideraron los diferentes modelos teóricos y terapéuticos para poder profundizar y comprender en mayor medida ambos trastornos. Por último y teniendo en cuenta todo el proceso se extrajeron conclusiones importantes sobre el caso. De igual manera se destaca que realizar el diagnóstico de esta paciente fue un proceso difícil que llevo a realizar diagnósticos diferenciales sobre el trastorno explosivo intermitente, el de la conducta, el negativista desafiante, el bipolar y el TLP. Aunque el TLP fue confirmado, no era posible diagnosticar la paciente con este trastorno porque era menor de 18 años y no cumplía un año de proceso terapéutico, por lo que se optó por establecer el trastorno de desregulación disruptiva del estado del ánimo, como diagnóstico provisional durante un año, quedando comórbido con el trastorno depresivo mayor. A pesar de que la

paciente se diagnóstico con este trastorno, desde el inicio del proceso se trabajó con los focos de intervención del TLP, los cuales estaban asociados a los problemas de la paciente.

**Palabras claves:** Terapia cognitiva-conductual, trastorno límite de la personalidad, trastorno depresivo mayor.

## Abstract

The present work aims to describe, analyze and explain from the Cognitive Therapy model, and through the clinical case study methodology, the approach of a single case in a patient with borderline personality disorder (BPD), comorbid with major depression. To achieve this objective, the evaluation and diagnosis made, taking into account the criteria of DSM 5, the formulation and, finally, the intervention carried out for this particular case were described; As well as the different theoretical and therapeutic models to be able to deepen and to understand to a greater extent both disorders. Finally, taking into account the whole process, important conclusions were drawn on the case. The diagnosis of this patient was also a difficult process that led to the differential diagnosis of intermittent explosive disorder, behavioral, challenging negativist, bipolar and BPD. Although the TLP was confirmed, it was not possible to diagnose the patient with this disorder because she was under 18 years old and did not complete a year of therapeutic process, so it was decided to establish the disruptive disorder of the mood of the mood, as a provisional diagnosis for a year, being comorbid with major depressive disorder. Although the patient was diagnosed with this disorder, from the beginning of the process the TLP intervention foci were used, which were associated with the patient's problems.

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

## 2. **Introducción**

El propósito de esta investigación es analizar, explicar, describir y entender, desde el modelo de la Terapia Cognitiva, y a través de la metodología de descripción de casos, un caso único de una paciente con TLP, comórbido con trastorno depresivo mayor, que evolucionó a partir de un tratamiento integrado de la Terapia Cognitiva Conductual de A. Beck, con herramientas terapéuticas de la Terapia Dialéctico Conductual de Marsha M. Linehan y la Terapia Centrada en Esquemas de Jeffrey Young.

Es de señalar que la identificación real de esta paciente fue protegida, asignándole un seudónimo, además, durante la primera sesión de terapia se le hizo firmar un consentimiento informado, donde consta que se le hizo conocedora de los objetivos del proceso, los procedimientos, sus compromisos y los del terapeuta. En primera instancia, se realizó una descripción detallada del caso: datos generales de la paciente, su problemática, la historia actual de la problemática y su sintomatología, antecedentes psiquiátricos, su historia de vida, historia médica, estado mental e impresión diagnóstica. A nivel explicativo, se hizo la formulación del caso, donde se presentaron los detonantes de las crisis de la paciente y las situaciones activadoras que las exacerban; un análisis transversal de las cogniciones, conductas y emociones disfuncionales que la paciente manifiesta en el presente; un análisis longitudinal de cogniciones de la paciente, creencias nucleares, supuestos subyacentes, reglas y presunciones, así como los patrones de conducta en respuesta a ellos (estrategias compensatorias); también se describen las fortalezas de la paciente, que pueden ayudarle durante la terapia, una hipótesis o resumen de la conceptualización; el plan de tratamiento que incluye la lista de problemas, metas terapéuticas y los lineamientos terapéuticos concretos a seguir con la paciente; finalmente, el

curso del tratamiento consta de la relación terapéutica, los procedimientos utilizados, obstáculos y los resultados. Posteriormente, se narran siete sesiones con la paciente, describiendo de manera detallada el contenido de cada una de ellas.

Seguidamente, se describen las consideraciones generales del trastorno límite de la personalidad, sus criterios diagnósticos desde la perspectiva dimensional y categorial del DSM-5, y desde el CIE-10, así como las características comunes de esta patología con otros trastornos, haciendo entonces un diagnóstico diferencial. A partir de diversas investigaciones y teorías se explica la comorbilidad o coexistencia del TLP con otros trastornos y el curso y desarrollo de esta patología. Para una mayor profundización se expone la historia del trastorno, su etiología desde distintas perspectivas y sus características fundamentales. Además, se describe el perfil cognitivo propio de ésta patología, las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos distintivos. También se exponen variantes clínicas del trastorno límite de la personalidad y los procesos de perpetuación según el modelo de Millón y Davis, (1998). Para el tratamiento del TLP se tuvieron en cuenta en este trabajo tres modelos, la Terapia Cognitiva Conductual de A. Beck, la Terapia Dialéctico Conductual de M. Linehan y la Terapia Centrada en Esquemas de Jeffrey Young. La presentación de estos modelos se complementa con investigaciones que sustentan su eficacia para el tratamiento de este trastorno.

Una vez expuestos todos los elementos relacionados con el TLP, se continúa con el trastorno depresivo mayor, describiendo consideraciones generales del mismo, sus criterios desde la perspectiva categorial del DSM-5 y su diagnóstico diferencial. También se tuvo en cuenta su epidemiología, curso y desarrollo a través del DSM-5, y además se ampliaron a través de información obtenida de diferentes investigaciones. Buscando profundizar se exponen los antecedentes históricos de la depresión, y las teorías explicativas e investigaciones que

sustentan las hipótesis de estas teorías. Se describió el tratamiento para la depresión propuesto por A. Beck, enfatizando en las herramientas de intervención; se presentan las investigaciones que sustentan la eficacia de la Terapia Cognitiva para el tratamiento del trastorno depresivo mayor.

Se analiza el caso teniendo en consideración las dificultades que se presentaron para establecer el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. Por último, se hace la discusión explicando cómo el descubrimiento guiado ayudó al cambio logrado con la paciente. El cumplimiento del objetivo general y de los específicos, la efectividad de las herramientas terapéuticas es un aporte significativo de este ejercicio investigativo, especialmente para aquellos psicólogos que trabajan en el área clínica y especialmente atendiendo personas con TLP.

## 3. **Justificación.**

La investigación científica es un conjunto de métodos consecuentes, aptos y prácticos que se emplean para el estudio de un fenómeno. (Sampieri y Collado 2010).

Acorde con este planteamiento, la metodología que se utilizó para llevar a cabo ésta investigación es el estudio de caso único, el cual, según Coolican, (1997) reúne información detallada acerca de un individuo o un grupo. Por su parte, Carbone y Pervin, (2009) refieren que los análisis de estudios de casos son considerados por la mayoría de los clínicos de la salud mental como la única forma de captar las complejidades de la personalidad humana debido a que les permite realizar un profundo acercamiento con el individuo objeto de estudio, y trata de comprender las estructuras organizacionales (esquemas) y procesos psicológicos que poseen las

persona en lo individual, es decir, como éste individuo representa y procesa la información. De acuerdo con Martínez Carazo, (2006) éste, es un método apropiado en la obtención de los resultados, ya que facilita el desarrollo y fortalecimiento de las teorías existentes y favorece que emerjan nuevos paradigmas; en esta misma dirección, Casal y Sierra (2002), lo consideran como uno de los métodos más útiles en la investigación ya que permite a los clínicos trasmitir sus experiencias de forma metódica de modo, que otros profesionales puedan beneficiarse y generen un vínculo entre la teoría y práctica clínica; sin embargo, para éste propósito el investigador debe seguir unas normas específicas que posibiliten la comprensión del caso por parte de los profesionales, entre estas se encuentra: el resumen del caso, identificación del paciente, análisis del motivo de consulta, historia del problema, análisis y descripción de las conductas problema, establecimiento de matas de las tratamiento, estudio de los objetivos terapéuticos, selección del tratamiento más adecuado, entre otros.

En este caso particular, se utilizó el modelo del Instituto de Terapia Cognitiva, el que comprende cuatro fases; en la primera fase se describe la historia del caso e incluye, datos generales, motivo de consulta, historia de la enfermedad actual, antecedentes psiquiátricos o psicopatológicos, historia personal y social, historial médico, estado mental y diagnóstico según el DSM-5. En la segunda fase, se presenta la formulación del caso, que consta de agentes precipitantes, análisis transversal de las cogniciones y conductas actuales, análisis longitudinal de las cogniciones y conductas, fortalezas y apoyo e hipótesis de trabajo. El tercer pasó o plan de tratamiento incluye lista de problemas, metas de tratamiento y plan de tratamiento como tal. Por último, el curso del tratamiento que engloba la relación terapéutica, intervenciones/ procedimientos, obstáculos y resultado. (Academia de la Terapia Cognitiva, 2013). En este análisis de casos, las fases anteriormente mencionadas fueron aplicadas de manera concienzuda,

buscando lograr profundidad en los resultados y en las conclusiones logradas. Esta investigación profundiza y analiza el caso de una paciente que padece TLP, comórbido con el trastorno depresivo mayor.

De acuerdo con la (American Psychiatric Association 2014), los pacientes con el TLP, manifiestan inestabilidad crónica en la imagen de sí mismo, en las relaciones interpersonales, que se presenta con episodios graves e intensos de síntomas afectivos, acompañada de impulsividad, comportamiento de riesgo y hostilidad. Por su parte, Beck, Freeman, Davis y otros, (2005) conciben esta inestabilidad como invasora de todos los aspectos del funcionamiento de la persona afectada, entre los que se encuentra sus relaciones, su imagen personal, sus sentimientos y su conducta. La prevalencia de este trastorno se encuentra en la población general en un 1,6%, y podría a llegar a un 5.9%, encontrándose en ésta proporción los individuos que acuden a atención primaria en los centros de salud mental con un porcentaje aproximado de 6%, del 10%, y del 20% entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados (American Psychiatric Association 2014). La prevalencia en estudiantes universtarios en Medellín, Colombia se estima en 21.0% en mujeres y en hombres en 15.8%, presentandose en un 26.7% en estudiantes de 16-17 años, de 18 -22 años en 20.8% , de 23-27 años en 15.8%, en un 19.3% de 28 -32 años (Ferrer, Londoño, et, al, 2015).

De acuerdo con la revisión de la literatura realizada por Sampietro y Forti, (2012) entre el 5% y el 10% de los pacientes con diagnóstico de TPL, fallecen por suicido, constituyéndose en un índice muy superior al de la población general. Oldham (2006), manifiesta que las tentativas de suicidio frustrado son más frecuentes que los suicidios consumados. Además, éste trastorno puede coexistir o presentarse de forma similar con otros trastornos (p. ej., los

trastornos del estado del ánimo, bipolares, entre otros), lo que puede agravar la patología (APA, 2014).

En cuanto al trastorno depresivo mayor, su la prevalecía varía según el país. De acuerdo con APA, (2014), en Estados Unido su prevalencia se estima aproximadamente en 7%, presentándose tres veces mayor en sujetos de 18 y 29 años que en individuos de 60 años, y dándose en 1,5% más en mujeres que en hombres. En Colombia se da en un 24% en personas entre los 9 -19 años; de los 18- 53 años, en un 65% y en individuos de 54 años o más en un 1.1%; teniendo en cuenta el género, se presenta en un 14.9% de las mujeres y en 8.6% en hombres (Ministerio de Salud y Protección Social- Colciencias, 2013). Se suele caracterizar por un conjunto de síntomas emociónales, cognitivos, conductuales y somáticos, donde el individuo manifiesta un estado de ánimo disfórico y una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto, 2014).

Como se puede observar ambas trastornos son frecuentes en la práctica clínica y afectan al individuo en el área familiar, social y laboral. Además, tienen caracteristicas comunes con otros trastornos, aspecto que dificulta su diagnóstico y por ende su tratamiento.

Bajo esta óptica, la Terapia Cognitiva permitió explorar las causas y las consecuencias de la concepción que tiene la paciente de si misma, de los otros y del mundo (modo como procesa la información) indagando sobre los esquemas subyacentes, crencias intermedias (presunciones, reglas y actitudes), pensamientos automáticos y errores en el procesamiento de la información (S. Beck, 2000); estos elementos posibilitaron conceptualizar el caso y

comprender la demanda de la paciente, pudiendo formular un tratamiento adecuado basado en las investigaciones; ésto con el fin de buscar soluciónes integrales.

La conceptualización cognitiva de este caso permitió además, vincular la teoría a la práctica clínica. Por lo anteriomente mencionado se considera importante analizar, explicar, describir y luego exponer éste caso en particular para que los profesionales de la salud mental, profesores, estudiantes y público en general puedan beneficiarse de esta experiencia clínica ,ya sea como una guía para otros estudios de caso, como referente investigativo o como un mecanismo que oriente a los clínicos respecto al tratamiento sobre del trastorno de la personalidad límite.

## 4. **Área problemática.**

Este estudio de caso está enmarcado dentro del contexto de la psicología anormal, debido a que se expone el caso de una paciente y sus patologías. En cuanto a la psicología anormal es definida por Sarason y Sarason (2006), como un campo de la psicología que estudia la *conducta anormal* al igual que sus causas, consecuencias y tratamientos. De acuerdo con Barlow (2001), para que una conducta sea considerada como anormal debe existir una "Disfunción psicológica de un individuo, asociada con la angustia o con impedimentos en el funcionamiento y con una respuesta que no es característica o no se espera culturalmente" (p.2); en otras palabras retomando al autor, una conducta anormal en un individuo se caracteriza por una discapacidad en el funcionamiento cognitivo, afectivo y conductual asociada a un malestar significativo o alteración extrema que conducen a respuestas no aceptadas ni esperadas culturalmente.

Para la American Psychiatric Association, (2014), una conducta es patológica al cumplir con las siguientes características que definen un trastorno mental:

> 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 a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o 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 o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente (American Psychiatric Association, 2014, p. 20).

A este respecto, Barlow y Durand (2001), plantean que las conductas anormales están determinadas por factores genéticos, psicológicos y socioculturales, y su interrelación como la causa de cualquier trastorno mental. Lo anterior, se puede evidenciar en las características mencionadas para la definición de trastorno mental.

Para el presente estudio de caso la Terapia Cognitiva se usó como sustento técnico, terapéutico y teórico para el abordaje de las patologías. Ésta es “una modalidad de psicoterapia basada en la teoría, con un fuerte compromiso hacia el empirismo científico” (Beck y Clark., p.17). Según S. Beck (2000), la terapia cognitiva fue desarrollada a principios de los años setenta como un modelo para el tratamiento de la depresión, que posteriormente él y otros la adaptaron para otros trastornos mentales. En esa línea de razonamiento, Beck (1967,1976),

define el modelo de terapia cognitiva como "un procedimiento activo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (....)." (Citado en Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010, p.13). Éste mismo autor desde el modelo cognitivo, concibe la patología como producto de la forma distorsionada de procesar la información, esto sucede cuando los esquemas o creencias del individuo son disfuncionales dado, que contienen toda la información de sí mismo, del mundo y de los demás, la cual, es adquirida a partir de experiencias anteriores y expresada por medio de pensamientos automáticos distorsionados (Citado en Beck, et al, 2010). A este respecto, S. Beck (2000), plantea que "todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes" (p.17). En cuanto a su tratamiento, se basa en la modificación de los pensamientos y creencias disfuncionales que inciden en los malestares emocionales y en los comportamientos perturbadores que conduce a generar patologías (S. Beck, 2000).

Teniendo en cuenta los fundamentos teóricos de la terapia cognitiva, el presente 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 que definen a ambos trastornos.

El trastorno depresivo mayor hace referencia a una agrupación de síntomas afectivos (tristeza, apatía, anhedonia, irritabilidad, desesperanza y sensación subjetiva de impotencia frente a los requerimientos de la vida), cognitivos y conductuales, los cuales afectan a la persona en el área familiar, social y profesional (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto, 2014).

En cuanto a los individuos que presentan TLP, se caracterizan por un patrón de inestabilidad manifestado por su dificultad para sostener relaciones interpersonales estables,

ya que estas personas se encuentran determinadas por los extremos de idealización y devaluación; alteraciones en la percepción de sí misma, en su autoconcepto y su auto-eficacia; una marcada falta de autorregulación de los impulsos entre las que se encuentra el consumo de sustancias, atracones de comida, entre otros; amenazas suicidas recurrentes y conductas autolesivas; desregulación emocional que se demuestra a través de ira inapropiada e intensa y dificultad para controlarla, en episodios intensos de disforia, irritabilidad o angustia que suelen durar unas horas; sensaciones crónicas de vacío, e ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas de despersonalización y desrealización. Estas Características tienen sus inicios en la edad adulta y se presentan en diversos contextos (American Psychiatric Association, 2014). Debido a la sintomatología de ambos trastornos, la presencia de éstos genera malestares significativos en los pacientes con este trastorno.

Investigaciones como la Pailhez y Palomo (2007), han concluido que los pacientes con TLP muestran más posibilidades de presentar dos o más diagnósticos que los pacientes con otro trastorno. De acuerdo con el estudio realizado por Paihez Vindual y Palomo (2008), este trastorno está relacionado con múltiples diagnósticos tanto del eje I como del eje II del DSM-IV, hallándose su comorbilidad en un 87.1% de los casos. Cabeza y Palomino (2010), ha concluido que el TLP presenta una alta comorbilidad asociada a otros trastornos mentales como lo son, los del estado del ánimo, los de ansiedad y el consumo de sustancias.

Los estudios mencionados anteriormente serán expuestos y profundizados a lo largo de este trabajo, con el fin de ampliar, reforzar y sustentar la problemática planteada.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto sobre la prevalencia del TPL y de la depresión mayor, además de las tasas tan elevadas de comorbilidad del TPL, puede observarse

la importancia de considerar este estudio de caso, sus resultados y el análisis que pueda extraerse del mismo desde el modelo cognitivo- conductual.

## 5. **Objetivos**

### 5.1. Objetivo general

Analizar, explicar y describir un caso con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad con comorbilidad del trastorno depresivo mayor, desde el modelo del instituto de Terapia Cognitiva.

### 5.2. Objetivos específicos

5.2.1 Explorar los modelos teóricos y terapéuticos de diferentes autores, que permitan la profundización y comprensión del trastorno límite de la personalidad y el trastorno depresivo mayor.

5.2.2 Profundizar en las características clínicas y las vulnerabilidades psicológicas del paciente, con el fin de realizar una formulación completa del caso.

5.2.3 Plantear un tratamiento a la luz de las teorías basadas en las evidencias encontradas sobre el trastorno límite de la personalidad.

5.2.4 Comprender las dificultades en el diagnóstico del Trastorno límite de la personalidad, para descriarlas de manera detallada, permitiendo la formulación y diagnóstico adecuado del mismo.

## 6. **Historia Clínica del paciente**

### 6.1 Historia del caso

#### 6.1.1. Datos generales

May, es una adolescente de 16 años, nacida y residente en la ciudad Medellín. Es la mayor de dos hermanos, vive con la madre, el padrastro y un hermano de dos años. Cursa el grado decimo en un colegio público de la ciudad.

#### 6.1.2. Motivo de consulta

May acude a consulta manifestando necesitar ayuda psicológica. Inicialmente expresa que "Hace tres meses me cambié de colegio y desde entonces me levanto aburrida, irritable, estresada y con un sentimiento de soledad y culpabilidad por haber agredido a mi madre". También refiere que se le dificulta controlar sus "emociones", describiendo conductas auto - agresivas (cutting en las manos), hetero- agresiones a objetos y a otros, salir gritando a la calle, agredir a su pareja verbal y físicamente o atacar a su madre con reproches e insultos.

#### 6.1.3. Historia de la enfermedad actual

En octubre de 2015, May y su madre tiene una fuerte discusión de la cual surgen agresiones físicas de parte de ambas. Durante el suceso la paciente tiene conductas como gritar, correr y

por último encerrase en el baño a cortarse las manos hasta desmayarse. Fue llevada a urgencias y atendida la crisis; posteriormente fue remitida a psiquiatría y diagnosticada con trastorno de control de impulsos y de la conducta, no especificada. El psiquiatra la remite al psicólogo, sin embargo, las consultas con este profesional fueron pocas, y finalmente ella desertó del proceso.

En Febrero del 2016 cambia colegio, y desde entonces se siente, estresada, irritable, aburrida, con sentimientos de soledad y culpa por haber agredido a su madre, y dificultades para controlar sus emociones.

En la cita inicial, Marzo de 2016, los síntomas incluían:

- Síntomas emocionales: Sensación de vacío, ira, ansiedad, irritabilidad, tristeza y labilidad.
- Síntomas cognitivos: Piensa que es un fracaso, que es incapaz, es una persona mala; además, se siente culpable y desesperanzada frente al futuro; también manifestó que se le dificulta concentrarse.
- Síntomas conductuales: Llora fácilmente, se encierra, se auto - agrede (cutting en las manos), hetero-agresiones verbales y conductas de tirar objetos.
- Síntomas fisiológicos: Espasmos musculares (cara, cuello, espalda), calor y sudoración,

Uno de los mayores estresores en la vida de May, son los familiares; frecuentemente tiene conflictos con su madre ya que ambas hiper-reaccionan ante cualquier circunstancia o acontecimiento y a causa de esto, la paciente reacciona con autoagresiones, hetero-agresiones verbales y conductas de tirar objetos; un segundo estresor es la pareja con la cual mantiene conflictos abiertos debido a que ambos reaccionan de manera impulsiva y agresiva ante

pequeños eventos. Otro estresor es su entorno social; se le dificulta tener relaciones positivas con sus compañeros y docentes, ya que reacciona de manera hostil ante cualquier llamado de atención, sugerencia o percepción negativa de parte de sus compañeros; además tiene dificultades en cuanto a la disciplina y alcanzar logros académicos. Los cambios de colegio y residencia también causan malestar en la vida de May, puesto que no se adapta fácilmente a nuevos ambientes; estos cambios activan en ella un estado de ánimo disfórico e irritable.

### 6.1.4. Antecedentes Psiquiátricos o psicopatológicos

May, ha manifestado una personalidad pre mórbida con rasgos impulsivos y síntomas "depresivos"; según refiere a los siete años empezó a sentirse triste, en ocasiones sin motivo, con llanto fácil y recurrente; a los diez años, surgen pensamientos de muerte, ideas suicidas y sentimientos de soledad; a esta misma edad empieza a auto - mutilarse durante sus episodios de rabia (según señala la paciente para "desahogarse"), con acciones tales como: encerrarse en el baño, enterrarse lapiceros en las piernas, rasgarse la piel, golpearse, jalarse el pelo y cortarse las manos( cutting); estas conductas de cortarse las manos se mantienen en la actualidad. Igualmente refiere, que de los cuatro a los siete años presentaba desmayos que duraban aproximadamente cinco minutos, sin que obedecieran a alguna enfermedad física.

En octubre del 2015, fue llevada a urgencias; después de evaluarla la remitieron a psiquiatría y fue diagnosticada con trastorno de control de impulsos y de la conducta, no especificada; se le recetó ácido valpróico a una dosis de 250 miligramos. De psiquiatría se le hizo remisión a psicología, sin embargo, en esta instancia, las consultas fueron pocas porque la paciente finalmente desertó.

### 6.1.5. Historia personal y social

May es la mayor de dos hermanos y proviene de una familia monoparental. Su abuela y su madre quedaron a cargo de ella desde que nació, ya que su madre nunca convivió con su padre; el contacto con él ha sido esporádico; desde los trece años empezó a verlo y relacionarse con él un poco más.

La paciente creció en un ambiente caracterizado por la hostilidad y la agresividad por parte de su madre, quien mostraba conductas impulsivas y agresivas, que utilizaba a manera de castigo como "morderla, darle puños , golpearla contra las paredes, encerrarla en el baño, intentar ahorcarla, tirarla por las escaleras, dejarla sola en casa o encerrarla en el cuarto todo un día" ; también ejercía maltrato psicológico con frases como, "me arrepiento de haberte tenido, eres un estorbo". May, ha manifestado desde los 6 años, una personalidad pre -mórbida con rasgos impulsivos y síntomas "depresivos. Según reportan tanto la madre como la paciente, cuando ella era castigada o no complacían sus deseos, tiraba objetos y luego se desmayaba durante cinco minutos. Igualmente, ambas refieren que su estado de ánimo constantemente era triste e irritable, con llanto fácil, y recurrente; se aislaba y atemorizaba ante cualquier reacción de la madre; a partir de los 10 años empieza a tener "pensamientos de muerte, ideas suicidas, sentimientos de soledad y en los momentos de rabia se maltrata (según señala la paciente para "desahogarse" ), con acciones como encerrarse en el baño, enterrarse los lapiceros en las piernas, arañarse, golpearse, halarse el pelo y cortarse las manos (cutting)".

Durante su infancia la paciente careció de afecto, respeto, aceptación, cuidados y atención por parte de sus padres. El afecto y protección que recibía era el de su abuela, quien no estaba siempre para suplir sus necesidades básicas debido a sus obligaciones laborales.

A May le falto guía y dirección, no tuvo unos límites realistas ya que se le dificulta fijar o alcanzar objetivos personales, disciplinarse a sí misma, y controlar sus impulsos. Expresa que desde que empezó la adolescencia ha tenido dificultades con sus logros académicos; comúnmente, falta a clase o se ausenta de ella; mantiene conflictos abiertos con su madre, novio, compañeros de colegio y profesores. Así mismo, ha tenido varios cambios de vivienda (ha vivido con la abuela, la mamá, la tía y la prima y con otros familiares) y de colegio.

Según informa May a los 14 años intentó suicidarse tomándose un frasco de pastillas después de haber sido abusada sexualmente por un desconocido; como consecuencia de ello quedó embaraza y posteriormente, cuando tenía tres semanas de gestación se provocó un aborto. A los 16 años la paciente se corta las manos hasta desmayarse después de un episodio de agresiones físicas y verbales con su madre.

Se refiere a la relación con su madre como tormentosa y conflictiva; con su padre y padrastro el contacto es distante. Describe a su padre como “temperamental y distante”; su madre la ve como “agresiva, violenta, iracunda, impulsiva, incapaz de expresar afecto”.

Sus relaciones sociales son inestables y poco duraderas. Actualmente tiene una escasa actividad social con un círculo que se limita a los compañeros de su novio.

6.1.6. Genograma

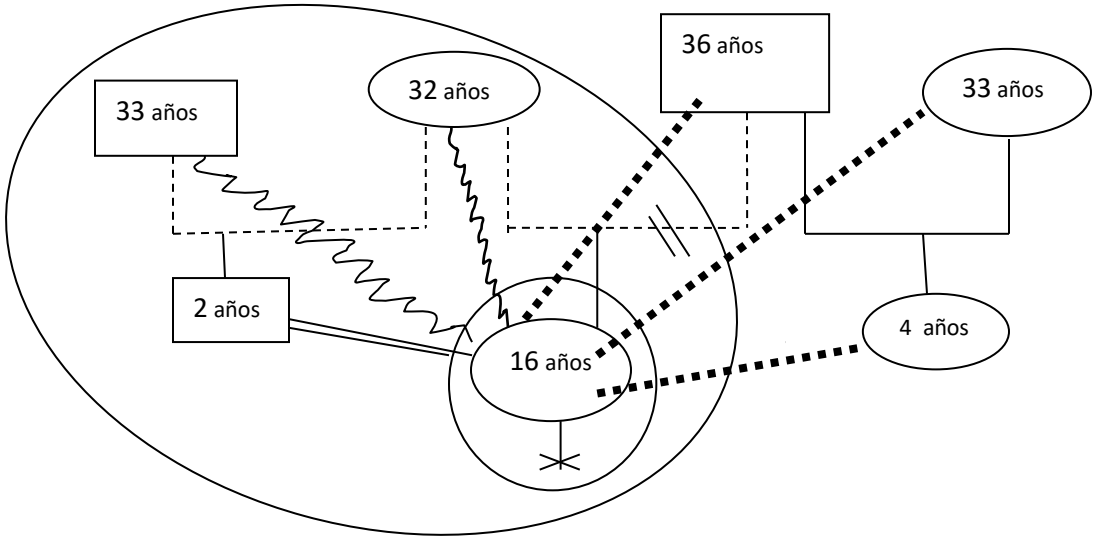



*Figura 1.* Genograma

6.1.7. Historial Médico

No presenta una condición médica que influyera en el proceso terapéutico.

6.1.8. Estado mental.

Paciente orientada en tiempo, persona y espacio; apariencia normal de acuerdo con la edad y el género; discurso fluido y coherente; con contenidos de pensamientos de fracaso, de incapacidad, de desesperanza hacia el futuro, de ser mala, de culpabilidad; estado de ánimo lábil, depresivo e irritable; grado de activación ansioso; falta de concentración, sin trastorno senso-perceptivo.

6.1.9. Diagnóstico según el DSM-5

301.83 [F60.3] Trastorno límite de la personalidad

296.32 [F33.1] Trastorno depresivo mayor. Moderado con episodio recurrente.

6.1.10. Instrumentos utilizados para la evaluación. Ver anexos.

6.2. Formulación del caso

6.2.1. Agentes precipitantes

En vista que es un asunto que se ve tan crónico, el cual se remonta a la infancia, no se identifica precisamente activadores particulares, pero dada la manera como la paciente describe el caso es posible identificar el último cambio de colegio y el episodio de agresión físicas entre ella y la madre como los *detonantes* que exacerbaron los síntomas depresivos.

*Un activador* de los síntomas depresivos, de las conductas de auto-agresiones, de conductas de tirar objetos, y de hetero- agresiones verbales son los conflictos abiertos con la madre, ya que ambas hiper reaccionan ante cualquier circunstancia o acontecimiento. Otro *activador* es la pareja, con la que mantiene una relación conflictiva, ya que, ante cualquier diferencia de ideas u otro acontecimiento, ambos reaccionan de forma impulsiva. Igualmente, los problemas relacionales interpersonales como los conflictos abiertos con los compañeros de colegio y los profesores activan en la paciente malestares significativos ya que ella reacciona de manera hostil cuando las cosas no salen como ella espera.

6.2.2. Enfoque transversal de las cogniciones y las conductas actuales

Una situación típica es cuando la madre llega a casa y se dirige a May, reclamándole el no colaborar con los oficios de la casa. Cuando esto sucede, surgen en ella los siguientes

pensamientos, “es muy insensible y no me comprende”, siente ira y su conducta es encerrarse en el baño y auto agredirse.

Una segunda situación problemática se da después de algunas horas de haber discutido con su madre, ella piensa, definitivamente yo soy mala, soy lo peor, se siente triste y su conducta es llorar y aislarse.

La tercera situación típica es cuando May discute fuertemente con su novio por una diferencia de ideas, por lo que ella piensa: “no me comprende, no me apoya como yo a él”, siente ira y le reclama con agresiones verbales.

### 6.2.3. Enfoque longitudinal de las cogniciones y comportamientos

Como se describió anteriormente ninguno de los padres satisfizo las necesidades emocionales durante infancia de May; ella creció en un ambiente caracterizado por la hostilidad y la agresividad de una madre con conductas impulsivas y agresivas, emocionalmente distante y rechazadora; un padre parcialmente ausente en el trascurro de su vida, situaciones que fueron generando la creencia central de **“**no me quieren**”** (Beck, et al, 2005). Para enfrentar el mundo ella desarrolló supuestos, actitudes y creencias rígidas, los cuales han sido reforzados a través de los conflictos abiertos con su madre, su novio, compañeros de colegio, profesores y amigos. En este caso el supuesto positivo es “Si satisfago las necesidades de los demás, no me abandonaran”; el supuesto negativo es “Si no satisfago las necesidades de los demás me abandonaran”, lo que quiere decir que no me quieren; Por tanto, sus reglas y actitudes fundamentales con la que enfrenta estas creencias fueron, “debo agradar a los demás”, “debo ceder ante los demás”, “es horrible que me abandonen”. Para poner en práctica estos supuestos,

reglas y actitudes desarrolló las siguientes estrategias: demandas afectivas, evitación emocional, auto-agredirse, agredir a otros, buscar agradar, subyugarse.

Además, May no tuvo guía y dirección por parte de sus progenitores, por lo que su autonomía posiblemente fue fracturada y su capacidad para desarrollar sola un sentido de límites, controlar sus impulsos y emociones no fue suficiente, aspecto que pudo forjar en ella la creencia central, "soy débil" (Beck, et al, 2005).

Para funcionar en su entorno May desarrolló las siguientes, presunciones claves: "Si reacciono agresiva, no se aprovecharan de mí, si no reacciono agresiva me verán débil y se aprovecharán de mí"; "si se ocupan de mí, entonces me siento protegida, si no se ocupan de mí, entonces es que soy débil e indefensa". Por tanto, sus reglas fundamentales con la que enfrenta estas creencias son, "los demás deben ocuparse de mí", "debo atacar antes de que me hagan daño". Sus peores amenazas eran "es horrible que no se ocupen de uno". Para poner en práctica estos supuestos, reglas y actitudes desarrolló las siguientes estrategias: agresividad, dependencia emocional, subyugación y evitación emocional.

Ver diagramas de conceptualización cognitiva.

### 6.2.4. Diagrama de conceptualización cognitiva

A continuación, se presenta el esquema de conceptualización de la paciente analizada, cuyo diagnóstico es Trastorno de personalidad límite, comórbil con depresión mayor.

Nombre del paciente: May.

Fecha: 2 marzo del 2016

Diagnóstico. Trastorno de personalidad límite y Trastorno depresivo mayor.

*Figura 2*. Diagrama de conceptualización cognitiva

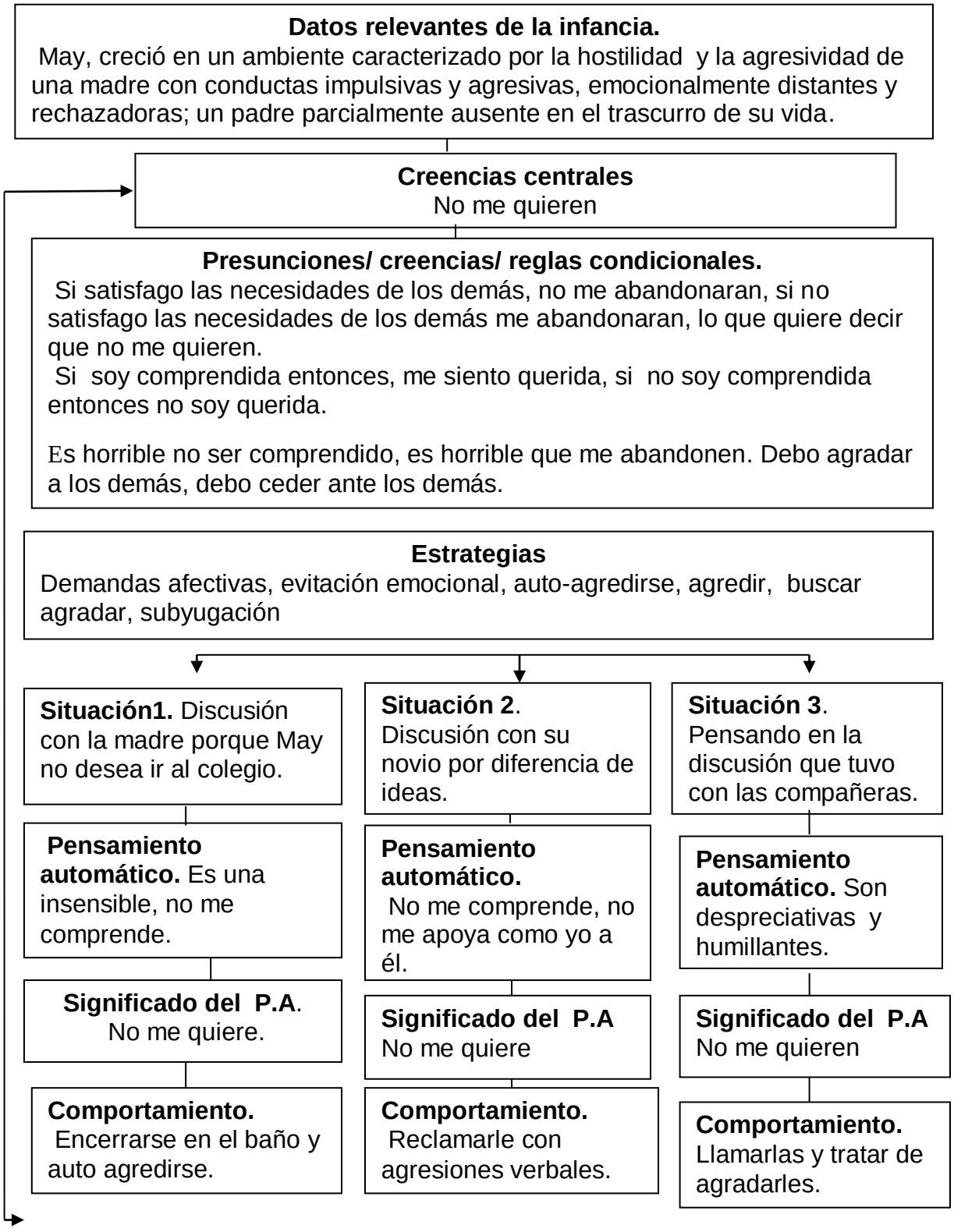
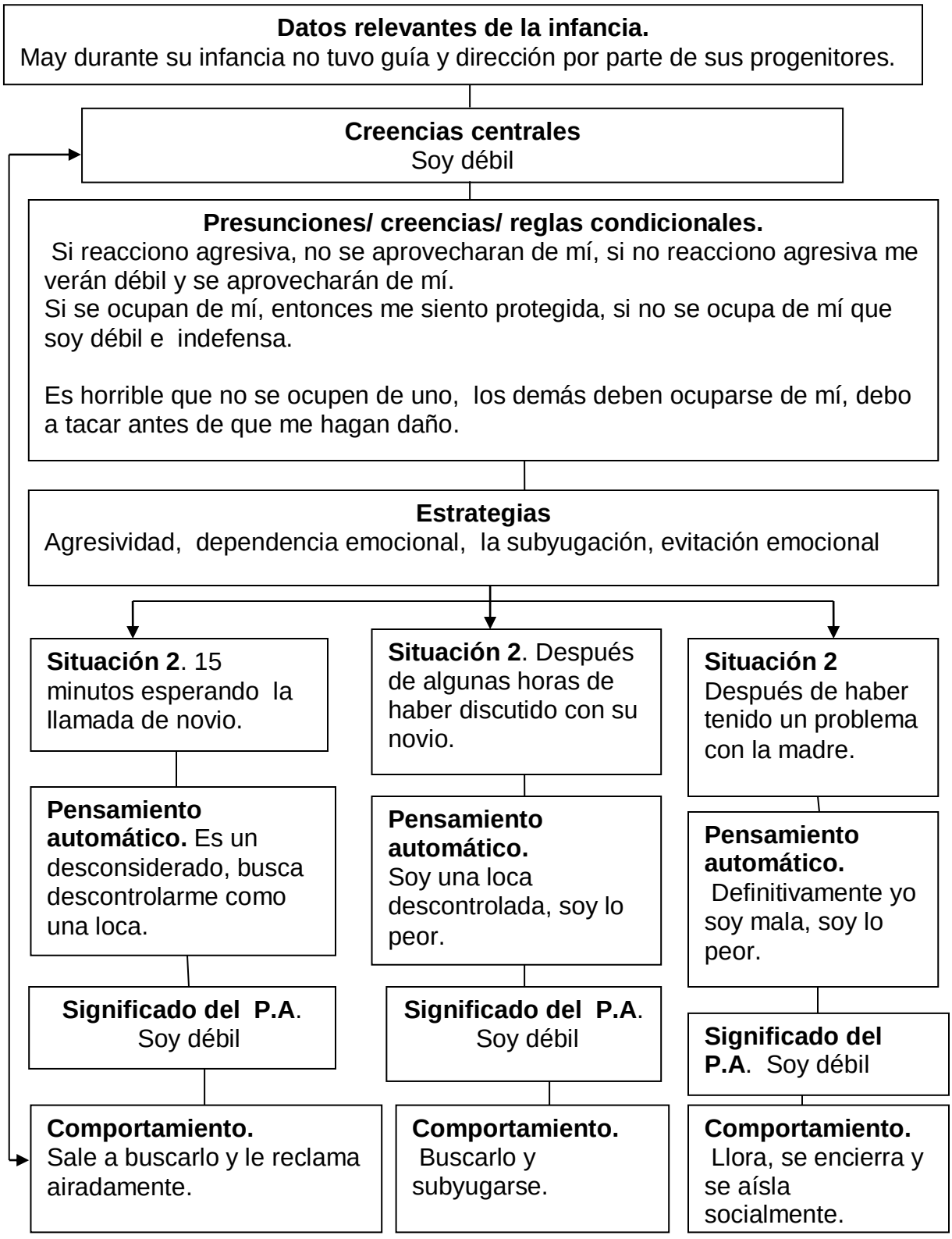


*Figura 3.* Diagrama de conceptualización cognitiva



### 6.2.5. Fortalezas y apoyo

Se observó en la paciente que tiene habilidades para procesar la información con rapidez, lo que ha permitido tener un buen insight con ella durante el proceso; además, le gusta escribir y dibujar. Muestra interés y dedicación en el uso de la terapia como un recurso para mejorar su situación.

### 6.2.6. Hipótesis de trabajo (resumen de la conceptualización)

May presenta un trastorno límite de la personalidad, comórbido con el trastorno depresivo mayor, debido a que en su infancia sus padres no satisfacieron sus necesidades emocionales, ya que creció en un ambiente caracterizado por la hostilidad y la agresividad de una madre con conductas impulsivas y agresivas, emocionalmente distante y rechazadora; un padre parcialmente ausente en el trascurro de su vida. Eso hizo que ella desarrollara una creencia subyacente de "no sentirse querida" (Beck, et al, 2005) al no sentir el afecto de esas personas significativas para ella, se puso unas reglas muy firmes de "agradar a los demás", de "ceder ante los demás" y estrategias compensatorias de "ser demandante afectivamente, por esto"; cuando estas demandas afectivas no tiene el efecto que espera, se siente rechazada, criticada, no aceptada y cuando percibe abandono, ella reacciona inicialmente de manera hostil y luego tiende a someterse, tratando de obtener lo que quiere. Estas cogniciones disfuncionales y estrategias compensatorias, ocacionan en ella sentimientos de vacío, tristeza, disforia e irritabilidad.

Al mismo tiempo éste ambiente frio, lejano, distante, donde ella permanecía sola todo un día sin el cuidado de sus padres, sin guía y dirección, hizo que ella se sintiera desprotegida e indefensa, por lo que no adquirió la autonomía necesaria y un sentido de límites, lo que la llevó a "sentirse débil" (Beck, et al, 2005); Para enfrentar el mundo entonces desarrolló "la agresividad" como una estrategia y para aminorar su dolor emocional se provoca dolor físico, cortándose las manos, haciendo evitación emocional (Linehan, 2012). De esta manera, cuando la paciente se enfrenta a situaciones donde se siente atacada, vulnerable, rechazada, abusada, ella tiende a reaccionar de manera hostil. Estas cogniciones y estrategias activan en la paciente sintomas depresivos como tristeza, disforia e iiritabilidad.

Todas estas estrategias se hiper desarrollaron y constituyeron en ella el trastorno límite de la personalidad y el trastorno depresivo mayor. (Linehan, 2012; Young et al, 2013; Beck, 2005).

## 6.3. Plan de tratamiento

Inicialmente, se trabajó con la Terapia Cognitiva de A. Beck procurando intervenir los síntomas más agudos en ese momento, que son el bajo estado de ánimo y la irritabilidad, además, el pensamiento dicotómico, una distorsión cognitiva típica de los pacientes depresivos. Posteriormente se efectuó el entrenamiento en el control de los impulsos, las conductas auto-lesivas y la desregulación emocional a través de habilidades asertivas, técnicas de debate socrático, la respiración diagramática de Martha Davis, y técnicas de la terapia dialéctico comportamental de Marsha Linehan como habilidades de conciencia, entrenamiento en tolerancia al malestar, regulación de las emociones y estrategias de validación de las

experiencias emocionales de la paciente. Por último se trabajaron los esquemas y modos con la Terapia Centrada en Esquemas de Jeffey Young, y otras técnicas de la terapia cognitiva.

*Figura 4.* Plan de tratamiento.

| **Problema** | **Objetivo** | **Herramientas de intervención** |
|---|---|---|
| Depresión | Disminuir los síntomas depresivos | La reestructuración cognitiva, para disminuir los síntomas depresivos.<br><br>Técnica programación de actividades, para contrarrestar la escasa motivación del paciente, su inactividad y su preocupación en torno a las ideas depresivas.<br><br>Técnica de dominio y agrado, para aumentar el nivel de satisfacción al realizar ciertas actividades.<br><br>La técnica de "de-responsabilización" para que el paciente evalué las situaciones con objetividad y contrarreste las cogniciones de culpa.<br><br>Técnica de búsqueda de soluciones alternativas para que el paciente encuentre otras interpretaciones o soluciones a sus problemas.<br><br>Técnica toma de decisiones (análisis de ventajas y desventaja).<br><br>Respiración profunda o diafragmática, para qué la paciente controle sus emociones |
| Pensamiento dicotómicos | Reducir los pensamiento dicotómicos | Reestructuración cognitiva.<br>Tarjetas educativas (para las opciones alternativas).<br>Continuum cognitivo. |
| Desregulación emocional (Irritabilidad, ira inapropiada, labilidad emocional) | Ganar control sobre las emociones | Reestructuración cognitiva.<br>Entrenamiento en asertividad y el role play.<br>Análisis de ventajas y desventajas.<br>Respiración profunda o diafragmática, para lograr el control de la ira.<br><br>Trabajar habilidades de la terapia dialectico conductual como: |

| | | |
|---|---|---|
| Pobre control de la expresión de los impulsos.<br><br>Conductas auto-agresivas, hetero-agresivas y otras conductas | Limitar las conductas impulsivas como:<br><br>Conductas hetero-agresivas.<br><br>Conductas auto-agresivas<br><br>Otra conductas impulsivas | Habilidades básicas de conciencia plena (Mindfulness)<br><br>Habilidades de regulación de las emociones como: enseñarle a la paciente a, entender las propias emociones que experimenta, reducir la vulnerabilidad negativa, incrementar las emociones positivas, dejar pasar las emociones dolorosas, a llevar a cabo la acción opuesta de una emoción negativa, entre otras.; además, explicarle los mitos acerca de las emociones y presentarle una teoría acerca de las emociones; trabajar éstas habilidades utilizando las fichas que propone la terapia dialéctica conductual.<br><br>Habilidades de tolerancia al malestar como: Técnicas de tolerancia al malestar como distraerse, proporcionarse estímulos positivos, mejorar el momento y pensar en los pros y los contra de tolerar la crisis sin lesiones, ni llevar a cabo conductas impulsivas, y luego, los pros y contra de no tolerar la crisis. Llevar a cabo ejercicios de conciencia plena o sea de mindfulness.<br><br>Estrategias de validación de las experiencias emocionales de la paciente. |
| Auto afirmaciones, percepción negativa de sí misma: creencias o esquemas subyacentes de la paciente “no me quieren y “soy débil”. | Reducir creencias patológicas y estrategias disfuncionales e introducir modos más sanos | Se implementó la Terapia de Esquemas para modificar los esquemas de deprivación afectiva y la defectuosidad.<br><br>Inicialmente se realiza un trabajo cognitivo donde se utilizan técnicas como:<br>-Comprobar la validez del esquema.<br>Reencuadrar las pruebas que apoyan un esquema<br>Evaluar las ventajas y desventajas de los estilos de afrontamiento del paciente.<br>Proponer diálogos entre la “parte del esquema” y la parte sana.<br>Elaborar tarjetas que recuerden los esquemas.<br>Rellenar el formulario de diario de esquemas.<br>Técnica punto contra punto.<br><br>Posteriormente, se hace una reestructuración de recuerdos tempranos con:<br><br>Diálogos en imaginación para reparentalizar. |

| | | |
|---|---|---|
| | | Diálogos de recuerdos traumáticos.<br>Realizar cartas a los padres sin enviar.<br>Imaginación para ruptura de patrones.<br><br>Por último, se intervienen paralelamente los patrones de conducta auto derrotista y la relación terapéutica; para ello se utilizan herramientas como definir conductas específicas como posibles objetivos de cambio, priorizar las conductas para la ruptura de patrones, vincular la conducta objetiva con sus orígenes en la infancia, revisar las ventajas y desventajas de mantener la conducta, crear tarjetas recordatorias y ensayar la conducta sana en imaginación y role play.<br><br>Además, se efectúa un trabajo con modos, ya que estos están asociados a los esquemas de privacidad emocional y defectuosidad. Inicialmente se realizan ejercicios experienciales acompañados de role play, con cada uno de los modos que está manifestando la paciente. Luego se hace un trabajo cognitivo, utilizando las mismas técnicas cognitivas de la terapia de esquemas, y por último un trabajo conductual, donde se entrena en técnicas asertivas a través del role play. |

## 6.4. Curso del tratamiento.

### 6.4.1. Relación terapéutica

La reparentalización limitada y la validación de las emociones ha posibilitado fortalecer una relación segura con la paciente, ya que durante el proceso terapéutico se ha adoptado el rol de un buen padre (dentro de los límites apropiados de la relación terapéutica) en los momentos de crisis de la paciente y en las ocasiones cuando se percibe rechazada por parte de su entorno, privada de apoyo emocional, no querida e indefensa. Durante estos eventos se escucha con

empatía y plana aceptación las experiencias de la paciente, se validan sus emociones entendiendo y reconociendo sus experiencias emocionales por medio de la empatía.

Sin embargo, todo buen padre también establece límites, por lo tanto se han fijado límites referentes a las conductas disfuncionales e impulsivas de la paciente sin criticar su carácter, pero si explicando las razones de tales imposiciones. En ocasiones la paciente suele considerar algunos límites como injustos e incluso egoístas y lanzar acusaciones al terapeuta, por lo tanto se utiliza la confrontación empática para tratar tales cuestiones usando interpretaciones alternativas.

Este rol ha facilitado la comunicación entre paciente terapeuta, ha posibilitado construir un vinculo de confianza, así como el aumento de la autoestima de la paciente, como tambien que ésta participe y se involucre en el proceso, lo que ha permitido el avance de los logros terapéuticos.

### 6.4.2. Intervenciones y procedimientos

En primera instancia, para disminuir sus síntomas depresivos se trabajó la reestructuración cognitiva, donde se hizo psico - educación sobre el modelo cognitivo para que la paciente comprendiera la relación que hay entre los pensamientos, las emociones y las conductas, y a su vez mostrarle cómo los pensamientos distorsionados pueden afectar sus estados emocionales; se le enseñó a categorizar sus pensamientos distorsionados, posteriormente a buscar la validez de éstos pensamientos para que pudiese plantearse pensamientos alternativos más funcionales y como consecuencia sentir un cambio en sus estado emocional. La restructuración cognitiva no solo se utilizó para disminuir los síntomas depresivos, sino también para aminorar la

irritabilidad y los pensamientos dicotómicos. Para mermar síntomas depresivos también se utilizó la técnica de programación de actividades y la de dominio / agrado, a través de las cuales se motivó a la paciente a realizar actividades que disminuyeran su inactividad y pensamientos improductivos; se hicieron ejercicios de respiración profunda o diafragmática, que además ayudaron a disminuir las conductas impulsivas. Con las dificultades que manifestaba para tomar decisiones, se trabajó a través de herramientas de búsqueda de soluciones alternativas y toma de decisiones (análisis de ventajas y desventaja). Se optó por la técnica de "de-responsabilización", para contrarrestar los sentimientos de culpa.

Para aumentar el control de los impulsos, disminuir las conductas auto-lesivas y aumentar el control de sus emociones, se enfatizó en el entrenamiento de habilidades asertivas por medio de juegos de roles , el cual posibilitó en gran medida que la paciente usara formas más adecuadas de expresar sus emociones y necesidades; también se usaron técnicas de la terapia dialéctico comportamental como habilidades de conciencia (mindfulness), habilidades de efectividad interpersonal, habilidades de regulación de las emociones; además, se le hizo entrenamiento en tolerancia al malestar y en estrategias de validación de sus experiencias emocionales. Cada una de estas habilidades se trabajó con sus respetivas fichas.

Con sus esquemas de privación afectiva y defectuosidad, se llevó a cabo la terapia centrada en esquemas, la cual está compuesta por elementos cognitivos, experienciales y conductuales.

En el aspecto cognitivo se utilizaron técnicas como comprobar la validez del esquema, reencuadrar las pruebas que apoyan un esquema, evaluar las ventajas y desventajas de los estilos de afrontamiento del paciente, proponer diálogos entre la "parte inadecuada del esquema

y la parte sana", elaborar tarjetas de recordación para los esquemas, formulario de diario de esquemas y la técnica punto, contra punto. Durante la fase experiencial, se trabajó toda la reestructuración de recuerdos tempranos con diálogos en imaginación para reparentalizar, diálogos de recuerdos traumáticos, realizar cartas a los padres sin enviar e imaginación para ruptura de patrones. A nivel conductual, se trabajó paralelamente los patrones de conducta auto derrotista (estilos de afrontamiento o conductas de rendición, evitación o sobre compensación) y la relación terapéutica. Allí, se utilizaron herramientas de definir conductas específicas como posibles objetivos de cambio, priorizar las conductas para la ruptura de patrones, vincular la conducta objetiva con sus orígenes en la infancia, revisar las ventajas y desventajas de mantener la conducta, crear tarjetas de recordación y ensayar la conducta sana en imaginación y role play; para la relación terapéutica se llevó a cabo por medio de la reparentalización limitada y la confrontación empática.

Además, se intervinieron los modos, ya que estos estaban asociados a los esquemas de privacidad emocional y defectuosidad. Inicialmente se hizo una fase experiencial acompañada de role play con cada uno de los modos que manifestaba la paciente Luego se realizó un trabajo cognitivo utilizando las mismas técnicas cognitivas de la terapia de esquemas, y por último se hizo intervención conductual, a través de técnicas asertivas y de role play.

#### 6.4.3. Obstáculos

May reconoce que en ocasiones oculta información a la terapeuta, porque dice sentirse lista para hablar de ciertos temas. Además, en ocasiones no realizó algunas tareas asignadas para la casa, por ejemplo, el registro de pensamientos automáticos; a ello argumenta que no tuvo tiempo de realizarlo o que se le olvidó traerlo a la sesión. Para movilizar en la paciente un

cambio al respecto se le explicó la naturaleza y el curso que debe llevar el tratamiento y se realizaron intervenciones cognitivas sobre pensamientos automáticos disfuncionales al respecto.

#### 6.4.4. Resultados

May, logró reducir significativamente sus síntomas depresivos, aprendió formas más aceptables de expresar sus emociones y satisfacer sus necesidades. Además, ha ganado control sobre sus emociones y conductas impulsivas, ha eliminado las conductas de auto-agredirse, principalmente la de cortarse las manos. Los conflictos abiertos con la madre han disminuido, al igual que las peleas y altercados con el novio. En cuanto a sus pensamientos y creencias subyacentes, se ha ido logrando poco a poco, sustituir algunas de éstas por otras más adaptativas. Se continúa con el trabajo en habilidades de la terapia dialéctico conductual, y desde la modificación de esquemas mal adaptativos y modos de la paciente.

## 7. **Descripción detallada de las sesiones**

El proceso terapeutico inició con el modelo A.Beck para trabajar la depresión y los focos del trastorno límite de la personalidad, luego con la terapia Dialéctico Conductual de Marsha M. Linehan y por ultimo la Terapia Centrada en Esquemas y modos de Jeffrey Young. Por lo tanto, en las seis sesiones que se describiran a continuación solo se evidenciara la terapia cognitiva de A.Beck, ya que los otros modelos terapeuticos se trabajarón posterior a esta terapia.

### 7.1. Sesión número dos

Objetivos: Continuar con la evaluación psicológica general de la paciente, con la propuesta de los objetivos y el plan de tratamiento a seguir; también socializar con la paciente el modelo cognitivo.

Se realiza evaluación del estado mental y al mismo tiempo se continúa en la identificación de problemas conductuales, emocionales, cognitivos, fisiológicos y algunos estresores ambientales. A partir de allí se le hace una devolución a la paciente, donde en conjunto con ella se adicionan nuevos objetivos terapéuticos; en la primera sesión se especificó que los objetivos eran la modificación de su estado de ánimo y limitar las conductas auto-lesivas (Cutting en las manos) y en esta sesión, se adhirieron, limitar las conductas impulsivas y aumentar el control sobre sus emociones; estos nuevos objetivos se anotan en una hoja y se anexan en la historia clínica. Adicionalmente, se le explica que a medida que avance la terapia se irán incluyendo más objetivos.

Posteriormente se le aplica el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) para corroborar el diagnóstico realizado en la anterior sesión, el cual arrojó una puntuación de 28 lo que significa una depresión moderada. En este punto se genera la hipótesis de que existe un trastorno más crónico y más severo, sin embargo, no se hace el diagnóstico porque se debe recopilar más información acerca de la paciente. En esta sesión se descartó además el trastorno de los hábitos y de los impulsos, no especificados (F639), diagnóstico con el que llegó a consulta, inicialmente.

En la primera parte de la sesión la paciente refiere haber tenido durante la semana una situación conflictiva con su pareja, que se retoma para instruirla en el modelo cognitivo. Se le

explica que no son las situaciones en si las que generan emociones negativas y maneras de comportarse sino, la forma como percibimos e interpretamos dicha situación (J. Beck, 2000). Para que la paciente comprenda e internalice la información se toma como ejemplo el evento (conflicto con su pareja) que le generó malestar durante la semana, el cual se grafica en una hoja con cuatro columnas (día/ hora, situación, pensamiento automático, emoción) y se le explica la relación entre lo que uno piensa, siente y hace. Ésta estrategia es denominada por Judith Beck como registro de pensamientos automáticos.

La paciente comprendió que lo que pensamos influye en lo que sentimos y la forma como actuamos; por tanto, se le enseñó a identificar emociones y pensamientos automáticos en situaciones específicas, vividas por ella durante la semana. Dado que se evidencian pensamientos automáticos asociados a emociones que causan malestares significativos para la paciente se evalúa la validez de éstos con la técnica planteada por J. Beck (2000), el interrogatorio acerca de pensamientos automáticos o reestructuración cognitiva.

Posteriormente, se le da un registro de pensamientos automáticos y se le propone que durante la semana consigne sus ideas, emociones y reacciones, de igual manera la situación en la que ocurrió y el día/ hora. Se le explica la importancia del empirismo colaborativo, donde el paciente y el terapeuta trabajan conjuntamente. Seguidamente, se indaga sobre las problemáticas y expectativas que la paciente tiene sobre la terapia, las cuales quedan registradas para poder evidenciar una evolución detallada de su proceso. Al finalizar se inicia el registro de programación de actividades para empezar un cambio en su estado de ánimo, técnica propuesta por Beck, Rush y otros (2010).

### 7.2.Sesión número tres

Objetivos de la sesión: Disminuir los síntomas depresivos y continuar socializando el modelo cognitivo.

La paciente acude a sesión ubicada en tiempo, espacio y persona; apariencia normal de acuerdo con la edad y sexo; discurso fluido y coherente. Se establece con ella un plan para trabajar durante la sesión y se le explica que este plan se hará en cada comienzo de sesión. Se construye la agenda con los siguientes puntos: monitorear su estado de ánimo; evaluar la situación conflictiva con su madre y con su pareja durante la semana; a partir de estas situaciones realizar el interrogatorio acerca de los pensamientos automáticos; explicar las emociones normales y patológicas; revisar la tarea asignada en la sesión anterior; al final se pondrán las tareas para la casa y se explorará como se sintió durante la sesión.

Se inicia el plan revisando el estado de ánimo por media una descripción subjetiva del paciente y utilizando una escala de 0 a 100 donde cero es ausencia de depresión y 100 lo máximo en ésta (Beck, 2000). La puntuación señalada por la paciente fue de 65; esta puntuación es incorporada en un gráfico que se realiza conjuntamente con el terapeuta, donde se anexan las puntuaciones señaladas para su estado de ánimo, con el fin de poder ver los progresos durante la terapia. Se le pide a la paciente la tarea del registro de pensamiento, sin embargo, ésta refiere no haberla realizado, por tanto, se recurre a anotar en el registro las situaciones que planteó para la agenda con el fin de trabajarlo conjuntamente con la paciente durante la consulta.

Seguidamente se procede a indagar sobre la situación problemática con su pareja en la cual se evidencian ideas distorsionadas que la llevan a sentirse mal. Por lo tanto, se hace uso del registro de pensamientos con el fin de minimizar un poco el impacto de la situación con el significado que ella le está dando; para lograrlo se procede a reestructurar el estado emocional y se le muestra como verdaderamente al modificar los pensamientos se está modificando la emoción. Con esto se le expone la importancia de realizar la tarea de registrar los pensamientos automáticos y las emociones perturbadoras durante la semana. Posteriormente, se ánima a que evoque la problemática situación con su madre, donde también se evidencian pensamientos disfuncionales que aumentan su malestar, por tanto, se debaten con la técnica anteriormente mencionada. Posteriormente se le explica la diferencia entre una emoción normal y una patológica para normalizar un poco los sentimientos que tiene la paciente, referentes a las situaciones con su madre; también se le entrena para identificar aquellas emociones que le están generando altos niveles de afecto negativo y a su vez disfuncionalidad en su vida.

Se continúa, con la revisión de la tarea de registro de programación actividades (Beck, et al, 2010) que inició en la sesión anterior y se asigna como actividad para la casa; igualmente se empieza el registro de dominio y agrado para aumentar el nivel de satisfacción de la paciente al realizar ciertas actividades. Conjuntamente paciente – terapeuta sacan conclusiones y alternativas; entre ellas se plantea aumentar la frecuencia de algunas actividades. Como tarea terapéutica se le asigna anotar durante la semana las situaciones en las que se ha sentido mal, las emocione asociadas y los pensamientos que surgen en ese momento. Por último, se hace un resumen final y retroalimentación, aclarando los puntos más importantes tratados durante la sesión.

### 7.3. Sesión número cuatro

Objetivos de la sesión: Disminuir los síntomas depresivos y enseñarle a la paciente a evaluar la validez de los pensamientos automáticos e identificar las distorsiones cognitivas.

La paciente acude a sesión ubicada en tiempo, espacio y persona; apariencia normal de acuerdo con la edad y sexo; discurso fluido y coherente. Se realiza un breve control del estado de ánimo de forma subjetiva, utilizando la escala de 0 a 100, donde cero es ausencia de depresión y 100 lo máximo en ésta. La paciente ubica su estado de ánimo en 60, lo cual evidencia que la disforia ha disminuido; este resultado se incorpora en el gráfico que se realizó para anexar los puntajes obtenidos en las sesiones. Se ánima a la paciente a que evoque lo que le pareció importante de la sesión anterior y lo que no le gustó. Ella responde de forma activa y positiva, además se le comunica que esto se hará en cada sesión. Se procede conjuntamente con la paciente a establecer un plan para la sesión; en ella se enfatizará en la situación conflictiva con su madre y su pareja durante la semana; a partir de estas situaciones se hace el interrogatorio acerca de los pensamientos automáticos, se le enseña a evaluar la validez de estos pensamiento por medio de las preguntas socráticas y a identificar las distorsiones cognitivas; igualmente se revisa la tarea asignada en la sesión anterior; al final se pondrán las tareas para la casa y se evaluará como se sintió durante la sesión.

Se le pide a la paciente la tarea del registro de pensamientos, ésta refiere no haberla realizado, por tanto, se toma un modelo de registro de pensamientos automáticos que contiene siete columnas: fecha, situación, pensamiento automático, emoción, conducta, respuesta adaptativa y resultado, y se anota en la columna de situación los eventos que la paciente planteó en la agenda con el fin de trabajarlo conjuntamente durante la consulta.

Seguidamente, se procede a indagar sobre la situación problemática con su pareja; se identifican conjuntamente con la paciente pensamientos disfuncionales, emociones perturbadoras y conductas problemáticas, las cuales se anotan en el registro, en las columnas correspondientes; luego, se hace uso de las preguntas socráticas planteadas por S. Beck, (2000) para evaluar la validez de éstos pensamientos, y a su vez ,se le enseña a evaluarlos utilizando estas preguntas ,de modo que éstos pensamientos sean sustituidos por otros más apropiados, los cuales son ubicados en la columna de respuesta adaptativa, a este nuevo pensamiento se le da un valor de creencia que se ubica en la casilla de resultado.

La paciente entendió la forma de reestructurar sus pensamientos, por tanto, se continua con el mismo registro y la misma situación para enseñarle a identificar las distorsiones cognitivas que se evidencian en su flujo de pensamiento y a evaluar su validez. Para realizar este ejercicio se le da a la paciente una lista de errores que cometen las personas en sus pensamientos y se hace uso del empirismo colaborativo para que paciente - terapeuta descubran las distorsiones que surgen de cada idea con el objetivo de que la consultante pueda evaluar sus pensamientos de forma más objetiva. Las distorsiones cognitivas que se evidenciaron en ella son el pensamiento dicotómico, catastrofizar, razonamiento emocional, magnificar o minimizar, personalización, culpabilidad, deberías, lectura de la mente y adivinar el futuro. A cada una de estas distorsiones se le implementó con la colaboración de la paciente, una respuesta alternativa por medio de las preguntas del interrogatorio acerca de pensamientos automáticos y se ubicaron en la casilla de respuestas adaptativas. Luego, se hizo un acuerdo con ella de revisar la hoja en cada sesión para analizar cada distorsión que sale de sus pensamientos.

Posteriormente, se le anima a que evoque la problemática situación con su madre y se realiza todo el procedimiento anterior con el objetivo que aprenda a modificar su estado de

ánimo evaluando con objetividad la validez de sus pensamientos disfuncionales y distorsiones cognitivas.

A petición de la paciente se citó a la madre a una sesión individual con el fin de que comprendiese aspectos conductuales, cognitivos y emocionales de May; además, se efectuó con ella una psico-educación en pautas de crianza, ya que estas dificultan llevar con éxito la terapia.

Se continúa, con la revisión de la tarea de programación de actividades y la de dominio y agrado; conjuntamente con la paciente se sacan conclusiones y alternativas y se asignan como tarea. También se propone como tarea terapéutica anotar durante la semana las situaciones en las que se ha sentido mal, las emocione perturbadoras, los pensamientos automáticos asociados a la situación, identificar las distorsiones que surgen de esos pensamientos, evaluar la validez de esas ideas, por medio de la lista de preguntas que se da adjunto con el registro de pensamientos automáticos, utilizar estas preguntas para componer una respuesta adaptativa y asignarle un valor a esa respuesta. Por último, se hace un resumen final y retroalimentación, aclarando los puntos vitales tratados durante la sesión.

### 7.4. Sesión número cinco

Objetivos de la sesión: Aumentar el control sobre las emociones y la conducta agresiva, además continuar disminuyendo los síntomas depresivos.

La paciente ingresa a consulta orientada en tiempo, persona y espacio, con lenguaje claro y coherente. Se realiza un breve control del estado de ánimo de forma subjetiva, utilizando la escala de 0 a 100, donde cero es ausencia de depresión y 100 lo máximo en ésta. La paciente ubica su estado de ánimo en 40, lo cual evidencia que la depresión ha disminuido;

este resultado se incorpora en el gráfico que se realizó para anexar los puntajes obtenidos en las sesiones. Se anima a la paciente a que evoque lo que le pareció importante de la sesión anterior y lo que no le gustó. Ella responde de forma activa y positiva. Se procedió conjuntamente con la paciente a establecer un plan para la consulta: situación conflictiva con una compañeras de colegio, situación conflictiva con su pareja, instruir a la paciente en la técnica propuesta por Davis, Mckay,(1985) respiración profunda o diafragmática, revisar la tarea asignada en la sesión anterior y comunicar la que corresponde a la siguiente consulta.

Referente a las situaciones que la paciente plantea para anexar a la agenda se le preguntó si éstas, están anotadas en el registro de pensamientos automáticos, a lo cual dice que no; por tanto, se anotan en el registro para trabajarlo conjuntamente en consulta, se explora y reestructura los motivos de no hacer la tarea. Se indaga, sobre la situación conflictiva con las compañeras; luego se hace uso del registro de pensamientos automáticos y de la lista de distorsiones cognitivas para que la paciente con la ayuda de la terapeuta, identifique sus pensamientos disfuncionales y los error que surgen de éstos, los cuales le generan malestar emocional y reacciones conductuales problemáticas; seguidamente, se evaluó la validez de estos pensamientos y se le muestra la importancia de realizar la tarea, al explicarle de nuevo, que al modificar los pensamientos se modifica su emoción y por ende su conducta, así tendrá mayor control. Con esta explicación se sigue socializando el modelo cognitivo.

Posteriormente, se instruyó a la paciente en la técnica de respiración profunda de Davis, Robbins y Mckay (1985) para qué pueda controlar sus emociones, buscando que internalice la información; se practica varias veces durante la sesión, además, se le sugiere practicarla tres o más veces al día y recurrir a ella cuando sienta emociones intensas. Se revisa la tarea de

programación de actividades y la de dominio y agrado conjuntamente con la paciente y se sacaron conclusiones y alternativas.

Se asignó como tarea continuar con la programación de actividades y la de dominio y agrado, realizar el registro de pensamientos de seis columnas (día/ fecha, situación, pensamiento automático, emoción, respuesta adaptativa y resultado). Por último, se hizo un resumen final y retroalimentación, aclarando los puntos vitales tratados durante la sesión.

### 7.5. Sesión número seis

Objetivos: Continuar aumentando el control sobre las emociones y las conductas agresivas, además, seguir con la disminución de los síntomas depresivos.

La paciente ingresa a consulta orientada en tiempo, persona y espacio, con lenguaje claro y coherente; de igual manera se mostró más animada que en las anteriores sesiones, y se indagó por los motivos; manifiesta que el intentar practicar la respiración profunda cuando sintió emociones intensas en ciertas situaciones conflictivas con su madre y su novio le funcionó en un 50% de 100%; a través de este método pudo controlar un poco sus emociones y a su vez sus impulsos, lo cual evitó intensificar más los conflictos. Se le sugiere que ubique su estado de ánimo en la escala de 0 a 100, a lo señala 30, evidenciando mejoras sustanciales.

Se animó a la paciente a que relatara lo que le pareció importante de la sesión anterior y lo que no le gustó. Se procede conjuntamente con ella a establecer un plan para la sesión: hablar sobre la decisión de salirse o no de colegio; fomentar habilidades específicas para la tolerancia,

la regulación de las emociones y el controlar la ira; revisar la tarea asignada para esta sesión y comunicar las actividades para la casa de la siguiente consulta.

También se le indagó sobre los motivos de querer salirse del colegio, y se recurrió a la herramienta, búsqueda de soluciones alternativas (Beck, Rush, et al, 2010) donde se buscó que considerara otras alternativas; también se usó la técnica de toma de decisiones (análisis de ventajas y desventajas) planteada por (Judith Beck, 2000); posteriormente se implementó conjuntamente con la paciente una lista de ventajas y desventajas de continuar o desertar del colegio; se analizaron cada una de las opciones, eligiendo la más conveniente.

Posteriormente, se procedió a realizar una psico - educación sobre la asertividad, donde se le explicó que es la sumisión, la dominancia y el estilo asertivo; se le enseñaron los derechos asertivos y a su vez, se realizaron con ella ensayos de role play en entrenamiento de habilidades asertivas; para ello se recurrió a situaciones anexadas en la agenda anterior "conflictos con sus compañeras", que hacen parte de la situación incluida en la agenda " salirse del colegio", con lo que se evidenció que la paciente carece de estas habilidades a la hora de transmitir sus necesidades y expresar de forma adecuada sus emociones. Se le da un documento guía sobre entrenamiento en habilidades asertivas, extraído del libro "cuando digo NO me siento culpable de Manuel J. Smith, para que la paciente pueda recordar lo practicado en la sesión. Seguidamente, se practicaron los ejercicios de respiración.

Se le solicitó la tarea asignada en la sesión anterior, sobre pensamientos automáticos, pero reportó no haberla hecho, cuestionándola acerca de los motivos y posteriormente se realizó un registro sobre estos; se procede a reestructurarlos y se hace un acuerdo de efectuar este ejercicio durante las sesiones. Se citó las situaciones "conflictos con sus compañeras" para efectuar el registro de pensamientos y se evalúa la validez de éstos (reestructuración cognitiva);

se revisó la tarea de control y programación de actividades y de domino y agrado conjuntamente con la paciente; a este respecto, se evidenció un aumento en su satisfacción para llevar a cabo ciertas actividades y además un aumento en la cantidad de las mismas que actualmente realiza; se sacaron conclusiones, y se asignó como tarea, continuar con ambas actividades; también practicar los ejercicios de habilidades asertivas. Por último, se hace un resumen final y retroalimentación, aclarando los puntos vitales tratados durante la sesión.

### 7.6. Sesión número siete.

Objetivo: limitar conductas impulsivas, continuar aumentando el control de las emociones y disminuyendo los síntomas depresivos.

La paciente ingresa a consulta orientada en las tres esferas, con lenguaje claro y coherente. Se indaga sobre su estado de ánimo, y dice sentirse mucho mejor debido a que su madre se ha mostrado un poco más comprensiva y tolerante con ella, después de haber asistido a la consulta. Se le pide que ubique su estado de ánimo en la gráfica, señalando una puntuación de 20 sobre100.

Se ánima a la paciente a que relate lo que le pareció importante de la sesión anterior y lo que no le gustó. Se procede conjuntamente con la paciente a establecer un plan para la sesión actual: discusión con las compañeras de clase; conflictos con su novio; continuar fomentando habilidades asertivas para la tolerancia y regulación de las emociones; revisar la terea; asignar tarea para la siguiente sesión; hacer un resumen y una retroalimentación de la sesión.

Partiendo de las situaciones donde discute con sus compañeras de clase, se continúa con el role play o juego de roles que se había iniciado en la sesión anterior; una vez terminado este ejercicio se recurre a la misma situación y se identificaron en ella las cogniciones que generan malestares en la paciente, evaluando conjuntamente su validez y se hizo reestructuración cognitiva de las mismas. Posteriormente, se indagó acerca del conflicto con su novio, recurriendo al registro de seis columnas para trabajar esta situación; se identificaron los pensamientos, emociones y reacciones, se debatió su validez por medio del diálogo socrático y por último se realizó juego de roles a partir de esta situación.

Se le indaga si está practicando los ejercicios de respiración profunda, a lo cual respondió de forma activa que sí. Se revisa la tarea de control y programación de actividades y las de dominio y agrado en la cual se continúa evidenciado un aumento de satisfacción al llevar a cabo ciertas actividades, e incluso el incremento de las mismas. Se asignó como tarea para la casa continuar con la de programación de actividades, las de dominio y agrado, los ejercicios de habilidades asertivas y los de respiración profunda. Por último, se hace un resumen final y retroalimentación, aclarando los puntos vitales tratados durante la sesión.

## 8. **Marco conceptual de referencia.**

### 8.1. Historia del trastorno límite de la personalidad.

El concepto borderline o límite, se originó a mediados del siglo XX en las escuelas psicodinámicas para catalogar a los pacientes que no se ubicaban en una de las dos categorías psicopatológicas como, la de neurosis (levemente enfermos) o psicosis (gravemente enfermos), pero si se encontraban al borde de éstas dos estructuras, por lo que diversos autores

psicodinámicos empezaron a utilizar distintos términos para referirse a estos pacientes, como por ejemplo, esquizofrenia pseudoneurótica, esquizofrenia límite o esquizofrenia latente . Sin embargo, no fue reconocido como diagnóstico oficial hasta 1980, en el DSM-III (Sanjuán, Moltó y Rivero, 2005; Belloch y Fernández, 2010). A pesar de las múltiples críticas y propuestas alternativas el concepto ha estado en posteriores revisiones e incluido el DSM-IV TR (el grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de salud Mental y AIAQS, coordinadores, 2011) y actualmente en el DSM-5.

Ahora bien, desde los tiempos de Homero, Hipócrates y Areteo hasta la actualidad se ha reconocido en un solo individuo manifestaciones de euforia, irritabilidad y depresión; sin embargo, fue Bonet en 1684 quien empleó el término maniaco- mélancolique para unir la impulsividad y los estados de ánimo inestables en un sola patología. Ya en 1921, Kraepelin identificó las cuatro características principales del trastorno límite, que fueron, la impulsividad, la inestabilidad afectiva y de las relaciones interpersonales, la ira intensa e inapropiada y los actos autolesivos (Millon y Davis, 2000).

## 8.2. Consideraciones generales sobre la personalidad y sus trastornos asociados.

La teoría cognitiva define la personalidad como: “una organización relativamente estable de esquemas cognitivos, afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que representan respuestas adaptativas o maladaptativas a las demandas normales y tensiones de la vida” (A. Beck, en prensa; A. Beck, Freeman y Asociados, 1990, citado en Beck, Clark y Alford, 1999, p, 113). Estos esquemas contienen creencias duraderas acerca de sí mismo y de los demás que

influye en las percepciones e interpretaciones que hace el individuo del ambiente. (Beck, Freeman, y asociados, 1990, citado en Beck, et al, 1999).

Dichas estructuras o esquemas son componentes fundamentales de la personalidad, y los rasgos o predisposiciones, identificados como "dependiente", "retraído", "agobiante" o "extra-vertida", también denominados por estos autores como estrategias o "pautas de conducta", son manifestaciones de estos esquemas y de propensiones heredadas ( Beck, et al, 2005). Así pues, la personalidad está compuesta por estructuras esquemáticas y predisposiciones genéticas.

Cuando estos rasgos de personalidad son rígidos, no aceptables ni deseables socialmente, y ocasionan deterioro funcional o malestares significativos en la persona, configuran un trastorno de la personalidad, y es comprendido por APA (2014), como "un patrón permanente de modos de pensar, sentir y de comportarse que son relativamente estables en el tiempo" (p.647); estos patrones suelen manifestarse en diferentes contextos personales y sociales, causando de éste modo angustias subjetivas o impedimentos en las áreas de funcionamiento de la personalidad. Sin embargo, las manifestaciones fisiológicas de una sustancia no son características de un trastorno de personalidad (APA, 2014).

Conociendo que es un trastorno de personalidad y sus características, es importante tener en cuenta su clasificación según APA (2014), quien los ubica en tres categorías.

> 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 este trastorno suele ser ansiosos o temerosos. Por otra parte, las personas con frecuencia se presentan con otros trastornos de la personalidad concomitantes con diferentes grupos (p.646).

Ahora bien, como se puede observar las tres categorías albergan los elementos comunes de los trastornos incluidos. Como puede observarse en el grupo B, según Belloch y Fernández (2010), éste posee una característica relevante en sus elementos comunes que lo diferencia de los otros dos grupos, siendo éstos la inestabilidad emocional y la impulsividad. Esta última se manifiesta en la tendencia a infringir las normas sociales, ya sea por medio de la conducta delictiva del antisocial, como por la grandiosidad del narcisista, o en la ausencia del control emocional del histriónico y el límite. Sin embargo, aunque estas dos características pertenezcan a este grupo, son propias del trastorno límite de la personalidad, ya que según (Belloch, 2010), la inestabilidad y la ambivalencia, manifestadas en actitudes inconsecuentes, emociones carentes de control, comportamiento versátil y poco fiable caracterizan el TLP en prácticamente todos los contextos de la vida del individuo, debido a que las personas que presentan el TLP son impulsivas, impredecibles y frecuentemente explosivas.

### 8.3. Criterios diagnósticos del trastorno general de la personalidad y el trastorno límite

Para efectuar un diagnóstico de un trastorno de personalidad el DSM-5 establece una perspectiva categorial la cual se encuentra en su sección II, conservando los criterios tal como se encuentran en el DSM – IV TR; se adicionó una perspectiva dimensional, conocida como Modelo Alternativo, que se encuentra en la sección III de éste mismo manual, siendo ésta

última una nueva propuesta del DSM-5, con el propósito de brindar dos posibilidades a los clínicos a la hora de establecer un diagnóstico de trastorno de personalidad.

El CIE-10 también ofrece la posibilidad de efectuar este tipo de diagnóstico. De acuerdo con American Psychiatric Association, (2014), el uso de los criterios del DSM-5 en los diagnósticos de trastornos mentales es importante ya que posibilita un lenguaje común para los profesionales en salud mental y para los investigadores en esta área.

A continuación se expondrán los criterios tanto, para un trastorno general de personalidad, como para el trastorno de la personalidad límite, desde la perspectiva categorial y dimensional del DSM-5, además de los criterios planteados en el CIE-10.

La perspectiva categorial del DSM-5 establece los siguientes criterios para un diagnóstico general de la personalidad.

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas:
    1. La cognición (es decir, formas de percibir e interpretarse a sí misma, a los otros y a los acontecimientos)
    2. Afectividad (la intensidad, la labilidad y la adecuación de la respuesta emocional)
    3. El funcionamiento interpersonal
    4. El control de los impulsos.
B. El patrón persistente es inflexible y se extiende en un amplio espectro de situaciones personales y sociales.
C. El patrón persistente provoca malestares clínicamente significativos o deterioro en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas.

D. El patrón es estable en el tiempo y de larga duración, sus inicios se establecen en la adolescencia o en la edad adulta temprana.

E. El patrón persistente no se explica como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es atribuible los efectos fisiológicos de unas sustancias (p. ej., una droga o un medicamento, la exposición a una toxina) u otra afección médica (p. ej., un traumatismo craneoencefálico). (American Psychiatric Association, 2014, p. 646 - 647).

De acuerdo con DSM-5 para establecer un diagnóstico de un trastorno de personalidad se debe tener en cuenta la permanencia y temporalidad de los rasgos de personalidad, además de sus exposiciones en la edad adulta temprana, y sus manifestaciones en diferentes situaciones de la vida del individuo; igualmente, diferenciarlos de las características que surgen en respuesta a los factores de estrés o de estados mentales transitorios (por ejemplo, trastorno bipolar, depresión, trastornos de ansiedad y consumo de sustancias).

Bajo esta óptica, se continúa con el modelo categorial del DSM-5, para exponer los criterios del *trastorno de la personalidad límite*. Según APA (2014), los criterios diagnósticos son los siguientes:

> 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 (no incluir el comportamiento suicida ni las conductas auto lesivas que figuran en el criterio5).

2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos a más áreas que son potencialmente autolesivas (por ejemplo, gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios) (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 del ánimo (por ejemplo, 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 (por ejemplo, exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves. (American Psychiatric Association, 2014, p. 663)

Ahora bien, de acuerdo con la perspectiva dimensional o modelo alternativo del DSM-5, "los trastornos de personalidad se caracterizan por dificultades en el funcionamiento de la personalidad y por rasgos de personalidad patológicos" (p. 761). Estas características del trastorno, se describirán a continuación:

A. Dificultad moderada o grave en el funcionamiento de la personalidad

B. Uno o más rasgos patológicos de la personalidad

C. Las dificultades en el funcionamiento de la persona y la expresión del rasgo de la personalidad del individuo son relativamente inflexibles y se extienden a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

D. 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 en la adolescencia o en la edad adulta temprana.

E. Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de la personalidad del individuo no se explica por otro trastorno mental.

F. Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de la personalidad del individuo no son exclusivamente a atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica (p.ej., un traumatismo craneoencéfalico grave).

G. 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 de desarrollo de la persona o para su contexto sociocultural. (American Psychiatric Association, 2014, P.761).

De acuerdo a APA (2014), en el modelo dimensional del DSM – 5, el TLP reúne 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 menos preciado o insultado); percepciones de los demás sesgadas selectivamente hacia a tributos 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. (American Psychiatric Association, 2014, p.766-67)

A continuación se describe los criterios para un trastorno de personalidad planteados por la OMS a través del CIE-10. Estas enfermedades mentales están codificadas con las siglas F60 como trastornos específicos de la personalidad.

G1. El modo de ser propio de un individuo y su forma permanente de vivenciar y de comportarse, se desvían en su conjunto o se salen de los límites, de las normas aceptadas y esperadas en la propia cultura. Esta desviación debe manifestarse en más de una de las siguientes áreas.

1. Cognición (esto es, en la forma de percibir e interpretar las cosas, las personas y los acontecimientos del mundo y en la manera de desarrollar las actitudes o crear la imagen propia de los demás).

2. . El estado de ánimo (rango, intensidad y adecuación de la afectividad y de la respuesta emocional.
3. Control de los impulsos y de las necesidades de gratificación
4. Relaciones con los demás y estilo de relación interpersonal.

G2. La desviación debe ser persistente, en el sentido de manifestarse como un comportamiento rígido y desadaptativo o interferir con las actividades en una amplia gama de situaciones sociales y personales(es decir, la disfunción no se limita a un estímulo o situación específica desencadénate).

G.3 Presencia de malestar personal o una repercusión negativa en el ambiente social, claramente atribuibles al comportamiento referido en B.

G4. Evidencia de que la desviación es estable y de larga duración, habiéndose iniciado en la infancia tardía o en la adolescencia.

G.5 La desviación no puede ser explicada como una manifestación o una consecuencia de otros trastornos mentales del adulto, aunque pueda coexistir o superponerse a otros trastornos episódicos o crónicos de las secciones F00 a F59 ó F70 a F79 de esta clasificación.

G.6 Se debe excluir como posible causa de la desviación de las enfermedades orgánicas cerebrales, traumatismos o disfunciones cerebrales importantes (cuando están presentes debe usarse el código F07) (Organización Mundial de la Salud, 1993, p.159-160).

Igualmente, la OMS plantea en el CIE-10 unos criterios para el diagnóstico del trastorno de la personalidad límite. Sin embargo, para referirse a éste usa el término de “trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad” con el código F60.3, el cual se encuentra

clasificado en dos tipos, él F60.30 tipo impulsivo, y el tipo limítrofe (bordeline) F60.31. A continuación se describen los criterios de acuerdo a cada tipo.

F60.30 tipo impulsivo

A. Debe cumplir con los criterios generales de trastorno de de la personalidad (F60).

B. Al menos tres de los siguientes criterios, uno de los cuales debe ser el número (2):

1. Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias
2. Marcada predisposición pendenciera y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos propios son impedidos o censurados.
3. Predisposición para los arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.
4. Dificultada para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.
5. Humor inestable y caprichoso.

F60.31 tipo limítrofe (bordeline).

A. Debe cumplir con los criterios generales de trastorno de de la personalidad (F60).

B. Deben estar presentes al menos tres de los síntomas mencionados más arriba (F60.3), además de al menos dos de los siguientes:

1. Alteraciones y dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y preferencias íntimas (incluyendo las preferencias sexuales).
2. Facilidad para verse implicados en relaciones íntimas inestables, que a menudo termina en crisis sentimentales.
3. Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados.
4. Reiteradas amenazas o actos de autoagresión.
5. Sentimientos crónicos de vacío (Organización Mundial de la Salud, 1993, p.162-163).

## 8.4. Diagnóstico diferencial del trastorno límite de la personalidad

Los individuos con trastorno límite de la personalidad frecuentemente cumplen los criterios de uno a cinco trastornos debido a que presentan una variedad características comunes con otras patologías (Beck, et al, 2005), además frecuentemente se solapan en cuanto a criterios con los trastornos depresivos y bipolares ya que los síntomas son trasversalmente similares (APA, 2014; Millon y Davis, 2000). Bajo ésta óptica se hace necesario establecer un diagnóstico diferencial del TLP, respecto a otras patologías.

Para diferenciar los síntomas depresivos propios del TLP con los de la depresión mayor se debe tener en cuenta el tipo de comentarios a los que se refiere el paciente, ya que los síntomas de la depresión mayor se basan en la culpa y la pérdida, y los síntomas del TLP se fundamentan en las alteraciones de identidad y en conflictos de dependencia e independencia. (Tunner, 1996, como se cita en Caballo y Camacho ,2000).

En cuanto al trastorno bipolar (TB), este se solapa con los síntomas del TLP o al contrario, por lo que pueden ser confundidos (Beck, Freeman et al, 2005), ya que la labilidad afectiva y la impulsividad son frecuentes en ambos trastornos; sin embargo, en el trastorno bipolar estos síntomas se presentan como elevados (euforia) y bajos (depresión) extremos y de forma alterna (APA, 2014), mientras que en el TLP las oscilaciones del estado de ánimo están influenciadas por factores en las relaciones interpersonales y su duración y la intensidad de los síntomas es menor que en el trastorno bipolar (el grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de salud Mental y AIAQS, coordinadores, (2011). No obstante, si lo síntomas cumplen con los criterios para ambos trastornos se pueden diagnosticar conjuntamente (American Psychiatric Association, 2014).

Como se mencionó anteriormente, el TLP presenta características comunes con otros trastornos, con lo que puede ser confundido, por lo que es transcendental distinguir éstos trastornos fundamentándose en características diferenciales especificadas.

Los individuos con trastorno de personalidad histriónica (TPH), se caracterizan al igual en el TLP por la búsqueda de atención, la conducta manipuladora y la labilidad emocional; sin embargo, los individuos con TLP se diferencian de éstos por sus arrebatos airados en las relaciones con los demás, la auto-destructividad y los sentimientos persistentes de vacíos y soledad. El trastorno de personalidad paranoide (TPP) y narcisista (TPN), al igual que el límite, son similares en cuanto a sus airadas reacciones ante estímulos de menor importancia; sin embargo, no poseen, inconsistencia de la propia imagen, autodestrucción, impulsividad y preocupaciones de abandono, características del TLP. Las ideas paranoides pueden estar presentes tanto en el TLP como en el trastorno de personalidad esquízotipico, sin embargo, en el TLP éstos síntomas son más efímeros, relacionados con cambios afectivos, y por lo general disociativos. Tanto el trastorno de personalidad antisocial (TPA) como el TLP tienen en común las conductas manipuladoras; sin embargo, la diferencia radica en que el objetivo de los individuos con TLP se dirige a captar el interés de los cuidadores, mientras que los individuos con TPA lo hacen para obtener beneficios, poder o alguna gratificación material. El trastorno de personalidad dependiente (TPD) y el TLP manifiestan miedo al abandono; pero éste último reacciona ante una percepción real o imaginaria de abandono con sentimientos de vacío emocional, rabia, y exigencias, mientras que la persona con TPD reacciona de forma sumisa, calmada, y busca inmediatamente una nueva relación que reemplace los cuidados y el apoyo (APA, 2014; Millon y Davis, 2000). No obstante, si un individuo cumple con los criterios

para uno o más trastornos de personalidad, pueden ser diagnosticado de esta forma (American Psychiatric Association, 2014).

Dado que algunas patologías que pertenecen a la dimensión de los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta presentan ciertas características comunes con el TLP y se hace necesario distinguirlas; entre ellas se encuentra el trastorno explosivo intermitente, el cual comparte con el TLP arrebatos agresivos impulsivos, problemáticos y recurrentes, sin embargo el nivel de agresividad impulsiva que manifiestan los individuos con trastorno explosivo intermitente es mayor que los que expresan los pacientes con TLP (American Psychiatric Association, 2014).

También, es necesario distinguir las alteraciones de personalidad del TLP con los cambios debido a una afección médica, ya que éstos últimos se deben a efectos directos de una alteración médica sobre el sistema nervioso central. Igualmente, los síntomas del TLP se deben diferenciar de los que surgen por consumo persistente de sustancias, y a los manifestados por problemas de identidad propios de las fases de desarrollo (American Psychiatric Association, 2014).

### 8.5. Comorbilidad en el trastorno límite de la personalidad

Además de las características comunes que posee el TLP con otras patologías, también es común que coexista con otros trastornos. Por lo tanto, las enfermedades mentales que se presentan con más frecuencia junto con el TLP son los trastornos depresivos, bipolares, los de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia), los trastornos de ansiedad (estrés postraumático), el trastorno por déficit de atención, los trastornos de consumo de sustancias, los trastornos

psicóticos, el trastorno dependiente y otros trastornos de personalidad (APA, 2014; Selva, et al, (2005).

Por consiguiente, investigaciones como la de Cabeza y Palomino (2010), sobre la comorbilidad del TLP con otros trastornos, confirman su covariancia con las anteriores patologías debido a que hallaron que el TLP presenta comorbilidad asociada a los trastornos de ansiedad (generalizada y fobia social), a trastornos alimenticios, por uso sustancias y a los trastornos del estado de ánimo, predominando en este grupo el trastorno depresivo mayor. Bajo esta óptica, el grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de salud Mental y AIAQS, coordinadores, (2011) encontraron que la comorbilidad del TLP con los trastornos afectivos oscila entre el 40% y el 87%, siendo el trastorno depresivo mayor el diagnóstico más común; entre los trastornos de personalidad, los más comunes son el trastorno por dependencia en un 50%, el evasivo con una tasa de 40%, el paranoide con un 30%, el antisocial con el 20-25% ( dándose más en hombres), en el histriónico oscila entre el 25 y el 63%; con TDAH se sitúa en 41.5% en la infancia y en un 16% en la edad adulta. Con respecto al trastorno por uso de sustancias es frecuente que las personas con TLP muestran conductas relacionadas con abuso de sustancias, lo que contribuye a disminuir las conductas de autolesiones, los comportamientos que incitan a la agresión o promiscuidad sexual. Por lo tanto, Paihez, Vindual y Palomo (2008), encontraron en un estudio compuesto por una muestra de 1.145 personas diagnosticadas con TLP que ésta patología se relaciona con otros trastornos tanto del eje I como del eje II del DSM-IV, hallándose su comorbilidad en un 87.1% de los casos.

8.6. Epidemiología y curso del Trastorno de la personalidad limite (TPL)

Debido a que el TLP posee características comunes con otras patologías y se presenta conjuntamente con ciertos trastornos, se hace necesario establecer un diagnóstico adecuado ya que su prevalencia se estima según el APA, (2014) en 1,6% de la población general, pero podría llegar a elevarse al 5,9%. Esto puede explicar los resultados de algunos estudios sobre su presencia en la población, en los que se evidencia ciertas diferencias en estas cifras; por ejemplo el estudio realizado por Cabeza y Palomino (2010), muestran que el TLP presenta una prevalencia entre el 2% y el 3% de la población en todas las culturas. Igualmente, el grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de salud Mental y AIAQS, coordinadores, (2011) manifiesta que la prevalencia del TLP oscila entre el 1% y el 2% de la población general. En Medellín, Colombia, Ferrer, Londoño, et, al, (2015) realizarón un estudio sobre la prevelancia de este trastorno con estudiantes universitarios, los resultados arrojarón que esta se estima en 21.0% en mujeres y en hombres en 15.8%, presentandose en un 26.7% en estudiantes de 16-17 años, de 18 -22 años en 20.8% , de 23-27 años en 15.8%, en un 19.3% de 28 -32 años. Por otra parte, según los resultados del estudio de Calvon (2016), la prevalencia del TLP con la desregulación conductual se da en mayor proporción con los trastornos por uso de sustancias, además que éstos pacientes manifiestan ser más impulsivos y muestran un mayor número de intentos de suicidio.

En cuanto al curso clínico de éstos pacientes es inestable, con frecuentes episodios de crisis afectivas e impulsivas que los llevan a utilizan a menudo los servicios de urgencias, salud y salud mental (APA, 2014; el grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de salud Mental y AIAQS, coordinadores, 2011). Estos episodios van acompañados de autolesiones, intentos de suicidio, abuso de sustancias, síntomas

psicóticos transitorios, atracones o purgas y comportamientos agresivos, manifestaciones que poseen un profundo contenido afectivo (el grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de salud Mental y AIAQS, coordinadores, 2011). De acuerdo con la revisión de la literatura realizada por Sampietro y Forti (2012), entre el 5% y el 10% de los pacientes con diagnóstico de TLP fallecen por suicido, constituyendo un índice muy superior al de la población general. Sin embargo, según Oldham (2006), las tentativas de suicidio frustrado son más frecuentes que los suicidios consumados, debido que en las poblaciones clínicas se ha calculado un índice de 60 -70% de intentos de suicidio.

La gravedad de la patología y el riesgo de suicidio son mayores en los adultos jóvenes y disminuye paulatinamente con la edad; sin embargo la impulsividad, la intensidad de sus emociones y relaciones suelen perdurar toda la vida (APA, 2014 ); además este trastorno se presenta con más frecuencia en mujeres que en hombres y es aproximadamente cinco veces más frecuente entre los familiares de primer grado en los que se presente el trastorno que en la población general; también hay mayor riesgo que se presente en un individuo si proviene de familias con trastornos de consumo de sustancias, trastorno antisocial de la personalidad y trastornos depresivos o bipolares (APA, 2014; Selva, Bellver y Carabal, 2005).

### 8.7. Etiología del Trastorno Límite de la personalidad

Los datos de que se dispone sobre las causas del TLP son diversos ya que según, Sanjuán, Moltó y Rivero (2005), su etiología es multifactorial compleja y heterogénea y en ella coexisten factores genéticos, ambientales y neurobiológicos.

Algunos estudios llevados a cabo con muestras de gemelos han demostrado que la influencia genética en el TLP es del 69% (Fórum de salud Mental y AIAQS, coordinadores, 2011). Bajo esta óptica, Belky, et al., (2013) con una muestra de 1.116 pares de gemelos del mismo sexo y con un seguimiento desde el nacimiento hasta la edad de 12 años, llevaron a cabo un estudio donde encontraron que las características relacionadas con la personalidad límite en niños comparten características etiológicas con el TLP en adultos.

Además, estudios de meta análisis como el realizado por Mosquera, et al., (2011) sobre las causas genéticas del trastorno límite de la personalidad, indican hallazgos de que factores genéticos como la desregulación emocional pueden influenciar en los rasgos de personalidad.

Autores como Young, et al, (2013) exponen la influencia del ambiente y factores genéticos en la etiología del TLP. Para este autor lo que contribuye a la aparición del TLP es la interacción de un temperamento emocionalmente lábil e intenso (genético) con factores ambientales, destacándose en estos, el contexto familiar inseguro e inestable derivado del abuso (físico, sexual o verbal durante la infancia) o abandono; la privación de cuidados, de empatía, de cercanía, de apoyo emocional, de guía y dirección; el contexto familiar durante la infancia castigador y rechazador, carente de perdón, de aceptación y de amor entre sus miembros; un ambiente familiar subyugante, el cual no permite que el niño exprese sus necesidades y sentimientos ya que le impone reglas sobre lo que debe decir y sentir.

Acorde con este planteamiento, (Arntz, 1994, Zanarini 2000), afirma que la causa del trastorno no es el trauma en sí, sino el modo en que el infante lo procesó y lo dotó de significado, dada la interacción entre su temperamento, su edad y los factores situacionales (citado en Beck, Freeman, et al, 2005). Beck, Freeman, et al, (2005) explican lo anterior,

afirmando que el infante pudo realizar ciertas interpretaciones de la experiencia traumática y conductas de oposición, lo cual influyó en las respuestas inadecuadas de sus padres o cuidadores hacia el niño, proceso que llevó a la formación de esquemas nucleares y estrategias patológicas, las cuales condujeron al desarrollo del TLP. Por su parte, Figueroa y Silk, (1997) refiere que algunas personas que vivieron traumas de abusos en la infancia no desarrollaron el trastorno, tal vez porque carecían de predisposición biológica (temperamento), sin embargo, su estilo de personalidad es volátil e impulsivo (Citado en Barlow y Durand, 2001).

No obstante, Sanjuán, Moltó y Rivero, (2005) explican con base a dos hechos que el TLP puede ser una manifestación del trastorno de estrés postraumático. Uno de ellos es que la mayoría de los pacientes con TLP presentan antecedentes de traumas de infantiles como abusos sexuales o malos tratos; el segundo es, que algunos de los síntomas de los pacientes con TLP son similares a los que presentan los pacientes con trastorno por estrés postraumático, lo cual explicaría las alteraciones de identidad como fenómenos disociativos.

Por su parte, Linehan, (2012) sostiene que la principal causa del TLP es la desregulación de las emociones, la cual es el resultado de la interacción entre cierta predisposición biológica (no necesariamente hereditaria) y ciertos factores ambientales invalidantes. La predisposición biológica según la autora, es una disfunción en cualquier parte de sistema que regula las emociones (sistema límbico), por lo tanto, la anormalidad biológica que se encuentra en la base del TLP es diferente para distintas personas.

Algunos hallazgos de estudios longitudinales, como el de Martínez y Cordero (2015), coinciden con la hipótesis de Linehan, ya estos investigadores refieren que hay evidencias consistentes de que las personas con trastorno límite suelen mostrar disfunciones

neurobiológicas que resultan claves para la regulación de las emociones y el autocontrol. Bajo esta misma línea de razonamiento, Sanjuán, Moltó y Rivero, (2005) refieren con base en el modelo de arriba abajo, que el comportamiento impulsivo de los pacientes con TLP se da por una alteración de los circuitos de regulación emocional que disminuye la función serotoninérgica en el sistema nervioso central. Por su parte, Barlow y Durand (2001), señalan que los bajos niveles de serotonina producen menor inhibición, inestabilidad, impulsividad y una tendencia a reaccionar en exceso a las situaciones; además, está asociada con la agresión, el suicidio, el consumo de alimento impulsivo y comportamientos sexuales excesivo. Estudios como los Soler, Baiget, et al, (2007) apoyan las anteriores hipótesis, ya que según estos investigadores el gen 5-HTT (transportador de serotonina) se encuentra asociado con algunas dimensiones de la personalidad en pacientes límites, lo cual evidencia que este se encuentra implicado en la etiología del trastorno límite de la personalidad.

Para tener claridad sobre esta patología a continuación se describirá las características que la definen.

## 8.8. Características del trastorno límite de la personalidad

Estos pacientes se sienten incapaces de ser amados, merecedores de castigo, vulnerables al rechazo y al abandono por parte de los demás; se consideran débiles e incapaces, sin embargo ven a los demás fuertes y competentes. Desconfían de los demás, lo cual los lleva a una conducta interpersonal inestable y extrema, ya que alternan entre depender de los otros y rechazarlos por desconfianza y a pesar de ello, temen al abandono y al rechazo, por lo tanto como consecuencia sus relaciones son turbulentas. Perciben los eventos en dos extremos

(pensamiento dicotómico), lo cual contribuye a emociones carentes de control como ira intensa, angustia, ansiedad, miedo o depresión, y a tomar decisiones extremas (Beck, et al, 2005).

Además, estos pacientes también se caracterizan por manifestar cuatro estados predominantes denominados modos de esquemas, los cuales cambian de uno a otro. El paciente puede estar en el modo niño vulnerable, experimentando el dolor de sus esquemas tales como el de abandono, abuso, privación, imperfección y subyugación; luego cambiar al modo niño impulsivo expresando ira de forma descontrolada, reclamando por sus necesidades no satisfechas; al siguiente momento pasar al modo padre/ madre punitivo o castigador donde se auto castiga, y por último, acoge al protector aislándose, bloqueando sus emociones y alejándose de las personas que lo rodean. Sin embargo, en algunas ocasiones adopta el modo adulto sano, el cual es débil y poco desarrollado (Young, et al, 2013).

Así mismo, Millon y Davis (2000), habla de características clínicas o prototipos del TLP, que divide en cuatro niveles. A continuación se presenta un cuadro donde se describe cada uno de estos niveles.

*Figura 5*. Ámbitos clínicos del prototipo límite (Millon y Davis, 2000).

| **Ámbitos clínicos del prototipo límite** | |
|---|---|
| **Nivel comportamental:** | Estos pacientes manejan niveles de energía inusuales moviéndose a impulsos inesperados y precipitados, lo que pone en peligro la activación y el equilibrio emocional, provocando en el paciente comportamientos recurrentes de automutilación o suicidio. |
| *Expresivamente irregular* | |
| *Interpersonalmente paradójico* | A pesar de que son necesitados de afecto y atención, se comportan manipuladores y volubles, ocasionando de este modo rechazo; además reaccionan de forma iracunda y auto-lesiva por temor al abandono y a la soledad. |

| | |
|---|---|
| **Nivel fenomenológico** | Cambia de pensamientos y percepciones con rapidez, al igual que las emociones sobre sí mismo y los demás, pasan del amor a la cólera y a la culpa; provocan en los demás reacciones contradictorias, sus relaciones son confusas y conflictivas.<br><br>Imagen de sí mismo insegura y extrema, que suele acompañarse de sentimientos de vacío. Buscan corregir sus acciones y auto representaciones con manifestaciones de arrepentimiento y comportamientos auto-punitivos.<br><br>Recuerdos conflictivos, actitudes incongruentes, necesidades paradójicas, emociones contradictorias, impulsos descontrolados y estrategias inadecuadas para resolver conflictos. |
| *Cognitivamente caprichoso*<br><br>*Autoimagen insegura*<br><br>*Representaciones objétales incompatibles* | |
| **Nivel intrapsíquico** | En situaciones de estrés, son vulnerables a la ansiedad, carecen de control de los impulsos y adaptación social, se vuelven incapaces para afrontar exigencias y resolver conflictos.<br><br>Los niveles de conciencia suelen alterarse provocando movimientos rápidos de un lado a otro, lo que produce oscilaciones entre el orden y la coherencia psíquica, ocasionando de este modo episodios psicóticos relacionados con el estrés. |
| *Mecanismos de regresión*<br><br>*Organización dividida* | |
| **Nivel biofísico.** | Manifiestan inestabilidad afectiva, en la cual experimentan cambios desde la normalidad a la depresión, a la exaltación o periodos de abatimiento y apatía en los que se entreveran episodios de ira intensa e inapropiada, y breves intervalos de ansiedad o euforia. |
| *estado anímico lábil* | |

8.9. Perfil cognitivo del trastorno límite de la personalidad

Un trastorno no se define únicamente por conductas, cogniciones o afectos disfuncionales, sino por su perfil cognitivo, el cual está compuesto por las características anteriores más una constelación de creencias, de concepciones de sí mismo y de los otros, así como de estrategias

(Beck, et al, 2005). Para mayor comprensión y profundización se describirá a continuación los aspectos que componen el perfil cognitivo del TLP.

*Figura 6.* Perfil cognitivo del Trastorno límite de la personalidad (Beck, et al, 2005).

| **Perfil cognitivo del Trastorno límite de la personalidad** | |
|---|---|
| *Concepción de sí mismo* | El paciente con TLP se ve a sí mismo como vulnerable al rechazo, a la traición o a ser dominado, así como carente de apoyo emocional, indefenso, fuera de control, defectuoso, imposible de amar y malo. |
| *Concepción de los demás*. | Estos pacientes perciben a los demás (idealizados) fuertes, protectores, dignos de amor y perfectos, sin embargo cambian de concepto con rapidez (devaluándolos) percibiéndoles crueles, rechazadores, que abandonan, controladores y traidores. |
| *Principales creencias* | Presentan creencias típicas, como: “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”. |
| *Estrategias* | Utilizan como estrategias, subyugar sus propias necesidades para conservar la relación de pareja; protestar teatralmente o adoptar el papel opuesto, amenazar, discutir y violentar a aquellos en los que percibe signos de rechazo; además, utilizan la autolesión y la conducta autodestructiva para aliviar el dolor emocional y usan el suicidio como una forma de escape. |

Las creencias subyacentes desadaptativas conllevan a distorsiones cognitivas inadecuadas de la realidad, las cuales son reflejadas en pensamientos automáticos negativos que interfieren en los comportamientos, afectos y reacciones del individuo ( J. Beck, 2000).

## 8.10. Distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos

Estos pacientes presentan una serie de distorsiones cognitivas, las cuales se reflejan en pensamientos automáticos negativos como: (pensamiento automático) “finalmente me abandonaran” ,(distorsión del pensamiento) adivinación del futuro; ( P.A) “mi dolor emocional es tan intenso que no puedo soportarlo”, ( D.P) catastrofismo; ( P.A)“cuando me siento abrumado tengo que escapar (ya sea por la huida o por el suicidio)”, ( D.P) razonamiento emocional y baja tolerancia a la frustración. Este pensamiento evidenció dos distorsiones cognitivas; (P.A) “mis sentimientos me abruman”, (D.P) razonamiento emocional; (P.A) “ella o él es tan buena que tengo mucho suerte o al contrario ella o él es tan malo que no puedo soportarlo”, (P.D) pensamiento dicotómico; (P.A) siempre estaré solo”, (D.P) pensamiento dicotómico y adivinación del futuro; (P.A) “soy mala merezco castigo”, (D.P) condena; (P.A) “no soy capaz de controlarme”, ( D.P) falacia de control; (P.A) “ tengo que protegerme de la gente porque me harán daño”, “ si me conocieran realmente no estarían con migo”, ( D.P) adivinación del pensamiento (Caballo, 2004).

## 8.11. Otros aspectos del trastorno límite de la personalidad

Afecto. Presentan un estado de ánimo lábil ya que experimentan cambios persistentes desde la normalidad a la depresión o la excitación; además, pasa por periodos de abatimiento y apatía en los que se alternan con episodios de ira intensa e inapropiada, con breves períodos de ansiedad o euforia (Beck, Freeman, Davis, et al., 2005).

Aspectos fisiológicos y médicos derivados del TLP. Algunas impedimentos físicos debido a las autolesiones e intentos de suicido fallidos; desequilibrio en los patrones de vigilia y sueño; reacciones fisiológicas reactivas al estado ánimo; presencia de síntomas psicosomáticos en situaciones de estrés y en ocasiones síntomas neurológicos. La profundidad e intensidad de los síntomas, depende del nivel gravedad del trastorno (Caballo, 2004).

Posible impacto sobre el entorno. Son percibidos por los parientes, amigos y pareja como una carga; hacen gran uso de los servicios médicos generales; son habituales los conflictos en las relaciones de pareja; frecuentes crisis en las relaciones; problemas en la escuela y en el trabajo debido a sus crisis emocionales; deserción escolar, pérdida de empleos y rupturas matrimoniales (Beck, et al., 2005; Caballo, 2004).

## 8.12. Tipos o variantes del trastorno límite de la personalidad

Los tipos o variantes hacen referencia según Millón y Davis (2000), a las distintas manifestaciones o configuraciones que se encuentran en el núcleo de este trastorno, las cuales son planteadas por estos autores; sin embargo, debido a que la personalidad límite presenta un nivel alto de patología estos autores no plantearon variable de tipo normal. A continuación se presentan las distintas variantes clínicas que reflejan un patrón adaptativo de esta patología.

### 8.12.1. Síndrome de la infancia

En este apartado se describirán las características infantiles que pueden estar presentes en el TLP, que aparece en la etapa prepuberal y estar presentes a lo largo de la vida. Estos niños se

caracterizan por sus manifestaciones de mal genio, de irritabilidad, de comportamiento inquieto e hiper - móvil, además exhiben exageradas rabitas sin razón aparente; algunos niños se muestran enormemente dependientes de sus padres y otros exhiben comportamientos temerosos e hipocondriacos y fobias. En adolescentes se caracteriza por sentimientos de apatía y aburrimiento e incapacidad para encontrarle sentido o propósito a la vida, excepto en situaciones momentáneas. Se consideran foráneos a las tradiciones sociales; además se perciben falsos o engañosos pero, incapaces de corregirse; según Millón y Davis, (2000) "estos jóvenes parecen sufrir lo que Erikson (1950), denomino una crisis de identidad, una sensación de incertidumbre sobre quiénes son y adonde van" (p.692). Debido a su incapacidad para hallar un propósito en la vida o establecer metas para el futuro, su comportamiento se guía sólo por los placeres del momento sin prever las consecuencias (Millón y Davis, 2000).

### 8.12.2. Subtipos adultos

La estructura límite se solapa casi invariablemente con otros trastornos de personalidad como lo son la personalidad evitadora, depresiva, dependiente, histriónica, antisocial, sádica y negativista; aunque existen excepciones significativas, por ejemplo los tipos esquizoide y compulsivo; los tipos narcisista y invitadores cavarían pero, con poca frecuencia con el patrón limite. Sin embargo, a pesar de las similitudes en los rasgos, el patrón límite presenta estructuralmente un desarrollo más avanzado ya que lo que se observa en otros estilos de personalidad son breves episodios de las características más intrínsecas y persistentes del trastorno de la personalidad limite (la impulsividad e inestabilidad afectiva).

Se describirán a continuación algunas características que diferencian los subtipos de la patología límite (Millón y Davis, 2000):

- El tipo límite desanimado

De acuerdo con Millón y Davis (2000), las personas con estructura límite de tipo desanimado manifiestan comportamientos sumisos para evitar competiciones, además carecen de iniciativa propia y frecuentemente presentan un estado de ánimo crónico (tristeza o depresión). Se vinculan intensamente con personas a las cuales pueden manifestarle afecto, depender de ellas y serle leales; sin embargo, son suspicaces y temerosos con estos vínculos, motivo por el cual, muestran preocupación constante por su seguridad, causándose de este modo conflictos y malestares.

La inseguridad que exhibe este estilo de personas los lleva a sentirse deprimidos, abatidos, desesperanzados, indefensos y sin capacidades para luchar por su futuro. Algunas veces estas personas de tipo desanimado, se comportan excesivamente amables para encubrir su sensación de abatimiento, en otras ocasiones manifiestan explosiones breves de ira y resentimiento hacia los demás por haberles explotado, sometido a abusos y por no haber satisfecho sus necesidades básicas; como consecuencia sienten una sensación de soledad, aislamiento y angustia que los lleva a buscar afanosamente a alguien que los ayude. Además, estos impulsos provocan ansiedad porque ponen en peligro su dependencia hacia los otros ya que pueden inducir a que les rechacen y les abandonen. Por lo tanto, estos individuos interiorizan sentimientos de culpa y de autocondena. Sus autoacusaciones son el resultado de estos sentimientos, y las autoagresiones físicas, los intentos de suicidio y los actos simbólicos de autoabandono son expresiones de resentimiento o castigo por su propia ira. Como se puede observar estas características parece una combinación de elementos de los trastornos dependientes, evasivos, depresivos y límites.

- El tipo límite impulsivo.

Los tipos límite impulsivo son variantes patológicas de algunos trastornos menos graves, en especial la personalidad histriónica y antisocial, las cuales se caracterizan por ser variables, evasivas, superficiales y seductoras. Sin embargo, las estrategias que comparten los individuos límite con otros trastornos no son tan efectivas como para los trastornos ya mencionados. Por ejemplo, los individuos límites con características histriónicas exageran sus estrategias de seducción e irresponsabilidad en busca de atención y recompensa; además pueden manifestar hiperactividad, labilidad, distracción exagerada; también, en algunos momentos son animados de forma frenética, presumen exorbitantemente de sí mismo y sienten una insaciable necesidad de contacto social. Debido al temor de perder la atención y la aprobación de los demás, pueden exhibir un compañerismo desmedido y una euforia superficial e irracional con síntomas hipomaniacos.

Las personas límites, con características antisociales pueden realizar actos ilegales y prever las consecuencias de sus actos (Millón y Davis, 2000).

- El tipo límite petulante

Este tipo límite comparte particularidades con la personalidad negativita, sin embargo los síntomas del límite son más patológicos ya que éstos son intensos y con episodios más psicóticos frecuentes que en el negativita. Las personas con estilo limite petulante se caracteriza por sus manifestaciones imprevisibles extremas, sus comportamientos hiperactivos, irritables,

quejumbrosos y desafiantes; además usualmente se exhiben insatisfechos, pesimistas, resentidos, bruscos y voluntariosos. El entusiasmo de estos individuos es momentáneo, su percepción hacia los demás cambia con rapidez ya que se desilusionan con facilidad. Se muestran ambivalentes debido a que a pesar de su comportamiento hostil y resentimiento hacia los otros temen alejarlos y desean obtener el afecto de éstos. Manifiestan constante resentimiento por su dependencia de los demás y odio por aquellos de quienes esperan afecto.

Exhiben una ambivalencia entre la sumisión total y la resistencia contundente debido a que se sienten incapaces de valerse por sí mismos y a sentirse cómodos con los otros, motivo por el cual su estado de ánimo oscila entre dos extremos de comportamiento tales como sentirse durante largos periodos limitados e inútiles en su funcionamiento, más agitados o más deprimidos, con sentimientos e ideas de culpa y en ocasiones autodestructivos; en otros periodos, con manifestaciones de síntomas maniacos en los que distorsionan la realidad, se comportan de forma demandante, atacan a las personas con la que han tenido conflictos. Luego de haber pasado estos sucesos suelen internalizar su hostilidad sintiendo culpa, pidiendo perdón y prometiendo cambiar su comportamiento; sin embargo estas promesas duran poco (Millón y Davis, 2000).

- El tipo límite autodestructivo

Los sujetos con este estilo de personalidad dudan de sus actos, al igual que en los otros estilos límite. Estas personas desean independizarse de los otros, pero esto significa quedarse solos, motivo por el cual se mantienen resentidos y sienten odio por aquellos de quienes dependen o en los que buscan afecto y seguridad. Se ven a sí mismos como personas sumisas y sacrificadas

por los otros; buscan constante aprobación y como consecuencia acaban desarrollando un estilo de vida inestable ya que sus esfuerzos en este sentido fracasan.

Debido a que éstos pacientes se sienten frustrados por no haber logrado el apoyo emocional y la aprobación que buscaban en los demás, desarrollan síntomas depresivos, ansiedad crónica y actitudes ambivalentes a sus sentimientos de tensión, ira y desprecio, por lo que se vuelven muy sensibles a sus estados de ánimo y a las expectativas de los demás. Además, su comportamiento oscila entre la sumisión total con negativismo depresivo y la resistencia extrema e ira hacia los demás, pero no se vuelven amargados con el tiempo como el caso del límite petulante, por tanto emanan profundos resentimientos hacia aquellos de quienes han dependido o por los que se han sacrificado; estos sentimientos emergen en forma de ataques de ira que se siguen de ideas y manifestaciones de culpa y remordimiento. Sin embargo, a pesar de que estos individuos expresen sus inconformidades de formas variadas cada vez más se encierran en sí mismos e introyectan sentimientos, intentando mantener una imagen segura y responsable.

En la mayoría de éstos pacientes se da un patrón de comportamientos y actitudes autodestructivos y autodespreciativos, con posibilidades de suicidio. La persistencia de estos sentimientos ambivalentes provoca en ellos una gran variedad de malestares somáticos (Millón y Davis, 2000).

## 8.13. Procesos de auto perpetuación del trastorno límite de la personalidad

Como se ha evidenciado en lo expuesto hasta el momento y de acuerdo con Millón y Davis (2000), algunos comportamientos de la personalidad límite solo perpetuán e intensifican las dificultades que lo caracterizan, entre estos se encuentra la indefensión “pegajosa”, la

obstinación resentida, las descargas de hostilidad, la depresión debido a la tendencia a considerarse víctima de los otros y los sentimientos de culpa, los cuales son llevados a cabo "para suscitar la atención y apoyo en los demás, para liberar tensiones y deseos de venganza, y evitar el rechazo permanente, rindiéndose a través del arrepentimiento y el autodesprecio" p.707); aunque estos comportamientos obtienen beneficio a corto plazo, como aliviar el malestar y la tensión, terminan siendo autodestructivos ya que perpetuán las actitudes y las estrategias desadaptativas intensificando sus malestares.

A continuación se describen algunos de los esfuerzos disfuncionales que exhiben los pacientes con trastorno límite de la personalidad para superar sus dificultades.

- Contrarrestar la separación

Debido a que estos pacientes sufren una ansiedad por separación muy intensa, su preocupación radica en tratar de impedir cualquier abandono, además de obtener la aprobación y el afecto de los demás, por tanto, estos pacientes utilizan estrategias propias del estilo límite como las anteriormente mencionadas. De hecho, los sujetos límites con estilos autodestructivo y desanimado empiezan a percibiese como auto sacrificados para protegerse del abandono, menospreciándose para incitan en los demás consideración y amabilidad hacia él; mártires para obtener la generosidad y responsabilidad de los otros.

Estas estrategias las utiliza con el fin de ir buscando ser parte de la vida de los demás, de apegarse a alguien que no les abandone, sin embargo, éstas fallan y por lo tanto, el paciente renuncia a su estilo de afrontamiento asumiendo el rol opuesto, lo que provoca más ansiedad(Millón y Davis, 2000).

- Liberar tensiones.

Debido al temor a la separación y a los constantes fracasos para obtener relaciones de dependencias seguras, estos individuos almacenan una carga de ansiedad, conflictos y hostilidad que se van acrecentando de manera progresiva, siendo liberados a través explosiones hostiles que realizan frecuentemente. Por tanto, las ansiedades internas y el temor o tormento que sienten son exteriorizados por medio de la angustia, la desesperación y la resignación; la ira la expresan a través de abatimiento, depresión y los comportamientos malhumorados; los pensamientos insólitos y comportamientos psicóticos son liberados en un torbellino de emociones irracionales.

Algunas de estas formas indirectas de descarga, como la tensión y la hostilidad son útiles a corto plazo, sin embargo, con el tiempo tienden a ser autodestructivas ya que el comportamiento obstinado e irritable de estos pacientes incita en los otros alteración y cólera, lo cual causa en el paciente más ansiedad, conflictos y hostilidad (Millón y Davis, 2000).

- Redención mediante al auto-desprecio.

Como estos pacientes manifiestan hostilidad y resentimiento hacia los demás, siendo autodestructivos para ellos, ya que provocan en los otros contra hostilidad, rechazo y abandono, buscan aliviar su conciencia reprochándose sus faltas y demostrando su virtud. Para conseguir este objetivo internalizan sus impulsos hostiles invirtiendo la agresividad que manifiestan a los otros hacia sí mismos, por lo que se castigan, se menosprecian y experimentan sentimientos de culpa y minusvalía extrema, en vez de expresar su ira(Millón y Davis, 2000).

## 8.14. Tratamiento del trastorno límite de la personalidad.

A pesar de que el trastorno límite es visto como una de las enfermedades mentales más graves y más comunes en los centros de salud mental y hospitalaria, la mayoría de pacientes piden ayuda por otras causas (p. j, automutilaciones, intentos de suicidio, drogadicción, depresión, ansiedad, estrés postraumático, trastornos alimentarios y otros trastornos), ello se debe a su alto solapamiento o comorbilidad con otras patologías, lo cual dificultad su tratamiento (Selva, Bellver, Carabal, 2005). Para algunos autores se debe adaptar el tratamientos de los menos graves al del trastorno límite (Beck, Freeman, Davis, et al., 2005).

Intervenciones psicológicas para el trastorno límite de la personalidad que han demostrado ser eficaces se encuentra la terapia cognitiva de Aarón Beck, la terapia dialéctica comportamental de Marsha Linehan, y la terapia cognitiva centrada en esquemas de Jeffey E. Young (Cuevas y López, 2012). A continuación se describe cada uno de estos abordajes psicoterapéuticos mencionados.

### 8.14.1. Terapia cognitiva conductual de Aarón Beck.

Para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, Beck, Freeman, et al., (2005), proponen como objetivos terapéuticos, fomentar una relación de confianza con el paciente; reducir los pensamientos dicotómicos; ganar control sobre sus emociones; mejorar el control de la impulsividad; limitar las conductas de autolesión y abuso de sustancias; adquirir conciencia de los problemas; abordar los supuestos subyacentes.

Para cumplir con estos objetivos los autores proponen una terapia prolongada, durante la que se establezca una relación más personal con el paciente, con el fin de establecer un apego

seguro que ayude a restaurar la confianza que perdieron estas personas en su infancia. Por tal motivo, es importante enfatizar en el tratamiento de los recuerdos infantiles traumáticos; además adoptar un enfoque reparental, como elemento esencial del tratamiento, donde el terapeuta participa activamente en las crisis del paciente escuchándolo con plena aceptación en esos momentos, con el propósito de enseñarle a tolerar y aceptar las emociones negativas; lo apoya cuando éste lo necesite y está dispuesto para él como persona, con el fin de ayudarle a eliminar la creencia de que "no es importante para nadie". Este enfoque es útil en el manejo de las crisis ya que adoptar una postura sosegada, acogedora, utilizar una escucha empática y hablar con el paciente por teléfono apacigua o acaba la crisis. Por tanto, este enfoque requiere que el terapeuta establezca una relación segura con el paciente, por lo que es significativo brindarle unos medios como el número de teléfono para que se contacte cuando se encuentre emocionalmente necesitado. Sin embargo, también es importante establecer límites personales, para ello el terapeuta se debe referir a las conductas del paciente y no criticar su carácter y explicar las razones de la imposición de límites.

Ahora bien, el objetivo general del tratamiento para el trastorno límite de la personalidad suele girar en torno a la reducción de los esquemas nucleares patológicos y estrategias disfuncionales, así como introducir y desarrollar estrategias y esquemas sanos. Para este propósito se realiza una psico-educación sobre la función que cumplen los esquemas (adoptando el rol de buenos padres); se recurre a la terapia de modos planteada por Young, y al uso de la técnica role play, además, de experimentos conductuales. Debido a que estos pacientes piensan que sus sentimientos son erróneos o malos, que manifestarlos traerá consecuencias negativas, el terapeuta debe aceptar y validar las emociones, aunque rechazar

los actos impulsivos, de este modo se trabaja el esquema de regulación emocional. Igualmente, es necesario en el abordaje del tratamiento el uso de la práctica confrontacional, la cual está compuesta por la expresión empática por parte del terapeuta; confrontación con los efectos negativos de las estrategias y la persistencia del trastorno, y la formulación de una nueva estrategia alternativa a aquella disfuncional, para que luego el paciente la practique. Teniendo en cuenta que la mayoría de estos pacientes abandonan la terapia de forma precoz, se debe prevenir llamándolo cuando no se presente a la sesiones, indagando sobre las razones que tiene para abandonar el proceso y adaptándose a las necesidades del paciente (Beck, et al., 2005).

Para iniciar el tratamiento terapéutico primero se debe jerarquizar los temas a tratar durante la terapia, iniciando con las actitudes que significan amenaza para la vida, como impulsos suicidas o amenazar y poner en riesgo la vida de los demás, continuando con aquello que amenaza la relación terapéutica, siguiendo con las actitudes y contenidos que llevan a la autolesión, luego con el abuso de sustancias, de medicación, actos impulsivos, problemas en la alimentación si los hay, tormentas emocionales sin control y por último el trabajo sobre los esquemas y procesos de trauma. El tratamiento se debe llevar a cabo mediante un trabajo cognitivo, conductual y experiencial (Beck, et al., 2005). A continuación se exponen cada uno de ellos.

- Trabajo cognitivo

Develar esquemas subyacentes (modos). Una importante parte del tratamiento se dedica a ayudar al paciente a que entienda sus propias emociones, pensamientos y conductas, ya que éstos carecen de comprensión sobre estas dimensiones en su vida. Una vez que el paciente comprenda las funciones que cumplen sus esquemas, ello le ayuda a reducir la confusión y

aumentar el control de su conducta. Para detectar los esquemas o modos subyacentes se utiliza un registro diario (registro de pensamientos automáticos) sobre sus pensamientos, emociones y conductas. Estos esquemas o modos se deben relacionar con el pasado del paciente (realizar un análisis histórico) para que éste comprenda como se desarrollaron y a qué función servían (Beck, et al., 2005).

Combatir el pensamiento dicotómico. Estos pacientes piensan usualmente de manera dicotómica, lo cual contribuye a estados de ánimo extremos, a tomar decisiones contundentes e impulsivas y a intensificar los conflictos. La tarea del terapeuta es ayudarle a tomar conciencia de este tipo de pensamientos y las consecuencias que se derivan de ellos. Para lograrlo, se puede utilizar la técnica del continuum cognitivo, la cual consiste en describir una determinada conducta, evaluándola en dos extremos (buenos o malos) y, luego usando una secuencia continua con muchas posibilidades entre esos dos extremos. A partir de ahí se compara la evaluación dicotómica y se continua introduciendo otras personas o acciones. Se describe determinada conducta primero, evaluándola en dos extremos buenos o malos y, luego usando una secuencia continua con muchas posibilidades entre esos dos extremos. Luego, se compara la evaluación dicotómica de pensamientos (Beck, et al., 2005).

Tarjetas educativas. Cuando a estos pacientes se les activa un esquema o modo, todos sus pensamientos y sentimientos están determinados por éste; debido a ello les resulta difícil poner en práctica lo aprendido en la terapia, por tanto, las tarjetas educativas pueden ser una buena elección para ayudarles a recordar aquellas alternativas o herramientas que aprendió; además, ayuda a combatir los esquemas patógenos en los momentos de crisis. Esta herramienta consiste en anotar por una cara de la tarjeta el razonamiento disfuncional y el esquema (modo) activado.

En la otra cara se describe la reflexión sana junto con estrategias funcionales de manejar el problema, se le recomienda al paciente llevarla siempre consigo.

- Trabajo experiencial

La reescritura del pasado y "el role play" histórico. Esta herramienta es útil para combatir los recuerdos infantiles dolorosos en cuanto a los esquemas o modos. Este procedimiento consiste, en evocar un sentimiento negativo presente para poder llagar por medio de éste, a un recuerdo infantil que el paciente imagina con los ojos cerrados, de este modo se activan los sentimientos negativos de ese recuerdo; posteriormente el terapeuta interviene para detener los malos tratos, rescatar al niño y preguntarle que necesita (Beck, et al., 2005).

La silla vacía. Esta herramienta es útil para el trabajo de modos o esquemas, la cual es dirigida por el terapeuta: allí, los cuidadores punitivos, las personas amenazadoras del presente, son representadas simbólicamente sobre una silla vacía, en la otra silla se encuentra el paciente con los ojos cerrados expresando sentimientos y opiniones hacia la persona que está en la otra silla (Beck, et al., 2005).

Experimentar emociones. Este procedimiento consiste en enseñarle al paciente a expresar de forma adecuada sus emociones y a tolerar sus experiencias fuertes sin evitarlas o escapar de ellas. Se puede utilizar técnicas conductuales de exposición como escribir una carta expresando todos los sentimientos (no enviarla); también se puede utilizar un almohadón para que el paciente lo aporre con ira intensa; por último se le pide al paciente que intente experimentar ira sin manifestar ninguna acción conductual (Beck, et al, 2005).

- Trabajo conductual

Role plays o escenificación: Es útil para enseñar a las pacientes habilidades interpersonales como, el entrenamiento en habilidades asertivas. Para este propósito esta herramienta es modelada en un inicio por el terapeuta ya que muchos pacientes se les dificultad llevar a cabo esta tarea (Beck, Freeman, et al., 2005).

Experimentar con una nueva conducta: Es útil para reforzar los nuevos esquemas y estrategias. Se le pide al paciente que se comporte de acuerdo con los nuevos esquemas o modos (Beck, Freeman, et al., 2005).

### 8.14.2. Terapia centrada en esquemas de Jeffey E. Young.

Es una terapia estructurada, que integra elementos cognitivo- conductuales, la teoría del apego, gestalt, constructivistas y elementos dinámicos. Surgió como una alternativa para aquellos pacientes con trastorno crónicos que no respondían a los tratamiento, entre ellos está el TLP. En estos trastornos suele utilizarse con frecuencia, en combinación con la terapia cognitiva conductual y la medicación psiquiátrica. Esta modalidad, da importancia a los esquemas disfuncionales que tienen su origen en la infancia y adolescencia, a su vez a los procesos esquemáticos (estilos y respuestas de afrontamiento) que hacen que los esquemas sean inflexibles como son el mantenimiento, la evitación y la compensación de los esquemas.

A partir de la terapia de esquemas, se desarrolló el concepto de modos, que se derivó así mismo del trabajo con pacientes límites; este término es utilizado para referirse a los estados emocionales y respuestas de afrontamiento adaptativas o disfuncionales que presentan las personas. Los modos son: niños (niño vulnerable; niño enfadado, niño impulsivo/ indisciplinado, niño feliz); modos de afrontamiento desadaptativos (el rendido sumiso, el

protector aislado, el sobre- compensador, el padre o madre castigadora/ critico); padre o madre exigente; modo adulto sano (Young, Klosko y Weishaar, 2003).

En los pacientes con TLP se presentan casi todos los modos, los cuales fluctúan entre un modo y otro de forma momentánea. Por tanto, el objetivo general del tratamiento para los pacientes con este trastorno es:

> Ayudar al paciente a incorporar el modo de adulto sano, modelado por el terapeuta a fin de cuidar y proteger al niño abandonado; ayudar al niño abandonado a dar y recibir amor; combatir y vencer al padre o madre castigador; establecer límites sobre la conducta del niño enfadado e impulsivo y ayudar a los pacientes con este modo a expresar emociones y necesidades de forma apropiada; tranquilizar y, gradualmente reemplazar al protector aislado con el adulto sano. (Young, Klosko y Weishaar, 2003, p.478)).

El tratamiento está compuesto de tres fases: en la fase 1 se da la vinculación y manejo de emociones, aquí el terapeuta establece vínculos con el paciente, supera al protector aislado y se convierte en una fuente de seguridad y sostén para el paciente. En la fase 2 se facilita la expresión de necesidades y emociones durante las sesiones. Fase 3 se le enseña al paciente herramientas de afrontamiento para contener y regular el afecto, de modo que pueda manejar las necesidades y calmar la angustia del abandono; entre estas se encuentra las propuestas por Linehan( 1993), la meditación mindfulness y la tolerancia a la angustia, además de las técnicas cognitivas como la imaginación del lugar de seguridad, la auto-hipnosis, el auto registro de pensamientos automáticos, las tarjetas recordatorios y los objetos transicionales, comprobar la validez del esquema, reencuadrar las pruebas que apoyan un esquema, evaluar las ventajas y desventajas de los estilos de afrontamiento del paciente, proponer diálogos entre la “ parte del

esquema" y la "parte sana" , y rellenar formularios del diario de esquemas(Young, Klosko y Weishaar, 2003).

La terapia de modos se compone de un trabajo experiencial, un trabajo cognitivo y uno conductual, llevados a cabo con cada uno de los modos del paciente. A continuación se describe cada una de estas fases, tomando como referente el modo niño abandonado.

- Trabajo experiencial.

Consiste en un trabajo de imaginación; mediante esta técnica el terapeuta empatiza y protege al niño abandonado; posteriormente, cuando el paciente se sienta más fuerte como para no descompensarse, el terapeuta lo guía hacia imágenes traumáticas de abusos o abandonos sufridos y hace todo lo que hubiese hecho un buen padre o madre. Saca al niño de la escena, confronta al responsable de dichos traumas, se interpone entre este y el niño o instruye al niño para que maneje la situación. Luego, gradualmente el paciente va asumiendo el rol del adulto sano para reparenalizar al niño (Young, Klosko y Weishaar, 2003).

- Trabajo cognitivo.

Durante este proceso se le enseña al paciente las necesidades evolutivas normales que necesitan los seres humanos como seguridad, amor, autonomía, alabanza y aceptación, debido a que muchos pacientes con TLP no saben cuáles son sus necesidades básicas porque sus padres no se las proporcionaron. También se utilizan otras estrategias como leer tarjetas de

recordatorios, además de otras técnicas cognitivas anteriormente mencionadas (Young, Klosko y Weishaar, 2003).

- Trabajo conductual.

Se le enseña al paciente técnicas en habilidades asertivas para que aprenda a controlar sus emociones y expresar sus necesidades de forma adecuada. Estas herramientas son practicadas en sesión por medio de ejercicios de imaginación o role play, además se asignan como tarea para la casa entre sesiones (Young, Klosko y Weishaar, 2003).

### 8.14.3. La terapia dialéctica comportamental de Marsha M. Linehan

Es un programa de tratamiento cognitivo-conductual desarrollado a partir de un modelo de TLP, entendido como una mezcla de problemas de motivación y déficit de habilidades. Marsha M. Linehan plantea que el principal problema del TLP es la desregulación de las emociones.

Esta propuesta se basa en una filosofía dialéctica del mundo y la práctica del Zen, por tanto, sus características son, la aceptación y la validación de las emociones tal como se produce en el momento actual; abordaje de las conductas que interfieren en la terapia; la relación terapéutica como parte fundamental en la terapia; proceso dialectico (aceptación y compromiso) (Linehan, 2012).

La estructura de tratamiento de este enfoque consiste en cuatro dimensiones, a saber: La primera dimensión es el entrenamiento en formación de habilidades. compuesto por cuatro módulos que incluye: habilidades básicas de conciencia (mindfulness), donde se le enseña al paciente a observar y describir sus propias respuestas, así como participar con conciencia; habilidades de efectividad interpersonal, el objetivo de esta fase es enseñar a los pacientes

habilidades específicas de resolución de problemas interpersonales, sociales y de asertividad para modificar ambientes contraproducentes; habilidades de regulación de las emociones, que incluye habilidades para controlar las emociones como identificar y etiquetar emociones, identificar obstáculos para el cambio de las emociones, reducir la vulnerabilidad de la "mente emocional", incrementar la frecuencia de los acontecimientos emocionales positivos, incrementar la conciencia ante las emociones del momento, llevar a cabo la acción opuesta, aplicar técnicas de tolerancia al malestar; éstas son llevadas a cabo utilizando la estrategia de validación de las emociones. Por último, están las habilidades de tolerancia al malestar que están compuestas por cuatro grupos de estrategias de supervivencia a las crisis:

Distraerse: llevar a cabo actividades (p. ej., ver películas, escuchar música) , ayudar a los demás, hacer comparaciones (con aquellos menos afortunados), generar emociones opuestas , dejar de lado las situación negativa, tener pensamientos distractores ( p. ej., contar personas, números, repetir la canción,), experimentar sensaciones intensas ( intensificar con otras sensaciones como sostener hielo, escuchar música ruidosa, tomar duchas frías) . Proporcionarse estímulos positivos, se trata de reconfortarse a sí mismo con los cinco sentidos: visión (p. ej., ver una película), olfato (p. ej., usar perfume) audición (p. ej., escuchar música), tacto (p. ej., masajes, ir al estilista), gusto (p. ej., comer algo). Mejorar el momento: usar la fantasía, hallar significado, practicar la oración, practicar la relajación, vivir el presente en cada momento, tomarse vacaciones, darse ánimo. Pensar en los pros y contras: consiste en pensar acerca de los aspectos positivos y negativos de tolerar la crisis sin lesiones, ni llevar a cabo conductas impulsivas, y luego, pensar en los aspectos positivos y negativos de no tolerar la crisis.

Además hacer uso de los ejercicios de respiración como: respiración profunda, medir la respiración mediante los pasos, contar la respiración, observar la respiración mientras se

escucha una conversación o música, respirar para calmar la mente y el cuerpo. La manera estándar de conducir el programa de formación de habilidades es la terapia grupal, sin embargo, se puede llevar a cabo de forma individual (Linehan, 2012).

La segunda dimensión es la terapia individual, donde la tarea del terapeuta es hacer que el individuo use las habilidades que aprendió en la terapia grupal y reemplace las conductas problemas por conductas adaptativas. La tercera es la consultoría telefónica, allí el paciente pide ayuda y pone en práctica las habilidades aprendidas. La cuarta, son las reuniones de consultoría del equipo de terapeutas (Linehan, 2012).

#### 8.14.3.1. Principales estrategias en la terapia dialéctica conductual.

Estrategias dialécticas: Consiste en que el terapeuta esté atento al equilibrio dentro del ambiente con estrategias de comunicación recíproca, que deben tener como componente la calidez, la empatía, la humanidad, ser genuino, la auto develación y la autenticidad en la relación. Estrategias de manejo de casos: estrategias de intervención ambiental y estrategias de consulta con el paciente (Linehan, 2012).

Estrategias centrales, está compuesta por las estrategias de validación y resolución de problemas.

La validación, es entender y reconocer las experiencias emociones y sentimientos del otro, es confirmar la importancia de lo que siente la otra persona por medio de la empatía. Se valida acompañando al otro, reflejando lo que éste dice (clarificar lo que se escuchó), dando una respuesta empática sin dar consejos, sin alabanzas y sin perjuicios, se le comunica al paciente que sus respuestas emocionales son entendibles dentro de su contexto, su vida y

situación (aunque no necesariamente se apruebe su conducta). Estrategias de resolución de problemas: Análisis conductual, estrategias de insight (interpretación), análisis de soluciones, estrategias didácticas, estrategias de orientación, estrategias de compromiso (Linehan, 2012).

#### 8.14.4. Intervenciones farmacológicas.

Además de los enfoques anteriormente mencionados, la literatura sobre el trastorno límite sugiere un enfoque integral, donde se lleve a cabo un abordaje terapéutico y un tratamiento farmacológico. De acuerdo con Beck, Freeman, Davis y otros (2005), la intervención con medicamentos puede ser un complemento en el tratamiento de los pacientes con trastorno límites de la personalidad ya que los antidepresivos y neurolépticos ayudan a reducir los síntomas depresivos, la ansiedad, la ira, los problemas de impulsividad y los síntomas psicóticos.

### 8.15. Relación terapéutica.

Adoptar un enfoque reparental, participando activamente en sus crisis, reconocer, aceptar y validar las dificultades o emociones del paciente para establecer una relación de confianza y por otro lado rechazar los actos emocionales impulsivos, además de equilibrar la distancia y la intimidad para adaptarse a cada fase del tratamiento.

Constituir una relación terapéutica cooperativa, donde se transmita al paciente una comunicación clara y coherente. Establecer límites**,** para ello el terapeuta se debe referir a las conductas del paciente y no criticar su carácter; no se le debe decir al paciente que él debería haber sabido que tal o cual conducta son inaceptables para el terapeuta. Explicar las razones de la imposición de límites Para establecer una relación segura se le da al paciente unos medios

(por ejemplo un número de teléfono) para que se comunique cuando necesite comunicarse con el terapeuta (Beck, et al, 2005).

## 8.16. Antecedentes sobre la eficacia de las terapias cognitivas en el tratamiento del TLP.

Por lo anterior se hace pertinente, investigar los tratamientos más eficaces para abordar esta patología.

Diversos meta- análisis evalúan la efectividad de intervenciones psicoterapéuticas para el trastorno límite, por ejemplo Bloo, Dyck, Spinhoven, et al (2006), en un estudio compararon la terapia de esquemas con la terapia psicoanalítica de Kernberg; los resultados al terminar el tratamiento se dieron a favor de la terapia de esquemas ya que cerca del 65% de los pacientes con TLP se habían recuperado con esta terapia, mientras que el 40% con la terapia psicoanalítica (citado en Taboas y Cordero, et al, 2015). Además, en el estudio realizado por Cuevas y López, (2012) sobre las intervenciones psicológicas con mayor evidencia científica en el tratamiento del TLP, encontraron la terapia dialéctico – conductual como primera opción para la atención comunitaria a mujeres con tendencia suicida, auto-lesivas, con trastornos crónicos del eje I (DSM-IV), con trastornos comórbidos por abuso de sustancias y con conductas de ira, impulsividad y agresiones. La terapia cognitiva conductual y la basada en la transferencia como eficaces en la reducción de conductas suicidas, sin embargo, la terapia basada en esquemas fue más efectiva que la terapia basada en la trasferencia.

Además, Navarro, (2017) en un estudio llevado a cabo mediante la revisión de la literatura sobre la terapia dialéctico comportamental como intervención temprana en la

desregulación de las emocional en adolescentes, concluye que la evidencia sugiere resultados prometedores de la DBT para prevenir dificultades de regulación emocional en pre-adolescentes que se encuentran en el sistema educativo. Por su parte, Heliodoro, García, Navarro y Botella, (2012) llevaron a cabo un estudio de caso, donde aplicaron la terapia dialéctico comportamental en una paciente con trastorno límite y anorexia nerviosa; los resultados indicaron al terminar el tratamiento una disminución de las conductas desadaptativas de regulación del afecto, autolesiones, intentos de suicidio, mejora del estado del ánimo y la normalización del peso, manteniéndose en seguimiento por 24 meses. Por medio de un estudio, Herned, Tkachuck, younberg, (2013) examinaron las preferencias de tratamiento entre las mujeres suicidas y auto-lesionadas con trastorno de personalidad límite y trastorno de estrés postraumático, los resultados de éste mostraron que el 73% de los pacientes prefirieron tratamiento combinado de terapia dialéctica conductual con exposición prolongada. Los pacientes que se inclinaron por el tratamiento combinado eran más propensos a reportar el deseo de obtener alivio. Basados en un ensayo controlado, Kramer y Keller, (2017) examinaron el cambio temprano de los pacientes con trastorno límite de la personalidad tratados con la terapia dialéctica conductual; los resultados mostraron una disminución significativa en las respuestas de afrontamiento.

También, Hirvikoski et al., (2006), refieren que estudios recientes sugieren que el entrenamiento en habilidades de la terapia dialéctico conductual puede reducir los síntomas de déficit de atención con hiperactividad en personas adultas (citado en De la Vega y Sánchez, 20013). Mcmain, Links, et al, (2013), evaluaron los cambios entre la emoción, los procesos cognitivos y el resultado del tratamiento de la terapia dialéctica conductual (DBT), en el

trastorno límite de la personalidad; los resultados proporcionaron evidencias de mejorías en el equilibrio del afecto, la resolución de problemas, y en la capacidad de identificar y describir emociones. Por su parte, Sarmiento (2008), mediante la revisión de la literatura sobre la terapia dialéctica conductual, encontró que la combinación de ésta con un abordaje farmacológico es el mejor tratamiento para pacientes con TLP.

## 9. **Antecedentes históricos de la depresión**

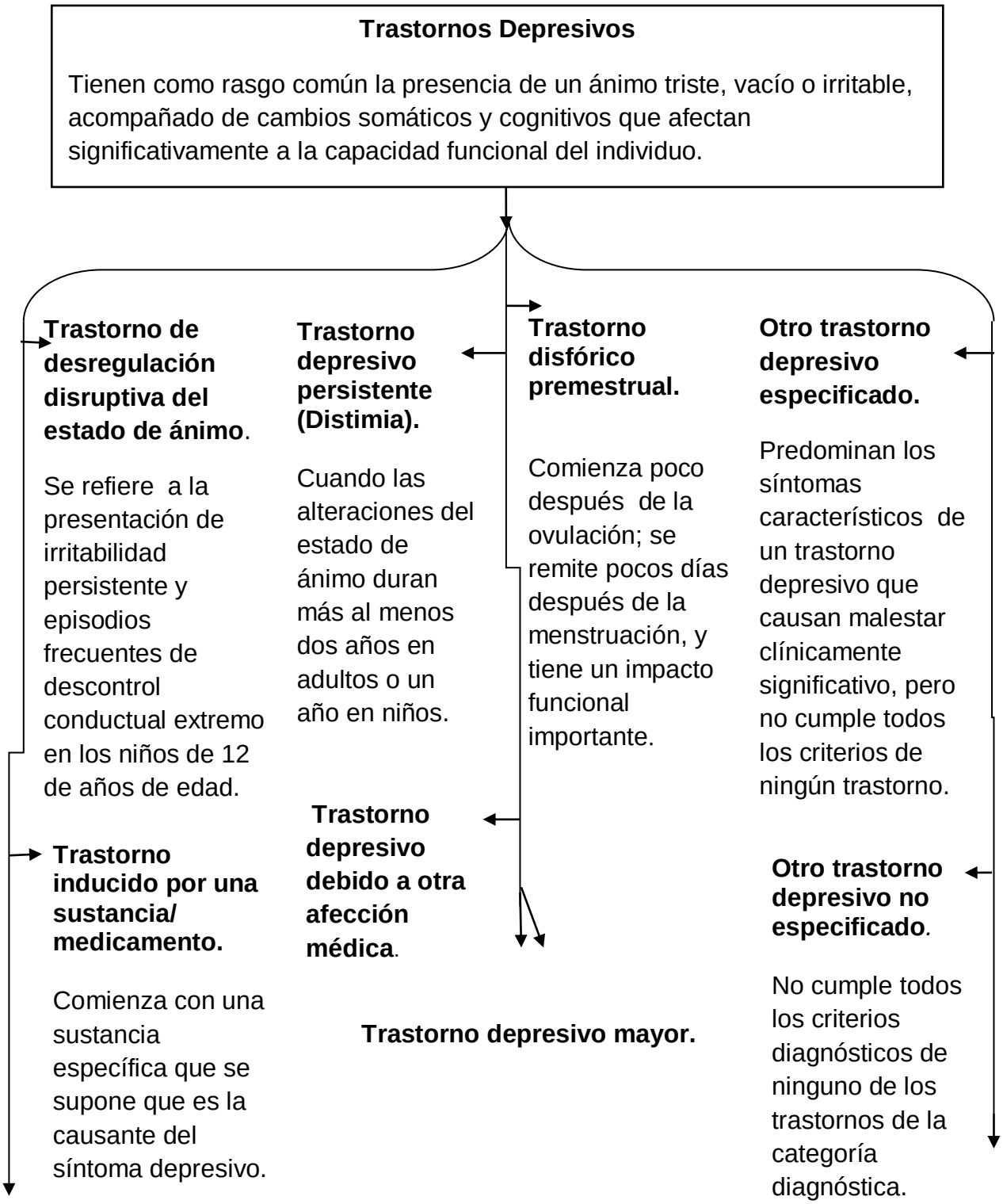
Teniendo en cuanta lo anteriormente expuesto sobre la comorbilidad del trastorno depresivo mayor con el trastorno límite de la personalidad, se considera pertinente realizar un recorrido sobre este síndrome del trastorno depresivo mayor.

En la antigüedad la depresión fue nombrada melancolía como un término médico asignado por la doctrina humorista o médica ( postura griega), la cual explicaba la enfermedad a través del desequilibrio de uno de estos cuatro temperamentos: sanguíneo, colérico, melancólico y flemático. Para los griegos, el temperamento es una predisposición que se presenta ante la emoción provocada por una idea, un recuerdo o un acontecimiento. A partir del año 1725, época del renacimiento, el término melancolía fue remplazado por depresión. Se incluyó en el DSM-I en 1952, como reacción maniaco-depresiva; en la tercera edición del DSM-III se cambiaron los nombres por trastorno distímico y trastorno depresivo mayor, los cuales continuaron en el DSM- IV –TR (Zarragoitía, 2011), y se conservan en el actual DSM-5.

10. **Consideraciones generales del trastorno depresivo mayor**.

El trastorno depresivo mayor hace parte de los tratarnos depresivos, que se caracterizan por marcadas alteraciones del estado de ánimo (Barlow y Durand, 2001). Se incluyen aquí el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno depresivo mayor (incluye el episodio depresivo mayor), trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno inducido por una sustancia/ medicamento, trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado, otro trastorno depresivo no especificado (APA, 2014). A continuación se da una breve explicación de cada uno de ellos.

*Figura 7.* Trastornos depresivos (APA, 2014).



El trastorno depresivo mayor o también denominado depresión unipolar, hace referencia a un conjunto de síntomas afectivos, cognitivos y conductuales, los cuales afectan a la persona en su funcionamiento laboral, social y familiar (grupo de trabajo sobre el manejo de la depresión mayor en adulto, 2014). Este trastorno se caracteriza por uno a más episodios que duran como mínimo dos semanas, en los cuales se presentan cambios en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, además remisiones interepisódicas (APA, 2014).

## 10.1. Criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor según el DSM-5

A continuación se mencionan los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor. APA (2014):

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. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

   1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.
   2. 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).
   3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 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.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. 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).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo 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 deterioro en lo social, laboral u 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) pueden 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 depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida,

también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, 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. (p. 160).

## 10.2. Diagnóstico diferencial del trastorno depresivo mayor

Para realizar un diagnóstico del trastorno depresivo mayor se debe diferenciar de los siguientes episodios y trastornos que alteran el estado de ánimo.

Episodio maníaco con ánimo irritable o episodios mixtos: Se debe diferenciar estos episodios, de los de depresión mayor con ánimo irritable. Trastorno del humor debido a otra afección médica: Si el estado de ánimo se debe a una afección médica no se debe diagnosticar con trastorno depresivo mayor, sin embargo, para realizar un diagnóstico apropiado hay que basarse en la historia médica, examen físico, y pruebas de laboratorio. Trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias / medicamentos: Se diferencia del trastorno depresivo mayor por la ingesta de una sustancia que está alterando el ánimo. Trastorno por déficit de atención/ hiperactividad: La distrabilidad y la baja tolerancia a la frustración aparecen en ambos trastornos, por tanto, si se cumplen ambos se debe diagnosticar los dos, sin embargo, se deben diferenciar la alteración del ánimo por irritabilidad de la de tristeza o pérdida de interés. Trastorno de adaptación con ánimo deprimido: se diferencia en que éste no cumple con los criterios completos del trastorno depresivo mayor. Tristeza: los estados de tristeza son

esenciales en la vida del ser humano por tanto, estos periodos no deben ser diagnosticados como un episodio depresivo mayor (APA, 2014).

## 10.3. Epidemiología y curso del trastorno depresivo mayor.

Como se puede observar, el conjunto de síntomas del trastorno depresivo mayor influye en el funcionamiento social, laboral, interpersonal, o en otras áreas importante de la persona. De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social- Colciencias, (2013) este trastorno es uno de los más comunes en la atención primaria y centros psiquiátricos con una incidencia entre 6% y 20%; además, es considerado crónico ya que hasta un 60% de los pacientes que presentan un episodio tendrán como mínimo una recurrencia a lo largo de su vida. Su prevalencia es variable según el país; en Colombia se estima que un 24% de las personas entre los 9 a 19 años la han sufrido; de los 18 a 53 años en un 65% y de los 54 años o más en un 1.1%; se presenta en un 14.9% entre las mujeres y en 8.6% entre los hombres.

De acuerdo con el APA (2014), en Estados Unidos, en la población general su prevalencia se estima aproximadamente en 7%, presentándose tres veces mayor en sujetos de 18 y 29 años que en individuos de 60 años, y dándose en 1,5-3 más en mujeres que en hombres.

En cuanto a su inicio, se da con más frecuencia en la adolescencia temprana; sin embargo, puede aparecer por primera vez en cualquier edad. El curso de este trastorno es variable, ya que algunos pacientes presentan periodos de 2 o más meses sin síntomas o con algunos síntomas leves, mientras que otros permanecen durante muchos años con pocos o ningún síntoma durante los episodios (APA, 2014). Entre la población colombiana tiene un curso recurrente en el 50% de los pacientes durante los 10 primeros años y toma un curso crónico en el 30% de los casos. Es vista como un factor de riesgo ya que influye en la aparición

de otras enfermedades médicas, lo cual hace que su pronóstico sea poco favorable. Uno de los riegos de esta patología es la muerte por suicidio (Ministerio de Salud y protección Social- Colciencias, 2013).

La cronicidad de los síntomas depresivos influye en que este trastorno se presente conjuntamente con los trastornos de personalidad, ansiedad y por consumo de sustancias (APA, 2014), lo que aumenta el riesgo de muerte por suicidio (Ministerio de Salud y Protección Social- Colciencias, 2013). La recuperación de pacientes con trastorno depresivo mayor se da durante los tres primeros meses en dos de cada cinco pacientes y durante un año en cuatro de cada cinco pacientes; además el riesgo de que se presente de nuevo se vuelve progresivamente menor con el tiempo, y el curso de este trastorno no suele cambiar por lo general con la edad, sin embargo, la probabilidad de los intentos de suicido disminuye en la adultez media y tardía, aunque no el suicidio consumado (APA, 2014).

## 10.4. Teorías explicativas de la depresión.

La causa de la depresión es multifactorial, donde convergen factores biológicos, ambientales y cognitivos. A continuación se describe los posibles orígenes desde la biología y la psicología.

### 10.4.1. Teoría biológica.

La depresión es trasmitida genéticamente por distintos cromosomas mediante la interacción de varios genes con el acompañamiento de algún gen específico como puede ser el transportador de serotonina radicado en el cromosoma 17, y una acción colinérgica central, por lo que una disminución funcional en los niveles de serotonina ocasionada por un desequilibrio en los neurotransmisores, y el aumento de receptores colinérgicos son factores que inciden en el

desarrollo de los síntomas de depresión (Fernández, 2011). Es así como una historia familiar de depresión clínica aumenta el riesgo de desarrollar la enfermedad (Guía para el tratamiento de los trastornos depresivos y ansiosos, 2011).

### 10.4.2. Teoría psicológica de la depresión de Aarón Beck

A continuación se presentan las hipótesis de la depresión derivadas del modelo cognitivo propuesto por Aaron Beck, que describen los factores causales, la predisposición, desarrollo y mantenimiento de este trastorno.

El modelo cognitivo considera que la interacción repetida entre factores ambientales y ciertas estructuras innatas (genéticas) constituyen esquemas disfuncionales que hacen al individuo vulnerable o predispuesto a desarrollar la depresión. Estos esquemas se constituyen en vulnerabilidades cognitivas (diátesis) que permanecen latentes en el estado no deprimido, hasta que son activados por un evento o estímulo desencadenante. Por tanto, cuando los individuos poseen diátesis o vulnerabilidad y se enfrentan a un evento estresante (estrés) que contiene información congruente con las experiencias tempranas que formaron dichos esquemas disfuncionales, se activa en ellos la depresión.

Sin embargo, la vulnerabilidad (diátesis) a los eventos que un paciente tiene para desarrollar una depresión depende fundamentalmente del tipo de personalidad, ya sea ésta sociotropía o autonomía (denominados modos o agrupaciones de esquemas), dos constructos de personalidad propuestos por Beck, (1983). Los individuos con personalidad sociotrópica o personalidad socialmente dependiente son sensibles a acontecimientos que afectan las relaciones interpersonales, son vulnerables a los rechazos de los otros, su autoestima depende de las relaciones interpersonales cercanas, por tanto, buscan el amor y la aprobación de los otros. Mientras que en la personalidad autonómica son vulnerables en cuanto al fracaso en la

obtención de logros y metas o a la imposibilidad de alcánzalos y a sus fallas o errores percibidos. Los contenidos de vulnerabilidad cognitiva que se encuentran en estos dos constructos de personalidad, conducen al desarrollo de la depresión (Beck, Clark, et al., 1999).

Además, este modelo explica los aspectos relevantes del ambiente del individuo (la familia, amigos, compañeros, entre otros), como factor que perpetúa el trastorno depresivo, apoyándose en la teoría de interacción recíproca de Bandura, la que afirma que "la conducta de una persona influye sobre otros individuos, cuyas acciones, a su vez, influyen sobre la persona" (Bandura 1977, citado en Beck; Rush, et al., 2010, p., 25). Por lo que según Beck; Rush, et, al., (2010), es probable que una persona que este iniciando una depresión se aleje de su círculo social, lo que ocasiona que los otros se alejen de él, y esto, a su vez activa en el paciente conceptualizaciones negativas que lo llevan a aislarse aún más y por ende a exacerbar la depresión; debido a esta perpetuación el paciente va perdiendo cualquier estímulo de placer como también, los efectos positivos de los intentos de ayuda de los otros.

Por consiguiente, el modelo cognitivo está de acuerdo que la depresión es causada por una combinación de factores biológicos, genéticos, familiares, de personalidad, ambientales e interpersonales y que la activación de esquemas desadaptativos es un componente sistémico para el desarrollo de la depresión (Beck, et al., 1999).

Bajo esta óptica, el modelo cognitivo propuesto por Beck explica los contenidos cognitivos de la depresión por medio los siguientes tres conceptos:

- La triada cognitiva

Beck, (1967) considera la depresión como un trastorno de la cognición, de modo que uno de los primeros conceptos que identificó fue la triada cognitiva (citado en Caro, 2009), la cual consiste

en tres componentes, la manera de verse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de forma distintiva.

En el depresivo se observa una visión negativa de sí mismo donde el paciente se ve como alguien sin valor, inútil, enfermo y con poca valía, por lo que tiende a subestimarse y a atribuir sus experiencias desagradables a estos defectos que cree tener; visión negativa del mundo, ya que el paciente interpreta sus experiencias de forma negativa encontrando obstáculos para alcanzar sus logros; visión negativa del futuro el paciente ve el futuro con negativismo visualizándolo con sus mismos problemas actuales, y ante un posible proyecto anticipa su fracaso (Beck, et al., 2010).

- Los esquemas.

Los esquemas son estructuras relativamente estables que contienen creencias, actitudes y supuestos acerca de sí mismo, el mundo y el futuro. Éstos constituyen la base de posteriores interpretaciones acerca de una o varias situaciones, por lo que en pacientes depresivos los esquemas disfuncionales conducen a que el paciente realice interpretaciones distorsionadas acerca de ciertas situaciones. De ahí que, la gravedad de los síntomas depresivos depende de lo dominadas que se encuentre las ideas por creencias negativas, aunque no exista congruencia entre la situación real y las interpretaciones negativas. No obstante, en ciertos individuos, algunos esquemas pueden estar latentes y ser activados por alguna situación ambiental específica, que influye en la forma como éstos perciben y responden ante esa situación (Beck, et al., 2010).

Bajo esta consideración, el modelo cognitivo señala las experiencias traumáticas tempranas y la formación de creencias como acontecimientos predisponentes en la depresión, y los eventos estresantes relacionados con etapas más tardías de la vida como factores desencadenantes (Beck, 2008).

- Errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información).

En pacientes depresivos los errores del pensamiento mantienen la creencia de que sus ideas negativas son verdaderas, aunque existan evidencias de lo contrario y provoquen malestares.

Las distorsiones del pensamiento son las siguientes: inferencia arbitraria, donde el paciente saca conclusiones en ausencia de evidencia que la apoye; abstracción selectiva, consiste en conceptualizar toda la experiencia en un estímulo específico de la situación, ignorando otros relevantes; generalización excesiva, sacar conclusiones a partir de hechos aislados y aplicarla en situaciones relacionadas como incongruentes; maximización y minimización, los pacientes depresivos evalúan la significación de un evento de forma exagerada constituyendo una distorsión; personalización, el individuo depresivo se atribuye eventos externos que no están relacionados con la situación; pensamiento absolutista o dicotómico, consiste en clasificar todas las experiencias en dos categorías opuestas (por ejemplo, bueno o malo) sin embargo el depresivo se ubica en el extremo negativo (Beck, et al., 2010).

## 10.5. Investigaciones sobre la teoría cognitiva de la depresión

Antecedentes de investigaciones han comprobado la hipótesis del modelo cognitivo de que los contenidos cognitivos disfuncionales conllevan a los estados depresivos. A continuación se presenta algunas de ellas.

La investigación de Calvete, (2005) sobre el género y la vulnerabilidad cognitiva a la depresión, evaluó las diferencias de género en pensamientos automáticos como explicación de éstas en la depresión. Los resultados arrojaron que evidentemente los pensamientos automáticos con una visión negativa de sí mismo, auto-culpa y desesperanza contribuyen en el desarrollo de la depresión, con una diferencia poco significativa en cuanto al género, dándose más en las mujeres que en los hombres.

Toro y Avella, (2013) con una muestra de 590 participantes estudiaron las diferencias entre sujetos depresivos y ansiosos con respeto a los procesos pre - atencionales (tiempo y respuesta) en las dimensiones de personalidad sociotrópica y autonómica. En los grupos depresivos encontraron diferencias significativas en cuanto a procesos pre- atencionales (tiempo y respuesta) hacia los estímulos de vulnerabilidad cognitiva sociotrópica y autonómica. Como derivado de ésta investigación y con el propósito de apoyar procesos clínicos basados en el modelo diátesis estrés Toro y Vargas, (2014) adaptaron y validaron en Colombia la escala de Sociotropía y autonomía (SAS) de Clark y Beck en (1991), la cual evalúa dos dimensiones de personalidad cognitiva: la orientación interpersonal y actitudes de logros y metas personales.

Para este propósito realizaron una investigación con una muestra de 460 participantes colombianos; los resultados obtenidos mostraron índices de consistencia interna en la escala SAS por lo que se consideró confiable y válida para el contexto sociocultural.

En otra investigación, Toro, Arias, et al., (2016), realizaron un estudio cuantitativo con una muestra de 398 participantes para hallar la relación entre los síntomas depresivos y personalidad cognitiva sociotrópica y autonómica; se logró identificar que la sociotropía presenta mayor asociación con síntomas depresivos (como estado de ánimo depresivo e

irritable, cambios en el apetito y el peso corporal, agitación o enlentecimiento) que la personalidad autonómica.

Otro trabajo que apoya los procesos de investigación en psicoterapia cognitiva es el realizado por Lozano, et al., (2016), donde mostraron evidencias de validez de la versión reducida del cuestionario de la triada cognitiva infantil para la depresión y lo adaptaron a la población española.

Como se puede observar estos estudios investigativos apoyan las teorías del modelo cognitivo de la depresión.

## 10.6. Tratamiento cognitivo conductual para la depresión

Según Beck, et al., (2010), el objetivo de la terapia para la depresión es generar habilidades para modificar los contenidos cognitivos distorsionados e incorporar modos más racionales y adaptativos, por tanto, estos autores proponen que al inicio de la terapia se le explica al paciente los fundamentos teóricos del tratamiento cognitivo de la depresión, el cual consiste en describirle la relación entre pensamientos acerca de sí mismo, de su entorno y su futuro (triada cognitiva), sus sentimientos y conducta.

A su vez, se señala el efecto negativo de los pensamientos distorsionados en las emociones y conductas del paciente. Se le expone cada paso del tratamiento, donde se advierte que el curso natural de la depresión implica altibajos; de igual manera, se indaga sobre las expectativas que tiene el paciente acerca de la terapia. Seguidamente, el terapeuta debe formular y explicar un plan para cada sesión, teniendo en cuenta los siguientes objetivos: eliminar los síntomas depresivos y prevenir las recaídas. Estos objetivos se efectúan instruyendo al paciente en: identificar y modificar sus pensamientos disfuncionales y conductas

desadaptativas, reconocer y cambiar los contenidos cognitivos que producen estas ideas y conductas inadecuadas.

De acuerdo con los mismos autores, al inicio de cada sesión, el terapeuta conjuntamente con el paciente establece una agenda o plan de trabajo para ejecutarla durante ésta, donde se debe incluir un breve resumen de la última sesión y su correspondiente retroalimentación; los temas a tratar con las estrategias o técnicas adecuadas para resolverlos y los asuntos que quedaron pendientes en la sesión anterior. En caso de una crisis aguda, pensamientos de suicidio o desesperanza, estos tendrán prioridad en la agenda con respeto a los demás contenidos.

El modelo cognitivo propone realizar un trabajo conductual, a través de ciertas actividades o estrategia que modifican las conductas disfuncionales, y un trabajo cognitivo, el cual se centra en modificar los contenidos cognitivos distorsionados del paciente (Beck; Rush, et al., 2010). A continuación se describen de forma resumida.

- Técnicas conductuales del modelo de depresión de A. Beck

Estos elementos terapéuticos están dirigidos a restablecer el funcionamiento conductual del paciente, por medio de un cambio en las actitudes negativas de éste ya que la modificación de la conducta es un medio para influir y cambiar las cogniciones. Las técnicas conductuales son experimentos que llevan a comprobar la validez de las ideas del paciente acerca de sí mismo (Beck, et al., 2010), tal como se puede observar a continuación:

La técnica de programación de actividades se emplea para contrarrestar la escasa motivación del paciente, su inactividad y su preocupación en torno a las ideas depresivas. Esta técnica consiste en confeccionar con el paciente una lista de actividades que tienen lugar a lo

largo del día, asignando un valor de 0 a 10, o se plantea conjuntamente con un programa de actividades, el cual se jerarquiza en tareas graduales (Beck, et al., 2010).

Técnica de dominio y agrado, ésta herramienta terapéutica es útil para trabajar con aquellos individuos depresivos que obtienen un escaso nivel de satisfacción al realizar ciertas actividades que antes le resultaban agradables. Esta estrategia consiste en, confeccionar conjuntamente con el paciente una lista de actividades potencialmente agradables, sugerirle que lleve a cabo todos los días una determinada actividad de la lista durante un periodo de tiempo específico, que anote todos los cambios de estado de ánimo, así como las emociones asociados con la actividad en cuestión, además que registre el valor de dominio (sentido de logro obtenido al realizar una tarea determinada) y de agrado (sentimientos de placer, satisfacción derivados de una actividad) asociado con cada una de ellas en una escala de 5 puntos, donde 0 representa, la ausencia de dominio/ agrado y 5, el máximo de dominio/agrado (Beck, et al., 2010).

Asignación de tareas graduales; esta técnica es propuesta por Golfried (1974) para trabajar con pacientes depresivos, quienes se perciben como incapaces de realizar ciertas actividades. Esta herramienta consiste en definir un problema, formular un plan, asignar una serie de actividades de modo jerárquico, empezando por las más simples a las más complejas, que el paciente observe su éxito al conseguir un determinado objetivo, aclarar dudas que surgieron durante la realización de una tarea determinada y de la minimización de sus logros; incitar al paciente para que evalué sus percepciones negativas de forma realista, destacar constantemente que el paciente alcanza el objetivo gracias a su propio esfuerzo y a sus capacidades; hecho todo lo anterior, se pasa a elegir conjuntamente con el paciente nuevas actividades más complejas (Citado en Beck, et al., 2010). Por medio de los logros repetidos se

consigue disminuir gradualmente las creencias del paciente de no ser capaz de hacer nada (Beck, et al., 2010).

Práctica cognitiva; esta alternativa es aplicable a pacientes depresivos ya que una vez deprimidos presentan dificultades para realizar tareas bien definidas. Consiste en solicitarle al paciente que imagine la secuencia de pasos que componen la ejecución de una tarea, lo que lleva al paciente a prestar atención a los detalles fundamentales de cada actividad que se realiza; a su vez disminuye la falta de concentración que impide la ejecución de ciertas conductas. Otro propósito de este método es identificar posibles impedimentos ya sea cognitivos, conductuales o ambientales, que dificulten la ejecución de las actividades, además generar soluciones al respecto (Beck, et al., 2010).

Entrenamiento en asertividad y role-play, estrategias que consisten en enseñarle al paciente habilidades específicas que incluyen técnicas como el modelado, la práctica cognitiva, entre otras. Éstas resultan útiles mostrarle opciones alternativas y formas más adecuadas de expresar las emociones (Beck, et al., 2010).

- Técnicas cognitivas para la depresión

De acuerdo con Beck, et al., (2010), las técnicas cognitivas se emplean para modificar los productos cognitivos distorsionados asociados con las áreas problemáticas del paciente depresivo; Según estos autores "el terapeuta debe proporcionar al paciente evidencias de que su modo de pensar o de ver las cosas contribuye a mantener la depresión y que sus observaciones y conclusiones pueden ser "incorrectas (no racionales)" (p., 138). Para ello, se hace necesario entrenar al paciente en identificar sus cogniciones inadecuadas por medio de los siguientes pasos: especificar que es un pensamiento automático (cognición), demostrar la relación entre

éste, el afecto y la conducta por medio de situaciones del paciente o por ejemplos planteados por el terapeuta; con base a estos ejemplos demostrar la presencia de las cogniciones; una vez comprendido, asignarle como tarea registrar los pensamientos, y durante la próxima sesión revisarlos y realizar retroalimentación.

Para detectar los pensamientos o cogniciones distorsionadas el modelo cognitivo de la depresión propone solicitarle al paciente que durante 15 minutos diarios recuerde los acontecimientos del día o los estados emocionales que le generaron malestar y los pensamientos negativos asociados con cada uno de ellos, los cuales debe registrar en una hoja. El terapeuta somete estas cogniciones a una prueba de realidad, por medio de un análisis de las interpretaciones, significados y actitudes que el paciente le da a determinadas situaciones, a su vez se le muestra a éste las distorsiones cognitivas que surgen de dichas interpretaciones, las que probablemente carecen de evidencia real.

Técnicas de retribución. Para que el paciente realice inferencias lógicas y realistas las técnicas de retribución cognitiva son útiles (Beck, et al., 2010). Este elemento terapéutico se emplea para aquellos pacientes depresivos que se atribuyen de forma no realista la culpa o responsabilidad por las consecuencias de eventos negativos que no están en su control. Buscando que el paciente evalúe las situaciones con objetividad y contrarreste las cogniciones de culpa, se utiliza la técnica de "de-responsabilización" donde el terapeuta conjuntamente con el paciente revisa los eventos o hechos, definen diversos factores que pueden intervenir en dicha experiencia, se le da la posibilidad de ponerse en perspectiva (como si la situación le sucediera a un tercero), y de este modo se presentan evidencias en contra de la creencia de que el paciente es 100% responsable de las consecuencias negativas. Otra herramienta que pertenece al conjunto de técnicas de retribución es la búsqueda de soluciones alternativas, la

cual se refiere a la exploración de otras interpretaciones o alternativas a los problemas del paciente. Por medio de esta técnica, el paciente identifica y contrarresta las cogniciones sesgadas y a su vez sustituye las conclusiones anteriores por otras más realistas (Beck, et al., 2010).

El registro de pensamientos, es un elemento útil para que el paciente evalúe de forma racional sus cogniciones negativas, elabore respuestas racionales, comprenda la relación entre pensamientos disfuncionales, emociones negativas y conductas inadecuadas, a su vez diferencie entre las interpretaciones objetivas de los eventos e interpretaciones distorsionadas. El registro se compone generalmente de seis columnas, en las que se ubica la situación, emoción, pensamientos automáticos, respuesta racional y resultado. En este registro el paciente debe anotar lo que concierne a cada columna.

Otro herramienta cognitiva es el empleo de la pulsera, la cual es útil para que el paciente identifique y controle su cogniciones (Beck, et al., 2010).

Ahora bien, ya expuesto el programa de tratamiento, se procede a explicar el curso de éste, sesión por sesión, presentado por Beck, et al., (2010).

> *Sesión 1. Plan:* (Agenda): Explorar los síntomas de la depresión, evaluar las ideas de suicidio y desesperanza, discutir la influencia de los pensamientos sobre la conducta, haciendo referencias específicas al *Coping with Depression* (Cómo hacer frente a la Depresión), Explorar y determinar el nivel de actividad, si es indicado. *Trabajo a realizar en casa:* Llevar un programa de actividades: para evaluar el grado de actividad de la paciente y para obtener datos "objetivos" sobre su nivel de funcionamiento actual. Responder al Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) para evaluar la

gravedad de la patología y obtener datos adicionales. Responder al Life History Questionnaire (Lazarus, 1972) para obtener datos relevantes de la historia. *Sesión 2. Plan*: Revisar los síntomas de la depresión, supervisar el programa de actividades para evitar posibles omisiones y distorsiones, comenzar a demostrar las relaciones entre pensamientos, conducta y afecto, basándonos en experiencias de la paciente, comentar las evaluaciones de "Dominio" y "Agrado" en el registro de las actividades *Tareas de casa*: Continuar con el programa de actividades agradables y/o actividades a las que pudiese hacer frente adecuadamente y sin dificultad por poseer las habilidades necesarias (actividades *mastery* o de dominio), definir problemas que el paciente considerase que podían influir o contribuir a la depresión. *Sesión 3. Plan*: Revisar las actividades de "Agrado y Dominio", Continuar elicitando pensamientos relacionados con la tristeza. *Tareas de casa*: registrar las cogniciones durante períodos de tristeza, ansiedad y enfado y durante períodos de "apatía", con objeto de hacer más clara la relación entre pensamiento, conducta y afecto. *Sesión 4. Plan:* Discutir las cogniciones específicas que diesen lugar a efectos desagradables. *Tareas para casa*: Continuar registrando cogniciones si es posible, registrar explicaciones alternativas; evitar etiquetas como "incompetente" o "egoísta", ya que estos términos peyorativos lo único que hacen es enmascarar los verdaderos problemas. Evaluar en una escala de 0 a 10 hasta qué punto la paciente "deseaba realizar las actividades". *Sesión 5. Plan:* Discutir las cogniciones e identificar contenidos recurrentes o frecuentes. Enseñar al paciente modos de evaluar y corregir las distorsiones cognitivas (pensamientos automáticos). *Tareas para casa:* "Las camas sirven para dormir". Si no se duerme en 15 minutos, debe levantarse y hacer algo que le distraiga y aleje sus pensamientos. Continuar registrando los pensamientos. *Sesión 6; Sesión 7, Sesión 8. Plan*: Revisar las cogniciones, en particular, las expectativas del paciente ante sus "debo" en lugar de "quiero". Discutir los pensamientos del registro. Delegar en el paciente una mayor responsabilidad en el establecimiento de la agenda. *Tareas para casa:*

> Continuar identificando errores cognitivos y proponer explicaciones alternativas a los "pensamientos automáticos" negativos. *Sesión 9; Sesión 10; Sesión 11. Plan:* Centrarse en las autocríticas y trabajar en respuestas para hacerlas frente (es decir, evaluar los problemas de una forma realista, en lugar de autocriticarse). Intentar responder a los "quiero" en lugar de hacerlo a los "debo". *Sesión 12; Sesión 13; Sesión 14, Sesión 15. Plan:* Continuar trabajando sobre las autocríticas, centrándose en los supuestos subyacentes. *Tareas para casa*: Hacer una lista de "deseos", prestando especial atención a objetivos futuros. La finalidad de esta tarea consistía en que el paciente se centrase en sus propias necesidades y expectativas. *Sesión 16; Sesión 17; Sesión 18; Sesión 19***.** Se trabaja en la recaída. *Sesión 20; Sesión 21; Sesión 22.* Las últimas sesiones se dedicaron a consolidar la mejoría conseguida. *Seguimiento: 1 mes; 2 meses; 6 meses* (106-114).

## 10.7. Eficacia de la terapia cognitiva conductual en el tratamiento para depresión

La eficacia del tratamiento cognitivo para depresión se puede observar en los estudios investigativos que se han realizado al respecto; algunos de los más recientes se exponen a continuación.

En la investigación sobre la eficacia de la terapia cognitiva- conductual para el tratamiento de la depresión en pacientes con epilepsia en el lóbulo temporal (ELT), realizada por Crail, et al., (2008), con un muestreo de 20 pacientes, quienes recibieron 16 sesiones estructuradas semanales de psicoterapia cognitivo- conductual; en ella se encontró a través de un análisis funcional que la mejoría en la severidad de los síntomas de la depresión fue estadísticamente significativa, por tanto, concluyeron que la TCC fue efectiva para tratar los síntomas depresivos en pacientes con ELT.

En un estudio llevado a cabo por Bocking, et al., (2011) sobre los efectos a largo plazo de la terapia cognitiva preventiva en la depresión recurrente, con una muestra de 172 pacientes en fase de remisión, los investigadores encontraron que en pacientes con trastorno depresivo mayor con múltiples episodios previos, 8 sesiones de grupo de terapia cognitiva preventiva iniciadas tras la remisión tuvieron un efecto duradero sobre la recaída durante 5.5 años de seguimiento.

Otra investigación orientada a comprobar la eficacia de la terapia cognitiva- conductual en el tratamiento de la depresión mayor fue realizada por Rosique y Sanz (2013), quienes con este propósito aplicaron el programa de tratamiento de la TCC durante tres meses con sesiones semanales, en un caso de una paciente con trastorno depresivo mayor. Una vez pasado este periodo las investigadoras constataron una mejoría anímica, afectiva, funcional y social, así como una desaparición de la ideación suicida.

En un estudio realizado por Sales, Pardo, et al., (2015), se encontró que la aplicación de la terapia cognitiva conductual en ancianos deprimidos sin deterioro cognitivo es efectiva para la mejora de la depresión, ya que los resultados reflejaron una disminución de los síntomas depresivos tras la administración de la terapia cognitiva.

Por su parte, Antón, García, et al., (2016), analizaron los efectos de la aplicación del tratamiento cognitivo- conductual en un caso de depresión, el cual evidenció una reducción de la sintomatología depresiva y por ende, la mejoría del estado de ánimo.

De acuerdo con estos estudios se puede observar la eficacia de la terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión, además, pudo observarse que es una de las más utilizadas por los clínicos para el tratamiento de esta patología.

## 11. **Análisis de caso**

Este análisis se realizó con base a la dificultad que tuvo el diagnóstico con la paciente considerada para este estudio, ya que llega remitida por el trastorno del control de los impulsos y de la conducta, no especificada, pero pudo detectarse que no era preciso, debido a que ella manifestaba labilidad afectiva y actos impulsivos recurrentes como salir corriendo, cortarse las manos, gritar, realizar hetero-agresiones a personas y objetos, los cuales eran llevados a cabo en respuesta a estímulos inmediatos asociados a factores interpersonales; es decir había suficiente información para establecer un diagnóstico, por lo que no era necesario recurrir a la opción de trastorno de control de los impulsos y de la conducta, no especificada, ya que este se establece cuando no hay suficiente información para hacer un diagnóstico especifico.

Se evaluaron los síntomas depresivos con los que llegó la paciente a partir de los criterios planteados en el DSM-5 para el trastorno depresivo mayor, aspecto que permitió comprobar que había correspondencia; sin embargo, se observaron en ella síntomas de otro trastorno más crónico que incluía la falta de control de los impulsos.

Se pensó en el trastorno explosivo intermitente porque la paciente expresaba arrebatos impulsivos recurrentes basados en la ira como, hetero-agresiones verbales y físicas a objetos y a personas en respuesta a estímulos inmediatos asociados a factores interpersonales como, percepciones de abandono por parte de su novio, percepciones de no ser querida o ser rechazada por parte de los compañeros, profesores, novio y familia o a factores estresantes como, conflictos con la madre, novio, profesores, compañeros y amigos.

Sin embargo, el nivel de agresividad e impulsividad manifestado por la paciente era menor que el que presenta los individuos con trastorno explosivo intermitente, ya que según APA (2014), los individuos con este trastorno se caracterizan por arrebatos agresivos e

impulsivos recurrentes, de forma bastante desproporcionada con respeto a la provocación o factor estresante, por lo que se descartó este posible diagnóstico, lo que llevó a profundizar en el diagnóstico diferencial.

Bajo esta óptica, se analizó el trastorno de la conducta, debido a los actos agresivos de la paciente, sin embargo, el nivel de agresión que manifiesta era menor y no con intención de dañar o perjudicar al otro como, robar, intimidar, amenazar, usar armas para provocar daños, sino en respuestas a factores estresantes o a percepciones conducidas por sus esquemas de no ser querida y ser débil, todo de lo contrario del trastorno de la conducta, ya que la agresividad que manifiestan los individuos con este trastorno, según APA (2014), se caracterizan por "un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de los otros, las normas o reglas sociales propias de la edad" (p. 469), como por ejemplo, iniciar peleas, usar armas para provocar daños, amenazar o intimidar, crueldad física contra otras personas o animales , robo y violación sexual entre otros , los cuales son intencionales y no son llevados a cabo en respuesta a una provocación o factor estresante. Por lo tanto, se descartó este diagnóstico.

Además, se ubicó en el trastorno negativista desafiante porque la paciente manifestaba enfado e irritabilidad con facilidad y discusiones frecuentes con la madre, con el novio, con los compañero de clase, profesores y amigos cercanos; sin embargo, también se observó que no llevaba a cabo estos actos por resentimientos o venganzas, sino como respuesta a una provocación real o percibida o como reacción a factores estresantes. Además, su estado de ánimo no es estable, en algunas ocasiones se encuentra con irritabilidad o aplanamiento emocional y en otros con anhedonia, profunda tristeza, culpa y sentimientos de vacío; este aspecto es contrario a lo observado en individuos con este trastorno ya que según APA (2014),

estos presentan enfado, irritabilidad, discusiones y actitudes desafiantes o vengativas de forma frecuente y estable en sus vidas, motivos por los cuales se descarta este diagnóstico.

También, se pensó en el trastorno bipolar dado a que la paciente manifestaba labilidad afectiva y comportamiento impulsivo, dos características de acuerdo con APA (2014), propias del trastorno bipolar; sin embargo, ya en la sesión número tres se observó que la labilidad afectiva que manifestaba la paciente y su impulsividad eran algo estable en la vida de ella, no siendo congruente con un episodio maniaco o hipomaniaco ya que según APA, (2014), es necesario haber tenido uno de estos episodios para diagnosticar este trastorno, que "se caracterizan por un 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" (p. 124), presentándose todos los días durante una semana como mínimo en el episodio maniaco, y cuatro días consecutivos en el episodio hipomaniaco. Por lo tanto, se descartó este diagnóstico.

No obstante, en la revisión de cada uno de estos trastornos se observaba una característica común, y es "la falta del control de los impulsos", por lo que a partir de esta sesión (la número tres) se hace un diagnóstico diferencial para el TLP, ya que se evidenciaba que la paciente presentaba muchos rasgos de este trastorno. Durante el diagnóstico diferencial se observó que el trastorno límite presentaba una sintomatología muy variada y comorbilidad con trastornos como depresión mayor y el trastorno bipolar, además ciertas características comunes con los trastornos anteriormente mencionados, en los cuales se pensó en un principio. No obstante, aún no se pudo diagnosticar como TLP porque la paciente solo tenía 16 años y no cumplía con el tiempo de un año de proceso terapéutico establecido por APA para realizar dicho diagnóstico.

Por lo tanto, se indaga y se hace un diagnóstico diferencial sobre el trastorno de desregulación disruptiva del estado del ánimo, el cual según APA (2014), se caracteriza por "una irritabilidad crónica, grave y persistente" (p., 156), que se manifiesta en accesos de cólera frecuentes de forma verbal o conductual, por medio de autoagresiones y hetero-agresiones a objetos y a personas, y en un estado de ánimo persistente negativo, irritable o de enfado entre los periodos de colera, los cuales deben estar presentes en diversos contextos, por ejemplo en la casa, la escuela, entre otros, y se diagnóstica en menores de 18 años. Además éste trastorno puede presentar comorbilidad con el trastorno depresivo mayor.

Como se mencionó anteriormente la paciente manifestaba reacciones impulsivas como auto-agresiones y hetero-agresiones a personas y a objetos y alteración del estado de ánimo durante estos sucesos, por lo que se optó a partir de tercera sesión por establecer este diagnóstico como provisional durante un año de proceso terapéutico, quedando comórbido con el trastorno depresivo mayor, ya que la paciente no se podía diagnosticar con el trastorno límite, por los motivos anteriormente mencionados, aunque cumplía con todos los criterios para hacerlo. Después de haber trascurrido un año de proceso terapéutico se le asignó el diagnóstico de trastorno límite, comórbido con trastorno depresivo mayor.

A pesar que la paciente se diagnosticó por un año con el trastorno de desregulación disruptiva del estado del ánimo, comórbido con depresión mayor, desde el inicio del proceso se enfoco todo el tratamiento terapéutico en los rasgos del trastorno límite de la personalidad y el trastorno depresivo mayor. Por lo tanto, el tratamiento no se vio afectado ya que los focos de intervención del trastortono límite estaban asociados a los problemas de la paciente, los cuales se manifestaban en la impulsividad y alteraciones del afecto, dos características comunes del

TLP y el trastorno anteriormente mencionado. Dado a que el tratamiento se enfoco en los rasgos del TLP y en el trastorno depresivo mayor, todo el caso se sustenta desde estos dos trastornos, motivo por el cual, en este trabajo no se anexó literatura o diagnósticos sobre los trastornos anteriormente mencionados.

Cabe mencionar, que no se encontró en el diagnóstico diferencial del trastorno de desregulación disruptiva del estado del ánimo, asociaciones con el TLP, ni se evidenció literatura que los relacionara de alguna manera. Una posible hipótesis es que el trastorno de desregulación disruptiva del estado del ánimo se diagnóstica en menores de 18 años y el TLP en mayores de edad; otra hipótesis es que el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es una categoría diagnóstica que salió por primera vez en el DSM-5; sin embargo, sólo son hipótesis obtenidas a partir de esta experiencia investigativa.

## 12. **Discusión y Conclusiones**

A través de la revisión de la literatura, investigación de teorías y la realización de este estudio de caso, se ha podido observar que el trastorno límite es una patología compleja y heterogénea en cuanto a su sintomatología, que se relaciona con otros estilos de personalidad y se presenta conjuntamente con otros trastornos, por lo que es concebida por los autores como una patología grave.

Dado que este complejo trastorno se presentó conjuntamente con el trastorno depresivo mayor en la paciente considerada para este caso, su formulación mediante la terapia cognitiva, permitió entender los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de los problemas de la paciente, lo que viabilizó establecer el diagnóstico y planificar el tratamiento.

Sin embargo, fue el descubrimiento guiado la herramienta que hizo posible que la formulación fuese exitosa, ya que a través de ella la paciente relató su problemática, donde se pudieron identificar eventos estresores y situaciones activadoras de sus problemas, lo que facilitó construir los objetivos de la terapia y planificar un tratamiento adecuado. Es más, a través del descubrimiento guiado y las preguntas socráticas se pudo identificar conjuntamente con ella, pensamientos con contenidos distorsionados, supuestos disfuncionales y creencias desadaptativas, los cuales por medio de estos mismos métodos fueron refutados, evaluados y reestructurados, lo que posibilitó que la consultante comprendiera cómo su mente procesa la información, además entendiera sus cogniciones disfuncionales respecto a ambas patologías y descubriera otras formas más flexibles y adaptativas de construir e interpretar la información.

Lo anterior permite concluir, que se pudo comprender analizar, explicar y describir el caso desde el Modelo del Instituto de la Terapia Cognitiva, afirmando que se cumplió con el objetivo general. También se cumplieron los objetivos específicos, ya que se exploraron diversos modelos teóricos y terapéuticos y se contrastaron con los utilizados para el caso, aspecto que permitió la profundización y compresión del trastorno límite de la personalidad y el trastorno depresivo mayor; se profundizó en las características clínicas y vulnerabilidades psicológicas de la paciente, lo que permitió la formulación completa del caso y plantear un tratamiento, teniendo en cuenta las teorías basadas en las evidencias encontradas.

Por último se comprendió y describió de manera detallada las dificultades que se presentaron en cuanto al diagnóstico del trastorno límite de la personalidad, lo que facilitó esclarecer el solapamiento en cuanto a la sintomatología de este trastorno con otros, que mostraban ciertas similitudes.

En relación a las herramientas terapéuticas que se utilizaron, el enfoque reparental, propuesto por Aarón Beck y la validación de las experiencias emocionales de la paciente propuesta por Marsha Linehan, fueron fundamentales durante el proceso terapéutico ya que a través de éstos se logró fortalecer la autovalidación de la paciente, fomentar la comunicación, fortalecer el progreso clínico y conducir el vínculo durante la terapia.

El entrenamiento en habilidades, fue otra instrumento terapéutico fundamental ya que a través de éste la paciente adquirió formas más funcionales de expresar sus emociones y necesidades, substituyendo poco a poco las conductas impulsivas y emociones disfuncionales por respuestas, conductuales y emocionales más adaptativas.

Además se emplearon otras herramientas terapéuticas como las habilidades de regulación de las emociones, las habilidades de tolerancia al malestar, las habilidades básicas de conciencia (mindfulness), la técnica de respiración diafragmática, la reestructuración cognitiva, el contínuum cognitivo, la técnica de combatir el pensamiento dicotómico, la técnica de control y programación de actividades, las de dominio y agrado, tarjetas de apoyo, entre otras; estas técnicas hicieron posible combatir los síntomas depresivos, limitar conductas impulsivas, reducir conductas auto destructivas, ganar control sobre las emociones (irritabilidad, ira inapropiada), y disminuir contenidos cognitivos disfuncionales respecto a ambas patologías como, pensamientos dicotómicos y supuestos subyacentes.

Se utilizó igualmente la terapia centrada en esquemas, la cual permitió intervenir los esquemas de la paciente de privación afectiva y la defectuosidad (no ser querida y ser débil) y su estilos de afrontamiento ( Young, Klosko, 2013), como conductas de demandas afectivas

excesivas, subyugación, agresividad, buscar agradar, dependencia emocional, evitación emoción, auto agresiones.

Dado a que la paciente fluctuaba frecuentemente entre la ira, la tristeza, el auto castigo, y comportarse impulsiva (Youn, Klosko, 2013), se realizó un trabajo con modos, que posibilitó aprendiera a identificar sus diferentes estados emocionales, lo que la llevó a incorporar modos y respuestas más adaptativas. Igualmente, facilitó en los momentos de crisis de la paciente, identificar e intervenir el modo que generaba la urgencia.

Todos estos elementos terapéuticos hicieron posible combatir los síntomas depresivos, limitar conductas impulsivas, reducir conductas auto destructivas, ganar control sobre las emociones (irritabilidad, ira inapropiada), y disminuir contenidos cognitivos disfuncionales respecto a ambas patologías como pensamientos dicotómicos, supuestos subyacentes y vulneradores psicológicos (esquemas mal-adaptativos). Por lo tanto se concluye que la formulación del caso, la selección del tratamiento y la aplicación de las técnicas de intervención, fueron eficaces y eficientes en el caso clínico, ya que a través de éstos se logró la estabilidad sintomática de la paciente. Sin embargo, dado la gravedad de la patología aún se continúa con el trabajo de habilidades de la terapia dialéctico conductual, con la modificación de esquemas mal adaptativos y modos de la paciente.

Se concluye entonces que este estudio de caso clínico favorece la comprensión de esta patología considerada compleja y heterogénea en su sintomatología por parte del público general; a los profesionales de la salud mental, profesores y estudiantes les es útil, dado que pueden benefeciarse de esta experiencia clínica, usándola como una guía para en el análisis de otros casos, como referente investigativo o como guía terapeutica sobre el trastorno de la personalidad limite.

**Referencias**


Academy of Cognitive Therapy. (n.d.). *Historia de caso, formulación, y plan de tratamiento (1998 ). Recuperado de: https //members.academyofct.org.*

American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y estadistico de los trastornos mentales (DSM- 5)* (Vol. 5 Edicción). versión española: Panamericana.

Antón Menárguez, V., Garcia Marín, P. V., & Garcia Benito, J. M. (2016). Intervención Cognitiva- Conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 3*(1), 45-52.

Barlow H., D., & Durand, M. V. (2001). *Psicología anormal. Un enfoque integral* (Vol. Segunda edición). México: Thomson.

Beck S., J. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización.* Barcelona: Gedisa.

Beck T., A. (2008 ). Evolución del modelo cognitivo de la depresión y sus correlatos neurobiológicos. *Am J Psychiatry*, 969-977.

Beck T., A., & Clark A., D. (2012). *Introducción. Terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad.* España: Desclée de brouwer, S.A.

Beck T., A., Clark A., D., & Alford. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression.* Nueva York: Wiley.

Beck T., A., Freeman, A., Davis D., D., & otros, y. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad* (segunda ed.). Barcelona : Paidós.

Beck T., A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la depresión* (Vol. 19 edición ). España: Desclée de brower, S.A.

Belloch Fuster, A., & Fernández Alvares, H. (2010). *Tratado de Trastornos de la Personalidad.* Madrid: Síntesis , S.A.

Belsky, D., Caspi, A., Arseneault, L., Wiebke, B., Fonagy, P., Goodman, M., & Houts, R. (s.f.). Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12 year old children. (2012). *Development and Psychopathology*, *24*(1), 251-265. Recuperado el 12 de abril de 2017, de http://hdl.handle.net/10234/153006.

Bocktinga H., C., Spinhove, P., Wouters F., L., Koete w., M., & Schene H., A. (2011). Efectos a largo plazo de la Terapia Cognitiva Preventiva en la Depresión Recurrente: estudio de seguimiento de 5.5 años. *RET, Revista de Toxicomanías*(64), 14-24.

Caballo E, V. (2004). *Manual de trastornos de personalidad: descripción, evaluación y tratamiento.* Madrid: SINTESIS.

Caballo E, V., & Camacho, S. (2000 йил Enero- julio). El trastorno limite de la personalidad: Controversias actuales. *Psicología desde el Caribe*(5), 31-51.

Cabeza Monrroy, G. M., & Palomino Huertas, D. L. (2010). Comorbilidad en el eje I del Trastorno Límite de la Personalidad. *VERTEX X90 Revista Argentina de Psiquiatría, XXI*(90), 97-104. From Fundació Congrés Catalá de Salut Mental ( Fundación CCSM).

Calvete, E. (2005). Genero y Vulnerabilidad Cognitiva a la depresión: El papel de los pensamientos automáticos . *Ansiedad y Estrés* (1134-7937).

Calvo, N., Valero, S., Ferrer, M., Barral, C., & Casas, M. (2016). Perfil clínico de la impulsividad en el trastorno límite de la personalida con trastorno de uso por sustancias comórbido. *Actas Esp Psiquiatría*(44), 145-152.

Caro Gabalda, I. (2009). *Manual Teórico- práctico de psicoterapias cognitivas* (Segunda ed.). Bilbao: EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A.

Carrazo Martínez, P. C. (2006). El método de estudio de caso: estrategía metodológica de la investigación cientifica. *Pensamiento y Gestión. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64602005*(20), 165-193.

Casal Buela, G., & Sierra, J. C. (2002). Normas para la redación de casos Clínicos. *Psicología Clínica y de la Salud, 2*, 525-532.

Cervone, D., & Pervin A., L. (2009). *Personalidad Teoría E Investigación* (Segunda Edición ed.). México: Manual Moderno.

Clínica del Sistema Nervioso. (2011). *Guía para el tratamiento de los trastornos depresivos o ansiosos.* (Segunda Edición ed., Vol. Segunda Edicción). (G. Cervera, Ed.) Retrieved from www.clinica-snc.com.

Coolican, H. (1997). *Métodos de investigación y estadística en psicología* (Segunda edición en Español ed.). México: El Manual Moderno.

Crail Meléndez, D., Herrer, A., López Gómez, M., Bermúdez Ramírez, J., & Sosa Ortíz, A. L. (2008). Eficacia de la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión en pacientes con epilepsia del lóbulo temporal. 29.

Cuevas Yust, C., & López Pérez Díaz, A. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno limite de la personalidad . *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 98-114.

Davis, M., Eshelman Robbins, E., & Mckay, M. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional.* Barcelona : Martínez roca.

De la Vega, I., & Sánchez Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de la personalidad límite. *Acción Psicológica, 10*(1), 45-55.

Fernández, F. A. (2011). Las causas de la depresión . *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina, CXXVIII* (0034-0634).

Ferrer Botero, A., Londoño Arredondo, N. H., Álvarez Montoya, G. E., Arango Garcés, L. M., Calle Londoño, H. N., M., C. B., & Peláez Martínez, I. C. (2015). Prevalencia de los trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 1*(7), 73-96.

Forti Sampietro, L., & Forti Buratti, M. A. (2012). Trastorno límite de la personalidad y conductas autolíticas. *Revista Española de Medicina Legal, 38*(4), 149-154.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la depresión mayor en el adulto* . (M. d. Consumo, Ed.) Galicia.

Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad* (1ª edición ed.). Barcelona, Catalunya: Agència de Información, Avaluació i Qualitat en Salut.

Heliodoro Marco, J., García Palacios, A., Navarro, M., & Botella, C. (2012). Aplicación de la Terapia Dialéctica Comportamental en un Caso de Anorexia Nerviosa y Trastorno Límite de la Personalidad Resistenteal tratamiento: Un estudio de caso con seguimientoa los 24 meses. *ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA, XXI*, 121-128.

Harned, M. S. (2013). Treatment Preference among Suicidal and Self-Injuring Women. *JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY, 69*(1), 749–76.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. d. (2010). *Metodología de la investigación* (Quinta ed.). México: McGraw-Hill.

Kramer, U., & Keller, S. (2017). Early Change in Coping Strategies in Responsive Treatments for Borderline Personality Disorder: A Mediation Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*(5), 530 –535.

Linehan M., M. (2012). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite.* Barcelona: PAIDÓS.

Lozano M., L., Valor Segura, I., Pedrosa, I., Suárez Álvarez, J., García Cueto, E., & Lozano, L. (2016). Adaptación del Inventario de la Triada Cognitiva Infantil en población española. *Anales de Psicología, 32*, 158-166.

Martínez Taboas, A., & Cordero Soto, M. M. (2015). Estudios longitudinales sobre el trastorno de personalidad limítrofe: ¿ Qué nos están señalando? *Revista Puertorriqueña de Psicología, 26*(1), 56-70.

Millon, T., & Davis D., R. (2000). *TRASTORNOS DE LA PERSONALIDADA MÁS ALLA DEL DSM-IV.* Barcelona. España: MASSON.

Mcmain, Links, Guimond, Winuk, Eynan, Bergmans, & Warwar. (2013). An exploratory study of the relationship between changes in emotion and cognitive processes and treatment outcome in borderline personality disorder. *Psychotherapy Research, 23*(6), 658-673.

Ministerio de Salud y Protección Social-Colciencias. (2013). (n.d.). Detención temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente. *Guía de Prcatica Clínica No.22*.

Mosquera, D., Gonzalez, A., & van der Hart, O. (2011). Trastorno límite de personalidad,trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad. *Fundap ex IAEPD*, 10-40.

Navarro Haro, M. (2017). Terapia Dialéctica conductual como intervención temprana de la desregulación emocional en adolescentes. *Universidad Internacional de Valencia*.

Oldham M.D, J. M. (2006 йил Marzo). Trastorno límite de la personalidad y tendencia al suicidio. *Am J Psychiatry* , 131-137.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1993). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).* Madrid: MEDITOR.

Pailhez Vindual, G., & Palomo Nicolau, A. L. (2007). Multiplicidad diagnóstica en los trastornos de personalidad. *Psiq Biol, 14*(3), 92-97.

Rosique Sanz, M. T., & Sanz Aparicio, T. (2013). Tratamiento Cognitivo- conductual en depresión mayor, distimia, e ideación autolítica persistente. *Análisis y Modificación de Conducta, 39*(159-160), 17-23.

Sales, A., Pardo Atiénzar, A., Mayordomo, T., Satorres Pons, E., & Meléndez C., J. (2015). Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores

institucionalizadas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 20*(2.2015.15170), 165-172.

Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 18*(3), 255-286.

Sanjuán, J., Moltó, M. D., & Rivero, O. (2005). Perpectivas teóricas y etiológicas del trastorno límite de la personalidad. In G. Cervera, G. Haro, & J. Marttínez Raga, *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica* (pp. 41-110). Madrid: Panamericana.

Sarason G., I., & Sarason R., B. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada* (Vol. Undécima edición). México: Pearson Educación.

Sarmiento Suarez, M. J. (2008). Terapia conductual-dialéctica para pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 37*(1), 149-163.

Selva, G., Bellver, F., & Carabal, E. (2005). Epidemiología del trastorno límite de la personalidad . In G. Cervera Martínez, G. Haro Cortés, & J. Martínez Raga, *Trastorno Límite de la Personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica.* Madrid, 17-39: Médica Panamericana, S.A..

Toro Arías, R. A., & Avella, S. (2013). Procesamiento de información congruente sociotrópica y autonómica en sujetos con sintomatología depresiva y ansiosa. *Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica, 4*(1), 31-40.

Toro Tobar, R. A., & Sarmiento López, J. C. (2016). Socitropía y Autonomía: Evidencias para la hipótesis de especificidad de síntomas en depresión. *Vanguardia Psicología Clínica, 28*.

Toro Tobar, R. A., & Vargas Rubio, C. V. (2014). Escala de Sociotropía - Autonomía ( SAS): Propiedades Psicométricas de la adaptación a Colombia. *Psicogente*(17), 332-336.

Young E., J., Klosko S., J., & Weishaar E., M. (2013). *Terapia de Esquemas Guía práctica.* Bilbao: Desclee.

Zarragoitía Alonso, I. (2011). *Depresión Generalidades y particularidaes* (Vol. I). La Abana, Cuba : Ciencias Médicas .

# Anexos

Resultados de las pruebas realizados (BDI-II, YSQ-L2, IBT)

**Resultados de pruebas Psicológicas**

**Nombre: May**

| Prueba | Preguntas | Nivel de depresión | Resultado |
|---|---|---|---|
| BDI-II | 1-10 | Estos altibajos son considerados normales | |
| | 11-16 | Leve perturbación del estado de ánimo. | |
| | 17-20 | Estados de depresión intermitentes. | |
| | 21-30 | Depresión moderada. | 28 depresión moderada |
| | 31-40 | Depresión grave. | |
| | +40 | Depresión extrema | |

| Pruebas | Preguntas | Esquemas | LI | Media | LS | Resultados |
|---|---|---|---|---|---|---|
| YSQ-L2 | 1-9 | Deprivación emocional | 9 | 17 | 25 | **45** |
| | 10-27 | Abandono | 24 | 38 | 52 | **60** |
| | 28-44 | Desconfianza/ abuso | 24 | 38 | 52 | **59** |
| | 45-54 | Aislamiento social | 13 | 21 | 29 | **23** |
| | 55-69 | Defectuosidad vergüenza | 15 | 25 | 35 | **40** |
| | 70-78 | Indeseabilidad social | 10 | 15 | 20 | **18** |
| | 79-87 | Fracaso | 9 | 14 | 19 | **24** |
| | 88-102 | Dependencia/ incompetencia | 17 | 25 | 33 | **40** |
| | 103-116 | Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad | 19 | 29 | 39 | **42** |
| | 117-127 | Yo infra desarrollado/ indiferenciado | 12 | 20 | 28 | **20** |
| | 128-137 | Subyugación | 13 | 19 | 25 | **22** |
| | 138-154 | Auto-sacrificio | 27 | 41 | 55 | **32** |
| | 155-163 | Inhibición emocional | 14 | 21 | 28 | **19** |
| | 164-179 | Estándares inflexibles/ Hipercrítica | 28 | 40 | 52 | **36** |
| | 180-190 | Grandiosidad | 18 | 27 | 36 | **30** |
| | 191-202 | Insuficiente autocontrol o autodisciplina | 23 | 34 | 45 | **64** |