

**Máster en Psicología  
General Sanitaria**

# Caso clínico sobre un trastorno de personalidad negativista

**Alumna: M<sup>a</sup> José Aróstegui Ruiz**  
**Tutor académico: José Manuel García Montes**  
**Tutora profesional: Josefa Patricia Martín Galera**

**CENTRO DE PSICOLOGÍA NEXO**

**JULIO 2018**  
**UNIVERSIDAD DE ALMERÍA**

**Trabajo Fin de Máster**

- **RESUMEN**

El estudio de caso que se presenta a continuación trata sobre una intervención psicológica en un trastorno de personalidad negativista desafiante. La paciente es una mujer de 20 años diagnosticada de este trastorno de personalidad debido al cumplimiento de los criterios del DSM-V. Se evaluó a la paciente con las siguientes pruebas: Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III), Cuestionario Multidimensional de Evitación Experiencial (MEAQ), Test de los 90 Síntomas (SCL-90-R), Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II), Escala de Experiencia del YO (EOSS), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE), Escala de Evitación Social (SAD), Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) y Escala SPANAS de Afecto Positivo y Negativo. En la evaluación inicial, destacan las puntuaciones del patrón clínico de personalidad negativista del MCMI-III, así como en severidad global del SCL-90-R. Dada la carencia de estudios que avalen la eficacia del trastorno negativista, se ha decidido intervenir el caso con la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) de forma pionera, debido a su éxito como intervención en trastornos similares como es el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Mediante validación y otras técnicas en psicoterapia individual y el entrenamiento en habilidades, se buscaba reducir las conductas desadaptativas de la paciente y mejorar su calidad de vida. Tras el tratamiento, los resultados mostraron una disminución significativa en el problema principal de trastorno de personalidad negativista, pero es en la fase de seguimiento donde se observa una mejora general en este aspecto y en otros, como en sintomatología evitativa y ansiosa. Por lo tanto, se puede afirmar que la Terapia Dialéctica Conductual ha resultado efectiva en este caso de trastorno de personalidad negativista, lo que supone un posible avance en cuanto a utilización de este tratamiento para otro tipo de poblaciones, y no exclusivamente para TLP.

**Palabras clave:** Trastorno de personalidad negativista, Terapia Dialéctica Conductual, Trastorno Límite de la personalidad.

- **ABSTRACT**

The case study that is now presented is a psychological intervention in a negativistic personality disorder. The patient is a 20-year-old woman diagnosed with this personality disorder due to compliance with DSM-V criteria. The patient was evaluated with the following tests: Multiaxial Clinical Inventory of Millon-III (MCMI-III), Multidimensional Questionnaire of Experiential Avoidance (MEAQ), Test of the 90 Symptoms (SCL-90-R), Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II), IO Experience Scale (EOSS), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Rosenberg Self-Esteem Scale, Scale of Fear of Negative Evaluation (FNE), Social Avoidance Scale (SAD), Life Satisfaction Scale (SWLS) and SPANAS Scale of Positive and Negative Affection. In the initial evaluation, The scores obtained in the clinical pattern of negativistic personality disorder (*pre*: 102, *post*: 73, *follow-up*: 69) in the MCMI-III and overall severity of the SCL-90-R (*pre*: 2.03, *post*: 1.69, *follow-up*: 1.12 (scores are over 4)) are relevant. Given the lack of studies that support the effectiveness of the negativistic disorder, it has been decided to apply the Dialectical Behavioral Therapy (BDT) in a pioneering way, due to its success as an intervention in similar disorders such as the Borderline Personality Disorder (BPD). Through validation and other techniques in individual psychotherapy and skills training, the aim was to reduce maladaptive behaviors of the patient and improve her quality of life. After the treatment, the results showed a significant decrease in the main problem of negativistic personality disorder, but it is in the follow-up phase where there is a general improvement in this aspect and in others, such as avoidant and anxious symptomatology. Therefore, it can be affirmed that the Dialectic Behavioral Therapy has been effective in this case of negativistic personality disorder, which represents a possible advance in terms of using this treatment for other types of populations, and not exclusively for BPD.

**Key words:** Negativistic Personality Disorder, Dialectic Behavioral Therapy, Borderline Personality Disorder.

## ÍNDICE

• RESUMEN .....	1
• INTRODUCCIÓN .....	4
➤ TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD NEGATIVISTA DESAFIANTE .....	4
○ <i>EPIDEMIOLOGÍA Y COMORBILIDAD DEL TPND</i> .....	5
○ <i>ETIOPATOGENIA DEL TPND</i> .....	6
○ <i>TRATAMIENTO DEL TPND</i> .....	8
➤ TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD .....	9
○ <i>CARACTERÍSTICAS DEL TLP</i> .....	9
○ <i>EPIDEMIOLOGÍA DEL TLP</i> .....	10
○ <i>ETIOPATOGENIA DEL TLP</i> .....	10
○ <i>SIMILITUD ENTRE EL TPND Y EL TLP</i> .....	11
➤ TERAPIAS PARA EL TLP .....	15
• MÉTODO .....	24
• DESCRIPCIÓN DEL CASO .....	25
➤ PARTICIPANTE: COMENTARIO DEL CASO .....	25
➤ DEMANDA DE AYUDA E HISTORIA CLÍNICA .....	28
➤ PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN .....	29
➤ DIAGNÓSTICO .....	39
➤ PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN .....	41
○ <i>PSICOTERAPIA INDIVIDUAL</i> .....	41
○ <i>ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES</i> .....	47
○ <i>CONSULTAS TELEFÓNICAS</i> .....	53
• RESULTADOS .....	54
• DISCUSIÓN .....	64
• CONCLUSIONES .....	67
• REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	68
○ ANEXOS .....	71
○ <i>ANEXO 1. FICHA CREATIVA DE LA PACIENTE</i> .....	71
○ <i>ANEXO 2. PRUEBAS EVALUATIVAS</i> .....	72
○ <i>ANEXO 3. FICHAS DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES</i> .....	101
○ <i>ANEXO 4. MCFI-III – PRE-TRATAMIENTO, POST-TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO</i> .....	168

## • INTRODUCCIÓN

En los últimos años, los trastornos de la personalidad (TTPP) han ocupado un lugar importante en la Psicología Clínica y en la Psiquiatría dada su alta incidencia en la población, tanto como si la presentación es aislada como cuando aparecen de forma comórbida a otros trastornos. Se han propuesto muchos tratamientos psicológicos para los trastornos de personalidad, pero son escasos los estudios sobre su eficacia (Quiroga y Errasti, 2001).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (American Psychiatric Association, APA, 2014), el Trastorno de Personalidad (TP) se define como un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento, que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principios de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto, además de extenderse a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

Sin embargo, gracias a las investigaciones y avances en los tratamientos relacionados con estos casos, es cada vez más fácil solucionar estos problemas psicológicos. En este trabajo se va a tratar concretamente, el Trastorno de Personalidad Negativista Desafiante (TPND), también llamado pasivo-agresivo (TPPA), cuyo tratamiento es complicado, aunque bien es cierto que en los últimos años han ido surgiendo tratamientos cada vez más eficaces y que han sido probados empíricamente. Uno de ellos es la Terapia Dialéctica Conductual de la autora norteamericana Marsha Linehan (1993) y es la que se aplica en este estudio.

En primer lugar, se define el **Trastorno de Personalidad Negativista (TPND)**:

### ➤ **TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD NEGATIVISTA DESAFIANTE**

Según los criterios del DSM-V (APA, 2014), el Trastorno Negativista Desafiante cumple:

- A.** Un patrón de enfado/ irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo al menos 6 meses, que se manifiesta por lo al menos con 4 síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo al menos con un individuo que no sea un hermano.

#### **Enfado/irritabilidad**

- 1.** A menudo pierde la calma.
- 2.** A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.
- 3.** A menudo está enfadado y resentido.

### **Discusiones/actitud desafiante**

4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.
5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.
6. A menudo molesta a los demás deliberadamente.
7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.

### **Vengativo**

8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.
- B.** Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo) o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.
- C.** Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo.

**Nota:** Se debe considerar la persistencia y la frecuencia de estos comportamientos para distinguir los que se consideren dentro de los límites normales, de los sintomáticos.

### ○ **EPIDEMIOLOGÍA Y COMORBILIDAD DEL TPNP**

Aunque se desconoce la prevalencia exacta del trastorno negativista de la personalidad, parece elevada tanto en muestras clínicas como en la población general, a pesar de las muchas fluctuaciones conceptuales y diagnósticas que este complejo síndrome ha tenido en los últimos 50 años. Las sucesivas ediciones han ido restándole protagonismo llegando a estar en un cajón de sastre dentro del DSM-V, concretamente en el apartado “otro trastorno de personalidad especificado y trastorno de la personalidad no especificado” del DSM-V (APA, 2014).

Con respecto a la prevalencia según el sexo y la raza, se discute aún sobre el tema debido a que existen estudios que demuestran que hay mayor número de trastorno negativista en el sexo masculino y de raza caucásica, mientras que otros afirman, que es

mayor la prevalencia en el sexo femenino, también de raza caucásica, como exponen Millon y Davis (Millon, Davis, Millon, Escovar, y Meagher, 2001).

Con respecto a los datos del DSM-V (APA, 2014) sobre la prevalencia del trastorno negativista desafiante varía del 1 al 11 %, con una prevalencia media estimada cercana al 3,3%. La tasa del trastorno negativista desafiante puede variar dependiendo de la edad y el género del niño. El trastorno parece ser algo más prevalente en niños que en niñas (1,4:1) antes de la adolescencia. Esta predominancia del sexo masculino no se ha hallado de forma sistemática en las muestras de adolescentes o adultos.

En cuanto a comorbilidad, según el DSM-V (APA, 2014), las tasas del trastorno negativista desafiante son mucho mayores en las muestras de niños, adolescentes y adultos con TDAH, y esto puede deberse a la presencia de factores de riesgo temperamentales comunes. Este trastorno a menudo precede también al trastorno de conducta, si bien esto parece ser más frecuente en las personas del subtipo de inicio infantil. Los individuos con trastorno negativista desafiante también tienen un mayor riesgo de presentar trastornos de ansiedad y trastorno depresivo mayor. Esto parece atribuirse principalmente a la presencia de síntomas de enfado/irritabilidad. Los adultos y adolescentes con trastorno negativista desafiante también muestran una mayor tasa de trastornos por consumo de sustancias, aunque no está claro si esta asociación es independiente de la comorbilidad con el trastorno de conducta.

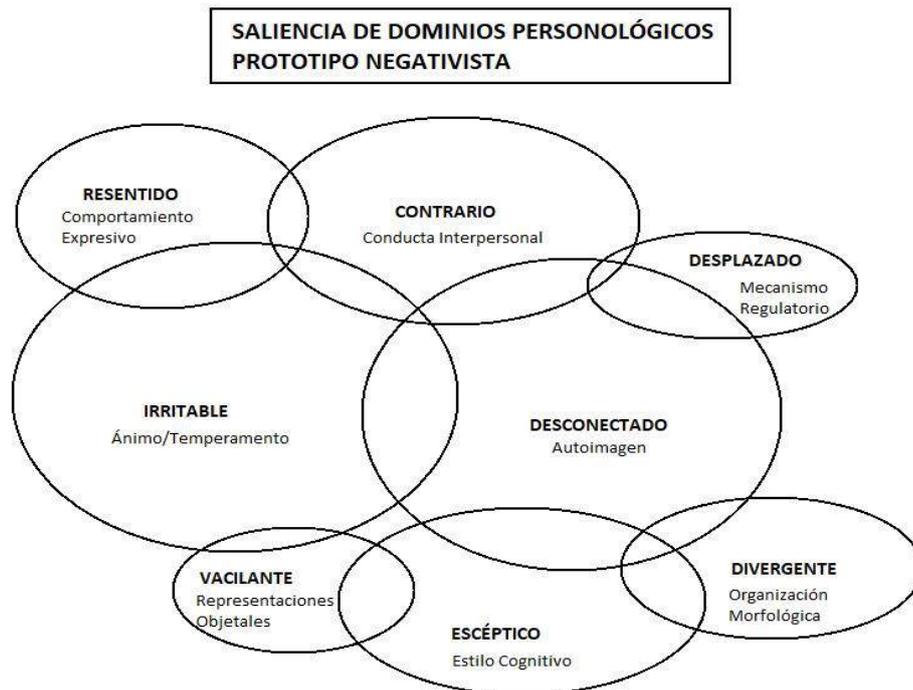
#### ○ **ETIOPATOGENIA DEL TPND**

Dada la temática que en este trabajo se aborda, es interesante hacer mención a los modelos teóricos de Theodore Millon: el Modelo del Aprendizaje Biosocial y el Evolucionista.

En primer lugar, hay que decir que el **Modelo del Aprendizaje Biosocial** de Millon fue publicado en 1969 (traducido al español en 1976). Este autor propone que los patrones de personalidad se consideran en términos de la capacidad total del paciente para hacer frente a las sobretensiones a las que se enfrenta, y cuyo núcleo se halla en el tipo de comportamiento interpersonal de la persona con los demás. Para distinguir entre la personalidad normal y la trastornada, Millon expone 3 criterios fundamentales: el grado de flexibilidad adaptativa, la mejor o peor capacidad para mantenerse estabilizado ante las dificultades y la mayor o menor tendencia a producir círculos viciosos. Esta última es la más importante ya que explica por qué la personalidad patológica es patogénica por sí sola. Es el propio individuo el que perpetúa sus dificultades y provoca otras nuevas al poner en movimiento círculos viciosos autodestructivos que hacen que su malestar persista y se intensifique.

Por ejemplo, las conductas paranoicas se caracterizan por la suspicacia o desconfianza hacia los demás, en el sentido de ver en ellos enemigos o traidores potenciales. Esas conductas paranoicas tienden a autoperpetuarse ya que la propia suspicacia hacia los demás lleva a que el individuo se muestre excesivamente duro y agresivo con ellos por anticipado, lo que lleva a los otros a que “contra-reaccionen” de forma defensiva, agrediendo en cierto grado al sujeto con recelos paranoicos. Esto lo que hace es que se confirme la idea exagerada de desconfianza paranoica, suponiendo así la autoperpetuación de la misma. Sabiendo esto, se puede ver cómo Millon en este modelo clasifica los patrones aprendidos de afrontamiento interpersonal como conductas instrumentales que se estructuran según 3 polaridades relativas al proceso de refuerzo, buscando principalmente el refuerzo positivo-negativo (placer/dolor), la actividad-pasividad y el uno mismo-otros (Quiroga y Fuentes, 2003).

Más tarde, este autor reformuló su teoría creando así el **Modelo Evolucionista** en 1990 (traducido en 1998). Se mantienen los conceptos anteriores del Modelo Biosocial y se pasa a 8 atributos: 4 funcionales (el comportamiento expresivo, el interpersonal, el estilo cognitivo, los mecanismos de defensa) y 4 estructurales (las representaciones objetales, la autoimagen, la organización morfológica y el estado de ánimo) del sistema de personalidad. A esto, añadir que se modifican también las polaridades, transformándose de refuerzo positivo-negativo a potenciación-preservación, de actividad-pasividad a acomodación-asimilación y de sí mismo-otros a estrategia de replicación (Quiroga y Fuentes, 2003). Teniendo en cuenta lo expuesto en los párrafos anteriores, se podría decir que el trastorno de personalidad negativista desafiante se encuentra dentro de un tipo de personalidad anormal con un patrón de conducta activo y una fuente de refuerzo ambivalente, desde el punto de vista del Modelo de Aprendizaje Biosocial. Mientras que, desde el Modelo Evolucionista, se trataría de un estilo activo de modificación, en la que hay una inversión del sí-mismo-otros y un aspecto destacable, la queja. En la figura 1, se exponen las definiciones referentes al prototipo de personalidad negativista, según el modelo evolucionista de Millon.



*Figura 1.* Saliencia de dominios personológicos del prototipo negativista.

Desde el modelo biosocial, el conflicto del negativista se mece entre la satisfacción de las propias necesidades y la consideración de las ajenas. De este modo, si accede a satisfacer las exigencias de los demás se siente molesto e irritado consigo y rectifica con rapidez para acabar adoptando posturas más egoístas. Sin embargo, con esta actitud pone en peligro la seguridad del afecto, que necesita, de quienes le rodean, lo que conlleva un nuevo cambio de actitud, en una espiral de la que no logra salir. Las personalidades negativistas pueden oscilar entre actitudes pasivas y vacilantes y otras más activas y agresivas, según las circunstancias externas. Tienden a pasar de un polo de la ambivalencia al otro, de modo que son paradójicos e impredecibles, y experimentan en suma un estado permanente de disforia e insatisfacción que, en función del grado de impulsividad del momento, puede recordar algunos aspectos de la personalidad límite (Roca *et al.*, 2004).

#### ○ **TRATAMIENTO DEL TPND**

Como se puede ver por lo comentado en los apartados anteriores, existe relación entre el Trastorno de la Personalidad Negativista y el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Es por esto que, para el presente trabajo se haya tenido en cuenta estos datos, dada la poca bibliografía referente al trastorno negativista.

Se ha buscado información sobre el TLP ya que hay abundantes datos. Al haber optado por esto, se ha querido investigar si el tratamiento de Terapia Dialéctica Conductual (TDC), el cual resulta ser el más efectivo hasta la fecha para el TLP, podría funcionar también en un trastorno de personalidad negativista.

En muchos estudios se han comparado los distintos tipos de terapias, pero en la mayoría de las investigaciones la TDC ha mostrado ser más eficaz en comparación con los tratamientos habituales. Por ejemplo, en 2002, Van Den Bosch, Verheul, Schippers y van den Brink, citado por Cuevas y López (2012), vieron que la TDC era más eficaz que los tratamientos habituales utilizados en TLP en cuanto a reducción de intentos de suicidio. A esto hay que sumarle que el nivel de adherencia a la TDC es mayor que en los otros tratamientos (63% en la TDC frente al 23% en los tratamientos habituales). Por la importancia que tiene en este trabajo el trastorno límite de la personalidad, se procede a discutirlo más detenidamente.

## ➤ **TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - V (APA, 2014) define el Trastorno Límite de Personalidad (TLP) como un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta.

En 2002, Belloch y Fernández Álvarez, citado por García Palacios, Haro, Guillén, Marco, y Botella (2010), caracterizan a los pacientes límite por la inestabilidad y la ambivalencia de la personalidad en prácticamente todos los ámbitos de sus vidas. Son personas impulsivas, impredecibles y a menudo explosivas (García Palacios *et al.*, 2010).

### ○ **CARACTERÍSTICAS DEL TLP**

Con respecto a las características del trastorno de personalidad límite, indicar que, como se ha señalado, una de las más destacables es la **inestabilidad emocional** del individuo por encontrarse en interacción con un ambiente caracterizado por la invalidación y que va a provocar como consecuencia, una desregulación emocional expresada en inhabilidad para modular las emociones, implicando una alta vulnerabilidad emotiva que hace que la persona sea mucho más sensible a los estímulos, por lo que vive los sentimientos de manera mucho más intensa (Gempeler, 2008).

Es por esto que, el TLP hace que la persona tenga una relación de ambivalencia en sus relaciones interpersonales, dado que pueden cambiar rápidamente de idealizar a devaluar a las personas, sintiendo que la otra persona no le importa demasiado (APA, 2014).

A esto se le suman más problemas que afectan a la vida de estos pacientes como son las dificultades para el manejo del estrés. El uso adecuado de estrategias de afrontamiento está relacionado con una mayor sensación de bienestar. Esta relación podría ser muy importante para el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad (Agüero Gento, Enríquez, Uría, Redondo y Pérez, 2014).

Por otro lado, la rumiación es otro de los aspectos dentro de la sintomatología del paciente con TLP. La rumiación se asoció con un subconjunto específico de rasgos límite: inestabilidad e inconsistencia dentro de las relaciones, identidad, autoimagen, objetivos, carrera y planes, pero no con impulsividad, falta de control de la ira o autolesión (Watkins, 2009).

#### ○ **EPIDEMIOLOGÍA DEL TLP**

Según el DSM-V (APA, 2014), la prevalencia del trastorno de personalidad límite oscila en un 1,6%, pero podría ser tan elevada como un 5,9%. La prevalencia en la atención primaria es de alrededor del 6%, del 10% entre los individuos que acuden a los centros de salud mental, y del 20% entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados.

#### ○ **ETIOPATOGENIA DEL TLP**

La Teoría Biosocial del TLP explica que éste se produce por la interacción de una vulnerabilidad biológica y un ambiente invalidante que genera una desregulación emocional con inestabilidad en diversos niveles, tales como cognitivo, interpersonal, de identidad y conductual. El ambiente invalidante se refiere a un ambiente donde se responde de forma inapropiada, errática o extrema a las experiencias internas de las personas (Vásquez-Dextre, 2016).

El individuo presentaría una alta vulnerabilidad emocional, de origen biológico, consistente en una alta sensibilidad ante los estímulos emocionales, una tendencia a experimentar emociones muy intensas y dificultades para retornar a su línea de base emocional. Además, tendría muchas dificultades para identificar, etiquetar y modular las emociones, desarrollando un temor acusado a experimentarlas y, por tanto, utilizaría estrategias de evitación como las conductas autolesivas o el abuso de tóxicos. A su vez, el ambiente invalidante se refiere a un patrón de crianza que responde de manera inapropiada o no contingente a la comunicación de sentimientos, de modo que se le transmite al niño que su regulación emocional no es correcta, pero no se le enseña la manera adecuada de hacerlo. Este ambiente castiga la expresión de emociones negativas, pero refuerza intermitentemente las expresiones emocionales extremas, a la vez que envía mensajes erróneos sobre el control emocional y la solución de problemas. De esta forma la interacción entre una alta vulnerabilidad emocional y un ambiente invalidante produce inestabilidad emocional y las disfunciones constituyen intentos por

controlar la emoción o por conseguir apoyo del medio, convirtiéndose los intentos de solución de la inestabilidad en los principales problemas (Montero, Pol, Esquer, y Mañanes, 2013).

A continuación, se muestran las definiciones en relación con el trastorno de personalidad límite en la figura 2, según el modelo evolucionista de Millon:

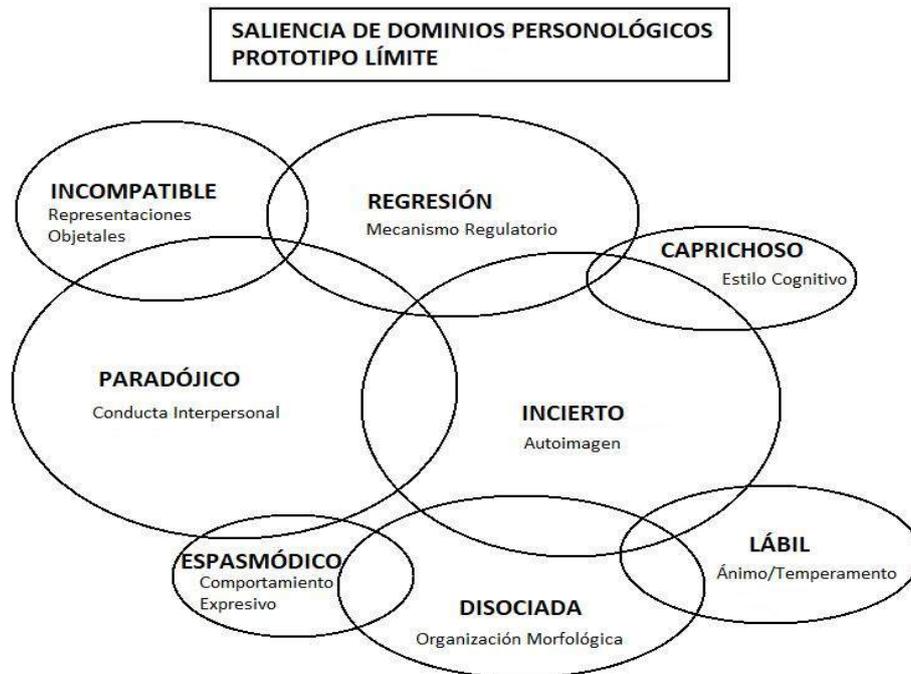


Figura 2. Saliencia de los dominios personológicos del prototipo límite.

#### ○ SIMILITUD ENTRE EL TPND Y EL TLP

Como se ha podido comprobar, ciertos aspectos del trastorno límite de la personalidad son similares a varios que encajan con el trastorno negativista. Si bien es cierto que hay que ser precavidos a la hora de decir que se parecen. Para el caso de este trabajo en concreto, se pensó que era apropiado buscar la relación entre ambos trastornos de la personalidad, siendo el tratamiento la razón principal.

En primer lugar, para evidenciar que la TDC es beneficiosa en pacientes con TLP y TPND, mencionar un estudio llevado a cabo en 2013, Sieswerda, Barow, Verheul y Arntz, citado por Ribeiro (2015), investigaron si las evaluaciones extremas son (a) dicotómicas, negativistas, (b) divididas limitadas a situaciones interpersonales relacionadas con el esquema o (c) relacionadas con experiencias traumáticas en la infancia. Los participantes se distribuyeron en 3 grupos: grupo de individuos que cumplían con los criterios de TLP, grupo con trastorno de personalidad del grupo C y grupo con trastorno no relacionado con la personalidad. Los resultados indicaron que las evaluaciones interpersonales de los pacientes con TLP fueron más negativistas, relacionadas con el

esquema y parcialmente relacionadas con las experiencias traumáticas de la infancia. Además, estas evaluaciones negativas de individuos estuvieron significativamente relacionadas con el cuidado de otras personas significativas dentro de un contexto íntimo. Estos hallazgos pueden proporcionar apoyo para los efectos a largo plazo de un entorno invalidante en la infancia y evaluaciones interpersonales futuras de otros. En esta investigación se relacionó el TLP y los rasgos negativistas dentro de la TDC, por lo que da evidencia de la posibilidad de que sea factible la mejora de aspectos del TPND con esta terapia en concreto.

A continuación, se expone una tabla con definiciones del trastorno de personalidad negativista y del trastorno límite de la personalidad, según el modelo evolucionista de Millon:

**Tabla 1**

Comparación entre el trastorno de personalidad negativista desafiante y el trastorno límite de la personalidad

Trastorno de personalidad	Trastorno de personalidad negativista desafiante	Trastorno límite de personalidad
<b>Definiciones</b>	<b><i>Comportamiento expresivo resentido</i></b>	Comportamiento expresivo espasmódico
	<b><i>Conducta interpersonal no cooperadora</i></b>	<b><i>Conducta interpersonal paradójica</i></b>
	<b><i>Estilo cognitivo escéptico</i></b>	<b><i>Estilo cognitivo caprichoso</i></b>
	<b><i>Mecanismo de regulación de desplazamiento</i></b>	Mecanismo de regulación de regresión
	<b><i>Descontento con la imagen de sí mismo</i></b>	Imagen de sí mismo insegura
	<b><i>Representaciones objetales dubitativas</i></b>	Representación objetal incompatible
	<b><i>Organización morfológica divergente</i></b>	Organización morfológica disociada
	<b><i>Temperamento irritable</i></b>	<b><i>Temperamento lábil</i></b>

Definiciones del trastorno de personalidad negativista y el trastorno de personalidad límite. Se señalan en negrita aquellas áreas que se corresponden con la paciente. Información extraída de Millon et al. (2001).

Tras analizar la variabilidad de comportamientos de la paciente, se puede afirmar que oscila entre comportamientos del grupo B (por el límite) y C. Mediante esta tabla, se quiere esclarecer y afianzar la idea de por qué se optó por tomar como tratamiento la TDC.

Por otro lado, explicar que no se quiere decir que la paciente presente un problema de personalidad límite, sino negativista, el cual se evidencia en el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III) (Millon, 2011).

Esta aclaración tiene como finalidad respaldar la razón por la que se ha utilizado como tratamiento la TDC. La elevada cantidad de investigaciones en relación con el TLP han ayudado a tomar la TDC como enfoque con el que tratar el trastorno de personalidad negativista.

Ante estos hechos y tras observar en la investigación el gran apoyo empírico de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), propuesta para el tratamiento de pacientes límite, se decidió finalmente aplicar de manera novedosa esta terapia en una paciente con trastorno de personalidad negativista desafiante.

#### ○ **ESTUDIOS QUE AVALAN LA TDC**

Con respecto a las investigaciones acerca de la Terapia Dialéctica Conductual, se exponen ahora varias investigaciones que avalan su éxito como tratamiento.

En 2008, Lynch y Cheavens, citado por Cuevas y López (2012), realizaron un estudio en el cual se evidenció que los datos después de 6 meses de terapia dialéctica conductual indicaron mejorías significativas en la disminución de sintomatología depresiva, la expresión patológica de la ira y en el aumento del control de ansiedad percibido y el funcionamiento global de personas con trastorno de la personalidad del grupo C. Estos resultados preliminares apoyan la posible utilidad y eficacia de la TDC en este tipo de trastornos. Además, indicar que los efectos de este tratamiento fueron relevantes en la regulación de las emociones con la que estos pacientes tienen mayores problemas, como son los sentimientos de “no encajar” en el mundo ni con los demás. Otro efecto del tratamiento a destacar en este estudio es la mejoría obtenida en el nivel de funcionamiento general, objetivo fundamental en el tratamiento de los trastornos de la personalidad. Se considera que conseguir que los pacientes estén mejor adaptados en diferentes áreas vitales como la vida social, familiar y laboral es un logro importante. Por lo tanto, estos datos animan a pensar que esta aproximación podría servir para tratar los trastornos de la personalidad del grupo C (Cuevas y López, 2012).

Por otro lado, según Juanmartí y Lizeretti (2017), la TDC se muestra eficaz en la reducción de conductas autolíticas y autolesivas, en psicopatología general, funcionamiento global, depresión y ansiedad. Parece tener más incidencia sobre conductas auto-mutilantes mientras que las psicoterapias psicoanalíticas lo hacen en variables de regulación emocional. Por lo tanto, una psicoterapia eficaz para el TLP debería incluir algunos ingredientes, a priori esenciales, como la modificación de

esquemas mentales, la mentalización, la validación y valoración de la persona antes de intentar cualquier cambio.

Otros beneficios encontrados en un estudio llevado a cabo por Ribeiro (2015), tras aplicar terapia dialéctica conductual a pacientes diagnosticados de TLP, fueron: tener una mayor comprensión del funcionamiento interpersonal, una idea de su relación y la forma en que procesan la información sobre sí mismos y sobre los demás, mejora de la calidad de una relación cercana específica mediante el uso de habilidades TDC, el conocimiento de la posible función de patrones de comportamiento inadaptados y mayor uso de habilidades adaptativas y, por último, adquisición de experiencia e información con respecto a la conducción de la investigación psicológica. Además de estos resultados positivos, la comunidad científica se ha beneficiado potencialmente de una mayor comprensión de cómo el funcionamiento interpersonal puede afectar la satisfacción de la relación informada durante el curso del tratamiento TDC para TLP.

Con respecto al entrenamiento en habilidades de la TDC, en 2008, Stepp, Epler, Jahng y Trull, citado por Soler (2010), exploraron la relación entre el uso de habilidades y la mejoría de los síntomas de TLP, concluyendo que el uso total de habilidades se relaciona con la mejoría de síntomas del trastorno (mejoría global y específica en relación a la inestabilidad afectiva, problemas de identidad y problemas en el área interpersonal). Este hallazgo es interesante, ya que esta preferencia por las habilidades orientadas a la aceptación (p.e. mindfulness y tolerancia al malestar) podría indicar de algún modo una mayor utilidad.

De los trabajos en los que se han utilizado las habilidades como componente único de tratamiento destaca un estudio en el que se evaluó la eficacia de este entrenamiento para un grupo de sujetos con sintomatología asociada a la desregulación emocional (Neacsiu, Eberle, Kramer, Wiesmann y Linehan, 2014, citado por Soler, 2010). Para este estudio, se utilizó una combinación de habilidades de los 4 módulos (mindfulness, regulación emocional, efectividad interpersonal y tolerancia al malestar). Se utilizan habilidades para aprender a reducir la vulnerabilidad a la desregulación emocional, manejar crisis, aumentar el control atencional sobre los estímulos emocionales y manejar la activación fisiológica asociada a las emociones. Un total de 44 sujetos con síntomas depresivos y/o ansiosos y alta desregulación emocional fueron aleatorizados a 2 intervenciones grupales, una de entrenamiento en habilidades de la TDC y la otra de tratamiento habitual de los servicios. Los resultados indican la superioridad de los módulos de entrenamiento en habilidades en la disminución de la desregulación emocional, el aumento de uso de habilidades y la disminución de la ansiedad, pero no de la depresión (Soler, 2010).

## ➤ TERAPIAS PARA EL TLP

Existen varias terapias que sirven para tratar el TLP, como son la psicodinámica mediante la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT) y la Psicoterapia Basada en la Mentalización (MBT); la cognitiva con la Terapia Cognitiva de Beck (TCB), la Terapia Cognitiva Centrada en Esquemas de Young y la Terapia de Valoración Cognitiva de Wessler; y cognitivo-conductual como el STEPPS (Sistemas de Entrenamiento para Predicción Emocional y Resolución de Problemas). Aunque decir que, de todas estas, la que ha mostrado tener una mayor evidencia empírica y la que ha sido más investigada ha sido la Terapia Dialéctica Conductual.

La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) es una modalidad de tratamiento psicológico descrita por primera vez como tratamiento estructurado para el TLP por la psicóloga norteamericana Marsha Linehan en 1993. Esta terapia combina técnicas cognitivo-comportamentales y técnicas basadas en la aceptación. El objetivo fundamental del tratamiento es que el paciente aprenda a modular la emocionalidad extrema, reduciendo las conductas desadaptativas dependientes del estado de ánimo, y que aprenda a confiar y validar sus propias experiencias, emociones, pensamientos y comportamientos.

La terapia cognitivo-comportamental se centra en conseguir la resolución de problemas emocionales a través del cambio comportamental y cognitivo, y la TDC pone el énfasis en la aceptación y la validación, para desde ahí conseguir el cambio. Según el modelo de Linehan, los individuos con este trastorno con un TLP han sufrido la invalidación por parte del ambiente, recibiendo el mensaje de que su forma de pensar, comportarse y sentir es errónea y que tienen que cambiar. Cuando se presenta un tratamiento cognitivo-comportamental a este tipo de pacientes, se corre el riesgo de que interpreten la base lógica del tratamiento como el mensaje que siempre han escuchado por parte de su ambiente. Esto puede provocar que el paciente adopte una actitud defensiva respecto a la terapia. Es por esto que sólo desde la aceptación, será posible el cambio (Navarro, Rodero, García Palacios y Arbona, 2010).

La Terapia Dialéctica Conductual pertenece al grupo de las terapias conductuales de tercera generación, la cual fusiona conceptos de las ciencias conductuales con la validación y el Mindfulness articulados por una filosofía dialéctica, buscando el equilibrio entre el cambio y la aceptación (Vásquez-Dextre, 2016).

La evidencia científica a favor de la eficacia de la TDC es amplia, fundamentalmente a favor de la reducción de conductas autolesivas, ideación suicida, hospitalizaciones, visitas a servicio de emergencia y a favor del aumento de la adherencia al tratamiento. También hay evidencia significativa de la TDC con respecto a otros trastornos y otras poblaciones, como adolescentes con síntomas de TLP y otras comorbilidades

psiquiátricas, trastorno de conducta alimentaria, trastorno por estrés postraumático y abuso de sustancias (Vásquez-Dextre, 2016).

Como se puede comprobar, la TDC está siendo adaptada para el tratamiento de otros problemas mentales vinculadas a la desregulación emocional, lo que ha contribuido a ampliar su aplicación a otras poblaciones clínicas. En este sentido, el entrenamiento en habilidades además se aplica como componente único de tratamiento, acumulando cada vez más evidencia en relación a su eficacia (Soler, 2010).

#### ○ **MODOS DE INTERVENCIÓN**

Para el caso clínico, se ha aplicado esta terapia y se ha organizado el tratamiento mediante el establecimiento de unas prioridades basadas en el nivel de severidad de la problemática del paciente. De esta forma, se establece una jerarquía que guía al terapeuta para saber “qué” tratar y “cuándo” tratarlo.

A su vez la terapia, se estructura en torno a cuatro modos de intervención (Linehan, 1993, citado por Soler, 2010):

1. Terapia individual.
2. Entrenamiento en habilidades.
3. Llamadas telefónicas
4. Grupo de consulta para terapeutas.

La estructura, las técnicas y el proceso terapéutico están diseñados con el objetivo de tratar las áreas problemáticas propias del trastorno: los problemas de inestabilidad emocional, las dificultades en las relaciones interpersonales, las conductas suicidas e impulsivas, la rigidez cognitiva y las alteraciones en la identidad. Para ello, incluye distintos modos de terapia, siendo la terapia individual la base del programa, pero ayudándose de terapia grupal para el entrenamiento en habilidades, consultas telefónicas para la generalización de las mismas y reuniones del equipo clínico para el seguimiento del caso (García Palacios, 2006, citado por Navarro *et al.*, 2010).

Como se verá más adelante, conviene decir ahora que, para este caso en concreto, no se aplicó el entrenamiento en habilidades de forma grupal, ya que no se daban las circunstancias adecuadas para que tuviera lugar, por lo que se adaptaron las sesiones a nivel individual.

Por otro lado, en esta terapia es importante conocer los distintos niveles de validación para su mejor comprensión y entender la esencia de la misma, así como las estrategias.

### ○ **NIVELES DE VALIDACIÓN**

El objetivo del cambio de conducta por sí mismo resulta un elemento aversivo para las personas con conductas asociadas al TPL, principalmente porque los hace sentir invalidados (Linehan, 1993). Por esta razón, las estrategias de aceptación promueven la comprensión de las conductas para que, dentro de este marco de validación, puedan identificarse los comportamientos inadecuados que deben ser objeto de modificación (Gempeler, 2008).

Al respecto, Linehan (1993), indica la existencia de seis niveles distintos de validación:

**1. Escuchando y observando:** Donde se mantiene una postura atenta e interesada.

**2. Reflexión certera:** Donde se provee resúmenes certeros de experiencias expresadas.

**3. Articulando lo no-verbalizado:** Donde se comunica lo que la persona puede estar pensando o sintiendo, pero que no ha dicho, indicando que el terapeuta está activamente involucrado en sus experiencias.

**4. Validando en términos de eventos pasados:** Donde se ayuda a la persona a dar sentido a las acciones o reacciones en términos de sus vivencias pasadas, así como, predisposición biológica.

**5. Validando en términos de las circunstancias actuales:** Donde se identifican las respuestas o acciones de la persona como funcionales en el momento específico, así se trata de normalizar el comportamiento con respecto al contexto actual.

**6. Genuinidad radical:** Donde se trata a la persona como capaz, efectiva y razonable, nunca de manera frágil.

### ○ **ESTRATEGIAS DIALÉCTICAS**

En este aspecto se hace énfasis en la integración de opuestos dentro de la Terapia Dialéctica Conductual. Este concepto implica entender que:

- Cada cosa está relacionada con todas las otras.
- El cambio es constante e inevitable.
- Los opuestos se pueden integrar para acercarse a la verdad (que está en constante evolución).

Linehan describe varias formas de implementar estas estrategias. El terapeuta tiene que estar buscando continuamente el equilibrio entre las tensiones que se producen en la terapia, entre la aceptación y el cambio, entre prestar atención a las

capacidades y las limitaciones o déficits. Este equilibrio se busca a través la revisión juiciosa de cada una de las situaciones traídas a la terapia, en las que se trata de que el paciente abandone su pensamiento dicotómico, y vaya haciendo suya una forma de pensamiento que ve la realidad como compleja y múltiple, que tolere sus contradicciones internas (Linehan, 1993, citado por Gempeler, 2008).

○ **FASES EN LA TDC**

El programa de tratamiento pasa por diversas fases, habitualmente de manera lineal (aunque no necesariamente). Así, por ejemplo, no se abordan conflictos emocionales hasta que el paciente no es capaz de manejar conductas que suponen una seria amenaza para sí mismo o para los demás. Las diversas fases contemplan, como se ha dicho antes, el manejo de las conductas de autolisis, el afrontamiento de conductas que repercuten negativamente en el éxito de la terapia, la validación de los conflictos emocionales, el aumento de la capacidad para regular las propias emociones y para mantener unas relaciones interpersonales satisfactorias (principalmente en formato grupal), elaboración de situaciones traumáticas anteriores, entrenamiento para la resolución de los problemas de la vida diaria y para la promoción del auto-respeto y finalmente, entrenar al paciente para mantener la alegría y para disfrutar de sus experiencias personales (Cuevas y López, 2012).

La intervención completa se estructura en tres fases (Linehan, 1993):

**1) Pre-tratamiento:** Se establece la relación terapéutica, las metas terapéuticas y los acuerdos entre paciente y terapeuta.

**2) Primera fase del tratamiento:** Tiene una duración de un año y se llevan a cabo las metas principales del tratamiento utilizando terapia individual, terapia de grupo, y consultas telefónicas, que se utilizan para ayudar al paciente a generalizar las habilidades y estrategias aprendidas en terapia a la vida cotidiana.

**3) Segunda fase del tratamiento:** dedicada al tratamiento del estrés postraumático, pero sin duración determinada. En 1998, Foa y Rothbaum, citado por Navarro *et al.* (2010), incorporan las técnicas cognitivo-comportamentales ya que es frecuente encontrar experiencias traumáticas en las historias de estos pacientes y/o dificultades en la elaboración de acontecimientos traumáticos o pérdidas.

**4) Tercera fase de tratamiento:** No tiene una duración específica, consistiría en que el paciente comience a plantearse y perseguir metas vitales realistas en distintas áreas como el trabajo, la familia, la pareja, etc. (Navarro *et al.*, 2010).

○ **TERAPIA INDIVIDUAL**

Las sesiones de terapia individual están enfocadas al mantenimiento de la motivación de la persona para seguir con el proceso de tratamiento. En este contexto, la intervención está totalmente focalizada en las particularidades y necesidades de la persona (Gempeler, 2008, citado por Ramírez Henderson y Vargas Madriz, 2012).

▪ **Jerarquía de objetivos**

La guía de esta modalidad de terapia es una jerarquía de metas terapéuticas que se abordan en función de su importancia. La jerarquía que se establece en la terapia individual es la siguiente:

1. **Reducción de las conductas suicidas y parasuicidas:** Crisis de conductas suicidas, actos parasuicidas, imágenes e impulsos suicidas intrusivos, ideación y expectativas suicidas.
2. **Reducción de las conductas que interfieren en la terapia:** Conductas que interfieren con el hecho de recibir terapia (no asistencia, no colaboración en sesión, no cumplimiento tareas), conductas que interfieren con otros pacientes (grupo) y conductas que desgastan al terapeuta.
3. **Reducción de las conductas que interfieran en la calidad de vida del paciente:** Abuso de sustancias, conductas sexuales de alto riesgo, dificultades económicas serias, conductas ilegales, relaciones interpersonales muy disfuncionales, conductas laborales disfuncionales, conducta de enfermedad disfuncional, conductas relacionadas con la forma de vivir, conductas disfuncionales de salud mental, otros trastornos del desfasado Eje I como, por ejemplo, el trastorno alimentario. Así, la mayoría de la sintomatología de trastorno alimentario se trataría como un problema que interfiere en la calidad de vida de los pacientes.
4. **Entrenamiento y práctica de estrategias básicas del tratamiento:** Solución de problemas, manejo de contingencias, reestructuración cognitiva, exposición, etc. Estas metas de tratamiento están jerarquizadas y se abordan en función de su importancia (García Palacios *et al.*, 2010).

Los objetivos terapéuticos específicos para cada paciente se organizan en función de esa jerarquía de prioridades. En la fase de retratamiento, las metas terapéuticas se organizan siguiendo esta jerarquía. Del mismo modo, el listado de prioridades ayuda al terapeuta y al paciente a centrar los objetivos en cada sesión. La estructura de la TDC permite que exista un orden pre-establecido respecto a los temas a tratar en la sesión (Navarro *et al.*, 2010).

▪ **Metas específicas**

Las metas acordadas entre la terapeuta y la paciente en el tratamiento individual se establecieron de acuerdo a la siguiente jerarquía:

- **Meta 1: *Reducción de las conductas suicidas y parasuicidas.***
  - a) Conductas suicidas y parasuicidas:* Actualmente, no existe ideación suicida recurrente, ni intentos de suicidio, aunque sí manifiesta deseos de morir en las ocasiones cuando está más triste. En cuanto a conductas autolesivas, ya no las lleva a cabo.
  - b) Conductas alimentarias:* Ahora reconoce que no tiene, pero se tienen en cuenta en el supuesto de que llegase a provocarse vómito autoinducido tras un atracón, dado que estas conductas eran recurrentes en el pasado.
  
- **Meta 2: *Reducir conductas que interfieran en la terapia.***
  - a)* Acudir a terapia puntual.
  - b)* Realización del diario TDC.
  
- **Meta 3: *Reducir conductas que interfieran en la calidad de vida del paciente.***
  - a) Relaciones interpersonales disfuncionales:* Aislamiento social, inactividad, problemas con la familia, pareja y amistades.
  - b) Conductas relacionadas con la forma de vivir:* Mejorar el funcionamiento independiente y autónomo.
  - c) Conductas disfuncionales de salud mental:* Ideas sobrevaloradas sobre la imagen corporal y mejorar el nivel de autoestima.

▪ **Solución de Problemas**

La resolución de problemas es un componente central en TDC y es un objetivo de cada sesión de psicoterapia individual. Además, los individuos a menudo se benefician al aprender nuevas habilidades para auto-calmar y regular la intensidad de sus respuestas emocionales (Linehan, 1993, citado por Ribeiro, 2015).

En un estudio, se examinó la relación predictiva entre las habilidades de resolución de problemas interpersonales y emocionales. Los resultados revelaron que la resolución inadecuada de problemas fue un predictor significativo del comportamiento objetivo para las mujeres diagnosticadas con TLP (Kehrer y Linehan, 1996, citado por Ribeiro, 2015). Estos hallazgos sugieren la necesidad de un tratamiento diseñado para dirigirse a las áreas de funcionamiento (es decir, la resolución de problemas),

acompañado por el aprendizaje de nuevas formas de funcionamiento más adaptativas a través del uso de habilidades específicas.

○ **ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES**

El objetivo de este entrenamiento es del aprendizaje de habilidades repartidas en cuatro módulos, a saber: habilidades básicas de conciencia, habilidades de efectividad interpersonal, habilidades de regulación emocional y habilidades de tolerancia al malestar (Linehan, 1993, citado por Agüero Gento *et al.*, 2014).

Con el término “habilidades”, Linehan hace referencia a la capacidad de saber usar los medios adecuados, así como de responder a las situaciones adaptativamente y con efectividad. En este sentido el tratamiento en la TDC se encuentra orientado al abordaje de conductas que puedan suponer una situación de riesgo vital para el paciente (conductas autolíticas o intentos de suicidio) y a enseñar y entrenar al paciente a poner en práctica conductas más adaptativas, reduciendo al mismo tiempo otras conductas que interfieren en el éxito de la terapia (no asistencia a las citas, abandono) para conseguir como objetivo final la validación de las propias experiencias personales (Navarro-Leis y López, 2013).

▪ **Metas de entrenamiento en habilidades**

Por un lado, las metas principales del entrenamiento en habilidades son aumentar las habilidades de aceptación (atención plena o mindfulness y habilidades de tolerancia al malestar) y las habilidades de cambio (habilidades de eficacia interpersonal y habilidades de regulación emocional) (Linehan, 1993, citado por García Palacios *et al.*, 2010).

En cuanto el orden que deben seguir los módulos, Linehan suele utilizar el que se va a exponer, aunque acepta la posibilidad de cambio en los mismos cuando se plantea un fin determinado.

El tratamiento en TDC incluye cuatro módulos de formación de habilidades (Navarro-Leis y López, 2013):

**1) Habilidades básicas de conciencia**

Incluyen 2 o 3 sesiones, aunque se revisan y amplían al inicio de cada uno de los otros módulos. Suponen una parte fundamental de la terapia. Se basan en prácticas orientales ancestrales adaptadas a la psicología de la conducta actual (mindfulness). Linehan distingue 6 Habilidades Básicas de Conciencia basadas en la Teoría del Mindfulness: 3 habilidades “Qué” (observar, describir y participar) y 3 habilidades “Cómo” (no enjuiciar, centrarse en una sola cosa en tiempo presente y ser efectivo).

El objetivo de las habilidades “Qué” es entrenar al paciente a desarrollar un estilo de vida en el que participe de sus experiencias con conciencia versus el estilo de

comportamiento habitual de los TLP, caracterizado por las conductas impulsivas. Para ello, se ejercita el paciente en la observación de su entorno, emociones y conductas, sin intentar hacer desaparecer las sensaciones que le producen. El paciente aprende a experimentar el momento tal como es, sin intentar cambiarlo. Las habilidades “Cómo” hacen referencia a la forma de llevar a cabo las habilidades “Qué”.

En este módulo de atención plena, juega un papel importante el mindfulness. El mindfulness se muestra como la base de distintas corrientes de meditación derivadas de la tradición budista, habiéndose incorporado recientemente a diversos modelos de tratamiento en intervención psicológica. Son muchas las definiciones que existen hoy día de mindfulness, pero todas coinciden en la observación de la realidad en el momento presente, sin juzgar y por medio de la aceptación (Kabat-Zinn, 2013). Aplicando el mindfulness en la TDC, permitimos al paciente atender al momento presente, para aceptar la experiencia tal cual es, abriéndose a ella, a pesar del dolor que podría propiciar o no, y a dejar pasar este tipo de experiencias para no quedar atrapado en el malestar que acarrear.

## **2) Habilidades de Efectividad Interpersonal**

La duración está en torno a 8 semanas. Serían comparables con el entrenamiento en asertividad y resolución de problemas interpersonales. Los sujetos con TLP poseen, en general, buenas habilidades interpersonales. El problema se plantea cuando intentan aplicarlas a situaciones específicas. Esto se explica por la aparición de respuestas emocionales incontrolables que inhiben la aplicación de las habilidades que ya posee la persona. Estas habilidades dependen a su vez de la mejoría simultánea del resto de las habilidades de los otros módulos.

## **3) Habilidades de regulación de las emociones**

Tratamos con un módulo de aproximadamente 8 semanas de duración. Los pacientes con trastornos como el negativista o el límite presentan emociones muy intensas y variables que los llevan a que no se puedan adaptar adecuadamente al ambiente en el que se mueven.

Gratz y Roemer (2004) han señalado que la conciencia que tenga el individuo acerca de sus estados emocionales es clave para su regulación. A algunas personas se les dificulta identificar y rotular sus emociones, y particularmente cuando la valencia de éstas es negativa. Pero además de su reconocimiento, se requiere que el sujeto ejerza algún grado de aceptación y tolerancia ante las emociones negativas, en lugar de ignorarlas, evitarlas o escapar de ellas. En un estudio se comprobó esto, afirmando que una regulación pobre de las emociones puede generar diversas consecuencias, entre ellas, un descontrol de los impulsos.

Desde la TDC, las dificultades que presenta el individuo para regular las emociones dolorosas son una de las causas más importantes de los problemas conductuales que padecen y la respuesta conductual desadaptativa a las mismas supone un intento para mitigar el dolor.

#### **4) Habilidades de tolerancia al malestar**

Este módulo tiene un periodo de tiempo de, aproximadamente 8 semanas. Para la TDC es importante que el paciente aprenda a aceptar y manejar el malestar. Este grupo de habilidades se encuentra muy vinculado al progreso en las habilidades básicas de conciencia, ya que tiene mucho que ver con la capacidad de aceptar las situaciones tal y como aparezcan en el momento presente sin juzgarlas, sin intentar cambiarlas, observando los pensamientos o acciones sin intentar controlarlos o detenerlos.

El entrenamiento en estas habilidades va principalmente dirigido a ofrecer una herramienta de supervivencia ante las crisis y a aceptar la realidad tal y como es. Linehan describe 4 grupos de estrategias de supervivencia ante la crisis: distraerse, proporcionarse estímulos positivos, mejorar el momento y pensar en los pros y los contras.

Es en este contexto grupal donde se trabajan las habilidades sociales y de comunicación asertiva, el entrenamiento en la solución constructiva de problemas, el manejo del estrés, así como, la regulación emocional o auto-control emocional que son propiciadas con mayor efectividad y eficiencia (Ramírez Henderson y Vargas Madriz, 2012).

Por otro lado, decir que la TDC incorpora procedimientos de intervención novedosos, que no son aplicados de forma sistemática desde otros modelos como, por ejemplo, la utilización simultánea del formato individual y grupal, o la posibilidad del contacto telefónico con el terapeuta en situaciones de crisis. Estas terapias mantienen un compromiso con la evaluación y la mejora en los resultados terapéuticos de los trastornos de personalidad. Además de la evidencia empírica que se acumula con respecto a la eficacia terapéutica en poblaciones concretas, desde este modelo se continúa realizando investigación básica destinada al perfeccionamiento de las técnicas y las estrategias de intervención. Es de prever un incremento en los próximos años de estudios que confirmen y mejoren la eficiencia de estas intervenciones, a la par que se van desarrollando las estrategias terapéuticas (Navarro-Leis y López, 2013).

## • MÉTODO

Para este estudio, se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el trastorno de personalidad negativista desafiante y la Terapia Dialéctica Conductual. Las bases de datos utilizadas fueron las siguientes: Dialnet, PubMed, ProQuest, Scopus y Web of Science. Dados los pocos resultados que se mostraron en las bases de datos, se optó finalmente por el código de búsqueda: “Terapia Dialéctica Conductual” y “Dialectical Behaviour Therapy and negativistic personality disorder”.

Se buscó en inglés y en español para ampliar la información acerca de la temática. Como filtros, se señaló que interesaban aquellos artículos que tuvieran texto completo y que se hubieran publicado desde 2000 hasta la actualidad. La última búsqueda se realizó a fecha 13 de febrero de 2018.

Para la realización de este trabajo, se han utilizado un total de 15 artículos, siendo 4 de Dialnet, 3 de PubMed, 3 de ProQuest, 3 Scopus y 2 de Web of Science. Además, en la bibliografía se añadieron 3 artículos más recomendados por el tutor académico, las referencias de todas las pruebas evaluativas aplicadas (12 pruebas, 14 referencias al añadir las traducciones al español), otros artículos citados (15 citados), y 5 libros utilizados. Por lo tanto, sumando todo equivale a un total de 52 referencias bibliográficas.

Con respecto al método aplicado en el caso clínico, el orden de las sesiones y las pruebas aplicadas ha sido el siguiente:

- 1. Entrevistas:** Se llevaron a cabo 5 sesiones, una vez a la semana desde noviembre del 2017 hasta enero del 2018. Para la recogida de información acerca del caso de MAR, se utilizaron la observación y la escucha activa.
- 2. Pre-tratamiento:** En este momento, se administraron varias pruebas psicológicas para recabar los datos necesarios sobre la paciente, con el fin de compararlos al final del tratamiento y ver los resultados. El pre-tratamiento fue el 20 de diciembre de 2017 y se realizó en una sesión de 1 hora y media aproximadamente.
- 3. Tratamiento:** En este caso, se ha aplicado Terapia Dialéctica Conductual, propuesta por Marsha Linehan (1993) debido a su gran apoyo empírico en el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad y sus beneficiosos resultados en este tipo de población.

Se aplicaron un total de 4 sesiones para la psicoterapia individual y 4 sesiones de entrenamiento en habilidades, trabajando un módulo distinto por

cada sesión. Como se puede ver, el número de sesiones es menor que en la terapia original. Al adaptarla para este caso, se dieron un total de 8 sesiones de una hora, una vez a la semana desde el 15 de enero de 2018 hasta el 19 de febrero del mismo año.

Con respecto al entrenamiento en habilidades, especificar que para este caso clínico no se ha podido llevar a cabo de forma grupal debido a las circunstancias dadas. No había un grupo con las características adecuadas para realizar los módulos que se corresponden con las sesiones grupales. Sin embargo, decir que se siguieron las indicaciones aportadas por Linehan adaptando los módulos de entrenamiento de habilidades de manera individual, basados en el “Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite” de la propia autora (Linehan, 2012).

**4. Post-evaluación:** Justo al terminar la TDC, se administraron las mismas pruebas que en el pre-tratamiento y se siguieron las condiciones que hubo en la primera evaluación. Las pruebas fueron aplicadas en una sesión de una hora y media el día 19 de febrero de 2018.

**5. Evaluación de seguimiento:** Por último, después de un mes desde que se aplicó el post-tratamiento, se cita a la paciente para realizar la evaluación de seguimiento, siendo iguales las pruebas administradas y completándolas en el mismo tiempo que en evaluaciones pasadas.

Como se puede comprobar, las fases originales tienen una duración mayor en el tiempo. Sin embargo, para este caso en concreto era imposible seguir estas pautas de manera exacta dadas las circunstancias que había. El tiempo para tratar a la paciente era menor, de unos 2 meses aproximadamente; además, de que no había suficientes personas como para crear una terapia de grupo. Por todo esto, se adaptó el tratamiento original a este caso, siendo exclusivamente sesiones individuales tanto de psicoterapia como de entrenamiento en habilidades, además de la reducción de horas de terapia.

- **DESCRIPCIÓN DEL CASO**

- **PARTICIPANTE: COMENTARIO DEL CASO**

MAR es una mujer de 20 años de edad, estudiante de tercer año del grado de Magisterio Infantil en la Universidad de Almería (explicar que el nombre de MAR es un nombre inventado, que no se corresponde con el nombre real de la paciente). Actualmente, vive en un piso en la misma ciudad con su novio (JN) y con otra pareja, en la que la chica es amiga de la paciente (MN).

Con respecto a la familia de origen, ella es la mayor de las 3 hermanas. Su siguiente hermana (HA) tiene 17 años y la menor (HI), 11. Su padre tiene 51 años, es autónomo y tiene varios negocios. Es por esto que la paciente apenas tenga trato con él debido a que la mayor parte del tiempo la pasa fuera de casa. Por último, mencionar a su madre que tiene 49 años, es ama de casa y entre la paciente y ella no hay buena relación.

En el área familiar, MAR explica en varias sesiones, que ha tenido muchas discusiones con su madre desde los 10 años, llegando incluso al maltrato psicológico y físico por parte de la madre.

La paciente está enfadada con ella porque cuando MAR tenía unos 10 años, la madre cambió de actitud debido a que, en esta época, MAR sacó un 5 en un examen y cuando su madre se enteró, la metió en el baño y le pegó. Otro acontecimiento que recuerda MAR con dolor es el del castigo que le pusieron en el colegio por algo que ella no hizo y que no fue capaz de desmentir por miedo a enfrentarse a la chica que realmente era culpable. Una compañera de clase de la paciente, a la que se nombrará como PMM, hablaba por “Messenger” con una profesora con el fin de ganarse su amistad y que ésta le facilitara las preguntas de un examen que realizarían más adelante. Al intentarlo una vez y no conseguir su objetivo, PMM se hizo pasar por MAR para ver si de esta manera podía obtener la información que quería. Al fracasar por segunda vez, PMM insultó a la profesora, y ésta al pensar que era MAR, al día siguiente castigó a la paciente, que no era culpable. Tras varios días de castigo, MAR le dijo la verdad a la profesora, pero ésta no la creyó. Además, la madre de MAR fue informada de que su hija había sido castigada y fue con MAR en persona para que la paciente pidiera disculpas a la profesora. Años más tarde, en el verano de 2017, MAR le volvió a relatar la historia a su madre desde su punto de vista y, como respuesta, la madre quedó extrañada y le preguntó que por qué no se lo explicó antes, a lo que MAR contestó que porque era muy pequeña y no sabía qué era lo que tenía que haber hecho. Ahora indica que sí lo sabe. Añade al final de esta historia, que sus padres no le enseñaron a pedir perdón y que ella lo ha ido aprendiendo con los años.

Actualmente, MAR explica que sus padres no le muestran ni le han mostrado apoyo en los últimos años, además de que se dirigen a ella en múltiples situaciones con palabras desmotivadoras. Incide en que no puede hablar en casa porque si lo hace puede torcerse la situación, llegando a discusiones con sus padres. Por otro lado, no parece que la paciente haya recibido suficiente refuerzo positivo (ni verbal, ni físico) por parte de sus padres cuando ha llevado a cabo una conducta aceptada por ellos.

Probablemente, éstas sean algunas de las razones por las que ella declara que siente odio hacia sus padres, en especial hacia su madre. No obstante, con sus hermanas se lleva bien.

En el ámbito social, también encuentra problemas a la hora de relacionarse. Por un lado, está la relación con su pareja, JN, con quien lleva saliendo 2 años. Él no se muestra muy atento con ella, discuten y ha habido flirteos con otras personas por ambas partes debido a que la situación sentimental entre ellos no era muy fuerte. En varias ocasiones de la convivencia en pareja y en grupo en el piso, JN le ha hecho comentarios dañinos hacia su persona, lo que ha desencadenado más peleas y una disminución de la autoestima y dignidad de la paciente. Añadir también, la relación amor-odio que tiene hacia su amiga y compañera de piso, MN. Según explica MAR, MN es egoísta y un poco “dictadora”. Quiere saber en todo momento qué hace MAR y el resto de miembros de la vivienda. Por ejemplo, si la paciente compra algún producto nuevo, la compañera quiere lo mismo o algo mejor, teniéndolo en poco tiempo para después presumir delante de todos de ello. A MAR esto le incomoda mucho y ha hablado con ella para solucionarlo, pero MN acaba siempre teniendo la misma conducta. Sin embargo, cuando MAR ha estado mal a nivel emocional, MN la ha escuchado y se ha convertido en una fuente de apoyo en los momentos complicados de la paciente.

Por último, a nivel personal la paciente reconoce que hay muchos aspectos de ella misma con los que no se encuentra satisfecha y que querría mejorar. En primer lugar, afirma tener un bajo nivel de seguridad en sí misma y que siente que es “una montaña rusa de emociones”. No se siente aceptada por los demás siendo tal cual es. Ella explica que en ocasiones tiene un patrón de comportamiento que desde fuera podría identificarse como infantil, pero que con eso ella es feliz. Se define como una persona alegre, cantarina, divertida y que le gusta hacer “tonterías” para hacer reír a los demás. Sin embargo, reconoce que esto no es aceptado por la mayoría de las personas a su alrededor, salvo por sus compañeros de piso.

Por otro lado, se encuentra el problema de las relaciones sociales, dado que como sabe que es fácil discutir con ella, tiende a veces a evitar situaciones por tal de no estropearlas y no perder amistades. Un ejemplo fue la pérdida de la amistad de 2 amigas a causa de varias discusiones entre ellas.

Además de estos problemas interpersonales, MAR expresa su deseo de hacer un cambio de universidad con el fin de no volver a encontrarse a sus amigas en clase. Esto demuestra claramente un patrón de conducta evitativa. Al final, no se cambió de universidad y continúa en la de Almería. Pasado un tiempo y tras la reconciliación con JN, ella le relató la historia y la reacción de él fue la de apoyarla y estar a su lado. Con esto, MAR afirma que él ha estado ahí a lo largo de su relación, aunque en ocasiones se dan un tiempo.

Para entender mejor la relación de pareja entre la paciente y su novio, MAR comentó en una entrevista el incidente por el cumpleaños de JN. En Navidades, fue el

cumpleaños de su novio y MAR no acudió a su celebración con la familia de él porque tenía una cena con sus compañeros de la universidad. Comenta que a él le sentó mal que se fuera con sus amigos a la cena en vez de irse con él y con su familia. Como desde entonces hasta San Valentín, él estaba molesto con ella a pesar de las disculpas de la paciente, ella decidió preparar un plan romántico para compensar aquel error. Se preocupó en que fuera sorpresa, iba arreglada y pensaba invitarlo al cine. Al parecer, todo salió bien y tras esto han estado bien el uno con el otro.

Una vez comentado el hecho anterior, se percibe que probablemente surgieran problemas debido a la falta de comunicación en la pareja. Es por esto que se debe trabajar este aspecto con la paciente, y explicar que lo importante para que haya confianza en una pareja es que hablen y sean sinceros, sin llegar a hacer daño al otro, consiguiendo de esta manera, alcanzar un equilibrio en la relación de pareja.

### ➤ **DEMANDA DE AYUDA E HISTORIA CLÍNICA**

MAR acude a consulta en busca de ayuda por diversos problemas personales, familiares y sociales. Durante todas las sesiones se ha mostrado colaborativa y dispuesta a mejorar su situación por propia voluntad.

En cuanto a la historia clínica, indica que anteriormente ha tenido un par de conductas autolíticas y que en varias ocasiones se ha planteado el suicidio en el pasado. Actualmente, explica que esto ya no es así, pero que no está satisfecha con su vida y que no se siente aceptada por los demás.

Ha acudido a consulta de psiquiatría y le recetaron fluoxetina, una vez al día durante 2 meses. MAR incide en que, si bien es cierto que se encontraba mejor a nivel anímico, no le gustaban los efectos secundarios del tratamiento farmacológico, por lo que, por propia decisión, optó por ir reduciéndose las dosis hasta acabar quitándose de la medicación. Afirma que prefiere trabajar a nivel psicológico antes que farmacológico dado que se ve capaz de conseguirlo sin necesidad de medicinas.

A esto hay que sumarle un sobrepeso que dice quiere quitarse. Comenta que ha llegado a esta situación dada su tendencia a resguardarse en la comida cuando tiene ansiedad, estrés o tristeza. Se decanta por productos con alto contenido en azúcar como bollería y chocolate, los cuales dice que prefiere debido al placer que siente al comerlos. Sin embargo, esto hace que ella no se sienta segura de sí misma a causa de su físico. Ha intentado en muchas ocasiones adelgazar, pero sin resultado. Volvía al final al mismo mal hábito. No obstante, afirma que ahora va a ser distinto y que desea que en esta ocasión tenga éxito en el cambio.

## ➤ PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN

Para realizar la evaluación de la paciente, se llevó a cabo la recogida de información por medio de varios métodos como son la entrevista, la observación y múltiples pruebas psicológicas.

El pre-tratamiento se centró en la realización de un análisis de las principales áreas de funcionamiento afectadas en la paciente. La principal fuente de malestar era la inestabilidad afectiva (tristeza, odio, ansiedad, culpa y alegría) que causaba una desregulación en diferentes aspectos como:

**1. Identidad:** Sentimientos de vacío, ineficacia, indefensión aprendida, confusión y distorsión de la imagen corporal.

**2. Cognitiva:** Rigidez cognitiva, pensamiento caracterizado por pensamientos de todo o nada; pensamientos de devaluación: “no valgo”, “mis padres piensan que soy inútil”; ideas sobrevaloradas respecto al cuerpo/peso/comida: “tengo que adelgazar”, “no estoy cómoda con el cuerpo que tengo”.

**3. Comportamental:** Impulsividad extrema: atracones seguidos de vómitos autoinducidos, respuestas y palabras agresivas en determinadas ocasiones.

**4. Interpersonal:** Relación de pareja inestable, discusiones con familiares, pareja y compañeros de piso.

Se hicieron varias entrevistas para recabar todos los datos que fueran necesarios a la hora de comprender la problemática de la paciente. Se realizaron antes de comenzar el tratamiento y fueron administradas en 5 sesiones de alrededor de una hora de duración. Antes del tratamiento, la paciente completó varias pruebas psicológicas como fueron (ver anexo 2, página 72):

- **Inventario Multiaxial de Millon (MCMI-III, Millon, 2011):** Evaluación rápida y eficaz de los trastornos de personalidad y de sus síndromes clínicos, para población adulta, aplicación individual, de una duración de 20 a 30 minutos.

Esta prueba se compone de varias categorías y escalas diagnósticas, entre ellas, las escalas de validez, divididas en sinceridad, deseabilidad social y devaluación; los patrones clínicos de la personalidad, de los tipos esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo, compulsivo, negativista y autodestructivo; la patología grave de la personalidad esquizotípica, límite y paranoide; los síndromes clínicos, como ansiedad, somatomorfo, bipolar, distímico, dependencia del alcohol, dependencia de sustancias y estrés post-traumático; y por último, los síndromes clínicos graves, divididos en trastorno del pensamiento, trastorno delirante y depresión mayor.

- **Cuestionario Multidimensional de Evitación Experiencial (MEAQ, Gámez, Chmielewski, Kotov, Ruggero y Watson, 2011):** En esta prueba se averigua el nivel de evitación experiencial del sujeto. Es individual y para adultos.

Las escalas del MEAQ se organizan en: evitación conductual, aversión a la angustia, resistencia a la angustia, procrastinación, distracción y supresión, regresión y negación y puntuación total.

- **Test de los 90 Síntomas (SCL-90-R, Derogatis y Cols, 2002):** Este inventario permite evaluar una amplia gama de síntomas psicopatológicos. Se puede administrar a partir de los 13 años, de manera individual, y se tarda en rellenarlo de 12 a 15 minutos.

En esta prueba, son 9 las dimensiones de síntomas, que se dividen en: somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo. Además, cuenta con un apartado de ítems adicionales relacionados con el apetito, sueño, pensamientos de muerte y sentimientos de culpa, y de índices globales, compuestos por el índice de severidad global, el total de síntomas positivos y el índice de malestar positivo.

- **Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II, Barraca, 2004):** Este cuestionario es una escala auto-aplicable tipo Likert que permite medir la evitación experiencial y la inflexibilidad cognitiva, en función de las respuestas dadas en una lista de 7 afirmaciones con 7 opciones de respuesta, que van de “nunca es verdad” a “siempre es verdad”, según las creencias de la persona. Es una prueba individual y para adultos.

- **Escala de Experiencia del YO (EOSS, Parker, Beitz y Kohlenberg, 1996) (Valero-Aguayo, Ferro-García, López-Bermúdez, De Los Ángeles Selva-López y Huralde, 2014):** Es un cuestionario de evaluación de la experiencia del yo y se divide en 4 secciones. La sección 1 valora de forma general la experiencia del yo. La sección 2 estima la expresión de necesidades, opiniones, actitudes y acciones con personas conocidas o no conocidas. La sección 3 calcula la expresión de necesidades, opiniones, actitudes y acciones ante personas familiares, seres queridos y relaciones estrechas y, por último, la sección 4 evalúa la concepción del yo en cuanto a espontaneidad, creatividad, opiniones y críticas tanto en relación a otras personas como cuando está solo.

- **Inventario de Depresión de Beck (BDI, Beck, Steer, Brown, Sanz y Valverde, 2011):** Creado por Beck, es un cuestionario que sirve para medir el nivel de severidad de depresión. Los niveles de depresión pueden oscilar entre puntuaciones bajas (0-10) con altibajos considerados normales y niveles de depresión extrema (más de 40). A partir de una puntuación de 17, se indica que pueda necesitar ayuda profesional, ya que se corresponde con estados de depresión intermitente.

- ***Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck y Steer, 2011) (adaptación española de J. Sanz)***: Del mismo autor que el BDI, esta es una evaluación breve de la existencia y severidad de ansiedad. Se aplica a partir de 13 años y de forma individual.

Las puntuaciones oscilan entre 0 y 63, siendo los resultados: ansiedad baja (0-21), ansiedad moderada (22-35) o ansiedad severa (más de 36).

- ***Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965)***: Es un cuestionario que sirve para explorar la autoestima de la persona en cuanto a sentimientos de valía y respeto por uno mismo. La escala consta de 10 ítems, 5 son positivos y 5 negativos, y dependiendo de las puntuaciones, la autoestima puede ser baja (menos de 25), media (26-29) o elevada (30-40).

- ***Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE, Watson y Friend, 1969)***: Sirve para medir el grado en el que las personas muestran aprensión cuando prevén que pueden ser evaluadas negativamente. Es individual y para población adulta.

Las puntuaciones de esta escala van desde el bajo temor (0) a alto temor a ser juzgado negativamente por los demás (30). El punto de corte propuesto para distinguir a la población sana de la aquejada de ansiedad social es de 22-24.

- ***Escala de Evitación Social (SAD, Watson y Friend, 1969)***: Hecha por los mismos autores anteriores, permite evaluar el nivel de evitación y malestar social y está indicada para población adulta. De los ítems, la mitad estima los aspectos conductuales de la ansiedad (evitación) y la otra mitad, los aspectos subjetivos (ansiedad experimentada). En cuanto a las puntuaciones, se encuentran en un rango de 0 a 28, estando el punto de corte entre 18-20 para considerar que una persona presenta ansiedad social.

- ***Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS, Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985)***: Evalúa los aspectos cognitivos del bienestar y satisfacción vital del sujeto. Enfocado a población adulta y se administra de manera individual.

Dependiendo de las puntuaciones obtenidas, se obtiene un índice de felicidad subjetiva (de menor a mayor): muy insatisfecho (5-9 puntos), insatisfecho (10-14), ligeramente por debajo de la media de satisfacción vital (15-19), ligeramente satisfechos (20-24), satisfechos (25-29) y altamente satisfechos (30-35).

- ***Escala de Afectos Positivos y Negativos (PANAS, Watson, Clark y Tellegen, 1988) (en español, SPANAS, Joiner, T., Sandin, B., Chorot, P., Lostao, L., y Marquina, G., 1997)***. Es un cuestionario de autoinforme con 20 ítems, que mide el afecto positivo y negativo de la persona. La dimensión de afectos positivos está estrechamente relacionada con lo hedónico y permitiría al sujeto sentirse alerta, participativo y

gratificante. Por el contrario, los afectos negativos se correlacionarían con estrés psicofisiológico. Con respecto a la puntuación, el mínimo es 10 y el máximo, 50.

Se administraron todas estas pruebas tanto en el pretratamiento como en el postratamiento y evaluación de seguimiento.

Una vez completada la evaluación pre-tratamiento, la paciente comenzó con la intervención en TDC durante 2 meses. En este tiempo, la paciente tenía una sesión semanal de una hora de duración de psicoterapia individual y de entrenamiento en habilidades, también de forma individual. Tras el tratamiento, la paciente volvió a cumplimentar las pruebas psicológicas administradas en la fase de pre-tratamiento. Al mes de la post-evaluación, se llevó a cabo la evaluación de seguimiento, con el fin de comparar los resultados de las 3 evaluaciones y así, identificar los cambios que había habido después del tratamiento.

#### ○ **EVALUACIÓN INICIAL**

La evaluación inicial supone un punto importante de partida para saber cuál es el procedimiento de intervención más adecuado para este caso.

A continuación, se exponen los resultados de la evaluación inicial. Es importante aclarar desde el principio, que en la tabla 2 se exponen varias de las pruebas con sus correspondientes puntuaciones de la fase del pre-tratamiento. Sin embargo, no están todas, sino que aquellas escalas que son multifactoriales se presentan en las tablas siguientes, en concreto, de la 3 a la 9.

**Tabla 2**

Medidas de autoinforme de la evaluación inicial.

<b>Medidas de autoinforme</b>	<b>Resultados PRE-Tratamiento</b>
<b>AAQ-II</b>	<b>42/49</b>
<b>BDI</b>	<b>11/63</b>
<b>BAI</b>	<b>31/63</b>
<b>Escala de Autoestima de Rosenberg</b>	<b>25/40</b>
<b>SWLS</b>	<b>17/35</b>

**Tabla 3**  
Resultados del MCMI-III en la fase del pre-tratamiento

<b>MCMI-III</b>		
<b>Categoría</b>	<b>Escalas diagnósticas</b>	<b>Puntuación</b>
		<b>PRE</b>
<b>Escalas de validez</b>	Sinceridad	87
	Deseabilidad Social	40
	Devaluación	73
<b>Patrones clínicos de la personalidad</b>	Esquizoide	59
	Evitativo	70
	Depresivo	61
	Dependiente	65
	Histriónico	29
	Narcisista	35
	Antisocial	57
	Agresivo (sádico)	59
	Compulsivo	14
	<b>Negativista (pasivo-agresivo)</b>	<b>102</b>
	Autodestructivo	55
	<b>Patología grave de la personalidad</b>	Esquizotípico
Límite		67
Paranoide		72
<b>Síndromes clínicos</b>	Ansiedad	86
	Somatomorfo	53
	Bipolar	62
	Distímico	71
	Dependencia del alcohol	62
	Dependencia de sustancias	56
	Estrés Post-traumático	59
	<b>Síndromes clínicos graves</b>	Trastorno del pensamiento
Depresión mayor		56
Trastorno delirante		73

**Tabla 4**

Resultados del MEAQ en la fase del pre-tratamiento

	<b>Escalas</b>	<b>PRE</b>
<b>MEAQ</b>	<i>Evitación conductual</i>	<b>44/66</b>
	<i>Aversión a la angustia</i>	<b>52/78</b>
	<i>Procrastinación</i>	<b>24/42</b>
	<i>Distracción y supresión</i>	<b>25/42</b>
	<i>Represión y negación</i>	<b>34/78</b>
	<i>Resistencia a la angustia (ES BUENO)</i>	<b>37/66</b>
	<i>Puntuación total</i>	<b>219/317</b>

**Tabla 5**

Resultados del SCL-90-R en la fase del pre-tratamiento

	<b>Escalas</b>	<b>PRE</b>
<b>SCL-90-R</b>	<i>Somatizaciones</i>	<b>12/48</b>
	<i>Obsesiones y compulsiones</i>	<b>29/40</b>
	<i>Sensibilidad interpersonal</i>	<b>23/36</b>
	<i>Depresión</i>	<b>38/52</b>
	<i>Ansiedad</i>	<b>21/40</b>
	<i>Hostilidad</i>	<b>9/24</b>
	<i>Ansiedad fóbica</i>	<b>7/24</b>
	<i>Ideación paranoide</i>	<b>20/24</b>
	<i>Psicoticismo</i>	<b>11/40</b>
	<i>Índice de Severidad Global</i>	<b>2,03/4</b>
	<i>Total de Síntomas Positivos</i>	<b>187/360</b>
	<i>Malestar Sintomático Positivo</i>	<b>0,98/1</b>
<i>Ítems adicionales</i>	<b>13/28</b>	

**Tabla 6**

Resultados del EOSS en la fase del pre-tratamiento

	<b>Secciones</b>	<b>PRE</b>
<b>Escala de Experiencia del Yo (EOSS)</b>	Sección I	<b>34/49</b>
	Sección II	<b>43/70</b>
	Sección III	<b>31/70</b>
	Sección IV	<b>44/70</b>
	Total	<b>152/259</b>

**Tabla 7**

Resultados del FNE en la fase del pre-tratamiento

Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE)	Escalas	PRE
	<i>Puntuación Positiva</i>	<b>11/13</b>
	<i>Puntuación Negativa</i>	<b>17/17</b>
	<i>Puntuación Total</i>	<b>28/30</b>

**Tabla 8**

Resultados del SAD en la fase del pre-tratamiento

Escala de Estrés y Evitación Social (SAD)	Escalas	PRE
	<i>Puntuación Positiva</i>	<b>8/14</b>
	<i>Puntuación Negativa</i>	<b>10/14</b>
	<i>Puntuación Total</i>	<b>18/28</b>
	<i>Evitación</i>	<b>4/14</b>
	<i>Ansiedad</i>	<b>8/14</b>

**Tabla 9**

Resultados del SPANAS en la fase del pre-tratamiento

Escala SPANAS de Afecciones Positivas y Negativas	Escalas	PRE
	<i>Afecciones Positivas</i>	25/50
	<i>Afecciones Negativa</i>	30/50

Tras el análisis de los datos obtenidos en la evaluación inicial, es relevante destacar el elevado nivel de personalidad negativista de la paciente, además de la psicopatología que se muestra en la prueba SCL-90-R. Más adelante, en el apartado de “Resultados” (pág. 54), se explica más detalladamente los grandes cambios que ha habido desde antes hasta después del tratamiento.

Analizando la tabla 3, se puede ver que en el MCMI-III ha obtenido una puntuación elevada en patrón clínico negativista. A esto hay que sumarle los niveles que presenta de evitación experiencial, siendo éstos medio-altos en el MEAQ y el AAQ-II.

En cuanto al malestar indicado en el SCL-90-R (tabla 5), se encuentra en el límite dentro del rango de normalidad. Se muestra claramente la patología en esta prueba, con puntuaciones que superan la media en “obsesiones y compulsiones”, “sensibilidad interpersonal”, “ansiedad fóbica”, “ideación paranoide” e “índice de severidad global”.

Con respecto al EOSS, en la sección I muestra que hay un cierto control público del yo. No presenta depresión como indica el BDI, pero sí una ansiedad moderada como se ve en el BAI. En cuanto a la escala de Rosenberg, las puntuaciones señalan que la paciente tiene una baja autoestima.

Por otro lado, en el FNE se observa que MAR tiene un alto temor a la evaluación negativa. Mientras que, en el SAD, muestra niveles medios de estrés y evitación social. En el SPANAS, la paciente presenta puntuaciones medias en afecciones positivas, pero algo elevadas en las negativas.

Para terminar, decir que, según el SWLS, los niveles están ligeramente por debajo de la media, lo cual significa que tiene pequeños problemas, pero significantes en varios aspectos de su vida.

Como se ha podido comprobar, los datos obtenidos en las distintas pruebas evaluativas se relacionan con las características del trastorno de personalidad negativista desafiante. Un ejemplo es la inestabilidad emocional que se deduce de la baja autoestima, ansiedad, malestar, afecciones negativas, etc.

#### ○ **ANÁLISIS FUNCIONAL**

El Análisis Funcional (AF) es una herramienta muy importante tanto para el terapeuta como para el paciente. Con respecto al terapeuta, le ayuda a organizar la intervención, mientras que, al paciente lo hace en términos funcionales que lo llevan a percatarse de cómo es su conducta y cuáles son sus consecuencias.

Según el tratamiento de la TDC, es importante llevar a cabo análisis funcionales con la paciente para que comprenda sus conductas, qué hace que se comporte de la manera en la que lo hace y qué ocurre después. Para una mayor comprensión, explicar que un análisis funcional consiste en analizar las conductas problema del paciente, además de aquello que las generan y que las mantienen, cuáles son los antecedentes, las consecuencias y el ambiente en el que se dan. A lo largo de las sesiones del tratamiento, aparecerán varios análisis funcionales que se hicieron con la paciente, junto con su correspondiente justificación.

Teniendo en cuenta que, en el trastorno de personalidad negativista, uno de los puntos más destacables es la inestabilidad emocional, se podría abordar la etiopatogenia de MAR.

MAR, al presentar una ambivalencia en sus fuentes de refuerzo, oscila entre aproximarse y alejarse de los demás. No se regula adecuadamente a las situaciones dado que en ocasiones responde de manera egoísta cuando decide acceder a ayudar a los otros para después molestarse consigo misma. A continuación, se exponen 2 ejemplos de análisis funcionales:

▪ **Análisis funcional 1**

**Tabla 10**

Análisis funcional 1. Invitación al cine que termina en discusión entre la pareja

SITUACIÓN 1	RESPUESTA	CONSECUENCIA
MAR quiere invitar a su novio al cine y éste le contesta que prefiere quedarse en casa jugando a la videoconsola.	<b>Cognitiva:</b> “Me ha rechazado”, “prefiere jugar a los videojuegos antes que estar conmigo”, “no me quiere”. <b>Afectiva-emocional:</b> Miedo, inseguridad, tristeza, ira. <b>Motora:</b> Contestación agresiva.	Discusión entre ambos, MAR se va a otra habitación y al final, no van al cine.  - <b>A corto plazo:</b> Refuerzo negativo. - <b>A largo plazo:</b> Disminuye calidad de la relación con el novio.

▪ **Análisis funcional 2**

**Tabla 11**

Análisis funcional 2. Explicación de la discusión a compañera de piso

SITUACIÓN 2	RESPUESTA	CONSECUENCIA
MAR ha discutido con su pareja y habla de ello con su compañera de piso, MN.	<b>Cognitiva:</b> “Qué mala suerte tengo por el novio que tengo”, “voy a hablar con MN para ver si me entiende”, “tengo que desahogarme con ella”. <b>Afectiva-emocional:</b> Consuelo, seguridad, alivio. <b>Fisiológica:</b> Relajación muscular.	MAR se siente apoyada al ser escuchada por su compañera.  - <b>A corto plazo:</b> Refuerzo positivo. - <b>A largo plazo:</b> La amiga se implica más en su vida.

Como se puede comprobar, las tablas 10 y 11 muestran razones por las que la paciente presente inestabilidad emocional debida principalmente a la ambivalencia que tiene con las personas cercanas a ella. En la primera, hay un refuerzo negativo, dada la discusión que habían tenido anteriormente. Mientras que, en la segunda situación, MAR se siente apoyada y comprendida por su compañera de piso tras la disputa con el novio. Por lo tanto, en ocasiones se siente aceptada y en otras, lo contrario. Y éste es uno de los grandes puntos a destacar en este trabajo, la ambivalencia que muestra la paciente en su ámbito social.

Hay que aclarar que, la paciente al no priorizar sus valores, realiza tanto aproximaciones como alejamientos hacia las personas que le rodean, debido a las experiencias positivas y negativas que tiene con ellos. Por lo tanto, la ambigüedad de refuerzos es común en todas las relaciones que mantiene, y es esto lo que hace que al final, perpetúe su ambivalencia.

En cuanto a los análisis funcionales realizados con la paciente, se vio que, a través de éstos en las distintas situaciones problemáticas, la paciente fue aprendiendo a identificar los factores de mantenimiento que impedían la resolución de sus problemas. Comenzó a tomar conciencia de la necesidad de aprender a regular las emociones y a sustituir las conductas impulsivas por otras conductas más adaptativas.

#### ○ **TERAPEUTAS Y RELACIÓN TERAPÉUTICA**

El tratamiento tanto de psicoterapia como el entrenamiento en habilidades fue llevado a cabo, primordialmente, por la psicóloga M<sup>a</sup> José Aróstegui Ruiz, salvo una sesión de terapia individual dirigida por la psicóloga Josefa Patricia Martín Galera. Las sesiones tuvieron lugar en el centro de psicología Nexo en un ambiente adecuado para practicar una buena clínica. La formación de la psicóloga principal en Terapia Dialéctica Conductual era básica pero suficiente, dado que en todo momento estuvo supervisada por su tutor José Manuel García Montes.

Linehan pone el énfasis en la aceptación y en la validación de las experiencias del propio paciente, para a partir de aquí conseguir el cambio. Por ello el entorno terapéutico debe suponer un entorno validante, en el que los terapeutas comuniquen al paciente que sus creencias, expectativas y respuestas emocionales son comprensibles y tienen sentido en el contexto en el que hasta ahora se ha desarrollado su vida (Navarro-Leis y López, 2013).

En la TDC se entiende que la aceptación funciona como un reconocimiento del propio comportamiento y que esto no quiere decir que se apruebe ni que se esté de acuerdo con esto. En este sentido, el terapeuta solamente va a reconocer la adecuación del momento, así como de los comportamientos adoptados por la persona, ya que

fueron los acontecimientos precedentes los que indujeron al individuo a comportarse de cierta manera, considerando que cada comportamiento en su contexto presente es una estrategia de supervivencia ante un entorno psicosocial por naturaleza descalificante. Asimismo, el terapeuta va a esforzarse por encontrar la veracidad, la sabiduría y la adecuación en las respuestas de la persona, tratando de resaltar siempre estos aspectos positivos de su comportamiento (Linehan, 1993, citado por Ramírez Henderson y Vargas Madriz, 2012).

Algo muy importante a considerar son los factores ambientales que propician el evento, la descripción de la conducta problemática y las consecuencias de esta conducta. La base del tratamiento sería conseguir que los pacientes sean capaces de identificar esta polaridad y que adquieran la habilidad de ver que ambas posibilidades son posibles e integrarlas (síntesis). Es decir, es posible tener un trabajo competente, recibir elogios por parte de tus supervisores y mantener buena relación con tus compañeros (Navarro *et al.*, 2010).

**Habilidades particulares para la práctica de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC).**

- Capacidad para ofrecer explicaciones (p.j. la necesidad de jerarquizar la intervención, explicaciones sobre las características del trastorno límite de la personalidad).
- Conocimiento y soltura con técnicas de meditación, atención plena, etc. (para lograr aceptación de sentimientos, emociones, tolerancia al malestar, etc. y la validación personal).
- Manejo de habilidades “dialécticas” (integración ‘tesis’ y ‘antítesis’, superación de los problemas de polaridad y cambio continuo).
- Saber trabajar en grupo con otros terapeutas.
- Manejo de otras técnicas: exposiciones, control de contingencias, terapia cognitiva, entrenamientos en habilidades de comunicación, de resolución de problemas, de asertividad, etc.

*Figura 3.* Habilidades particulares para la práctica de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC). Extraído de Gempeler (2008).

Es importante indicar que antes del tratamiento, la paciente dio su consentimiento una vez le fue explicado en qué consistiría y con qué fin se realizaría.

## ➤ **DIAGNÓSTICO**

En primer lugar, es interesante tener en cuenta las características de personalidad que presenta la paciente. A continuación, se exponen los criterios que cumple según el DSM-V (APA, 2014):

○ **CARACTERÍSTICAS DE TRASTORNO NEGATIVISTA EN LA PACIENTE SEGÚN EL DSM-V.**

Teniendo en cuenta lo que se acaba de exponer, se comentan los ítems que cumple la paciente de este estudio de caso. Tras las sesiones iniciales y conocer por medio del MCMI-III su diagnóstico, se confirma que la paciente cumple con los criterios diagnósticos A, B y C, encontrándose en un nivel de gravedad grave, al aparecer síntomas en 3 o más entornos de la paciente (familia, compañeros de piso y amistades). Añadir que dentro del punto A, MAR se corresponde con 4 de los criterios diagnósticos del trastorno negativista de la personalidad, a saber:

- 1. A menudo pierde la calma:** La paciente reconoce que se exaspera con facilidad y que da contestaciones inadecuadas a sus familiares y amigos.
- 2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad:** MAR afirma que no es complicado que se moleste por algún comentario o crítica hacia ella, tomándose generalmente como una amenaza contra ella. Las relaciones con las personas de su alrededor no son estables debido a que ella tiende a crear una situación en la que con quien esté acaba discutiendo.
- 3. A menudo está enfadado o resentido:** La paciente explica que en muchas ocasiones está enfadada o resentida porque casi todos los días le ocurre algo que desencadena estos estados de ánimo.
- 4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y adolescentes:** Si bien es cierto que ya MAR es una persona adulta, de adolescente relata en varias ocasiones que se enfrentaba a sus padres verbalmente. Según refiere discute con ellos porque nunca se ha sentido apoyada por ellos, además de que ha recibido gestos y palabras desagradables y despectivas hacia ella. Se siente molesta y frustrada con facilidad al interactuar con ellos.

Ahora, se expone la variante a la que corresponde la paciente dentro del trastorno de personalidad negativista. Tras las sesiones de evaluación, tanto de observación como pruebas objetivas, MAR encaja con la definición de “el negativista dubitativo”. Desde el principio, ella afirma ser una “montaña rusa de emociones” y oscila de un extremo a otro en poco tiempo. Esta variante se caracteriza por la rapidez de la fluctuación e inestabilidad de las emociones y actitudes. Son frecuentes las explosiones temperamentales. Incapaces de desentrañar el origen de dichos cambios y los otros se sienten incómodos con ellos, ya que es muy complicado entender sus torbellinos emocionales (Millon, Davis, Millon, Escovar y Meagher, 2001).

La información descrita en el párrafo anterior es importante tenerla en cuenta a lo largo de este trabajo, ya que uno de los principales problemas de los que se aqueja la paciente es, concretamente, esta inestabilidad emocional. Es por esto y por lo explicado en la introducción, que se aplica la Terapia Dialéctica Conductual dado que es probable la posibilidad de que la paciente se beneficie de este tratamiento.

## ➤ **PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN**

Se aplicó una adaptación de la terapia dialéctica conductual para este caso de trastorno de personalidad negativista. Se combinaron varias formas de intervención como fueron psicoterapia individual, entrenamiento en habilidades con sus 4 bloques de atención plena, efectividad personal, regulación emocional y tolerancia al malestar, además de consultas telefónicas mediante llamadas y mensajes vía Whatsapp.

### ○ **PSICOTERAPIA INDIVIDUAL**

En referencia a la terapia individual, se siguió el formato estándar de la TDC de Linehan (1993). Se realizaron 4 sesiones individuales en 2 meses.

#### ▪ **OBJETIVOS**

De acuerdo a los objetivos, tanto el principal como los generales y los específicos, se acordaron conjuntamente entre la terapeuta y la paciente, estableciéndose de la siguiente manera:

##### **A. *Objetivo principal: Quererse a sí misma.***

Ella misma ha propuesto este objetivo dado que una vez ella se valore y quiera, podrá llevar una vida satisfactoria, sin que le afecte considerablemente las opiniones y acciones de otras personas.

##### **B. *Objetivos generales***

Cambiar los comportamientos desadaptativos por otros que sean adaptativos, adecuándose a las situaciones que se le presenten a la paciente por medio del domino de habilidades intra e interpersonales.

##### **C. *Objetivos específicos***

- Disminuir la inestabilidad emocional, impulsividad, confusión del yo, desregulación cognitiva y caos interpersonal.

- Aumentar la conciencia plena, eficacia interpersonal, regulación emocional y tolerancia al malestar.

Como se puede ver, la paciente cumple con varios de los problemas que se suelen tratar en la jerarquía de metas de la TDC, a destacar las de las conductas que interfieren en la calidad de vida, como son las relaciones interpersonales disfuncionales, las conductas relacionadas con la forma de vivir, conductas disfuncionales de salud mental.

#### ▪ **ESTRATEGIAS PRINCIPALES**

Para la reducción de las conductas desadaptativas en la psicoterapia individual, se aplicaron las siguientes estrategias:

- 1) Validación.
- 2) Potenciación de las estrategias adquiridas por la paciente en el entrenamiento en habilidades.
- 3) Revisión de las tareas para casa (auto-registros, etc.) con el consiguiente feedback que se daba en la siguiente sesión.
- 4) Análisis funcional de las conductas problema que se referían, principalmente a situaciones de relaciones interpersonales.
- 5) Solución de problemas mediante las técnicas aprendidas en el entrenamiento en habilidades.
- 6) Asignación de tareas para casa con el fin de afianzar el entrenamiento en habilidades aprendidas en cada sesión.
- 7) Consultas telefónicas en caso de necesidad o dudas acerca de la práctica de las habilidades del entrenamiento.

Se le confeccionó un diario de TDC a esta paciente con el fin de trabajar en la psicoterapia individual. Normalmente, lo rellenaba al inicio de las sesiones y apuntaba cuál era el hecho más problemático que había tenido durante la semana, teniendo en cuenta la jerarquía de objetivos. Luego, se trataba mediante análisis funcional, se relacionaba con su patrón de negativista de comportamiento y se trabajaba. Como recomienda Linehan, para reducir estas conductas es importante relacionar situaciones específicas de la paciente con su patrón general de funcionamiento. Desde esta perspectiva, la paciente aumentó su motivación para el cambio y estuvo más dispuesta para realizar cambios en su comportamiento con el objetivo de tener una vida con más significado personal. Lo realizable fue un dibujo que hizo con palabras con las que expresó "Quién soy yo", muy colorido, creativo y artístico (dibujo en el anexo 1, página 71).

#### ❖ **1ª SESIÓN DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL**

En esta sesión, MAR resume cómo ha pasado las Navidades e informa de que tiene proyectos nuevos con los cuales está ilusionada. Se ha apuntado al gimnasio y tiene

pensado hacer otro año más de carrera deliberadamente además de, en los próximos 4 meses, conseguir el carnet de conducir, el título de inglés B2 y llegar a estar en normo peso.

Destaca tanto por su lenguaje verbal como no verbal, la motivación que tiene con respecto a estos nuevos propósitos. Refiere que quiere ir varios días al gimnasio y cambiar sus hábitos como, por ejemplo, tomarse una onza de chocolate al día y no darse atracones de productos ultra procesados y altos en calorías.

Después, se le dio feedback de algunos resultados de los cuestionarios administrados antes de Navidades. A continuación, se le preguntó si ella creía que tiende a evitar personas y situaciones, a lo que reconoció que sí. Con esto se da pie para que ella piense cómo se comporta y a que se haga consciente de su patrón de conducta evitativa.

También dice que ella es “una montaña rusa de emociones” y que cada vez que se junta con gente, acaba estropeándolo, razón por la que no se relaciona todo lo que desea. Evita lo que cree que le va a hacer daño. Además, últimamente expresa que tiene pesadillas sobre gente que conoce y que le dicen que no la quieren o que está sola. Por todas estas razones, ha pasado las Navidades en el pueblo y no ha querido salir apenas, salvo con su familia.

Además, refiere que le da ansiedad pensar en la posibilidad de empeorar una situación, por lo que prefiere aislarse en su habitación para no mantener contacto con los de su alrededor. De esta manera, obtiene un beneficio a corto plazo que es la tranquilidad de la soledad. Sin embargo, explica que estando durante un periodo de tiempo con esta actitud, cambia de parecer, y decide volver a socializarse. Éste, es un claro ejemplo de la ambivalencia que muestra la paciente. Por un lado, comenta que le gusta estar rodeada de familiares, amigos y compañeros, pero según se den las circunstancias, cambia de un polo a otro, llegando a decir que le produce ansiedad estar con más personas, y finalmente opta por la evitación y el aislamiento.

Además, añadir que posee varias figuras de apoyo. Un ejemplo es su prima de 30 años, quien ha viajado mucho y que la anima a que haga cosas distintas y divertidas en la vida. Con respecto a estar otro año más en la carrera, su prima le da el visto bueno ya que, según ella, MAR es joven y con eso está invirtiendo tiempo. Su tía y su primo también apoyan a la paciente.

Al final, MAR confiesa que, en parte, no hacer este cuatrimestre y terminar la carrera un año más tarde es para no ver más a sus compañeros de la Universidad, dado que ahora pasa por un mal momento al haber perdido ciertas amistades por varias discusiones, entre ellas a la que era su mejor amiga.

Al final de la sesión, se establece cuál va a ser el objetivo principal, que es quererse a sí misma. Y es la propia paciente la que reconoce que una vez consiga esto, podrá irle bien con los demás porque se respetará y se cuidará.

### ❖ 2ª SESIÓN DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

En esta sesión, la paciente comenta que tuvo una discusión con su madre. A continuación, se procede a realizar un análisis funcional para entender la situación problemática.

#### ▪ Análisis funcional 3

**Tabla 12**

Análisis funcional 3. Discusión con la madre por la organización de la compra

SITUACIÓN 3	RESPUESTA	CONSECUENCIA
MAR ordena la compra en el frigorífico y la madre se enfada con ella por no colocarla como ella quiere.	<b>Cognitiva:</b> “Nunca hago nada bien”, “mi madre piensa que soy una despistada”. <b>Afectiva-emocional:</b> Enfado, frustración. <b>Motora:</b> Contestación agresiva de MAR a su madre y va a aislarse en su habitación.	Desciende el malestar y las posibilidades de que la riña más.  - <b>A corto plazo:</b> Refuerzo negativo. - <b>A largo plazo:</b> Empeora relación con la madre.

El acontecimiento de la organización de la compra hace ver la mala relación que hay entre MAR y su madre ya que surge una discusión relevante por un problema de la vida diaria y de la convivencia con los demás. Aislarse en su habitación funciona para la paciente como conducta evitativa, siendo un refuerzo negativo al dejar la discusión y obtener tranquilidad en soledad.

Tras esto, empieza a hablar sobre su madre. MAR refiere que su madre tiene una actitud histriónica y que, ante ciertas situaciones, pierde el control. Por otro lado, la paciente explica que su madre le comenta en ocasiones, que no sabe cómo hablarle a la paciente porque le asusta la posibilidad de que se peleen. Tras este comentario, MAR reconoce que se siente desvalorizada por su madre. Aquí, puede verse otra situación de ambivalencia. A la paciente le gustaría estar en una relación sana con su madre, pero no se siente valorada por ella, por lo que, sumando a esto, los problemas de la vida cotidiana, tiene como fin continuas discusiones entre madre e hija.

Por otro lado, MAR incide en que no puede hablar en casa porque si lo hace, puede torcerse la situación, llegando a discusiones con sus padres. Si ella hace algo mal,

sus padres la insultan. Después, MAR expresa que siente odio hacia sus progenitores, en especial hacia su madre, dado que con el padre no ha tratado tanto.

Al terminar con esta parte de la sesión, se procede a averiguar cuál es la figura a seguir de MAR. Según ella, no tiene una persona única como figura, sino que toma los mejores patrones de cada persona.

- *Prima*: Muy trabajadora, audaz y no le teme a nada. Capaz de llevar 3 trabajos y seguir hacia adelante.

- *Primo*: Aunque es un poco “gandul”, cuando decide hacer algo, se esfuerza y lo consigue.

- *Madre*: Muy limpia y organizada. Se organiza para que todo vaya bien.

- *Padre*: Salir siempre adelante. Empezó siendo camionero y ahora tiene 2 negocios.

- *HA (hermana mediana)*: Buenas notas con poco esfuerzo.

- *HI (hermana pequeña)*: Muy alegre.

A partir de aquí, se le pregunta qué es lo que más le gusta de ella, a lo que responde que su “locura” y “hacer el tonto”. Con esto quiere decir que es muy alegre, le gusta hacer reír a los demás y agradar. Además, reconoce ser sociable, tener creatividad e inventiva, ser muy “bailarina”, además de “presumida”, dado que le gusta arreglarse y cuidarse, y que si se descuida es solo hasta cierto punto. También dice ser estudiosa, aunque al inicio le cuesta trabajo, pero cuando lo hace, se esfuerza. Por último, también expresa que trata de buscar soluciones antes ciertos problemas y mejorar en todos los aspectos de su vida dentro de sus capacidades.

Dice que en el piso con sus amigos puede mostrarse más tal y como ella es, algo que no puede hacer en casa. Es ésta una de las razones por las que prefiere no estar en casa.

Tras esto, se le explica la analogía de que las personas tenemos luz y oscuridad y ante la pregunta de qué predomina en ella y cómo se considera, a pesar de sus claroscuros, es que en ella hay más luz y que es una persona buena. Sin embargo, reconoce que hay situaciones en las que se deja llevar por la oscuridad y que no trata tan bien como debería a los demás, explicando que se comporta así debido a sus experiencias en la vida.

### ❖ 3ª SESIÓN DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

Esta sesión fue llevada por la psicóloga Josefa Patricia Martín Galera. MAR reconoció en esta sesión cómo es la relación con sus padres. Dice que son muy fríos y que prefiere estar en el piso de Almería, ya que, aunque tenga roces con sus compañeros y con su novio, la relación es más familiar.

Con sus padres, los temas de conversación suelen ser sobre alimentación y las notas académicas. Para los padres, las notas son muy importantes. A ella le gustaría que ellos dieran el primer paso y que le preguntaran más sobre su vida y así, ella afirma que les preguntaría por la de ellos. A esto se le suma el que la paciente no está de acuerdo con la forma de actuar de los padres. En una escala de 0 a 10, dice que el malestar con ellos es de 7. Por otro lado, los padres le dicen a ella que se sienten olvidados. MAR reconoce que los fines de semana que va al pueblo es por necesidad. Sin embargo, no cree que su familia esté en contra de ella, sino que no la entienden. La paciente tiene un modelo de familia que no se adecúa con la que tiene.

Más tarde, se le puso la metáfora de los animales que le encantaban y los que odiaba, los cuales eran, respectivamente, las cebras y las cucarachas. Con esta información, se le explicó que tenía que convivir con las cucarachas y que no se iban a transformar en cebras. Ella decía que serían sus amigas en la lejanía. Posteriormente, admite que puede crear en casa un buen ambiente si pone de su parte. Si se encierra en su habitación, la situación con su familia empeora. Por lo tanto, se da cuenta de que es necesario relacionarse con sus padres y no evitar la situación, así el mal clima disminuirá, porque de lo contrario, esperar a que algo cambie sin hacer nada, generaría ansiedad.

Con respecto al comentario sobre a quién se parece, la paciente opina que se asemeja a su tía, pariente que en los últimos años a desagradado a los familiares debido a su mal carácter. En ocasiones, el padre la ataca diciéndole que se parece a su tía en los aspectos negativos. No obstante, ella no piensa que sea igual que ella, aunque duda a veces porque se lo han repetido mucho. El ambiente le hace ser como es. Se le insiste a la paciente que es muy importante en qué cree ella. Antes, su tía era una persona a la que MAR reconocía como modelo de referencia, pero cuando su tía rompió la relación con la familia, la paciente también dejó de admirarla. Poco a poco, hay un distanciamiento entre su tía y el resto de la familia, y a raíz de esto, comienzan las críticas, en especial, entre la tía y la madre. Ahora, se le expone a MAR que piense cuánta verdad y cuánta mentira había en las palabras de su tía. Con esto, MAR aprende a matizar los problemas. Además, se da cuenta de que ella ha aprendido el modelo de comportamiento de su tía. Para mejorar como persona y no conformarse con ser como

es, es de relevancia que la paciente vea cuáles son sus valores, normas y moral para actuar conforme a ellos.

#### ❖ **4ª SESIÓN DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL**

En esta sesión, MAR estuvo con una expresión que oscilaba entre la tristeza y el abatimiento. Ante la pregunta de cómo le había ido en este tiempo, según dijo, se sentía peor. Al haber empezado las clases y la Universidad, se había percatado de que no estaba cómoda si salía a la calle y se rodeaba de gente. Un día para volver a casa después de clase, fue incapaz de coger el autobús debido a que había mucha multitud e hizo tiempo hasta que su compañera de piso saliera de clase para irse con ella. Añade que le agobia el hecho de pensar que tenga que hacer trabajos en grupo con más personas, dado que le da miedo meter la pata si dice algo. Teme que la juzguen y hacer nuevas amistades porque puedan acabar mal.

Por otro lado, la paciente indicó que había tenido un par de conductas bulímicas, es decir, que tras comer algo más de la cuenta, se había provocado el vómito. Se justifica diciendo que lo hace porque le da miedo engordar cuando está yendo a la nutricionista. Con lo expuesto, se puede ver que ha habido una recaída por parte de la paciente y que se encuentra peor anímicamente.

A continuación, en la sesión se le propone un ejercicio mental en el que se le explica que tiene que visualizar una balanza, en la cual en un lado tiene la opción de adelgazar a largo plazo, pero de manera saludable, mientras que en el otro lado obtiene los resultados a corto plazo, pero perjudicando su salud. Ante esto, se le pregunta qué cree que es lo mejor para ella. Tras analizarlo, se percata de la gravedad de sus comportamientos y se compromete a bajar de peso de la forma más saludable posible.

Además, se le anima a que siga motivada con el gimnasio, aunque se hayan apuntado sus compañeros de piso, los cuales según comenta, entorpecen su rutina de entrenamiento. Se le explica que aproveche la situación para que su compañera de piso y ella se apoyen mutuamente y consigan ir juntas al gimnasio.

##### ○ **ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES**

Sobre el entrenamiento en habilidades, Linehan propone que se haga en grupo, pero dadas las circunstancias se modificó para que fuera individual. Indicar también que, desde el inicio, la paciente tenía un elevado nivel de motivación con respecto a este punto del tratamiento.

El diseño de esta parte del tratamiento se realizó a partir de las indicaciones descritas del manual para el módulo de entrenamiento en habilidades de Linehan (2012).

El programa adaptado de entrenamiento en habilidades constaba de un módulo inicial de orientación al tratamiento (1 sesión), y a continuación, 4 módulos de entrenamiento en habilidades:

- a) *Atención plena* (1 sesión).
- b) *Efectividad interpersonal* (1 sesión).
- c) *Regulación emocional* (1 sesión).
- d) *tolerancia al malestar* (1 sesión).

En total, fueron 4 sesiones durante 2 meses. Las fichas utilizadas se corresponden con las del “Manual de entrenamiento en habilidades” (Linehan, 2012) y se encuentran en el anexo 3 (ver página 101 y ss.).

### ❖ **1ª SESIÓN DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES: ATENCIÓN PLENA.**

En primer lugar, en el módulo de *atención plena* (también conocido como “mindfulness”), se quiere que los pacientes sean conscientes de sus emociones, pensamientos y conductas, además de que aprendan a focalizar la atención en el aquí y ahora dado que, de esta manera, no huyen de experiencias que les resultan aversivas, las reconocen e identifican, para finalmente aceptarlas. Otro beneficio de esta práctica es que sepan cuáles son las conductas adaptativas y cuáles desadaptativas y así, promover el cambio.

Primero, se le indica con la ficha de habilidades básicas de la conciencia N<sup>o</sup>1 “Controlar la propia mente” qué es la mente racional, la emocional y la sabia, para luego pasar a las habilidades del “Qué” (observar, describir y participar) y a las del “Cómo” (no emitir juicios, unicidad mental y efectividad) (ver anexo 3, pág. 103)

Para terminar la sesión, se le explica cómo llevar a cabo el diario, en el que debe escribir antes de que acuda a la siguiente sesión, cuál ha sido el aspecto más problemático de la semana. Con esto, se trabaja en próxima cita mediante la terapia individual.

### ❖ **2ª SESIÓN DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES: EFICACIA INTERPERSONAL.**

En segundo lugar, las habilidades de *eficacia interpersonal* permiten cambiar las expectativas equivocadas que tienen los pacientes sobre las relaciones interpersonales.

Principalmente, se trabaja la asertividad en este bloque, enseñándoles a equilibrar entre prioridades y demandas, deseos y obligaciones, competencia y dignidad personal.

Durante esta sesión, se habló de una situación problemática que tuvo MAR en la última semana. Se trató el tema mediante el análisis funcional.

▪ **Análisis funcional 4**

**Tabla 13**

Análisis funcional 4. Frustración de MAR por acontecimiento con la picadora

SITUACIÓN 4	RESPUESTA	CONSECUENCIA
MAR compra una picadora. Su compañera de piso MN propone poner dinero y que sea de todos, y al no oponerse MAR, es finalmente MN quien la estrena.	<p><b>Cognitiva:</b> “No es justo que la estrene ella, la quería estrenar yo que para algo la he comprado”, “la gente no me tiene en cuenta”, “no tengo personalidad, no soy capaz de decir que no”.</p> <p><b>Afectiva-emocional:</b> Frustración, enfado.</p> <p><b>Motora:</b> Callarse. MAR decide no negarse a que la picadora sea de todos cuando realmente lo que quiere es que sea sólo de ella, por lo que muestra una actitud tensa e irascible con los compañeros de piso, en especial, con MN.</p>	<p>Evita un enfrentamiento con la compañera de piso.</p> <p>- <b>A corto plazo:</b> Refuerzo negativo.</p> <p>- <b>A largo plazo:</b> Pierde asertividad y respeto en relación a su compañera.</p>

En este hecho, se denota la falta de asertividad de la cliente. Ella reconoce que quería estrenar la picadora, pero dudaba sobre si impedir que la compañera la estrenara o no. Esta problemática viene porque la amiga dijo que la picadora era de todos, cuando en verdad MAR la quería para ella sola, y no había contemplado el compartirla. Una vez dijo la compañera esto, se pensó en proponer que la pagaran de forma proporcional y así, que fuera de todos. Sin embargo, en la tienda la compró con su dinero y ella quería estrenarla. La compañera se adelantó y la estrenó ella y su pareja, cuando ni se había hablado de que fuera para todos ni tampoco nadie había puesto dinero para pagar su parte. MAR se calló y se guardó sus pensamientos y emociones en el momento.

Tras analizar la situación, se le explicó qué podía haber hecho para que ella hubiera estado satisfecha con ese acontecimiento. Reconoció que tenía que haber hablado con MN y haberle explicado educadamente que, la picadora la compró para ella sola, que ella la había pagado y que era ella quien quería estrenarla. De esta forma, MAR se dio cuenta de que la próxima vez tenía que ser asertiva y respetarse a sí misma.

Una vez finalizada esta parte, se trabaja otro módulo del entrenamiento en habilidades, la **eficacia interpersonal**. En esta ocasión, se trabajan las 5 primeras fichas del libro “Manual de tratamiento en trastornos de personalidad límite” (Linehan, 2012) (ver anexo 3, pág. 106).

Primero, se tratan las situaciones en las que se requiere la efectividad interpersonal (ficha N<sup>o</sup> 1) como son: ocuparse de las relaciones, equilibrar las prioridades frente a las demandas, equilibrar la *ratio* deberes/deseos y generar sensación de competencia y respeto personal. Después, se hablan de los objetivos (ficha N<sup>o</sup> 2), cómo conseguirlos, y cómo construir o mantener una buena relación, además de mantener y mejorar las sensaciones con respecto a uno mismo.

A continuación, se comentan los factores que reducen la efectividad (ficha N<sup>o</sup> 3) como son el déficit de habilidades, las reacciones emocionales, la indecisión y el entorno, y se desmienten los mitos acerca de la efectividad interpersonal (ficha N<sup>o</sup> 4). Luego, se leen y seleccionan una serie de afirmaciones de ánimo (ficha N<sup>o</sup> 5) con el fin de que la paciente reconozca que es capaz de respetarse a sí misma y a los demás. Después, se habla sobre las opciones para regular la intensidad de las peticiones o para rechazar una petición y factores que se deben tener en cuenta a la hora de decidir (ficha N<sup>o</sup> 6), de las sugerencias para la práctica de la efectividad interpersonal (ficha N<sup>o</sup> 7), aunque de éstas es capaz de hacer todas. Por último, se tratan las guías para la efectividad en la consecución de los objetivos: obtener lo que se desea, mantener la relación y mantener el respeto personal. Tras esto, se le mandan tareas que consisten en rellenar las fichas de deberes N<sup>o</sup> 1, 2 y 3.

Con respecto a las fichas de deberes, la paciente sólo llevo a cabo un total de 2 tareas propuestas en los módulos de entrenamiento en habilidades, correspondiendo con el apartado de eficacia interpersonal (Ficha de tareas N<sup>o</sup>1) (ver anexo 3, página 119).

Antes de finalizar la sesión, la paciente me mostró lo que había dibujado en una libreta que está utilizando para terapia. En una página había escrito, con letras de distintos colores y caligrafías, palabras que la definían antes la pregunta de “¿Quién soy yo?”. Se añade esta página en el anexo 1 del TFM (página 71).

### ❖ **3ª SESIÓN DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES: REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES.**

En tercer lugar, el módulo de **regulación emocional** trata de identificar emociones, sabiendo discriminar unas de otras, etiquetarlas y ser capaces de contextualizarlas, además de reconocer los obstáculos que impiden el cambio emocional por medio de los análisis funcionales. También, en este bloque se trabaja la reducción de la vulnerabilidad emocional a través de la instauración de hábitos de vida

saludables y el incremento de las situaciones positivas emocionalmente mediante actividades y tareas placenteras.

Además, una de las herramientas terapéuticas más útiles de la TDC en la **regulación de emociones** es la promoción de la **reinterpretación cognitiva**, ya que uno de los retos que las pacientes enfrentan cuando experimentan estados emocionales negativos es la sobreestimación de la probabilidad de ocurrencia de más eventos negativos, así como de las consecuencias adversas derivadas de estos (Rodríguez *et al.*, 2017).

En relación a la regulación de emociones, es apropiado mencionar un enfoque que podría funcionar en este aspecto, como es el Protocolo Unificado para el Tratamiento de los Trastornos Emocionales (PUTTE), dado que aborda el déficit de regulación emocional, enfatizando en el valor adaptativo de las emociones, aumentando la tolerancia a las emociones intensas, e identificando y modificando las estrategias adaptativas utilizadas para evitar o reducir la intensidad de las emociones (Castellano, Osma, Crespo y Fermoselle, 2015).

En primer lugar, se realizó un análisis funcional de un acontecimiento problema para la paciente, que se desglosa a continuación:

▪ **Análisis funcional 5**

**Tabla 14**

Análisis funcional 5. Dificultad para la citación de MAR y su tutor

SITUACIÓN 5	RESPUESTA	CONSECUENCIA
MAR habla varias veces por "Whatsapp" con su tutor externo del colegio para recibir un regalo por parte de los alumnos, al haber terminado su periodo de prácticas. Tras 4 intentos para concertar una cita, en la 5 <sup>a</sup> lo consigue.	<b>Cognitiva:</b> "Hay que ver que no tiene en cuenta mi horario para que pueda ir al colegio", "es cuando le venga bien a él y no a mí", "me está mareando". <b>Afectiva-emocional:</b> Frustración, enfado. <b>Motora:</b> Asistir al colegio para recoger el regalo y no decir nada con respecto a la dificultad para coincidir.	Evita un enfrentamiento con el tutor. - <b>A corto plazo:</b> Refuerzo negativo. - <b>A largo plazo:</b> Disminución de la autoestima.

Para esta ocasión, se puede observar que el enfado y la frustración de la paciente está justificado, ya que el tutor externo trataba de quedar con MAR para que fuera ella al colegio donde realizó las prácticas y recibir un regalo que le habían hecho los alumnos

con los que estuvo, pero no fue hasta después de varios intentos fallidos cuando al fin pudieron coincidir dada la disponibilidad de ambos. Con esto, la paciente reconoce que no fue asertiva en esta situación, posible causa, según ella, del problema de comunicación efectiva entre ambos.

Tras esto, se procedió a trabajar el tercer módulo del entrenamiento en habilidades, la regulación de emociones, en el cual MAR estaba muy interesada. Se trataron todas las fichas (de la 1 a la 8) (ver anexo 3, página 123).

Se empezó clarificando los objetivos de la formación en la regulación de habilidades (ficha N<sup>o</sup> 1), para continuar desmintiendo los mitos acerca de las emociones (ficha N<sup>o</sup> 2). En este apartado, la paciente razonaba lógicamente varias de las frases propuestas con respuestas del tipo “depende de cómo sea, los extremos ni de uno ni de otro son buenos, etc”. Después, se interpretó por partes el modelo para describir las emociones, que sirvió para comprender las formas de describir las emociones (ficha N<sup>o</sup> 4), tratando emociones como el amor, el goce, el miedo, la ira, la vergüenza y la tristeza. Más tarde, se trató el “¿Por qué son buenas las emociones? (ficha N<sup>o</sup> 5), cómo reducir la vulnerabilidad ante las emociones negativas (ficha N<sup>o</sup> 6), los pasos para incrementar las emociones positivas (ficha N<sup>o</sup> 7) y conocer el programa de actividades agradables para el adulto (ficha N<sup>o</sup> 8). En relación con esta ficha número 8 decir que se identifica con “hacer ejercicio” o “leer”. Reconocía que al menos hacía una actividad agradable todos los días, lo cual es reforzante para la paciente.

Para terminar, se trabajó cómo dejar que el sufrimiento emocional siga su curso: conciencia de la emoción actual (ficha N<sup>o</sup> 9) y cómo cambiar las emociones actuando de manera opuesta a la emoción actual (ficha N<sup>o</sup> 10). Con estos ejercicios, se finalizó la sesión y el módulo de regulación de emociones.

#### ❖ 4<sup>a</sup> SESIÓN DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES: TOLERANCIA AL MALESTAR.

Por último, en el módulo de habilidades de ***tolerancia al malestar*** la meta de las técnicas es aprender cómo afrontar una situación negativa sin realizar conductas que puedan empeorar la situación. Para ello se entrena a los pacientes en 4 tipos de tácticas: confortarse a sí mismo, tácticas de distracción, analizar los pros y contras y mejorar el momento (Haro, García Palacios, Moliner, Guillén, y Botella, 2013).

Fue en esta sesión final, cuando se trató el tema de la tolerancia al malestar. Al inicio, se habló de cómo le había ido la semana y expresó que fue bien, salvo por un nivel medio-alto de estrés debido a los trabajos a realizar de la Universidad. Por el resto de su vida en general, todo bien según informa. Tras el feedback de la semana, se procede a

trabajar el último módulo de entrenamiento en habilidades, la tolerancia al malestar. Se trataron todas las fichas, de la 1 a la 5 (ver anexo 3, página 152).

En primer lugar, se trabajaron las estrategias de supervivencias a las crisis (ficha Nº 1). La paciente reconoció que realizaba algunas de ellas cuando estaba en una situación estresante. Sin embargo, en el apartado de “generar emociones opuestas”, ella discrepó y dijo que, personalmente, esto a ella no le funcionaba; sino que prefería recrearse en la emoción que esté experimentarlo mediante música, lecturas, películas o series que vayan acorde con ésta. Con respecto a los 5 sentidos, afirma que disfruta mucho de cuando presta atención a ciertas tareas como ducharse (tacto) o como comer algo con lo que disfrute mucho (gusto). Para cerrar el bloque, se pensaron en los pros y los contras de tolerar o no el dolor. Además, la paciente informó de que le gustaría hacer la actividad correspondiente a esta parte, dado que le daría un feedback que le beneficiaría. A continuación, se trabaja la guía para aceptar la realidad por medio de ejercicios de observación a la respiración (ficha Nº 2), de la media sonrisa (ficha Nº 3) y de conciencia (ficha Nº 4). Se explican los tipos de ejercicios que hay de cada ficha y se practica la respiración profunda y media sonrisa estando sentados. Después, se pasa a los principios básicos para aceptar la realidad (ficha Nº 5) y se pone énfasis en que “aceptar algo no es lo mismo que valorarlo como bueno”. Se tratan los apartados de aceptación radical y de cambiar la mente, dando lugar así a la finalización de todos los módulos del entrenamiento en habilidades de Linehan (2012).

#### ○ **CONSULTAS TELEFÓNICAS**

Durante el tratamiento, se atendieron 2 llamadas de teléfono por parte de la paciente a la terapeuta y a mensajes enviados por “Whatsapp” en ciertos momentos en los que la paciente estaba con bajo nivel de estado anímico. Siempre se la escuchó y apoyó, aportándole tranquilidad y sosiego. Tras las conversaciones, la propia paciente agradecía la escucha y la atención, afirmando que le servían de ayuda en esos momentos de crisis. En una ocasión, la paciente llamó para explicar que, tras la última sesión, estaba más decaída porque se le había juntado que estaba muy sensible debido a la regla, que estaba nerviosa porque tenía cita con la nutricionista y que estaba mal con su pareja. Se había pasado la mañana llorando y no sabía cómo explicarle a su novio cómo se sentía. Afirmó que suele tener muchos bajones de ánimo, lo que se agrava cuando además lleva mucha carga de trabajo. Tiene pensamientos negativos en los que se pregunta “para qué quiero vivir, no tengo ganas de nada, no me gusta mi vida, desearía que todo desapareciera por un momento...”. Sin embargo, reconoce que tras pesarse con la nutricionista se sentía mejor, ya que había adelgazado. Con todo esto, se le explicó con naturalidad la necesidad de que aceptara lo que sentía en aquellas situaciones, validando de esta forma sus pensamientos y sentimientos.

• **RESULTADOS**

A continuación, se exponen los datos generales obtenidos en las distintas pruebas administradas en el pre-tratamiento, post-tratamiento y evaluación de seguimiento.

**Tabla 15**

Resultados de las puntuaciones obtenidas por la paciente

Medidas de autoinforme	Paciente MAR		
	PRE	POST	SEGUIMIENTO
MCCI-III (Personalidad negativista)	102	73	69
MEAQ	219/317	236/317	232/317
SCL-90-R*	2,03/4	1,69/4	1,12/4
AAQ-II	42/49	36/49	30/49
EOSS	152/259	143/259	147/259
BDI	11/63	15/63	6/63
BAI	31/63	27/63	24/63
Escala de Autoestima de Rosenberg	25/40	23/40	23/40
FNE	28/30	25/30	28/30
SAD	18/28	20/28	15/28
SWLS	17/35	12/35	15/35
SPANAS	+ 25/50	+ 26/50	+ 23/50
	- 30/50	- 34/50	- 28/50

Notas: MCCI-III= Inventario Multiaxial de Millon III, patrón clínico de la personalidad negativista; MEAQ= Cuestionario Multidimensional de Evitación Experiencial; SCL-90-R= Test de los 90 Síntomas; AAQ-II= Cuestionario de Aceptación y Acción II; EOSS= Escala de Experiencia del Yo; BDI= Inventario de Depresión de Beck; BAI= Inventario de Ansiedad de Beck; FNE= Escala de Miedo a la Evaluación Negativa; SAD= Escala de Evitación Social; SPANAS= Escala SPANAS de Afecto Positivo y Negativo; SWLS= Escala de Satisfacción con la Vida, (+)= Afectos positivos, (-)= Afectos negativos. En sombreado verde, se muestran las puntuaciones en las que ha habido una mejora, mientras que, en naranja, se resaltan las que han empeorado. \* En referencia a los resultados de la SCL-90-R, al ser valores bajos no se observan apenas cambios. Sin embargo, la tabla 18 muestra los cambios habidos en el Índice de Severidad Global.

Como aclaración, es relevante decir que las puntuaciones obtenidas en el MCMI-III se indican en percentiles, mientras que en el resto de pruebas, se muestran en puntuaciones directas.

Tras el análisis de la tabla 15, se observa la mejora en la mayoría de las escalas, siendo los cambios más notables en el factor de la personalidad negativista en el MCMI-III, y en la valoración global del SCL-90-R, dado que refieren bastante en cuanto a patología.

Otras puntuaciones a destacar son el descenso de la evitación en el AAQ-II y en el SAD, aunque contrariamente haya aumentado en el MEAQ, y la mejoría en la ansiedad y depresión referidas en el BAI y BDI, respectivamente.

En cuanto a la autoestima en la escala de Rosenberg y a la satisfacción vital en el SWLS, indicar que ha habido un leve empeoramiento, si se compara la fase del pre-tratamiento con la de seguimiento. Lo mismo ha ocurrido con el apartado de afecciones positivas del SPANAS, mientras que, en las afecciones negativas, ha habido una ligera mejora. Por último, decir que en la evaluación negativa de sí misma en el FNE, los niveles no han cambiado entre el pre-tratamiento y la fase de seguimiento.

Más adelante, se exponen detalladamente los datos de los distintos factores que componen cada una de las pruebas evaluativas administradas, presentándose primero los resultados del pre-tratamiento (evaluación inicial), después, los de post-tratamiento, y finalmente, los de la evaluación de seguimiento.

○ **MCMII-III**

**Tabla 16**

Puntuaciones obtenidas en el pre-tratamiento, post-tratamiento y evolución de seguimiento del MCMII-III de la paciente

		<b>MCMII-III</b>			
<b>Categoría</b>	<b>Escalas diagnósticas</b>	<b>Puntuación</b>			
		<b>PRE</b>	<b>POST</b>	<b>SEG.</b>	
<b>Escalas de validez</b>	Sinceridad	87	86	86	
	Deseabilidad Social	40	18	35	
	Devaluación	73	70	70	
<b>Patrones clínicos de la personalidad</b>	Esquizoide	59	59	54	
	Evitativo	70	92	70	
	Depresivo	61	69	68	
	Dependiente	65	68	68	
	Histriónico	29	20	25	
	Narcisista	35	18	18	
	Antisocial	57	58	60	
	Agresivo (sádico)	59	59	59	
	Compulsivo	14	0	21	
	<b>Negativista (pasivo-agresivo)</b>	<b>102</b>	<b>73</b>	<b>69</b>	
<b>Patología grave de la personalidad</b>	Autodestructivo	55	57	62	
	Esquizotípico	58	62	60	
	Límite	67	67	65	
<b>Síndromes clínicos</b>	Paranoide	72	78	70	
	Ansiedad	86	89	81	
	Somatomorfo	53	27	58	
	Bipolar	62	75	75	
	Distímico	71	68	73	
	Dependencia del alcohol	62	62	68	
	Dependencia de sustancias	56	56	55	
	Estrés Post-traumático	59	57	54	
	<b>Síndromes clínicos graves</b>	Trastorno del pensamiento	53	56	46
		Depresión mayor	56	23	53
Trastorno delirante		73	68	68	

\*Se resaltan las puntuaciones que han mejorado en sombreado verde, y en naranja, las que han empeorado. \*\*Las puntuaciones se muestran en percentiles.

Para el presente trabajo, se ha tomado como una de las pruebas más importantes el MCMI-III (Millon, 2011), debido a la gran cantidad de información que nos brinda, además desde el enfoque de los trastornos de personalidad. Para ver con más detenimiento los detalles de estos datos, ir al anexo 4 (página 168).

Con respecto a las escalas de validez, en los 3 momentos de administración de este inventario, la paciente mantiene los niveles similares, mientras que, en la validez el valor es igual a 0. Lo que sí varía es la inconsistencia: pre= 1, post= 4 y seguimiento= 2. Teniendo en cuenta estos valores, se puede decir que la prueba puede considerarse válida.

De los patrones clínicos de la personalidad, el cambio más notable ha sido el del factor **negativista** (*pre: 102, post: 73, seguimiento: 69*), dado que se ha tomado como una de las características fundamentales a tratar en este caso clínico. Se ha pasado de un grado elevado de patología negativista a descender hasta niveles medios. Este hecho es relevante tenerlo en cuenta a la hora de demostrar la eficacia del tratamiento.

En cuanto al patrón evitativo (*pre: 70, post: 92, seguimiento: 70*), los niveles finales son los mismos que los iniciales.

Por otro lado, dentro de los síntomas clínicos destacan las puntuaciones en ansiedad (*pre: 86, post: 89, seguimiento: 81*), habiendo disminuido en la última evaluación. No es preocupante, pero sí hay que estar pendientes de esta área personal de la paciente. En cuanto a los síndromes clínicos graves, la puntuación que han descendido ha sido en el trastorno delirante (*pre: 73, post: 68, seguimiento: 68*), lo cual demuestra cierta mejoría en este aspecto.

Con respecto a las respuestas destacadas, hay que tener en cuenta las siguientes áreas problemáticas específicas: preocupación por la salud, la alienación interpersonal, el descontrol emocional, el potencial autodestructivo, el abuso infantil y el trastorno de alimentación. Como dato adicional, decir que no se denota que haya habido algún tipo de simulación por parte de la paciente, una vez analizadas las respuestas de la prueba.

#### ○ **MEAQ**

Acerca del “Cuestionario Multidimensional de Evitación Experiencial” (MEAQ) (Gámez *et al.*, 2011), recordar que se trata de un cuestionario multifactorial de evitación experiencial. A continuación, se muestran aquí los resultados obtenidos en las distintas fases de evaluación y en los diferentes factores.

**Tabla 17**

Puntuaciones en MEAQ en pre-tratamiento, post-tratamiento y evaluación de seguimiento.

	<i>Escalas</i>	<i>PRE</i>	<i>POST</i>	<i>SEGUIMIENTO</i>
<b>MEAQ</b>	Evitación conductual	<b>44/66</b>	<b>48/66</b>	<b>44/66</b>
	Aversión a la angustia	<b>52/78</b>	<b>57/78</b>	<b>59/78</b>
	Procrastinación	<b>24/42</b>	<b>31/42</b>	<b>30/42</b>
	Distracción y supresión	<b>25/42</b>	<b>26/42</b>	<b>29/42</b>
	Represión y negación	<b>34/78</b>	<b>36/78</b>	<b>34/78</b>
	Resistencia a la angustia	<b>37/66</b>	<b>39/66</b>	<b>41/66</b>
	Puntuación total	<b>219/317</b>	<b>236/317</b>	<b>232/317</b>

Si se comparan los resultados de las distintas áreas en las 3 fases de evaluación, destacan por haber aumentado la evitación a la angustiar (*pre: 52, post: 57, seguimiento: 59*), procrastinación (*pre: 24, post: 31, seguimiento: 30*), distracción y supresión (*pre: 25, post: 26, seguimiento: 29*) y la resistencia a la angustia (*pre: 37, post: 39, seguimiento: 41*), siendo un aspecto positivo en este último. En cuanto a la puntuación total es la más relevante dado su carácter general (*pre: 219, post: 236, seguimiento: 232*). Se puede decir que, globalmente, el grado de evitación experiencial ha subido. No obstante, hay que aclarar que no se corresponden con niveles clínicamente preocupantes, pero sí que hay que tenerlos en cuenta.

○ **SCL-90-R**

**Tabla 18**

Puntuaciones en SCL-90-R en pre-tratamiento, post-tratamiento y evaluación de seguimiento

	<b>Escalas</b>	<b>PRE</b>	<b>POST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
<b>SCL-90-R</b>	<i>Somatizaciones</i>	<b>12/48</b>	<b>13/48</b>	<b>5/48</b>
	<i>Obsesiones y compulsiones</i>	<b>29/40</b>	<b>20/40</b>	<b>17/40</b>
	<i>Sensitividad interpersonal</i>	<b>23/36</b>	<b>19/36</b>	<b>11/36</b>
	<i>Depresión</i>	<b>38/52</b>	<b>24/52</b>	<b>19/52</b>
	<i>Ansiedad</i>	<b>21/40</b>	<b>20/40</b>	<b>13/40</b>
	<i>Hostilidad</i>	<b>9/24</b>	<b>11/24</b>	<b>7/24</b>
	<i>Ansiedad fóbica</i>	<b>7/24</b>	<b>13/24</b>	<b>10/24</b>
	<i>Ideación paranoide</i>	<b>20/24</b>	<b>11/24</b>	<b>9/24</b>
	<i>Psicoticismo</i>	<b>11/40</b>	<b>13/40</b>	<b>4/40</b>
	<i>Índice de Severidad Global</i>	<b>2,03/4</b>	<b>1,69/4</b>	<b>1,12/4</b>
	<i>Total de Síntomas Positivos</i>	<b>187/360</b>	<b>155/360</b>	<b>103/360</b>
	<i>Malestar Sintomático Positivo</i>	<b>0,98/1</b>	<b>0,98/1</b>	<b>0,98/1</b>
	<i>Ítems adicionales</i>	<b>13/28</b>	<b>8/28</b>	<b>6/28</b>

Globalmente, esta escala muestra una gran mejoría en la mayoría de los factores relacionados con la patología de la paciente.

Como dato más relevante en esta prueba, destaca la puntuación del índice de severidad global (*pre: 2,03, post: 1,69, seguimiento: 1,12 (puntuaciones sobre 4)*). Lo cual quiere decir que no hay problema de malestar severo.

En cuanto al total de síntomas positivos (*pre: 187, post: 155, seguimiento: 103*), al ser valores superiores a 60, se entiende que hay una cierta tendencia en esta prueba a exagerar la patología. Aunque ha ido disminuyendo a medida que ha ido avanzando el tratamiento. Con respecto al resto de factores, han disminuido las somatizaciones (*pre: 12, post: 13, seguimiento: 5*), las obsesiones y compulsiones (*pre: 29, post: 20, seguimiento: 17*), la sensitividad interpersonal (*pre: 23, post: 19, seguimiento: 11*), la depresión (*pre: 38, post: 24, seguimiento: 19*), la hostilidad (*pre: 9, post: 11, seguimiento: 7*), la ideación paranoide (*pre: 20, post: 11, seguimiento: 9*), el psicoticismo (*pre: 11, post: 13, seguimiento: 4*) y los ítems adicionales (*pre: 13, post: 8, seguimiento: 6*). Por el contrario, la ansiedad fóbica (*pre: 7, post: 13, seguimiento: 10*) ha aumentado ligeramente.

○ **AAQ-II**

**Tabla 19**

Puntuaciones en AAQ-II en pre-tratamiento, post-tratamiento y evaluación de seguimiento.

AAQ-II		
PRE	POST	SEGUIMIENTO
42/49	36/49	30/49

Como se puede ver, el grado de inflexibilidad y evitación (*pre: 42, post: 36, seguimiento: 30*) han disminuido, pero no lo suficiente ya que se encuentra en niveles superiores a la media, lo cual significa que todavía presenta estos problemas.

○ **EOSS**

**Tabla 20**

Puntuaciones en EOSS en pre-tratamiento, post-tratamiento y evaluación de seguimiento

EOSS			
Secciones	PRE	POST	SEGUIMIENTO
Sección I	34/49	27/49	27/49
Sección II	43/70	38/70	45/70
Sección III	31/70	42/70	40/70
Sección IV	44/70	36/70	38/70
<b>Total</b>	<b>152/259</b>	<b>143/259</b>	<b>147/259</b>

La **sección I** se corresponde con las afirmaciones respecto a sí mismo en general, la **sección II**, con respecto a un conocido, la **sección III**, con respecto a una relación personal y la **sección IV**, con respecto a sí mismo en relación con los demás.

Destacan las secciones II (*pre: 43, post: 38, seguimiento: 45*) y III (*pre: 31, post: 42, seguimiento: 40*), que se corresponden con las afirmaciones con respecto a un conocido y con respecto a una relación personal, respectivamente, teniendo niveles medio-altos, lo que significa que, en estas situaciones, la paciente muestra un cierto control público del yo. Contrariamente, la sección I (*pre: 34, post: 27, seguimiento: 27*) y IV (*pre: 44, post: 36, seguimiento: 38*) han mostrado mejoría.

En cuanto a la puntuación total (*pre: 152, post: 143, seguimiento: 147*), a pesar de que ha descendido el nivel del pre y al seguimiento, aún se halla por encima del punto

de corte. Esto quiere decir que, MAR demuestra que tiene un control público del yo, habiendo diferencias entre las necesidades y las propias opiniones personales frente a otras personas, tanto conocidas como seres queridos.

- **BDI**

**Tabla 21**

Puntuaciones en BDI en pre-tratamiento, post-tratamiento y evaluación de seguimiento

<b>BDI</b>		
<b>PRE</b>	<b>POST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
11/63	15/63	6/63

Observando los resultados obtenidos, se puede decir que los niveles de depresión (*pre: 11, post: 15, seguimiento: 6*), muestran que no hay problemas en este aspecto.

- **BAI**

**Tabla 22**

Puntuaciones en BAI en pre-tratamiento, post-tratamiento y evaluación de seguimiento

<b>BAI</b>		
<b>PRE</b>	<b>POST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
31/63	27/63	24/63

Las puntuaciones en ansiedad (*pre: 31, post: 27, seguimiento: 24*), han disminuido con respecto a la evaluación inicial. Sin embargo, sigue habiendo un grado de ansiedad moderada.

- **Escala de Autoestima de Rosenberg**

**Tabla 23**

Puntuaciones en la Escala de Autoestima de Rosenberg en pre-tratamiento, post-tratamiento y evaluación de seguimiento

<b>Escala de Autoestima de Rosenberg</b>		
<b>PRE</b>	<b>POST</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>
25/40	23/40	23/40

Los niveles de autoestima (*pre: 25, post: 23, seguimiento: 23*) han disminuido ligeramente durante el tratamiento, presentando constantemente problemas significativos de autoestima al tener una puntuación inferior a 25.

○ **FNE**

**Tabla 24**

Puntuaciones en la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa en pre-tratamiento, post-tratamiento y evaluación de seguimiento

Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE)	<i>Escalas</i>	<i>PRE</i>	<i>POST</i>	<i>SEGUIMIENTO</i>
	<i>Puntuación Positiva</i>	<b>11/12</b>	<b>10/12</b>	<b>10/12</b>
	<i>Puntuación Negativa</i>	<b>17/18</b>	<b>15/18</b>	<b>18/18</b>
	<i>Puntuación Total</i>	<b>28/30</b>	<b>25/30</b>	<b>28/30</b>

Los niveles de puntuación positiva han descendido (*pre: 11, post: 10, seguimiento: 10*) y la negativa aumentado (*pre: 17, post: 15, seguimiento: 18*). Sin embargo, estos cambios han sido mínimo. Debido a esto, se denota que los niveles tanto en la fase del pre-tratamiento como en la de seguimiento, sean los mismos (*pre: 28, post: 24, seguimiento: 28*). Aun así, los valores son elevados, lo cual significa que la paciente tiene un alto temor a ser evaluada negativamente por los demás.

○ **SAD**

**Tabla 25**

Puntuaciones en la Escala de Miedo a la Estrés y Evitación Social en pre-tratamiento, post-tratamiento y evaluación de seguimiento

Escala de Estrés y Evitación Social (SAD)	<i>Escalas</i>	<i>PRE</i>	<i>POST</i>	<i>SEGUIMIENTO</i>
	<i>Puntuación Positiva</i>	<b>8/14</b>	<b>9/14</b>	<b>9/14</b>
	<i>Puntuación Negativa</i>	<b>10/14</b>	<b>11/14</b>	<b>6/14</b>
	<i>Puntuación Total</i>	<b>18/28</b>	<b>20/28</b>	<b>15/28</b>
	<i>Evitación</i>	<b>4/14</b>	<b>9/14</b>	<b>5/14</b>
	<i>Ansiedad</i>	<b>8/14</b>	<b>12/14</b>	<b>10/14</b>

Si se observan los valores de la puntuación total de estrés (*pre: 18, post: 20, seguimiento: 15*), se puede decir que los niveles han descendido llegando al rango de normalidad, estando por debajo del punto de corte (*18-20*).

En cuanto a la categoría de la evitación (*pre: 4, post: 9, seguimiento: 5 (sobre 14)*) indicar que estos valores son bajos. Mientras que la ansiedad social (*pre: 8, post: 12, seguimiento: 10 (sobre 14)*), los niveles han aumentado.

○ **SWLS**

**Tabla 26**

Puntuaciones en SWLS en pre-tratamiento, post-tratamiento y evaluación de seguimiento

SWLS		
PRE	POST	SEGUIMIENTO
17/35	12/35	15/35

Con respecto a la satisfacción global (*pre: 17, post: 12, seguimiento: 15*), explicar que los valores han descendido mínimamente. No obstante, los niveles se encuentran ligeramente por debajo de la media, lo cual significa que la paciente tiene problemas pequeños pero significantes en varios aspectos de su vida.

○ **SPANAS**

**Tabla 26**

Puntuaciones en la Escala SPANAS de las Emociones Positivas y Negativas en pre-tratamiento, post-tratamiento y evaluación de seguimiento

Escala SPANAS de Afecciones Positivas y Negativas	Escalas	PRE	POST	SEGUIMIENTO
	Afecciones Positivas	25/50	26/50	23/50
Afecciones Negativa	30/50	34/50	28/50	

Las puntuaciones positivas (*pre: 25, post: 26, seguimiento: 23*) han resultado ser más bajas con respecto al inicio, lo que quiere decir que, en este aspecto, MAR ha empeorado (aunque no resulte clínicamente significativo). Mientras que en las negativas (*pre: 30, post: 34, seguimiento: 28*), los niveles han bajado, significando, por el contrario, que ha mejorado en cuanto a afecciones negativas. Aun así, en todo momento se ha encontrado en valores medios (23-25).

## • DISCUSIÓN

Es relevante apuntar que este trabajo se ha llevado a cabo por varias razones. La principal fue el interés en encontrar una solución para la problemática que estaba viviendo la paciente y así, mejorar su calidad de vida. Otra razón fue debido a la poca cantidad de bibliografía encontrada sobre tratamientos en el trastorno de personalidad negativista, por lo que se decidió de manera pionera aplicar la Terapia Dialéctica Conductual a una paciente con este trastorno con el fin de averiguar si realmente resultaría efectiva, como ocurre en personas diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad.

Tras el análisis realizado en los resultados, se puede decir que son evidentes los cambios ocurridos después de haber aplicado la Terapia Dialéctica Conductual.

En primer lugar, es importante destacar la gran mejoría que ha habido en el patrón clínico de personalidad negativista, visible en el MCMI-III. Se ha conseguido un descenso hasta niveles medios, indicando esto una resolución del problema. Esta es la principal razón que sostiene la eficacia de la TDC en el TPNP.

En segundo lugar, no sólo ha mejorado en este aspecto, sino también en la mayoría de la patología en general que presentaba. Esto se muestra claramente en la prueba SCL-90-R; se observa un descenso en las somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide, psicoticismo e ítems adicionales; además de los índices globales, compuestos por el índice de severidad global y el total de síntomas positivos. He aquí otra muestra de la eficacia del tratamiento aplicado en este caso.

Junto con esto, hay que añadir el descenso mostrado en varios de factores, siendo los más destacables la depresión y la ansiedad, dado que esta disminución coincide con los resultados de otras pruebas que miden las mismas variables, como son el BDI y BAI, respectivamente.

Además, existen otros aspectos a mencionar, como el control público del yo que muestra la paciente en el EOSS, significando así que existe una dualidad entre las necesidades y propias opiniones personales frente a otras personas, conocidas o familiares.

En cuanto a autoestima, la escala de Rosenberg aclara que en esta área apenas ha habido cambios, teniendo problemas significativos de autoestima. Por lo que se puede decir, que aquí la TDC no ha resultado ser efectiva.

Con respecto a la Escala de Satisfacción de la Vida (SWLS), la participante presenta niveles ligeramente por debajo de la media, lo que significa que tiene problemas pequeños pero significantes en varias áreas vitales.

En relación con lo anterior, anotar que la propia paciente, desde un punto de vista subjetivo, reconoce encontrarse mejor y sentirse más satisfecha consigo misma, lo cual había sido uno de los puntos más importantes a tratar mediante esta terapia.

Hay que decir que la TDC ha resultado ser un tratamiento muy adecuado, ya que ha supuesto una mejora en la mayoría de la patología de la paciente, por lo tanto, se puede afirmar que la TDC ha sido efectiva como tratamiento para el trastorno negativista. Ergo, la hipótesis inicial de que esta terapia efectiva en TLP fuera también útil en el trastorno negativista se confirma.

En cuanto al tema de la ambivalencia, recordar que eran muchas las situaciones en las que se podía observar una ambigüedad en el trato de la paciente con las personas con las que interaccionaba. En los análisis funcionales, era notable la contradicción de sentimientos de MAR. Por ejemplo, en la situación 1 (tabla 10), por un lado, quería estar con el novio, ir al cine con él, etc., pero por otro, discute, se aísla y se enfada con él. En la situación 2 (tabla 11), igual ocurre con su compañera de piso, MN, que a veces, es una gran amiga, la apoya y la consuela, pero otras, no quiere estar demasiado tiempo con ella porque se siente juzgada y menospreciada por ella. Con estos ejemplos, se ve claramente la ambivalencia que tiene MAR en lo que refiere a relaciones interpersonales, y que probablemente, provenga de la relación que mantiene con sus padres.

Como comentó la paciente en la 2<sup>a</sup> sesión de la psicoterapia individual, ella reconoció querer mantener una relación cercana con su madre, pero al no sentirse valorada por ella y debido a las muchas discusiones que surgen entre ambas, complica que esta situación mejore. Así, lo que ocurre es que la ambivalencia está presente en todas sus relaciones. Con todo esto, lo que se quiere es hacer énfasis en que los problemas del patrón ambivalente dubitativo en relaciones interpersonales se contemplan tanto en el TPND como en el TLP. Esto refuerza que la idea propuesta en el inicio de aplicar la Terapia Dialéctica Conductual en un caso de trastorno de personalidad negativista, debido a las similitudes entre ambos trastornos de personalidad, fue adecuada, consiguiendo unos resultados muy favorables de cara al futuro.

○ **LIMITACIONES**

En cuanto a la metodología, existen ventajas y desventajas a la hora de haber escogido un estudio de caso clínico. La parte positiva es que desde hace muchos años se ha utilizado como método científico al iniciarse un primer tratamiento en un tipo distinto de trastorno psicológico. Esto no quita que no se hagan más adelante investigaciones más completas mediante estudios aleatorizados. Además, este tipo de método se adapta muy bien en la dialéctica, dado que es idiográfica. Sin embargo, pese a las ventajas que ofrece, las conclusiones que se obtienen con esta metodología son limitadas.

Por un lado, no se sabe con seguridad si estos resultados podrían extrapolarse a la población con trastorno de personalidad negativista desafiante. Por lo tanto, se recomienda investigar más acerca de la efectividad de la TDC en este trastorno de la personalidad en concreto.

También es importante señalar que las personas con trastorno de personalidad negativista suelen tener una visión muy distorsionada de sí mismas y deberíamos considerar que quizás los autoinformes y los resultados no sean concluyentes. Por lo tanto, se debería complementar con la valoración de otras personas significativas. Se cree que es importante profundizar en este aspecto con el fin de mejorar los protocolos de evaluación que se utilizan para caracterizar casos tan complejos como el descrito (García Palacios *et al.*, 2010).

Añadir también, que se podría haber profundizado en el protocolo de evaluación, con pruebas más actualizadas y exactas. Sin embargo, dados los recursos disponibles, este trabajo se ha realizado de la forma más profesional y eficaz posible.

El resultado preliminar da un primer respaldo a la importancia de la Terapia Dialéctica Conductual, y posiblemente al tratamiento mediante esta vía a otros trastornos psicológicos. Bien es cierto que esta terapia ya ha sido extendida a otras poblaciones vinculadas a la inestabilidad emocional (Soler, 2010).

Resumidamente, se puede concluir que la terapia dialéctica conductual ha supuesto un éxito como tratamiento en el trastorno de personalidad negativista desafiante, habiéndose utilizado de manera pionera. Esto significa que esta terapia puede extrapolarse a otras poblaciones en las que la inestabilidad emocional juegue un papel importante en la personalidad de los individuos. Aun así, hay que tener en cuenta que sería necesario ahondar más en la temática llevando a cabo más investigaciones de este tipo.

- **CONCLUSIONES**

1. La Terapia Dialéctica Conductual ha resultado ser efectiva en el trastorno de personalidad negativista desafiante.
2. Los resultados muestran la reducción del trastorno de la personalidad negativista, además de otros aspectos como la evitación, ansiedad, autoestima y satisfacción vital.

• **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Agüero Gento, L. A., Enríquez, M. R., Uría, O. I., Redondo, L. D. L. F. y Pérez, J. J. M. (2014). *Estrategias de afrontamiento de una muestra de pacientes con trastorno límite de personalidad en terapia dialéctico-conductual*. *Apuntes de Psicología*, 32(2), 103-106.
- American Psychiatric Association (APA), Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E. y Bagny Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.
- Barraca, J. (2004). *Spanish adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ)*. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3).
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K., Sanz, J. y Valverde, C. V. (2011). *Inventario de depresión de Beck (BDI-II)*. Pearson.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (2011). *Manual BAI. Inventario de Ansiedad de Beck* (adaptación española de J. Sanz).
- Castellano, C. B., Osma, J. J., Crespo, E. D. y Fermoselle, E. E. (2015). *Adaptación grupal del Protocolo Unificado para el Tratamiento de los Trastornos Emocionales*.
- Cuevas, C. y López, A. G. (2012). *Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad*. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), pp. 97-114.
- Derogatis, L. R. y Cols, J. G. D. R. (2002). *SCL-90-R: cuestionario de síntomas*. Tea ediciones.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). *The satisfaction with life scale*. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C. y Watson, D. (2011). *Development of a measure of experiential avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire*. *Psychological Assessment*, 23(3), 692.
- Gempeler, J. (2008). *Terapia conductual dialéctica*. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37(1).
- Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004). *Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale*. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.

- Haro, M. V. N., García Palacios, A., Moliner, R., Guillén, V. y Botella, C. (2013). *Terapia dialéctica comportamental en el tratamiento de los trastornos de la personalidad del grupo C*. *Psicología Conductual*, 21(2), pp. 321.
- Joiner, T., Sandin, B., Chorot, P., Lostao, L., y Marquina, G. (1997). *Escala de Afectos Positivos y Negativos (SPANAS)*.
- Juanmartí, F. B. y Lizeretti, N. P. (2017). *Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad: Una revisión*. *Papeles del psicólogo*, 38(2), 148-156.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Mindfulness para principiantes*. Editorial Kairós.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder* (Vol. 51). New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2012). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Grupo Planeta España.
- Millon, T., Davis, R., Millon, C., Escovar, L. y Meagher, S. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson. Pp 524-529, 568-579.
- Millon, T. (2011). *Inventario clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. Pearson.
- Montero, C., Pol, J., Esquer, I. y Mañanes, V. (2013). *La Terapia Dialéctico-Comportamental en el Sistema Nacional de Salud es posible: un caso clínico* [Internet]. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2013 [acceso Des 2015]; 33 (120): 769–78.
- Navarro, M. V., Rodero, M. J., García Palacios, A. y Arbona, C. B. (2010). *Terapia dialéctica comportamental (DBT) en un caso con rasgos de personalidad límite y trastorno de la conducta alimentaria*. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 15(1), 61-74.
- Navarro-Leis, M. y López Hernández-Ardieta, M. (2013). *Terapias cognitivo conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad*. *Acción psicológica*, 10(1), 33-44.
- García Palacios, A., Haro, M. V. N., Guillén, V., Marco, H. y Botella, C. (2010). *Estudio preliminar sobre la eficacia de la terapia dialéctico-comportamental en personas diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad y bulimia nerviosa*. *Psicología Conductual*, 18(1), 197.
- Parker, C. R., Beitz, K. y Kohlenberg, R. J. (1996). *The Experience of Self Scale (EOSS): A measure of private and public stimulus control of the experience of self*. In Poster presented at the Annual Meeting of the Association for Behavior Analysis, Orlando, Florida.

- Quiroga, E. y Errasti, J. M. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad*. *Psicothema*, 13(3).
- Quiroga, E. y Fuentes, J. B. (2003). *El significado psicológico y metapsicológico de los Modelos Biosocial y Evolucionista de Theodore Millon*. *Psicothema*, 15(2).
- Ramírez Henderson, R. y Vargas Madriz, L. F. (2012). *Terapia conductual dialéctica: descripción general de una propuesta centrada en la aceptación incondicional*. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, 3(137).
- Ribeiro, A. (2015). *Interpersonal Change during Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: An Evidence-Based Case Study*. Graduate School of Psychology. California Lutheran University, California, EEUU.
- Roca, M., Baca, B. E., Vallejo, R. J., Leal, C. C., Cervera, E. S. y Giner, U. J. (2004). *Trastornos de la Personalidad*. Barcelona: Ars Médica. Pp 677-710, 757-778.
- Rosenberg, M. (1965). *Rosenberg self-esteem scale (RSE)*. *Acceptance and commitment therapy*. *Measures package*, 61, 52.
- Soler, J. (2010). *Aplicación de la terapia dialéctica conductual grupal en el Trastorno Límite de la Personalidad* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona. Hospital de la Santa creu I Sant Pau).
- Valero-Aguayo, L., Ferro-García, R., López-Bermúdez, M., De Los ángeles Selva-López, M. y Huralde, D. (2014). *Psychometric properties of the Spanish version of the Experiencing of Self Scale (EOSS) for assessment in Functional Analytic Psychotherapy*. *Psicothema*, 26(3), 415-422.
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). *Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio*. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(2), 108-118.
- Watkins, E. R. (2009). *Depressive rumination and co-morbidity: evidence for brooding as a transdiagnostic process*. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 27(3), 160-175.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). *Measurement of social-evaluative anxiety*. *Journal of consulting and clinical psychology*, 33(4), 448.
- Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). *Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales*. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063.

- ANEXOS
- ANEXO 1. FICHA CREATIVA DE LA PACIENTE.

① ¿Quién soy yo?

② «¿Quién quiero ser?»



Sentimientos  
frustración

LOGURA

arrepentimiento  
& Culpa

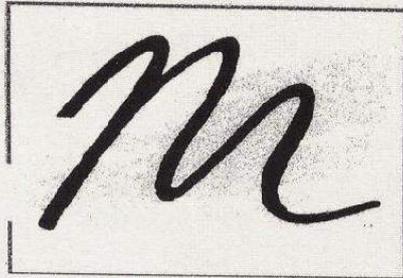
→ impulso ←

[ENFADO]

Risa

Tranquilidad

○ **ANEXO 2. PRUEBAS EVALUATIVAS.**



CUADERNILLO

**MCMIII - III**

INVENTARIO CLÍNICO  
MULTIAXIAL DE MILLON-III

**INSTRUCCIONES**

- 1 Anote todas sus contestaciones en la hoja de respuestas que se le ha facilitado. NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.
- 2 Para contestar en la hoja de respuestas utilice un LÁPIZ blando que escriba en color NEGRO y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.
- 3 Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes. SEA LO MÁS SINCERO POSIBLE.
- 4 No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas; están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.
- 5 A continuación tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la hoja de respuestas. Si ESTÁ DE ACUERDO con una frase o piensa que describe su forma de ser, MARQUE CON UN ASPA EL ESPACIO correspondiente a la letra «V» (Verdadero). Si por el contrario la frase NO REFLEJA NI CARACTERIZA su forma de ser, MARQUE CON UN ASPA EL ESPACIO de la letra «F» (Falso). Así:

1 Soy un ser humano V      F  
1.      

Como esta frase es verdadera para Vd. se ha tachado el espacio de la letra V (Verdadero).

2 Mido más de tres metros V      F  
2.      

Esta frase es falsa para Vd., por lo que se ha tachado el espacio de la letra F (Falso).

- 6 Procure responder a todas las frases aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar a todas pero si no es capaz de decidirse, debe marcar el espacio de la letra F (Falso).
- 7 Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellene el otro espacio.
- 8 No hay límite de tiempo para contestar a todas las frases, pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

**NO ABRA ESTE CUADERNILLO HASTA QUE SE LO INDIQUEN.**



Autor: Theodore Millon.

Adaptación española: Violeta Cardenal y M<sup>a</sup> Pilar Sánchez.

Copyright © 1997 by DICANDRIEN, INC.

Copyright © 2006 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28035 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain. Impreso en España.

Caso clínico sobre un trastorno de personalidad negativista  
M<sup>a</sup> José Aróstegui Ruiz  
TFM

MCMII-III. INVENTARIO CLÍNICO MULTIAIXIAL DE MILLON-III

- 1 Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana.
- 2 Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir.
- 3 Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar.
- 4 Gran parte del tiempo me siento débil y cansado.
- 5 Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo que piense la gente.
- 6 La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho.
- 7 Si mi familia me presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
- 8 La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
- 9 Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita.
- 10 Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener.
- 11 Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
- 12 Muestro mis emociones fácil y rápidamente.
- 13 En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo.
- 14 Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.
- 15 Las cosas que hoy van bien no durarán mucho tiempo.
- 16 Soy una persona muy agradable y sumisa.
- 17 Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
- 18 Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado.
- 19 Parece que elijo amigos que terminan tratándome mal.
- 20 He tenido pensamientos tristes gran parte de mi vida desde que era niño.
- 21 Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
- 22 Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
- 23 Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
- 24 Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.
- 25 Me siento culpable muy a menudo sin ninguna razón.
- 26 Los demás envidian mis capacidades.
- 27 Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo.
- 28 Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado.
- 29 La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y seria.
- 30 Últimamente he comenzado a sentir deseo de destruir cosas.
- 31 Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención.
- 32 Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
- 33 Si alguien me criticase por cometer un error rápidamente le señalaría sus propios errores.
- 34 Últimamente he perdido los nervios.
- 35 A menudo renuncio a hacer cosas porque temo no hacerlas bien.
- 36 Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira y luego me siento terriblemente culpable por ello.
- 37 Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
- 38 Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

3

MCMI-III INVENTARIO CLÍNICO MULTIAJIAL DE MILLÓN III

- |  |  |
|--|--|
| <p>39 Tomar las llamadas "drogas ilegales" puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.</p> <p>40 Creo que soy una persona miedosa e inhibida.</p> <p>41 He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.</p> <p>42 Nunca perdono un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado.</p> <p>43 A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno.</p> <p>44 Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo.</p> <p>45 Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan.</p> <p>46 Siempre he sentido menos interés por el sexo que la mayoría de la gente.</p> <p>47 Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.</p> <p>48 Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.</p> <p>49 Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.</p> <p>50 No soporto a las personas influyentes que siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.</p> <p>51 Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante o divertido.</p> <p>52 Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí.</p> <p>53 Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería.</p> <p>54 Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón.</p> <p>55 En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial.</p> | <p>56 Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.</p> <p>57 Pienso que soy una persona muy sociable y extrovertida.</p> <p>58 Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.</p> <p>59 Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.</p> <p>60 Simplemente, no he tenido la suerte que otros han tenido en la vida.</p> <p>61 Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.</p> <p>62 Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.</p> <p>63 Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.</p> <p>64 No sé por qué pero, a veces, digo cosas crueles sólo para hacer sufrir a los demás.</p> <p>65 En el último año he cruzado el Atlántico en avión 30 veces.</p> <p>66 En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo.</p> <p>67 Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.</p> <p>68 Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.</p> <p>69 Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme.</p> <p>70 Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.</p> <p>71 Cuando estoy solo, a menudo noto cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no puede ser visto.</p> <p>72 Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.</p> <p>73 A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes.</p> |
|--|--|

MCMI-III. INVENTARIO CLÍNICO MULTIAJAXIAL DE MILLON-III

- |  |  |
|--|--|
| <p>74 No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.</p> <p>75 Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.</p> <p>76 Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme.</p> <p>77 Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso.</p> <p>78 Aunque esté despierto, parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.</p> <p>79 Con frecuencia estoy irritado y de mal humor.</p> <p>80 Para mí es muy fácil hacer muchos amigos.</p> <p>81 Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven.</p> <p>82 Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.</p> <p>83 Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro.</p> <p>84 Me falta confianza en mí mismo para arriesgarme a probar algo nuevo.</p> <p>85 No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.</p> <p>86 Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme.</p> <p>87 A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.</p> <p>88 Cuando estoy en una fiesta nunca me aílo de los demás.</p> <p>89 Observo a mi familia de cerca para saber en quién se puede confiar y en quién no.</p> <p>90 Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo.</p> <p>91 El consumo de "drogas ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.</p> <p>92 Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así.</p> <p>93 Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.</p> | <p>94 La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.</p> <p>95 A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes.</p> <p>96 En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas.</p> <p>97 Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".</p> <p>98 Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio.</p> <p>99 Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido.</p> <p>100 Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, hasta cierto punto, me he convertido en un alcohólico.</p> <p>101 Creo que no me tomo muchas de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería.</p> <p>102 Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.</p> <p>103 Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado.</p> <p>104 No puedo experimentar mucho placer porque no creo merecerlo.</p> <p>105 Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos.</p> <p>106 He tenido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.</p> <p>107 He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.</p> <p>108 Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mí mismo.</p> |
|--|--|

NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

5

MCMII-III. INVENTARIO CLÍNICO MULTIAIXIAL DE MILLON-III

- 109 El recuerdo de una experiencia muy perturbadora de mi pasado sigue apareciendo en mis pensamientos.
- 110 El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
- 111 Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo.
- 112 He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven.
- 113 Me he metido en problemas con la ley un par de veces.
- 114 Una buena manera de evitar los errores es tener una rutina para hacer las cosas.
- 115 A menudo otras personas me culpan de cosas que no he hecho.
- 116 He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya.
- 117 La gente piensa que, a veces, hablo sobre cosas extrañas o diferentes a las de ellos.
- 118 Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin tomar drogas.
- 119 La gente está intentando hacerme creer que estoy loco.
- 120 Haría algo desesperado para impedir que me abandonase una persona que quiero.
- 121 Sigo dándome atracones de comida un par de veces a la semana.
- 122 Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino.
- 123 Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste.
- 124 Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico.
- 125 A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado deprisa para ellas.
- 126 Hoy, la mayoría de la gente de éxito ha sido afortunada o deshonesto.
- 127 No me involucro con otras personas a no ser que esté seguro de que les voy a gustar.
- 128 Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra.
- 129 Años después, todavía tengo pesadillas acerca de un acontecimiento que supuso una amenaza real para mi vida.
- 130 Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.
- 131 Beber alcohol me ayuda cuando me siento deprimido.
- 132 Odio pensar en algunas de las formas en las que se abusó de mí cuando era un niño.
- 133 Incluso en los buenos tiempos, siempre he tenido miedo de que las cosas pronto fuesen mal.
- 134 Algunas veces, cuando las cosas empiezan torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.
- 135 Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano a quien depender, realmente me asusta.
- 136 Sé que he gastado más dinero del que debía comprando "drogas ilegales".
- 137 Siempre compruebo que he terminado mi trabajo antes de tomarme un descanso para actividades de ocio.
- 138 Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado.
- 139 Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas.
- 140 Creo que hay una conspiración contra mí.
- 141 Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí.
- 142 Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco.
- 143 Algunas veces me obligo a vomitar después de comer.
- 144 Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago.

MCM-III. INVENTARIO CLÍNICO MULTIAJAL DE MILLON-III

- 145 Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.
- 146 Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.
- 147 Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente.
- 148 Pocas cosas en la vida me dan placer.
- 149 Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente.
- 150 Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido.
- 151 Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás.
- 152 Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.
- 153 Alguien ha estado intentando controlar mi mente.
- 154 He intentado suicidarme.
- 155 Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy.
- 156 No entiendo por qué algunas personas me sonrían.
- 157 No he visto un coche en los últimos diez años.
- 158 Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño.
- 159 Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales.
- 160 Mi vida actual se ve todavía afectada por 'imágenes mentales' de algo terrible que me pasó.
- 161 Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado.
- 162 A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mi alrededor.
- 163 La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.
- 164 Hay terribles hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirme en mis pensamientos y sueños.
- 165 No tengo amigos íntimos al margen de mi familia.
- 166 Casi siempre actúo rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera.
- 167 Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí.
- 168 Con mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad que me molesta.
- 169 Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o rechazo de los demás.
- 170 Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.
- 171 Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
- 172 La gente me dice que soy una persona muy formal y moral.
- 173 Todavía me aterrizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.
- 174 Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.
- 175 A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño.

FIN DE LA PRUEBA.

COMPRUEBE, POR FAVOR,  
QUE NO HA DEJADO NINGUNA  
FRASE SIN CONTESTAR.



# MCMI-III

## INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

### DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_  
Nº identificación \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo  V  M  
Profesión actual \_\_\_\_\_

#### 1. ESTADO CIVIL

- No ha estado casado  Casado en 1<sup>er</sup> matrimonio  Casado (segundas nupcias o más)  
 Separado  Divorciado  Vive en pareja  
 Viudo  Otros (especificar) \_\_\_\_\_

#### 2. NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS (marque con una "X" el nivel más alto que haya cursado)

- Primarios (hasta 6º de Educación Primaria)  3<sup>er</sup> curso de estudios universitarios  
 8º de EGB o Graduado escolar  Estudios universitarios  
 ESO o FP  Otros niveles (indicar) \_\_\_\_\_  
 COU o Bachillerato \_\_\_\_\_

#### 3. ENTORNO EN EL QUE CONTESTA A LA PRUEBA (marque con una "X" el que corresponda)

- Centro docente (escuela, universidad, etc.)  Centro de salud (consultas)  
 Ingresado en un centro hospitalario o clínica  Orientación o selección profesional  
 Centros de detención  Otros (indicar) \_\_\_\_\_

#### 4. LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA

Origen \_\_\_\_\_ Residencia \_\_\_\_\_

#### 5. INDIQUE CON LOS NÚMEROS 1 Y 2 SUS DOS PRINCIPALES PROBLEMAS

- Matrimonial o familiar  Confianza en sí mismo  Trabajo, estudios o empleo  
 Cansancio o enfermedad  Soledad  Alcohol  
 Drogas  Problemas mentales  Conducta antisocial  
 Otros (especificar) \_\_\_\_\_

#### A CUMPLIMENTAR POR EL EXAMINADOR

¿Paciente internado? SÍ  NO

Trastorno Eje I presentado:

- Hace menos de 1 semana  Entre 1 y 4 semanas  Hace más de 4 semanas

\* Autor: Theodre Millon. - Adaptación española: Violeta Cardenal y M<sup>a</sup> Pilar Sánchez. - Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, Copyright © 1997 DICANDRIEN, INC. Copyright de la edición española © 2007, 2009 DICANDRIEN, INC. Todos derechos reservados. Reimpreso 2011 (por Pearson Educación, S.A).



## HOJA DE RESPUESTAS

Marque con una "X" la respuesta (V = Verdadero; F = Falso)  
 que mejor le describa a usted y a su manera de ser.

1	V	F	26	V	F	51	V	F	76	V	F	101	V	F	126	V	F	151	V	F
2	V	F	27	V	F	52	V	F	77	V	F	102	V	F	127	V	F	152	V	F
3	V	F	28	V	F	53	V	F	78	V	F	103	V	F	128	V	F	153	V	F
4	V	F	29	V	F	54	V	F	79	V	F	104	V	F	129	V	F	154	V	F
5	V	F	30	V	F	55	V	F	80	V	F	105	V	F	130	V	F	155	V	F
6	V	F	31	V	F	56	V	F	81	V	F	106	V	F	131	V	F	156	V	F
7	V	F	32	V	F	57	V	F	82	V	F	107	V	F	132	V	F	157	V	F
8	V	F	33	V	F	58	V	F	83	V	F	108	V	F	133	V	F	158	V	F
9	V	F	34	V	F	59	V	F	84	V	F	109	V	F	134	V	F	159	V	F
10	V	F	35	V	F	60	V	F	85	V	F	110	V	F	135	V	F	160	V	F
11	V	F	36	V	F	61	V	F	86	V	F	111	V	F	136	V	F	161	V	F
12	V	F	37	V	F	62	V	F	87	V	F	112	V	F	137	V	F	162	V	F
13	V	F	38	V	F	63	V	F	88	V	F	113	V	F	138	V	F	163	V	F
14	V	F	39	V	F	64	V	F	89	V	F	114	V	F	139	V	F	164	V	F
15	V	F	40	V	F	65	V	F	90	V	F	115	V	F	140	V	F	165	V	F
16	V	F	41	V	F	66	V	F	91	V	F	116	V	F	141	V	F	166	V	F
17	V	F	42	V	F	67	V	F	92	V	F	117	V	F	142	V	F	167	V	F
18	V	F	43	V	F	68	V	F	93	V	F	118	V	F	143	V	F	168	V	F
19	V	F	44	V	F	69	V	F	94	V	F	119	V	F	144	V	F	169	V	F
20	V	F	45	V	F	70	V	F	95	V	F	120	V	F	145	V	F	170	V	F
21	V	F	46	V	F	71	V	F	96	V	F	121	V	F	146	V	F	171	V	F
22	V	F	47	V	F	72	V	F	97	V	F	122	V	F	147	V	F	172	V	F
23	V	F	48	V	F	73	V	F	98	V	F	123	V	F	148	V	F	173	V	F
24	V	F	49	V	F	74	V	F	99	V	F	124	V	F	149	V	F	174	V	F
25	V	F	50	V	F	75	V	F	100	V	F	125	V	F	150	V	F	175	V	F

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del «Copyright», bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

PEARSON

PsychCorp



**M E A Q**

Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones

	1	2	3	4	5	6
	Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Levemente en desacuerdo	Levemente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Si creo que algo me hará sentir incómodo, no lo hago.....	1	2	3	4	5	6
2. Si pudiera eliminar por arte de magia todos mis recuerdos dolorosos, lo haría.....	1	2	3	4	5	6
3. Intento fuertemente no pensar en las cosas preocupantes cuando aparecen.....	1	2	3	4	5	6
4. A veces me es difícil identificar cómo me siento.....	1	2	3	4	5	6
5. Suelo posponer las cosas que no me gustan y tengo que hacer.....	1	2	3	4	5	6
6. La gente debería afrontar sus miedos.....	1	2	3	4	5	6
7. La felicidad es no sentir dolor o decepción.....	1	2	3	4	5	6
8. Si hay pequeña posibilidad de resultar perjudicado al hacer una actividad, evito hacerla.....	1	2	3	4	5	6
9. Cuando aparecen pensamientos negativos, intento ocupar mi mente con otras cosas.....	1	2	3	4	5	6
10. A veces, me han dicho que soy una persona que niega la evidencia o hechos.....	1	2	3	4	5	6
11. A veces, aplazo las cosas para evitar afrontar desafíos.....	1	2	3	4	5	6
12. Aunque me siento incómodo, no renuncio a trabajar en las cosas que valoro.....	1	2	3	4	5	6
13. Cuando me siento mal, hago cualquier cosa para sentirme mejor.....	1	2	3	4	5	6
14. Si existe una posibilidad de que algo me disguste, no lo hago.....	1	2	3	4	5	6
15. Normalmente trato de distraerme cuando siento malestar.....	1	2	3	4	5	6
16. Soy capaz de "desconectarme" de mis emociones cuando no quiero sentir.....	1	2	3	4	5	6
17. Cuando tengo algo importante que hacer me dedico a dar vueltas.....	1	2	3	4	5	6
18. Estoy dispuesto a tolerar el dolor y los nervios para conseguir lo que quiero.....	1	2	3	4	5	6
19. La felicidad implica deshacerse de los pensamientos negativos.....	1	2	3	4	5	6
20. Me esfuerzo mucho para evitar situaciones que provoquen pensamientos y sentimientos desagradables en mí.....	1	2	3	4	5	6
21. No me doy cuenta de que estoy ansioso hasta que otras personas me lo dicen.....	1	2	3	4	5	6
22. Cuando surgen recuerdos angustiantes, trato de centrarme en otras cosas.....	1	2	3	4	5	6
23. Estoy en contacto con mis emociones.....	1	2	3	4	5	6
24. Estoy dispuesto a sufrir por las cosas que me importan.....	1	2	3	4	5	6
25. Una de mis grandes metas es no tener emociones desagradables.....	1	2	3	4	5	6
26. Prefiero seguir haciendo aquello con lo que estoy cómodo, a probar nuevas actividades.....	1	2	3	4	5	6
27. Me esfuerzo para mantener alejados los sentimientos angustiantes.....	1	2	3	4	5	6
28. La gente me ha dicho que no asumo mis problemas.....	1	2	3	4	5	6
29. El miedo o la ansiedad no me impedirán hacer algo que para mí es importante.....	1	2	3	4	5	6
30. Trato de resolver los problemas de inmediato.....	1	2	3	4	5	6

- POR FAVOR, VEA EL REVERSO -

1	2	3	4	5	6
Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Levemente en desacuerdo	Levemente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

31.	Haría cualquier cosa para sentirme menos estresado. ....	1	2	3	4	5	6
32.	Si tengo dudas sobre algo, simplemente no lo haré. ....	1	2	3	4	5	6
33.	Cuando me vienen recuerdos desagradables, trato de sacarlos de mi cabeza. ....	1	2	3	4	5	6
34.	Hoy en día la gente no debería tener que sufrir. ....	1	2	3	4	5	6
35.	Me han dicho que reprimo mis sentimientos. ....	1	2	3	4	5	6
36.	Intento posponer las tareas desagradables tanto tiempo como sea posible. ....	1	2	3	4	5	6
37.	Aunque me sienta mal, hago lo que hay que hacer. ....	1	2	3	4	5	6
38.	Mi vida sería genial si nunca me sintiera ansioso. ....	1	2	3	4	5	6
39.	Si empiezo a sentirme acorralado, abandono la situación inmediatamente. ....	1	2	3	4	5	6
40.	Cuando surge un pensamiento negativo, inmediatamente trato de pensar en otra cosa. ....	1	2	3	4	5	6
41.	Me resulta difícil reconocer lo que estoy sintiendo. ....	1	2	3	4	5	6
42.	No haré algo hasta que no me quede más remedio que hacerlo. ....	1	2	3	4	5	6
43.	No dejo que el malestar y la inquietud me impidan conseguir lo que quiero. ....	1	2	3	4	5	6
44.	Renunciaría a muchas cosas para no sentirme mal. ....	1	2	3	4	5	6
45.	Trato por todos los medios evitar situaciones incómodas. ....	1	2	3	4	5	6
46.	Puedo bloquear mis sentimientos cuando son demasiado intensos. ....	1	2	3	4	5	6
47.	Aunque haya algo que pueda hacer hoy, prefiero dejarlo para mañana. ....	1	2	3	4	5	6
48.	Estoy dispuesto a tolerar la tristeza para conseguir lo que es importante para mí. ....	1	2	3	4	5	6
49.	Algunas personas me han dicho que "escondo la cabeza bajo tierra" como los avestruces. ....	1	2	3	4	5	6
50.	El dolor siempre conduce al sufrimiento. ....	1	2	3	4	5	6
51.	Si me encuentro en una situación ligeramente incómoda, trato de marcharme de inmediato. ....	1	2	3	4	5	6
52.	Tardo un rato en darme cuenta cuando me siento mal. ....	1	2	3	4	5	6
53.	Aunque tenga dudas, sigo trabajando hacia mis metas. ....	1	2	3	4	5	6
54.	Desearía poder deshacerme de todas mis emociones negativas. ....	1	2	3	4	5	6
55.	Si existe una posibilidad de que me sienta nervioso en una situación, la evito. ....	1	2	3	4	5	6
56.	Me siento desconectado de mis emociones. ....	1	2	3	4	5	6
57.	No permito que los pensamientos negativos me impidan hacer lo que quiero. ....	1	2	3	4	5	6
58.	La clave de una buena vida es no sentir nunca dolor. ....	1	2	3	4	5	6
59.	Rápidamente abandono cualquier situación que me haga sentir incómodo. ....	1	2	3	4	5	6
60.	La gente me dice que no soy consciente de mis problemas. ....	1	2	3	4	5	6
61.	Espero vivir sin tristeza ni frustraciones. ....	1	2	3	4	5	6
62.	Cuando trabajo en algo importante, no lo dejo aunque las cosas se compliquen. ....	1	2	3	4	5	6

**SCL-90-R**

Lea atentamente y señale el número de la escala que describa mejor LOS PROBLEMAS QUE LE HAYAN PREOCUPADO O MOLESTADO DURANTE ESTA SEMANA PASADA, INCLUYENDO EL DIA DE HOY:

0. Nada en absoluto 1. Un poco 2. Moderadamente 3. Bastante 4. Mucho o extremadamente	Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho o Extremadamente
1. Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2. Nerviosismo o agitación interior	0	1	2	3	4
3. Pensamientos o ideas no deseadas que no se van de su mente	0	1	2	3	4
4. Sensaciones de desmayo o mareo	0	1	2	3	4
5. Pérdida de deseo o de placer sexual	0	1	2	3	4
6. Ver a la gente de manera negativa, encontrar siempre faltas	0	1	2	3	4
7. La idea de que otra persona puede controlar tus pensamientos	0	1	2	3	4
8. La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
9. La dificultad para recordar las cosas	0	1	2	3	4
10. Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización	0	1	2	3	4
11. Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado	0	1	2	3	4
12. Dolores en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4
13. Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
14. Sentirse bajo de energías o decaído	0	1	2	3	4
15. Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida	0	1	2	3	4
16. Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
17. Temblores	0	1	2	3	4
18. La idea de que no se puede fiar de la gente	0	1	2	3	4
19. Falta de apetito	0	1	2	3	4
20. Llorar fácilmente	0	1	2	3	4
21. Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto	0	1	2	3	4
22. La sensación de estar atrapado o como encerrado	0	1	2	3	4
23. Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
24. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no lograr controlar	0	1	2	3	4
25. Miedo a salir de casa solo	0	1	2	3	4
26. Culparse a sí mismo de todo lo que pasa	0	1	2	3	4
27. Dolores en la parte baja de la espalda	0	1	2	3	4
28. Sentirse incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas	0	1	2	3	4
29. Sentirse solo	0	1	2	3	4
30. Sentirse triste	0	1	2	3	4
31. Preocuparse demasiado por todo	0	1	2	3	4
32. No sentir interés por nada	0	1	2	3	4
33. Sentirse temeroso	0	1	2	3	4
34. Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad	0	1	2	3	4
35. La sensación de que los demás se dan cuenta de lo que está pensando	0	1	2	3	4
36. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
37. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	0	1	2	3	4
39. Que su corazón palpite o vaya muy deprisa	0	1	2	3	4
40. Náuseas o malestar en el estómago	0	1	2	3	4
41. Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
42. Dolores musculares	0	1	2	3	4
43. Sensación de que otras personas le miran o hablan de usted	0	1	2	3	4

	Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho o Extremadamente
0. Nada en absoluto					
1. Un poco					
2. Moderadamente					
3. Bastante					
4. Mucho o extremadamente					
44. Dificultad para conciliar el sueño	0	1	2	3	4
45. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
46. Dificultad en tomar decisiones	0	1	2	3	4
47. Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes	0	1	2	3	4
48. Ahogos o dificultad para respirar	0	1	2	3	4
49. Escalofríos, sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
50. Tener que evitar hacer ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo	0	1	2	3	4
51. Que se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
52. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
53. Sentir un nudo en la garganta	0	1	2	3	4
54. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
55. Tener dificultades para concentrarse	0	1	2	3	4
56. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
57. Sentirse tenso o con los nervios de punta	0	1	2	3	4
58. Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
59. Ideas sobre la muerte o el hecho de morir	0	1	2	3	4
60. El comer demasiado	0	1	2	3	4
61. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0	1	2	3	4
62. Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
63. Sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño alguien	0	1	2	3	4
64. Despertarse de madrugada	0	1	2	3	4
65. Impulsos a tener que hacer las cosas de manera repetida (tocar algo, lavarse...)	0	1	2	3	4
66. Sueño inquieto o perturbado	0	1	2	3	4
67. Tener ganas de romper o estrellar algo	0	1	2	3	4
68. Tener ideas o creencias que los demás no comparten	0	1	2	3	4
69. Sentirse muy cohibido o vergonzoso entre otras personas	0	1	2	3	4
70. Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc	0	1	2	3	4
71. Sentir que todo requiere un gran esfuerzo	0	1	2	3	4
72. Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
73. Sentirse incómodo bebiendo o comiendo en público	0	1	2	3	4
74. Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
75. Sentirse nervioso cuando se queda solo	0	1	2	3	4
76. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus méritos	0	1	2	3	4
77. Sentirse solo aunque esté con más gente.	0	1	2	3	4
78. Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo	0	1	2	3	4
79. La sensación de ser inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
80. Presentimientos de que va a pasar algo malo	0	1	2	3	4
81. Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
82. Tener miedo de desmayarse en público	0	1	2	3	4
83. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si se lo permitiera	0	1	2	3	4
84. Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante	0	1	2	3	4
85. La idea de que debería ser castigado por sus pecados o sus errores	0	1	2	3	4
86. Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo	0	1	2	3	4
87. La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo	0	1	2	3	4
88. Sentirse siempre distante, sin sensación de intimidad con nadie	0	1	2	3	4
89. Sentimientos de culpabilidad	0	1	2	3	4
90. La idea de que algo anda mal en su mente	0	1	2	3	4

AAQ-II

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED haciendo un círculo en los números de al lado. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad

1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tengo miedo de mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	1	2	3	4	5	6	7
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.	1	2	3	4	5	6	7
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	1	2	3	4	5	6	7

**ESCALA DE EXPERIENCIA DEL YO (EOSS)**  
*(Experience Of Self Scale, Kanter, Parker y Kohlenberg, 2001)*  
*(Adaptación española Valero, Ferro, Lopez y Selva, 2012, 2014)*

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
SEXO: Hombre \_\_\_\_\_ Mujer: \_\_\_\_\_ EDAD (en años): \_\_\_\_\_

Por favor, responda con sinceridad a las distintas preguntas en una escala de 1 a 7 sobre el grado de verdad con que esas afirmaciones corresponden a su propia experiencia.

**SECCIÓN I. Respecto a sí mismo en general**

	Nunca		A veces		A menudo		Siempre	
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Me encuentro perdido cuando la gente me dice “sé tú mismo”								
2. Siento como si fuera diferente según con qué personas esté.								
3. Tengo la sensación como de estar fuera de mi cuerpo, observándome a mí mismo								
4. Me siento vacío								
5. Soy creativo								
6. Soy espontáneo								
7. Soy sensible a la crítica								

**SECCIÓN II. Respecto a un conocido (compañero/a, vecino/a, conocido de vista, etc.)**

	Nunca		A veces		A menudo		Siempre	
	1	2	3	4	5	6	7	
8. Estas personas influyen en la forma como me siento conmigo mismo cuando estoy con ellas								
9. Mis necesidades o preferencias (lo que quiero hacer o conseguir) están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas								
10. Mis opiniones están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas								
11. Mis actitudes están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas								
12. Mis acciones están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas								
13. Estas personas influyen en la forma como me siento conmigo mismo cuando estoy solo								
14. Mis necesidades o preferencias (lo que quiero hacer o conseguir) están influenciadas por estas personas cuando estoy solo								
15. Mis opiniones están influenciadas por estas personas cuando estoy solo								
16. Mis actitudes están influenciadas por estas personas cuando estoy solo								
17. Mis acciones están influenciadas por estas personas cuando estoy solo								

**SECCIÓN III. Respecto a una relación personal (*familiar, amigo/a íntimo, seres queridos*)**

	Nunca A veces A menudo Siempre						
	1	2	3	4	5	6	7
18. Estas personas influyen en la forma como me siento conmigo mismo cuando estoy con ellas							
19. Mis necesidades o preferencias (lo que quiero hacer o conseguir) están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas							
20. Mis opiniones están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas							
21. Mis actitudes están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas							
22. Mis acciones están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas							
33. Estas personas influyen en la forma como me siento conmigo mismo cuando estoy solo							
24. Mis necesidades o preferencias (lo que quiero hacer o conseguir) están influenciadas por estas personas cuando estoy solo							
25. Mis opiniones están influenciadas por estas personas cuando estoy solo							
26. Mis actitudes están influenciadas por estas personas cuando estoy solo							
27. Mis acciones están influenciadas por estas personas cuando estoy solo							

**SECCIÓN IV. Respecto a sí mismo en relación a los demás**

	Nunca A veces A menudo Siempre						
	1	2	3	4	5	6	7
28. Tengo la sensación como de estar fuera de mi cuerpo, observándome a mí mismo, cuando estoy con otras personas							
29. Me siento vacío cuando estoy con otras personas							
30. Soy creativo cuando estoy con otras personas							
31. Soy espontáneo cuando estoy con otras personas							
32. Soy sensible a las críticas de alguien con quien tengo una relación superficial							
33. Tengo la sensación como de estar fuera de mi cuerpo, observándome a mí mismo, cuando estoy solo							
34. Me siento vacío cuando estoy solo							
35. Soy creativo cuando estoy solo							
36. Soy espontáneo cuando estoy solo							
37. Soy sensible a las críticas de alguien con quien tengo una relación estrecha							

	Rango	Puntuación	Porcentaje
<b>Sección I</b>	7-49		
<b>Sección II</b>	10-70		
<b>Sección III</b>	10-70		
<b>Sección IV</b>	10-70		
<b>Puntuación total</b>	37-259		

## Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6) .

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8) .

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

### Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE)**  
(Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

**ANEXO E**

**Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (*Fear of Negative Evaluation Scale, FNE*) (Watson y Friend, 1969)**

Por favor, conteste si está de acuerdo o no con las siguientes afirmaciones.

Para ello utilice el siguiente código: Verdadero = V Falso = F

1. Casi nunca me preocupa parecer tonto ante los demás.
2. Me preocupa lo que la gente pensará de mí, incluso cuando sé que no me creará ningún problema.
3. Me pongo tenso y nervioso si sé que alguien me está analizando/ evaluando.
4. No me preocupa saber si la gente está formándose una impresión desfavorable de mí.
5. Me siento muy afectado cuando cometo algún error en una situación social.
6. Las opiniones que la gente que considero importante tiene de mí me causan poca ansiedad.
7. Temo a menudo que pueda parecer ridículo o hacer alguna tontería.
8. Apenas sé cómo reaccionar cuando otras personas me censuran.
9. Temo a menudo que la gente se dé cuenta de mis defectos.
10. La desaprobación de los demás podría tener poco efecto sobre mí.
11. Si alguien me está evaluando, tiendo a esperar lo peor.
12. Raramente me preocupo de la impresión que estoy causando en alguna persona.
13. Tengo miedo de que otros no aprueben mi conducta.
14. Me da miedo que la gente me critique.
15. Las opiniones de los demás sobre mí no me preocupan.
16. No me siento necesariamente afectado si no le caigo bien a alguien.
17. Cuando estoy hablando con alguien, me preocupa lo que pueda estar pensando acerca de mí.
18. Creo que se pueden cometer errores sociales algunas veces. Entonces, ¿por qué preocuparme?
19. Generalmente me preocupa la impresión que pueda causar.
20. Me preocupa bastante lo que mis jefes piensen de mí.
21. Si sé que alguien me está juzgando, esto tiene poco efecto sobre mí.
22. Me preocupa que los demás piensen que no valgo la pena.
23. Me preocupa poco lo que los demás puedan pensar de mí.

24. A veces pienso que estoy demasiado preocupado por lo que otras personas piensen de mí.
25. A menudo me preocupa que pueda decir o cometer equivocaciones.
26. A menudo soy indiferente acerca de las opiniones que los demás tienen de mí.
27. Generalmente confío en que los demás tendrán una impresión favorable de mí.
28. A menudo me preocupa que la gente que me es importante no piense muy favorablemente de mí.
29. Me obsesiono por las opiniones que mis amigos tienen de mí.
30. Me pongo tenso y nervioso si sé que estoy siendo juzgado por mis jefes.

**ANEXO D**

**Escala de Estrés y Evitación Social (*Social Avoidance and Distress Scale, SAD*) (Watson y Friend, 1969)**

¿Qué piensa usted acerca de las afirmaciones que se encuentran más abajo?

Por favor, conteste utilizando:            V = Verdadero    F = Falso

1. Me siento relajado incluso en situaciones sociales desconocidas
2. Intento evitar situaciones que me obligan a ser muy sociable
3. Normalmente suelo estar relajado cuando estoy con personas extrañas
4. Generalmente no deseo evitar a las personas
5. A menudo encuentro desagradables las situaciones sociales
6. Generalmente me encuentro tranquilo y cómodo en situaciones sociales
7. Normalmente me encuentro a gusto cuando hablo con alguien del sexo opuesto
8. Procuro evitar hablar con la gente, a no ser que la conozca bien
9. Si tengo oportunidad de conocer a personas nuevas, normalmente suelo hacerlo
10. A menudo me encuentro nervioso o intranquilo cuando por casualidad me encuentro con un grupo de personas de ambos sexos
11. Si no conozco bien a la gente, generalmente suelo sentirme nervioso cuando estoy con ellos
12. Normalmente me siento relajado cuando estoy con un grupo de personas
13. A menudo quiero evadirme de la gente
14. Normalmente me siento cómodo cuando estoy con un grupo de personas que no conozco
15. Normalmente me siento relajado cuando conozco a alguien por primera vez
16. Cuando me presentan a alguien me pongo nervioso y tenso
17. Puedo entrar en una sala aunque esté llena de personas desconocidas
18. Normalmente suelo evitar juntarme con un grupo grande de personas
19. Cuando mis superiores quieren hablar conmigo, lo hago con gusto
20. Cuando estoy con un grupo de gente suelo estar muy nervioso
21. Procuro evitar a las personas
22. No me importa hablar con gente en reuniones sociales
23. Raras veces me encuentro a gusto cuando estoy con un grupo de gente

- 24. Generalmente suelo inventar excusas para evitar los compromisos sociales
- 25. Algunas veces acepto de presentar a las personas
- 26. Procuero evitar situaciones sociales formales
- 27. Generalmente acudo siempre a cualquier compromiso social que tenga
- 28. Creo que es fácil estar relajado en presencia de otras personas



**ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SWLS)**  
(Diener et al., 1985; Atienza et al., 2000; Pons et al., 2002)

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada frase rodeando con un círculo el número apropiado (sólo uno por afirmación). Por favor, sé sincero con tu respuesta.

		Muy en desacuerdo		Neutro		Muy de acuerdo
1	En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea	1	2	3	4	5
2	Las circunstancias de mi vida son muy buenas	1	2	3	4	5
3	Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5
4	Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	1	2	3	4	5
5	Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada	1	2	3	4	5

## Escala de Emociones Positivas y Negativas (PANAS)

Instrucciones:

A continuación te presentamos varias palabras que describen diferentes sentimientos y emociones que tu has sentido en esta último mes. Lee cada una de ellas y marca la alternativa que consideres conveniente. Recuerda que no hay respuestas correctas, ni incorrectas. Usa la siguiente escala:

### ESCALA DE RESPUESTAS

1      2      3      4      5

Levemente o casi nada    Un poco      Moderadamente    Bastante  
Extremadamente

1. Interesado(a) .....	1	2	3	4	5
2. Irritable. ....	1	2	3	4	5
3. Entusiasmado(a). ....	1	2	3	4	5
4. Tenso(a), con malestar. ....	1	2	3	4	5
5. Disgustado(a), molesto(a). ....	1	2	3	4	5
6. Fuerte; enérgico(a). ....	1	2	3	4	5
7. Orgullosa(a). ....	1	2	3	4	5
8. Temerosa(a), atemorizado(a). ....	1	2	3	4	5
9. Avergonzado(a). ....	1	2	3	4	5
10. Inspirado(a). ....	1	2	3	4	5

11. Nervioso(a). .....	1	2	3	4	5
12. Estimulado(a). .....	1	2	3	4	5
13. Decidido(a). .....	1	2	3	4	5
14. Atento(a). .....	1	2	3	4	5
15. Miedoso(a). .....	1	2	3	4	5
16. Activo(a). .....	1	2	3	4	5
17. Asustado(a). .....	1	2	3	4	5
18. Culpable. ....	1	2	3	4	5
19. Alerto(a),despierto(a). .....	1	2	3	4	5
20. Hostil. ....	1	2	3	4	5

○ **ANEXO 3. FICHAS DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES.**

## FICHA GENERAL N° 1

### Objetivos de la formación de habilidades

#### OBJETIVO GENERAL

Aprender y dominar las habilidades necesarias para cambiar las pautas conductuales, emocionales y de pensamiento asociadas a los problemas vitales, esto es, aquellas que causan tristeza y malestar.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

*Conductas que hay que reducir*

1. Caos interpersonal
2. Inestabilidad emocional y de estados de ánimo
3. Impulsividad
4. Confusión acerca del yo, desregulación cognitiva

*Conductas que hay que aumentar*

1. Habilidades de efectividad interpersonal
2. Habilidades de regulación de las emociones
3. Habilidades de tolerancia al malestar
4. Habilidades básicas de conciencia

## FICHA GENERAL N° 2

### Guía para la formación de habilidades

1. Los clientes que abandonan la terapia están fuera de la terapia.
2. Todos los clientes tienen que seguir una terapia individual.
3. Los clientes no pueden acudir a las sesiones bajo la influencia de las drogas o el alcohol.
4. Los clientes no pueden hablar fuera de la sesión con los otros clientes sobre anteriores conductas parasuicidas (aunque sean muy recientes).
5. Los clientes que se llaman los unos a los otros para pedir ayuda cuando tienen tendencias suicidas deben estar dispuestos a aceptar la asistencia de la persona a quien llaman.
6. La información obtenida durante las sesiones, así como los nombres de los clientes, deben ser absolutamente confidenciales.
7. Los clientes que van a llegar a tarde a una sesión o faltar a ella deben llamar con antelación.
8. Los clientes no pueden establecer entre ellos relaciones privadas fuera de las sesiones de formación.
9. Las parejas que mantienen relaciones sexuales no pueden formar parte del mismo grupo de formación.

#### Otras reglas específicas de este grupo/Notas:

.....

.....

.....

.....

.....

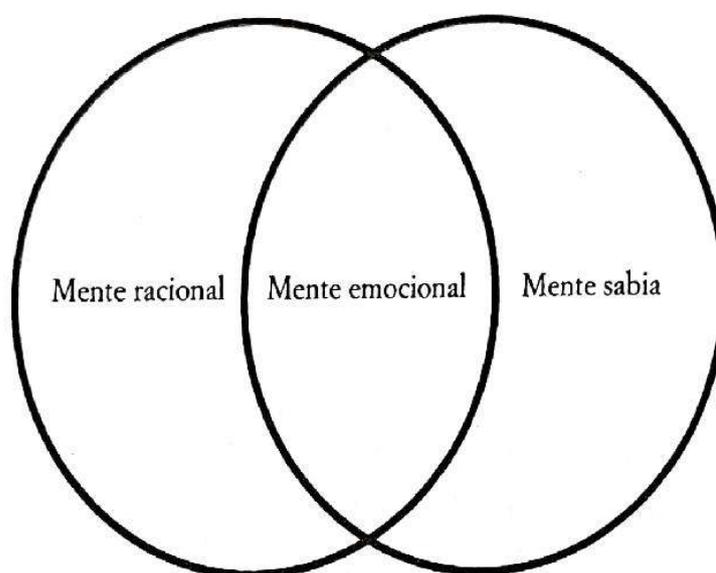
.....

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE HABILIDADES BÁSICAS DE CONCIENCIA N° 1

### Controlar la propia mente

#### ESTADOS MENTALES



Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan,  
© 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE HABILIDADES BÁSICAS DE CONCIENCIA N° 2

### Controlar la propia mente: Habilidades «qué»

#### OBSERVAR

- **LIMITARSE A PERCIBIR LA EXPERIENCIA.** Percibir lo que sucede sin dejarnos atrapar por la experiencia. Experimentar sin reaccionar a la experiencia.
- Tener una «MENTE DE TEFLÓN». Dejar que las experiencias, sentimientos y pensamientos entren y salgan de la mente sin ninguna traba.
- **CONTROLAR** la atención, pero no lo que vemos. No hay que evitar nada ni «engancharse» a nada.
- Ser como un guardián que vigila la entrada del palacio. Estar **ALERTA** a cada pensamiento, sentimiento y acción que traspasa la puerta de nuestra mente.
- Quedarse dentro de uno mismo y observar. **OBSERVAR** los propios pensamientos, sentimientos y acciones que pasan por la puerta de la mente.
- Darse cuenta de lo que entra a través de los **SENTIDOS**, por los ojos, oídos, nariz, piel y lengua. Ver las acciones y expresiones de los demás. «Oler las rosas.»

#### DESCRIBIR

- **PONERLE PALABRAS A LA EXPERIENCIA.** Cuando aparece un sentimiento o una sensación tenemos que reconocerlo. Por ejemplo, decir mentalmente: «Me ha invadido la tristeza» o «Los músculos del estómago se me están poniendo tensos» o «Me ha venido a la mente el siguiente pensamiento: "Puedo hacerlo"» o «Estoy caminando: un paso, otro paso, otro paso».
- **PONERLE PALABRAS A LA EXPERIENCIA.** Describirse uno mismo lo que está sucediendo. Poner nombre a los propios sentimientos. Llamar a un pensamiento pensamiento; a un sentimiento, sentimiento. No quedarse colgado de los contenidos.

#### PARTICIPAR

- Entrar en la propia experiencia. Dejarse envolver por el momento. **ESTAR FUNDIDO CON LA EXPERIENCIA, OLVIDARSE COMPLETAMENTE DE UNO MISMO.**
- **ACTUAR INTUITIVAMENTE** desde la mente sabia. Hacer lo que cada ocasión requiere, como un buen bailarín en la pista, con la música y el compañero de baile correcto, sin premeditación y sin cruzarse de brazos.
- **PRACTICAR** activamente nuestras habilidades durante todo el proceso de aprendizaje hasta que se conviertan en parte de uno. Entonces las podremos usar inconscientemente. **PRACTICAR:**
  1. Cambiar situaciones dañinas.
  2. Cambiar reacciones dañinas a determinadas situaciones.
  3. Aceptarse tal como se es y aceptar las situaciones tal como son.

Fuente. *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE HABILIDADES BÁSICAS DE CONCIENCIA N° 3

### Controlar la propia mente: Habilidades «cómo»

#### NO EMITIR JUICIOS

- Ver, pero NO EVALUAR. Adoptar una postura no sentenciosa. Atenerse a los hechos. Concentrarse en el «qué», no en lo «bueno» o «malo», lo «terrible» o «maravilloso», el «debería» o «no debería».
- DESPEGAR LAS PROPIAS OPINIONES de los hechos (atenerse a «quién, qué, cuándo y dónde»).
- ACEPTAR cada momento, cada hecho como una manta sobre el césped que acepta tanto la lluvia como el sol y cada hoja que cae.
- RECONOCER lo que ayuda, lo sano, pero no juzgarlo. Reconocer lo dañino, lo insano, pero no juzgarlo.
- Cuando nos sorprendamos juzgando, NO JUZGAR EL PROPIO HECHO DE JUZGAR.

#### UNICIDAD MENTAL

- HACER UNA SOLA COSA EN CADA MOMENTO. Cuando estemos comiendo, sólo comeremos. Cuando caminemos, sólo caminaremos. Cuando nos bañemos, sólo nos bañaremos. Cuando trabajemos, sólo trabajaremos. Cuando estemos con un grupo, o conversando, nos concentraremos en cada momento en lo que estamos haciendo con la otra persona. Cuando pensemos, sólo pensemos. Cuando nos preocupemos, sólo nos preocuparemos. Cuando planeemos algo, sólo planearemos. Cuando recordemos, sólo recordaremos. Hacer cada cosa con toda la atención.
- Si nos distraen otras acciones, pensamientos o sentimientos, dejemos las distracciones y volvamos a lo que estamos haciendo una y otra vez y otra vez.
- CONCENTRAR LA MENTE. Si pensamos que estamos haciendo dos cosas a la vez, detengámonos y volvamos a una sola cosa.

#### EFFECTIVIDAD

- CONCENTRARSE EN LO QUE FUNCIONA. Hacer lo que requiere cada situación. Dejar de valorar lo que está «bien» en contraposición con lo que está «mal» o «justo» en contraposición a «injusto».
- SEGUIR LAS NORMAS DEL JUEGO. No «tirarse piedras sobre el propio tejado» por querer ir contracorriente.
- ACTUAR CON HABILIDAD. Adaptarse a las necesidades de la situación. No empecinarse en que la situación debería ser así o así; no insistir en lo que es justo o injusto; no buscar una situación más cómoda, etc.
- No apartarse de los OBJETIVOS PROPIOS y recordar qué es lo que necesitamos para conseguirlos.
- RENUNCIAR a la venganza, a la rabia que no sirve para nada o a la rectitud de principios que sólo sirve para herirnos.

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE EFECTIVIDAD INTERPERSONAL Nº 1

### Situaciones en las que se requiere efectividad interpersonal

#### OCUPARSE DE LAS RELACIONES

- No dejar que los problemas y las heridas crezcan.
- Usar las habilidades relacionales para eliminar problemas.
- Acabar con las relaciones que no tienen solución.
- Resolver los conflictos antes de que nos superen.

#### EQUILIBRAR LAS PRIORIDADES FRENTE A LAS DEMANDAS

- Si nos sentimos abrumados, reducir o eliminar las demandas poco prioritarias.
- Pedir ayuda a los demás; decir «no» cuando sea necesario.
- Si no hay demasiado para hacer, intentar crear estructura y posibilidades; ofrecerse para hacer cosas.

#### EQUILIBRAR LA RATIO DEBERES/DESEOS

- Pensemos que lo que hacemos, lo hacemos porque disfrutamos y lo queremos hacer. La cantidad de esfuerzo que dedicamos dependerá de lo que se tiene que hacer, lo que «deberíamos» hacer. Intentemos mantener un equilibrio, incluso cuando tenemos que:
  - Hacer que se tenga en cuenta nuestra opinión.
  - Hacer que los demás hagan alguna cosa por nosotros.
  - Decir que «no» a peticiones indeseadas.

#### GENERAR SENSACIÓN DE COMPETENCIA Y RESPETO PERSONAL

- Interactuar de manera que nos sintamos competentes y eficientes, no inútiles y demasiado dependientes.
- Hacer valer nuestros derechos, creencias y opiniones; sigamos los dictados de nuestra mente sabia.

## FICHA DE EFECTIVIDAD INTERPERSONAL N° 2

### Objetivos de la efectividad interpersonal

#### OBJETIVOS DE LA EFECTIVIDAD

##### Conseguir nuestros objetivos en una situación dada

- Dar a conocer nuestros derechos de manera que se nos respete.
- Pedir cosas a los demás de tal manera que nos las concedan.
- Rechazar peticiones no deseadas o poco razonables.
- Resolver conflictos interpersonales.
- Hacer que nuestra opinión o punto de vista se tenga en cuenta.

##### PREGUNTAS

1. *¿Qué resultados o cambios específicos quiero conseguir en esta interacción?*
2. *¿Qué tengo que hacer para obtener tales resultados? ¿Qué funcionará?*

#### EFECTIVIDAD DE LA RELACIÓN

##### Construir o mantener una buena relación

- Actuar de manera que le sigamos gustando a la otra persona y seamos dignos de su respeto.
- Encontrar el equilibrio entre obtener nuestros objetivos inmediatamente y el bien de la relación a largo plazo.

##### PREGUNTAS

1. *¿Cómo quiero que se sienta la otra persona conmigo una vez acabada la interacción?*
2. *¿Qué tengo que hacer para mantener esta relación?*

#### EFECTIVIDAD EN CUANTO AL RESPETO PERSONAL

##### Mantener o mejorar las buenas sensaciones con respecto a uno mismo

- Respetar los valores y creencias propios; actuar de manera que nuestra actividad encaje con nuestra moralidad.
- Actuar de manera que nos sintamos competentes y eficientes.

##### PREGUNTAS

1. *¿Cómo me quiero sentir respecto a mí mismo después de que acabe la interacción?*
2. *¿Qué tengo que hacer para sentirme así? ¿Qué funcionará?*

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE EFECTIVIDAD INTERPERSONAL N° 3

### Factores que reducen la efectividad interpersonal

#### DÉFICIT DE HABILIDADES

Cuando tenemos un déficit de habilidades, NO SABEMOS qué decir ni qué hacer. No sabemos cómo deberíamos actuar para conseguir nuestros objetivos. No sabemos qué funcionará.

#### PENSAMIENTOS DE PREOCUPACIÓN

Los pensamientos de preocupación nos impiden poner en marcha nuestra capacidad para actuar. Tenemos la capacidad, pero los pensamientos nos impiden hacer o decir lo que deseamos.

- PREOCUPARSE ACERCA DE CONSECUENCIAS FUNESTAS  
«No les gusto», «Ella pensará que soy estúpido».
- PREOCUPARSE DE SI UNO MERECE OBTENER LO QUE DESEA  
«Soy tan mala persona que no me merezco esto».
- PREOCUPARSE ACERCA DE NO SER EFICIENTE Y PONERSE ETIQUETAS  
«No lo haré bien», «No resistiré la presión», «Soy un estúpido».

#### REACCIONES EMOCIONALES

Las emociones (IRA, FRUSTRACIÓN, MIEDO, CULPA) pueden interponerse en nuestra habilidad para actuar. Tenemos la capacidad, pero las emociones nos impiden hacer o decir lo que queremos. Las emociones, en vez de ayudarnos, controlan lo que decimos y hacemos.

#### INDECISIÓN

NO PODEMOS DECIDIR qué hacer o qué queremos. Tenemos la capacidad, pero la indecisión interfiere. Existe una ambivalencia de nuestras prioridades y una incapacidad para equilibrar:

- La voluntad de pedir con la de no pedir.
- La voluntad de decir «no» a todo con decir «sí» a todo.

#### ENTORNO

Características del medio que impiden que incluso la persona más habilidosa sea efectiva. Situaciones en las que LA CONDUCTA COMPETENTE NO FUNCIONA.

- Las otras personas son demasiado poderosas.
- Las otras personas se sentirán amenazadas o tendrán alguna otra razón para que no les gustemos si obtenemos lo que deseamos.
- Las otras personas no nos darán lo que necesitamos o no nos dejarán decir «no» sin castigarnos a no ser que sacrifiquemos nuestro respeto personal, al menos en cierta medida.

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE EFECTIVIDAD INTERPERSONAL N° 4

### Mitos acerca de la efectividad interpersonal

1. No puedo soportar que alguien se enfade conmigo.  
REFUTACIÓN: .....
2. Si me dicen que no, me muero.  
REFUTACIÓN: .....
3. No me merezco lo que deseo o necesito.  
REFUTACIÓN: .....
4. Si pido algo, esto demostrará que soy una persona muy débil.  
REFUTACIÓN: .....
5. Debo ser realmente incompetente si no puedo arreglarme yo solo.  
REFUTACIÓN: .....
6. Tengo que saber si una persona va a decir «sí» antes de pedirle algo.  
REFUTACIÓN: .....
7. Pedir es de gente maleducada (malo, egoísta, no cristiano).  
REFUTACIÓN: .....
8. Da igual; en realidad, no me importa.  
REFUTACIÓN: .....
9. Obviamente, el problema está en mi cabeza. Si pensase de otra manera no tendría que molestar a todo el mundo.  
REFUTACIÓN: .....
10. Esto es una catástrofe (es realmente malo, terrible, me vuelve loco, me destruirá, es un desastre).  
REFUTACIÓN: .....
11. Decir que «no» a una petición es siempre algo muy egoísta.  
REFUTACIÓN: .....
12. Debería estar siempre dispuesto a sacrificarme por los demás.  
REFUTACIÓN: .....
13. ....  
REFUTACIÓN: .....
14. ....  
REFUTACIÓN: .....

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE EFECTIVIDAD INTERPERSONAL N° 5

### Afirmaciones de ánimo para la efectividad interpersonal

1. Está bien desear o necesitar algo de alguien.
2. Tengo la oportunidad de pedirle a alguien lo que deseo y necesito.
3. Puedo soportar perfectamente no obtener lo que deseo o necesito.
4. El hecho de que alguien me responda que «no» a una petición no significa que no tenía que haberlo pedido.
5. Si no conseguí cumplir mis objetivos, no fue necesariamente porque no lo intentase como debía.
6. Defender las «pequeñas» cosas que quiero y necesito puede ser tan importante como las «grandes» cosas para los demás.
7. Puedo insistir en mis derechos y ser todavía una buena persona.
8. A veces tengo el derecho de hacerme valer aunque esto pueda molestar a otras personas.
9. El hecho de que los demás no sean asertivos no significa que yo no lo tenga que ser.
10. Puedo entender y validar a otra persona y todavía pedir lo que deseo.
11. No hay ninguna ley que diga que las opiniones de los demás son más válidas que la mía.
12. Quisiera agradar a la gente que me importa, pero no tengo que complacerles todo el tiempo.
13. Dar, dar y dar no es el único propósito en la vida. Yo también soy una persona importante en este mundo.
14. Si me niego a hacerle un favor a alguien eso no significa que no me guste. Probablemente lo entenderá.
15. No tengo la obligación de decir que «sí» a la gente simplemente porque me pidan un favor.
16. El hecho de que diga que «no» a alguien no me convierte en una persona egoísta.
17. Si digo que «no» a la gente y se enfadan, eso no significa que debería haberles dicho que «sí».
18. Aunque alguien se enfade conmigo, todavía me puedo sentir bien.

Otras: .....

.....

.....

.....

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE EFECTIVIDAD INTERPERSONAL Nº 6

### Opciones para regular la intensidad de las peticiones o para rechazar una petición y factores que se deben tener en cuenta a la hora de decidir

#### OPCIONES

##### ALTA INTENSIDAD: INTENTAR CAMBIAR LA SITUACIÓN

- Pedir firmemente, insistir... 6 ...Rechazar firmemente, no dar el brazo a torcer.  
Pedir firmemente, seguir pidiendo aunque nos lo nieguen... 5 ...Rechazar firmemente, resistirse a acceder a lo que nos piden.  
Pedir firmemente, aceptar un no... 4 ...Rechazar firmemente, pero reconsiderándolo.  
Pedir para probar qué nos dirán, aceptar un no... 3 ...Expresar que no se desea hacer determinada cosa.  
Insinuar abiertamente, aceptar un no... 2 ...Expresar que no se desea hacer determinada cosa, pero decir sí.  
Insinuar indirectamente, aceptar un no... 1 ...Expresar duda, decir sí.  
No pedir ni insinuar... 0 ...Hacer lo que los demás desean sin que nos lo pidan.

##### BAJA INTENSIDAD: ACEPTAR LA SITUACIÓN TAL COMO ES

#### FACTORES QUE CABE CONSIDERAR

- 1. Prioridades:** MIS OBJETIVOS: ¿Son muy importantes? Si la respuesta es SÍ, la intensidad debería ser mayor.  
LA RELACION: ¿No es muy estrecha? Si la respuesta es NO, deberíamos plantearnos reducir la intensidad.  
MI RESPETO PERSONAL: La intensidad debe estar en relación con el respeto de mis valores personales.
- 2. Capacidad:** ¿Puede darnos esa persona lo que deseamos? Si la respuesta es SÍ, la intensidad de la PETICIÓN debería ser mayor.  
¿Tengo yo lo que la persona desea? Si la respuesta es NO, la intensidad de la NEGACIÓN debería ser mayor.
- 3. Oportunidad:** ¿Tenemos una buena ocasión para pedir algo? ¿La otra persona se encuentra de buen humor para escuchar y prestar atención? ¿Es probable que diga «sí»? Si la respuesta es SÍ, la intensidad de la PETICIÓN debería ser mayor.  
¿Es un mal momento para decir «no»? ¿Debería esperar un poco para decir «no»? Si la respuesta es NO, la intensidad de la NEGACIÓN debería ser mayor.

(cont.)

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

### FICHA DE EFECTIVIDAD INTERPERSONAL Nº 6 (cont.)

- 4. Deberes:** ¿He hecho los deberes? ¿Conozco todos los hechos que necesito saber para apoyar mi petición? ¿Tengo claro lo que quiero? Si la respuesta es SÍ, la intensidad de la PETICIÓN debería ser mayor.  
¿Está clara la petición de la otra persona? ¿Sé a lo que estoy accediendo? Si la respuesta es NO, la intensidad de la NEGACIÓN debería ser mayor.
- 5. Autoridad:** ¿Soy responsable de dirigir a otra persona o decirle qué hacer? Si la respuesta es SÍ, la intensidad de la PETICIÓN debería ser mayor.  
¿Tiene la otra persona autoridad sobre mí (por ejemplo, mi jefe, mi profesor)?  
¿Está lo que pide la otra persona dentro de sus competencias? Si la respuesta es NO, la intensidad de la NEGACIÓN debería ser mayor.
- 6. Derechos:** ¿Debe la otra persona hacer lo que le pido por dictamen de la ley o la moral? Si la respuesta es SÍ, la intensidad de la PETICIÓN debería ser mayor.  
¿Se me requiere (moral o legalmente) hacer lo que la otra persona quiere?  
¿Decirle que «no» a su petición violaría sus derechos? Si la respuesta es NO, la intensidad de la NEGACIÓN debería ser mayor.
- 7. Relaciones:** ¿Es lo que deseo apropiado para la relación actual? Si la respuesta es SÍ, la intensidad de la PETICIÓN debería ser mayor.  
¿Lo que la otra persona desea es apropiado para la relación actual? Si la respuesta es NO, la intensidad de la NEGACIÓN debería ser mayor.
- 8. Reciprocidad:** ¿Qué he hecho por la otra persona? ¿Le he dado tanto como le estoy pidiendo? ¿Estoy dispuesto a devolverle ese favor otra vez? Si la respuesta es SÍ, la intensidad de la PETICIÓN debería ser mayor.  
¿Le debo a la otra persona un favor? ¿Ha hecho muchas cosas por mí? Si la respuesta es NO, la intensidad de la NEGACIÓN debería ser mayor.
- 9. Largo plazo frente a corto plazo:** ¿Dar el brazo a torcer (y no pedir) sosegaría la situación ahora, pero crearía nuevos problemas a largo plazo? Si la respuesta es SÍ, la intensidad de la PETICIÓN debería ser mayor.  
¿Es más importante renunciar y obtener paz a corto plazo que el bienestar a largo plazo de la relación? ¿Me arrepentiré si digo que «no» ahora? Si la respuesta es NO, la intensidad de la NEGACIÓN debería ser mayor.
- 10. Respeto:** ¿Hago normalmente las cosas por mí mismo? ¿Evito actuar de forma desesperada cuando la situación no es grave? Si la respuesta es SÍ, la intensidad de la PETICIÓN debería ser mayor.  
¿Decir que «no» me hará sentir mal, aun cuando piense en ello sabiamente? Si la respuesta es NO, la intensidad de la NEGACIÓN debería ser mayor.

Otros factores:

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE EFECTIVIDAD INTERPERSONAL N° 7

### Sugerencias para la práctica de la efectividad interpersonal

Las habilidades interpersonales sólo pueden ser aprendidas si se practican una y otra vez. La clave es PRÁCTICA, PRÁCTICA y PRÁCTICA. Para ello, deberemos estar alerta a las oportunidades que se nos presenten en nuestro entorno. Si no surge ninguna situación propicia de forma natural, entonces tendremos que salir a la calle y encontrar la manera de crear oportunidades para practicar. Por otro lado, muchas de las situaciones que se plantean en estas frases pueden surgir en nuestra vida cotidiana.

1. Ir a la biblioteca y pedirle al bibliotecario que nos ayude a encontrar un libro. (Variación: pedirle a un vendedor que nos ayude a encontrar algo.)
2. Cambiar de tema, mientras hablamos con un amigo.
3. Invitar a un amigo a cenar (en casa o en un restaurante).
4. Llamar a una compañía de seguros y preguntar los precios de las pólizas.
5. Llevar los libros antiguos que tengamos a una librería de segunda mano y averiguar cuánto nos dan por ellos. Irse en cuanto nos den la información.
6. Comprar un lápiz, goma de mascar o cualquier otra cosa que cueste menos de cincuenta céntimos y pagar con un billete de diez euros.
7. En una tienda pedir que nos den cambio de 1 euro sin comprar nada.
8. Ir a un bar o restaurante cuando no haya mucha gente y pedir un vaso de agua: beberse-lo, dar las gracias y salir de allí.
9. Ir a un restaurante y pedir que nos dejen usar el lavabo; irse sin consumir nada.
10. Telefonar al ministerio o departamento de sanidad local, pedir hablar con el responsable (o un funcionario de alto nivel) y quejarse de la basura que hay en el vecindario. (Existen muchas variaciones de este tema; por ejemplo, quejarse del teléfono, del servicio de taxis o de autobuses, de un programa de televisión, etc.).
11. Ir a una gasolinera y pedirle al empleado que compruebe el agua del radiador (o el aire de las ruedas); irse sin comprar gasolina.
12. En un autobús (o mientras se espera el autobús) pedir a los otros pasajeros que nos den cambio. (Variaciones de ese tema pueden ser pedir cambio a un transeúnte para comprar un periódico, pagar el parquímetro, etc.)
13. Llamar a una peluquería y pedir hora. Llamar después y anular la cita. (Variaciones: hacer lo mismo en un restaurante, en una compañía aérea, etc.)
14. Pedir al farmacéutico información sobre una medicina que se venda sin receta.
15. Pedir que nos preparen de manera especial una hamburguesa en un restaurante de comida rápida. Una variación de esto es pedir que nos sirvan un plato diferente del menú en un restaurante.
16. Pedirle a un vendedor de unos grandes almacenes que nos ayude a encontrar algo.

(cont.)

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

### FICHA DE EFECTIVIDAD INTERPERSONAL N<sup>o</sup> 7 (cont.)

17. Pedir al encargado de un supermercado que nos encargue un artículo que no venden en esos momentos.
18. Preguntar a un dependiente de una verdulería si tiene alguna lechuga fresca (o cualquier otra fruta o verdura) en el almacén. (Variación: pedir al dependiente que compruebe si tiene en el almacén determinado producto que no encontramos en las estanterías.)
19. Ir a una tienda de comestibles de alta calidad y pedir 50 gramos de carne o de queso. Irse sin comprar nada más.
20. Ir a unos grandes almacenes o una tienda de regalos y pedir al vendedor que nos ayude a escoger un regalo. (Variación: pedir la opinión a un vendedor acerca de una prenda que nos interesa.)
21. Llamar y pedir información acerca de un trabajo anunciado en los clasificados de un periódico. (Las variaciones sobre este tema son numerosas: preguntar por algo que nos interesa comprar; llamar a una universidad y pedir información sobre las clases, etc.)
22. Pedir a los compañeros de trabajo o de clase que nos hagan un favor (por ejemplo, que nos traigan un café, que nos den su opinión sobre algo, etc.).
23. Pedir a alguien que nos acompañe a un paseo.
24. Estar en desacuerdo con alguien.
25. Expresar desacuerdo con un padre, con la pareja, con un socio o amigo sobre diversos temas (la programación de una actividad, la práctica sexual, el tiempo que pasan juntos, etc.).
26. Pedir a un padre, a la pareja, a un socio o a unos niños que acepten más responsabilidad en un área específica.
27. Pedir a un amigo que nos ayude a arreglar algo.
28. Pedir a una persona que hace mucho ruido que sea más discreta (en el cine, a un vecino que pone el volumen de la música muy alta, etc.).
29. Pedir al terapeuta u orientador que nos haga un favor.
30. Pedir ayuda para trasladar los muebles.
31. Pedir al casero que arregle las goteras, las cañerías, una puerta que no cierra o los electrodomésticos.
32. Ir al dentista o al médico y preguntarle claramente cuál es el problema.
33. Pedir una bebida sin alcohol en un bar o en una discoteca.
34. Pedir excusas por tener que abandonar la clase antes de tiempo.
35. Pedir a alguien que deje de hacer algo que nos molesta.
36. Pedir al monitor de habilidades (al que le falta tiempo para terminar de explicar un tema) que termine la sesión porque ya es hora de acabar la clase.
37. Pedir a un profesor que nos conceda tiempo para hablar con él y quejarse (o felicitarle) acerca de una clase.
38. Pedir al profesor que nos dé una cita para hablar con él y plantearle una queja o felicitarle por sus clases.

Otras:

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE EFECTIVIDAD INTERPERSONAL Nº 8

### Guía para la efectividad en la consecución de los objetivos: obtener lo que se desea

Los puntos más importantes de las habilidades para la efectividad en la consecución de los objetivos son:

**Describir**  
**Expresar**  
**Comunicar**  
**Reforzar**

**Mantener la posición**  
**Aparentar seguridad en uno mismo**  
**Negociar**

- |                  |   |
|------------------|---|
| <b>Describir</b> | Cuando sea necesario, describiremos brevemente la situación en la que estamos. Debemos atenernos a los hechos.  |
| <b>Expresar</b>  | Expresar claramente nuestros sentimientos y opiniones acerca de la situación. Asumir que nuestros sentimientos y opiniones no son evidentes para todo el mundo. Explicar la lógica de lo que nos ocurre. Usar frases como «Quiero», «No quiero», en vez de «Necesito», «Deberías» o «No puedo».                         |
| <b>Comunicar</b> | Pedir lo que queramos. Decir «no» con rotundidad. No esperar que la gente sepa qué queremos que haga si no se lo decimos. Asumir que los demás no nos pueden leer la mente. No esperar que los demás sepan que nos cuesta mucho pedir directamente lo que queremos.   |
| <b>Reforzar</b>  | Reforzar positivamente con antelación explicando las CONSECUENCIAS.<br>Mostrar a las personas los efectos positivos resultantes de obtener lo que deseamos o necesitamos. Si es necesario, les informaremos de los efectos negativos en caso de que no consigamos lo que necesitamos. Ayudar a esas personas a sentirse |

(cont.)

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

### FICHA DE EFECTIVIDAD INTERPERSONAL N<sup>o</sup> 8 (cont.)

- bien con antelación por hacer o aceptar lo que queremos. Re-compensarles después.
- Mantener la posición** Tenemos que mantenernos centrados en NUESTROS OBJETIVOS.  
Mantener la posición y no distraerse con otro tema.
- a) «Batir el récord» Tenemos que seguir pidiendo, diciendo que «no» o expresando nuestras opiniones una y otra vez.
- b) Ignorar Si otra persona nos ataca, amenaza o intenta cambiar de tema, simplemente ignoraremos la amenaza, sus comentarios negativos o sus intentos de distraernos. Es decir, mantendremos nuestro punto de vista.
- Aparentar seguridad en uno mismo** Usaremos un tono de voz que exprese confianza apoyado por el apropiado contacto visual. Nada de tartamudear, susurrar, mirar al suelo, retirarse, decir que no estamos seguros, etc.
- Negociar** Estemos dispuestos a dar PARA RECIBIR. Ofrecer y pedir soluciones alternativas al problema. Reducir nuestro nivel de demanda. Mantener nuestra negativa, pero ofrecer algo a cambio o solucionar el problema de otra manera.
- «Volver las tornas» Se trata de volcar el problema sobre el interlocutor. Pedir soluciones alternativas: «¿Qué piensas que deberíamos hacer?». «No soy capaz de decir que sí y parece que tú es lo único que quieres.» «¿Qué podemos hacer aquí?» «¿Cómo podemos solucionar este problema?»

Otras ideas: .....

.....

.....

.....

.....

.....

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE EFECTIVIDAD INTERPERSONAL N<sup>o</sup> 9

### Guía para la efectividad de las relaciones: mantener la relación

Las habilidades relacionadas con la efectividad de las relaciones son:

**Ser agradable**  
**Interesarse por la gente**  
**Validar**  
**Ser simpático y amable**

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Ser agradable</b>            | Utilizar un enfoque cortés y sosegado.   |
| <b>No atacar</b>                | No atacar ni verbal ni físicamente. No dar golpes ni apretar los puños.  |
| <b>No amenazar</b>              | No formular afirmaciones manipulativas o amenazas ocultas. No decir: «Me mataré si...». Tenemos que tolerar que nos nieguen una petición. Permanezcamos en la discusión aunque nos duela. Si es necesario, escapar educadamente de la conversación.  |
| <b>No juzgar</b>                | No moralizar. No decir frases como «Si fueras una buena persona, harías...». No usar verbos como «Deberías...» o «No deberías...».   |
| <b>Interesarse por la gente</b> | ESCUCHAR y mostrarse interesado por la otra persona. Escuchar el punto de vista de la otra persona, su opinión, las razones por las que nos niega un favor o nos pide algo. No interrumpir ni discutir. Ser sensible a los deseos de la otra persona de hablar del tema en otro momento. Ser paciente. |
| <b>Validar</b>                  | Validar o RECONOCER los sentimientos de la otra persona, sus deseos, dificultades y opiniones acerca de la situación. No juzgar a los demás: «Sé que estás muy ocupado, pero...». «Puedo ver que esto es muy importante para ti, pero...» «Sé que esto te va descolocar un poco, pero...»              |
| <b>Ser simpático y afable</b>   | Usar el humor. SONREÍR. Tranquilizar a la otra persona. Conquistarla, calmarla. Ésta es la diferencia entre la «venta dura» y la «venta blanda». Ser un poco político.   |

Otras ideas: .....

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE EFECTIVIDAD INTERPERSONAL N° 10

### Guía para la efectividad de respeto personal: mantener el respeto personal

Las habilidades para la efectividad de respeto personal son:

**Ser justo**  
**No disculparse**  
**Mantener los valores que defendemos**  
**Ser sincero**

- Ser justo** Ser justo con respecto a UNO mismo y a los DEMÁS.
- No disculparse** No disculparse POR SISTEMA. No hay que pedir disculpas por estar vivo, por tener opinión propia, por no coincidir con los demás.
- Mantener los valores que defendemos** No vendamos nuestros valores o integridad para conseguir un objetivo o gustar a alguien. Tenemos que expresar claramente lo que, en nuestra opinión, es la manera más ética o moral de actuar y defender esa postura en todo momento.
- Ser sincero** NO MINTAMOS, no aparentemos estar DESESPERADOS cuando no es verdad. No exageremos ni inventemos excusas.

Otras ideas: .....

.....

.....

.....

.....

.....

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

### FICHA DE DEBERES DE EFECTIVIDAD INTERPERSONAL Nº 1

#### Objetivos y prioridades de las situaciones interpersonales

Nombre Mauá Amat Rodríguez Fecha 02-02-18

Usa esta ficha para determinar los objetivos y prioridades en cualquier situación en la que se dé un problema como los que siguen: 1) no se respetan tus derechos y deseos, 2) quieres que alguien haga, cambie o te dé algo, 3) quieres o necesitas decir «no» o resistir la presión de hacer algo, 4) quieres que tu opinión o punto de vista se tenga en cuenta, 5) tienes un conflicto con otra persona. Observa y describe situaciones reales que te ocurran, tan pronto como sea posible, para no olvidar detalles (escribe en esta ficha los detalles de las mismas). Si necesitas más espacio, escribe en el reverso de la página.

**HECHO DESENCADENANTE** de mi problema: ¿Quién hizo qué a quién? ¿Qué condujo a ello?

¿Qué es lo que constituye un problema para mí? Que mi madre sea rencorosa y lleve 2 semanas sin hablarme.

Eran las 2 de la tarde y mi madre no venía hasta las 15:30. A esa hora iba al supermercado. Cuando llega, le hago un comentario en relación a almuerzo-hora de almorzar. Se enfada mucho conmigo.

Mis **DESEOS** en esta situación:

**OBJETIVOS:** ¿Qué resultados específicos quiero? ¿Qué cambios deseo que haga tal persona?

Sé que ~~debo~~ tengo que mejorar/cambiar mi forma de actuar ante algo que no me gusta/ no estoy de acuerdo. Pero, mi madre debe dejar de pensar que soy su enemiga y tomarse los problemas con menos intensidad. Es decir, dárlos menos importancia.

**RELACIÓN:** ¿Qué deseo que la otra persona sienta acerca de mí después de la interacción?

Que es una pelea que todas las personas podemos tener y tomárselo con más calma. Puedo enfadarme fácilmente, pero ~~trato~~ que se me quite en 5 minutos porque no lo hago con maldad. (Soy una persona de impulsos, que no piensa en

**RESPECTO PERSONAL:** ¿Cómo me quiero sentir después de la interacción? el momento de la pelea.

Me gustaría sentirme orgullosa de mí misma porque no he perdido el control y he dicho cosas que no debo. Si mi madre no me quiere hablar, queda en su conciencia. (Aunque suelo sentir malestar).

Mis **PRIORIDADES** en esta situación. Puntúa las prioridades de la siguiente manera: 1 (lo más importante), 2 (lo segundo más importante) o 3 (lo menos importante).

2 OBJETIVOS 3 RELACIÓN 1 RESPETO PERSONAL

¿Existen **CONFLICTOS EN LAS PRIORIDADES** que me impiden ser eficiente en esta situación?

- 1 ① mi madre pierde constantemente los nervios y es muy cabezona, siempre cree tener la razón.
- 2 ② No pienso lo que digo, por lo tanto, ~~no~~ no defiendo la situación con eficiencia.

Fuente: Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE DEBERES DE EFECTIVIDAD INTERPERSONAL Nº 2

### Observa y describe situaciones interpersonales

Nombre ..... Fecha .....

Rellena esta ficha durante o después de una situación que genera un problema del tipo: 1) no se respetan tus derechos y deseos, 2) quieres que alguien haga, cambie o te dé algo, 3) quieres o necesitas decir «no» o resistir la presión de hacer algo, 4) quieres que tu opinión o punto de vista se tenga en cuenta, 5) tienes un conflicto con otra persona. Observa y describe situaciones reales que te ocurran tan pronto como sea posible para no olvidar los detalles (escribe en esta ficha los detalles de las mismas). Si necesitas más espacio, escribe en el reverso de la página.

HECHO DESENCADENANTE de mi problema: ¿Quién hizo qué a quién? ¿Qué condujo a ello?

Lo que **DIJE O HICE** en esta situación: (ser **ESPECÍFICO**). Puntuar la **INTENSIDAD** de la respuesta (véase la pág. sig.).

#### INTENSIDAD-PUNTUACIÓN (0-6):

**FACTORES QUE REDUCEN MI EFECTIVIDAD** en esta situación:

FALTA DE HABILIDAD: ¿Qué es lo que no sé hacer o decir?

PENSAMIENTOS DE PREOCUPACIÓN:

EMOCIONES QUE INTERFIEREN:

INDECISIÓN (o conflicto entre los objetivos) a la hora de ponerme en marcha:

OBJETIVOS: ¿Qué resultados deseo obtener? ¿Qué cambios quiero que la otra persona lleve a cabo?

RELACIÓN: ¿Cómo quiero que la otra persona se sienta después de la interacción?

RESPECTO PERSONAL: ¿Cómo quiero sentirme después de la interacción?

¿CONFLICTO O INDECISIÓN?

FACTORES DEL ENTORNO que me impiden avanzar:

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

**FICHA DE DEBERES DE EFECTIVIDAD INTERPERSONAL N<sup>o</sup> 2 (cont.)**

<b>¿PIDES?</b> (Si concluyes con más SÍES que NOES, PIDE)		<b>¿TE NIEGAS A HACER ALGO QUE TE PIDEN?</b> (Si concluyes con más NOES que SÍES, NIEGA LA PETICIÓN)	
SÍ NO ¿Puede la persona darme lo que quiero?	<b>Capacidad</b>	¿Tengo lo que la persona desea?	SÍ NO
SÍ NO ¿Es un buen momento para pedir?	<b>Oportunidad</b>	¿Es un mal momento para decir que «no»?	SÍ NO
SÍ NO ¿Estoy preparado?	<b>Deberes</b>	¿Es clara la petición?	SÍ NO
SÍ NO ¿Lo que hace esa persona es asunto mío?	<b>Autoridad</b>	¿Esta persona tiene autoridad sobre mí?	SÍ NO
SÍ NO ¿Tengo derecho a lo que estoy pidiendo?	<b>Derecho</b>	¿Decir que «no» viola los derechos de la persona?	SÍ NO
SÍ NO ¿Esta petición se ajusta a la relación que tenemos?	<b>Relaciones</b>	¿Es apropiada la petición?	SÍ NO
SÍ NO ¿Estoy pidiendo menos de lo que doy?	<b>Reciprocidad</b>	¿Esta persona me ha hecho muchos favores? ¿Le debo mucho?	SÍ NO
SÍ NO ¿Es importante pedir como objetivo a largo plazo?	<b>Objetivos</b>	¿La petición no interfiere en un objetivo a largo plazo?	SÍ NO
SÍ NO ¿Estoy siendo competente?	<b>Respeto</b>	¿La mente sabia dice «sí»?	SÍ NO
..... SUMA de respuestas AFIRMATIVAS		SUMA de respuestas NEGATIVAS: .....	

**ALTA INTENSIDAD: INTENTAR CAMBIAR LA SITUACIÓN**

Pedir firmemente, insistir... 6 ... Rechazar firmemente, no dar el brazo a torcer.  
Pedir firmemente, seguir pidiendo aunque nos lo nieguen... 5 ...Rechazar firmemente, resistirse a aceptar la petición.  
Pedir firmemente, aceptar un no... 4 ...Rechazar firmemente, pero reconsiderándolo.  
Pedir para probar qué nos dirán, aceptar un no... 3 ...Expresar que no se desea hacer determinada cosa.  
Insinuar abiertamente, aceptar un no... 2 ...Expresar que no se desea hacer determinada cosa, pero decir sí.  
Insinuar indirectamente, aceptar un no... 1 ...Expresar duda, decir sí.  
No pedir ni insinuar... 0 ... Hacer lo que los demás desean sin que nos lo pidan.

**BAJA INTENSIDAD: ACEPTAR LA SITUACIÓN TAL COMO ES**

Notas: .....

.....

.....

.....

.....

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE DEBERES DE EFECTIVIDAD INTERPERSONAL N° 3

### Usa las habilidades de efectividad interpersonal

Nombre

Semana de inicio

Rellena esta ficha siempre que practiques las habilidades de efectividad interpersonal o cuando se te presente una oportunidad para practicar (aunque finalmente no lo practiques). Escribe en el reverso de la página si necesitas más espacio.

---

HECHO DESENCADENANTE de mi problema: ¿Quién hizo qué a quién? ¿Qué condujo a ello?

---

OBJETIVOS DE LA SITUACIÓN (¿Qué resultados quiero?):

---

TEMA DE RELACIÓN (¿Qué resultados quiero?):

---

TEMA DE RESPETO PERSONAL (¿Cómo deseo sentirse conmigo mismo?):

---

¿Qué **DIJE O HICE** en esa situación? (Describir y comprobar si coincide con algunas de las siguientes posibilidades):

*Obtener lo que quiero:*

- ¿Describí?
- ¿Expresé?
- ¿Comuniqué?
- ¿Reforcé?

- ¿Mantuve la posición?
- ¿Batí el récord?
- ¿Ignoré los ataques?
- ¿Aparenté seguridad en mí mismo?
- ¿Negocié?

*Mantener la relación:*

- ¿Fui agradable?
- ¿Amenacé?
- ¿Ataqué?
- ¿Juzgué?

- ¿Me interesé por la gente?
- ¿Validé?
- ¿Fui simpático y amable?

*Mantener el respeto personal:*

- ¿Fui justo?
- ¿Me disculpé?

- ¿Mantuve los valores que defiendo?
- ¿Fui sincero?

---

INTENSIDAD DE MI RESPUESTA (0-6):

INTENSIDAD IDEAL (0-6):

---

(cont.)

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

<b>FICHA DE DEBERES DE EFECTIVIDAD INTERPERSONAL Nº 3 (cont.)</b>			
<b>FACTORES QUE REDUCEN MI EFECTIVIDAD</b> (comprobar y describir)			
..... FALTA DE HABILIDADES:			
..... PENSAMIENTOS DE PREOCUPACIÓN:			
..... EMOCIONES QUE INTERFIEREN:			
..... INDECISIÓN:			
..... ENTORNO:			
<b>¿PIDO?</b> (Si concluyes con más SÍES que NOES, PIDE)		<b>¿NIEGO UNA PETICIÓN?</b> (Si concluyes con más NOES que SÍES, NIEGA LA PETICIÓN)	
SÍ NO ¿Puede la persona darme lo que quiero?	<b>Capacidad</b>	¿Tengo lo que la persona desea?	SÍ NO
SÍ NO ¿Es un buen momento para pedir?	<b>Oportunidad</b>	¿Es un mal momento para decir que no?	SÍ NO
SÍ NO ¿Estoy preparado?	<b>Deberes</b>	¿Es clara la petición?	SÍ NO
SÍ NO ¿Lo que hace esa persona es asunto mío?	<b>Autoridad</b>	¿Esta persona tiene autoridad sobre mí?	SÍ NO
SÍ NO ¿Tengo derecho a lo que estoy pidiendo?	<b>Derecho</b>	¿Decir que no viola los derechos de la persona?	SÍ NO
SÍ NO ¿Esta petición se ajusta a la relación?	<b>Relaciones</b>	¿Esta petición se ajusta a la relación?	SÍ NO
SÍ NO ¿Estoy pidiendo menos de lo que doy?	<b>Reciprocidad</b>	¿Esta persona me ha hecho muchos favores? ¿Le debo mucho?	SÍ NO
SÍ NO ¿Es importante pedir como objetivo a largo plazo?	<b>Objetivos</b>	¿La petición no interfiere en un objetivo a largo plazo?	SÍ NO
SÍ NO ¿Estoy siendo competente?	<b>Respeto</b>	¿La mente sabia dice sí?	SÍ NO
..... SUMA de respuestas AFIRMATIVAS		SUMA de respuestas NEGATIVAS: .....	
<b>ALTA INTENSIDAD: INTENTAR CAMBIAR LA SITUACIÓN</b>			
Pedir firmemente, insistir... 6 ...Rechazar firmemente, no dar el brazo a torcer.			
Pedir firmemente, seguir pidiendo aunque nos lo nieguen... 5 ...Rechazar firmemente, resistirse a aceptar la petición.			
Pedir firmemente, aceptar un no... 4 ...Rechazar firmemente, pero reconsiderándolo.			
Pedir para probar qué nos dirán, aceptar un no... 3 ...Expresar que no se desea hacer determinada cosa.			
Insinuar abiertamente, aceptar un no... 2 ...Expresar que no se desea hacer determinada cosa, pero decir sí.			
Insinuar indirectamente, aceptar un no... 1 ...Expresar duda, decir sí.			
No pedir ni insinuar... 0 ...Hacer lo que los demás desean sin que nos lo pidan.			
<b>BAJA INTENSIDAD: ACEPTAR LA SITUACIÓN TAL COMO ES</b>			
Fuente: <i>Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite</i> , Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press			

## FICHA DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES N° 1

### Objetivos de la formación en la regulación de las emociones

#### ENTENDER LAS EMOCIONES QUE EXPERIMENTAMOS

- Identificar (observar y describir) las emociones.
- Entender qué utilidad tienen las emociones.

#### REDUCIR LAS VULNERABILIDAD EMOCIONAL

- Reducir la vulnerabilidad negativa (vulnerabilidad a la mente emocional).
- Incrementar las emociones positivas.

#### REDUCIR EL SUFRIMIENTO EMOCIONAL

- Dejar pasar las emociones dolorosas por medio de las habilidades de conciencia.
- Transformar las emociones dolorosas por medio de la acción opuesta.

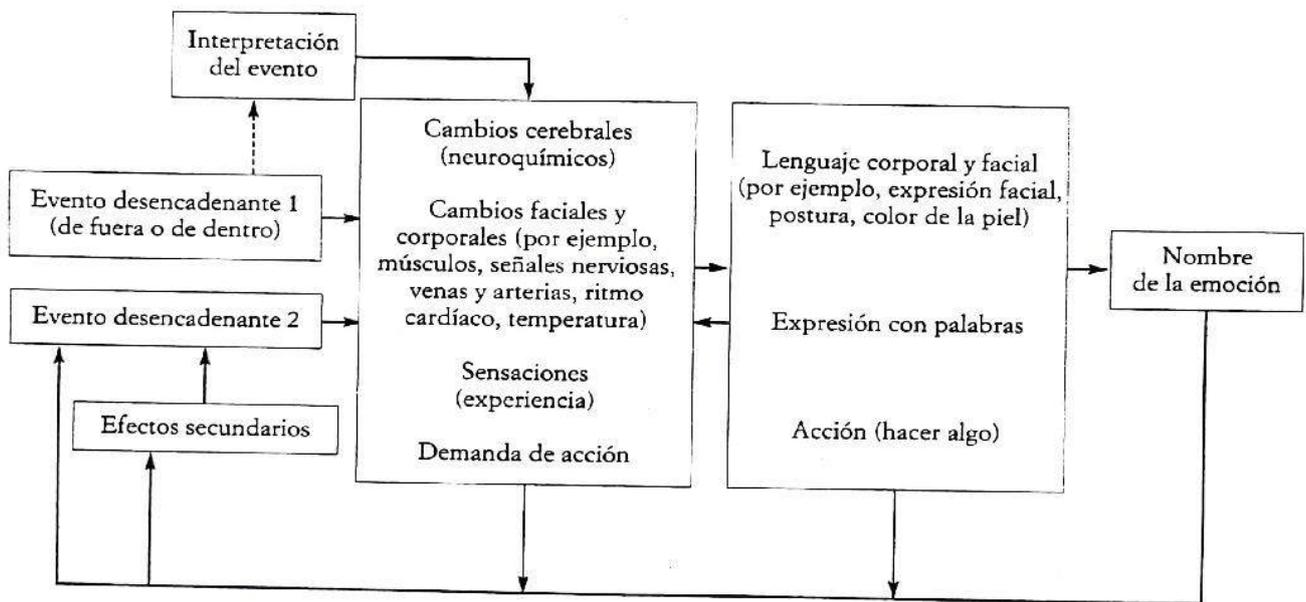
## FICHA DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES Nº 2

### Mitos acerca de las emociones

1. Existe una manera correcta de sentirse en cada situación.  
REFUTACIÓN: .....
2. Dejar que los demás sepan que me siento mal es de débiles.  
REFUTACIÓN: .....
3. Los sentimientos negativos son malos y destructivos.  
REFUTACIÓN: .....
4. Ser emotivo significa perder el control.  
REFUTACIÓN: .....
5. Podemos experimentar emociones sin razón alguna.  
REFUTACIÓN: .....
6. Algunas emociones son realmente estúpidas.  
REFUTACIÓN: .....
7. Todas las emociones negativas son el resultado de una mala actitud.  
REFUTACIÓN: .....
8. Si los demás no aprueban mis sentimientos, no debería sentirme como me siento.  
REFUTACIÓN: .....
9. Los demás son los mejores jueces de cómo me siento.  
REFUTACIÓN: .....
10. Las emociones dolorosas no son tan importantes y deberían ser ignoradas.  
REFUTACIÓN: .....
11. ....  
REFUTACIÓN: .....
12. ....  
REFUTACIÓN: .....
13. ....  
REFUTACIÓN: .....
14. ....  
REFUTACIÓN: .....
15. ....  
REFUTACIÓN: .....

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

FICHA DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES N° 3  
Modelo para describir las emociones



Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES Nº 4

### Formas de describir las emociones

#### PALABRAS QUE EXPRESAN AMOR

activación	atenciones	encaprichamiento
adoración	atracción	lujuria
afecto	calidez	pasión
amabilidad	cariño	sentimentalismo
amor	compasión	solidaridad
anhelo	deseo	ternura
aprecio	encanto	

Otras: .....

.....

.....

#### Eventos desencadenantes de sentimientos de amor

Una persona nos ofrece o nos da algo que queremos, necesitamos o deseamos.

Una persona hace cosas que queremos o necesitamos.

Pasamos mucho tiempo con una persona.

Compartimos una experiencia especial con otra persona.

Tenemos una comunicación excepcional con otra persona.

Otros: .....

.....

.....

#### Interpretaciones que desencadenan sentimientos de amor

Crear que una persona nos ama, nos necesita o nos aprecia.

Pensar que una persona es físicamente atractiva.

Pensar que la personalidad de una persona es maravillosa, agradable o atractiva.

Pensar que podemos contar con alguien; que estará siempre ahí.

Otras: .....

.....

(cont.)

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan,  
© 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES N° 4 (cont.)

### Experimentar la emoción del amor

Cuando estamos con alguien o pensamos en alguien:

- Nos sentimos animados y llenos de energía.
- El corazón nos va rápido.
- Actuamos y nos sentimos seguros de nosotros mismos.
- Nos sentimos invulnerables.
- Nos sentimos felices, gozosos o eufóricos.
- No sentimos cómodos y confiados.
- Nos sentimos relajados y en calma.

Queremos lo mejor para esa persona.

Queremos darle cosas a esa persona.

Queremos verla y pasar tiempo junto a ella.

Queremos pasar el resto de nuestra vida con esa persona.

Queremos estar físicamente cerca de esa persona o tener relaciones sexuales con ella.

Queremos que la relación se estreche.

### Expresar o actuar bajo influencia del amor

Diciendo «Te amo».

Expresando sentimientos positivos a una persona.

Mirándose mutuamente a los ojos.

Tocándose, acariciándose, abrazándose.

Sonriendo.

Pasando mucho tiempo con alguien y compartiendo experiencias.

Haciendo cosas que la otra persona quiere o necesita.

Otros: .....

.....

.....

### Efectos secundarios del amor

Sólo ser capaz de ver los aspectos positivos de la otra persona.

Distraerse, estar despistado; soñar despierto.

Sentirse abierto hacia la otra persona, sentir que se puede confiar en ella.

Recordar otras ocasiones en las que se ha amado.

Recordar a otras personas que se ha amado.

Recordar e imaginar otros sucesos positivos.

Otros: .....

.....

.....

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES N° 4 (cont.)

### PALABRAS QUE EXPRESAN GOCE

alegría  
alivio  
ánimo  
arrobamiento  
deleite  
dicha  
disfrute  
diversión  
embeleso  
emoción

encanto  
entretenimiento  
entusiasmo  
esperanza  
estremecimiento  
euforia  
excitación  
éxtasis  
felicidad  
fervor

goce  
ilusión  
jovialidad  
júbilo  
optimismo  
orgullo  
placer  
regocijo  
satisfacción  
triumfo

Otros: .....

.....

.....

.....

### Eventos desencadenantes de sentimientos de goce

Tener éxito en una tarea.  
Conseguir un resultado determinado.  
Obtener lo que deseamos.  
Recibir estima, respeto o alabanzas.  
Obtener algo por lo que se ha luchado o resolver algo que nos ha preocupado.  
Recibir una sorpresa agradable.  
Que las cosas salgan mejor de lo que nos esperábamos.  
Que la realidad supere las expectativas.  
Tener sensaciones placenteras.  
Hacer cosas que traigan a la mente sensaciones placenteras.  
Ser aceptado por los demás.  
Pertener (estar con gente que nos acepta) a un grupo.  
Recibir amor o afecto.  
Estar en contacto con gente que nos ama o a la que le gustamos.

Otros: .....

.....

.....

.....

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan,  
© 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES N° 4 (cont.)

### Interpretaciones que desencadenan sentimientos de goce

Interpretar los hechos gozosos tal como son, sin añadir ni sustraer nada.

Otras: .....

.....

.....

### Experimentar la emoción del gozo

Sentirse animado.

Sentirse lleno de energía; muy activo.

Tener ganas de reír o sonreír.

Ruborizarse.

### Expresarse y actuar bajo influencia del goce

Sonreír.

Tener una mirada brillante y llena de vida.

Estar enérgico; con mucha chispa.

Comunicar a los demás los buenos sentimientos de uno.

Compartir el sentimiento.

Abrazar a la gente.

Dar saltos de alegría.

Decir cosas positivas.

Usar un tono de voz entusiasta y animado.

Hablar mucho.

Otros: .....

.....

.....

### Efectos secundarios del goce

Ser cortés y amable con los demás.

Hacer cosas positivas por los demás.

Ver la «botella medio llena».

Tener un umbral muy alto ante las preocupaciones o dificultades.

Recordar el goce pasado e imaginar el goce del futuro.

Otros: .....

.....

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan,  
© 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES N<sup>o</sup> 4 (cont.)

### PALABRAS QUE EXPRESAN IRA

aborrecimiento	desprecio	furia	queja
agitación	destrucción	hostilidad	rabia
amargura	disgusto	indignación	repugnancia
celos	envidia	ira	repulsión
cólera	exasperación	irritación	resentimiento
crueidad	fastidio	molestia	sed de venganza
desagrado	ferocidad	malhumor	tormento
despecho	frustración	odio	

Otras: .....

#### Eventos desencadenantes de sentimientos de ira

Perder poder.

Perder estatus.

Perder respeto.

Ser insultado.

Que las cosas no salgan como habíamos previsto.

Experimentar dolor físico.

Experimentar dolor emocional.

Ser amenazado con dolor físico o emocional por algo o por alguien.

Que nos interrumpan (pospongan o detengan) una actividad importante o placentera.

No obtener lo que se desea (como las demás personas).

Otros: .....

#### Interpretaciones que desencadenan sentimientos de ira

Tener la expectativa de que sucederá algo doloroso.

Sentir que nos han tratado injustamente.

Crear que las cosas deberían ser diferentes.

Pensar de manera rígida: «Yo estoy en lo cierto; los demás no».

Juzgar que la situación es injusta o que se está cometiendo un error.

Pensar reiteradamente en el suceso que disparó la ira en primera instancia.

Otras: .....

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES N° 4 (cont.)

### Experimentar la emoción de la ira

- Sentirse incoherente.
- Sentirse fuera de control.
- Sentirse extremadamente emocional.
- Sentir rigidez en el cuerpo.
- Sentir que nos robtorizamos.
- Sentir tensión nerviosa, ansiedad o incomodidad.
- Sentir como si fuésemos a explotar.
- Tener los músculos rígidos.
- Castañeteo de dientes, la boca apretada.
- Llorar; ser incapaz de parar de llorar.
- Querer golpear, darse contra la pared, arrojar un objeto, estallar.

Otros: .....

.....

.....

.....

### Expresar o actuar bajo influencia de la ira

- Fruncir el ceño o no sonreír; mostrar una expresión facial desagradable.
- Apretar o mostrar los dientes de manera poco amigable.
- Tener la cara roja.
- Atacar verbalmente a la causa de la ira; criticar.
- Atacar físicamente a la causa de la ira.
- Proferir palabras malsonantes u obscenidades.
- Levantar la voz, gritar.
- Quejarse o poner verde a alguien; hablar sin parar de lo mal que marcha algo.
- Apretar los puños.
- Hacer gestos agresivos o amenazadores.
- Golpear objetos, tirarlos, romper cosas.
- Caminar pesadamente o pisar fuerte; cerrar las puertas de golpe, abandonar repentinamente una reunión.
- Evitar el contacto con los demás.

Otros: .....

.....

.....

.....

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES N° 4 (cont.)

### Efectos secundarios de la ira

Se limita la atención.  
Se atiende sólo a la situación que nos enlaza  
Se piensa de manera reiterada en lo que nos ha enfadado y no se es capaz de pensar en nada más  
Se recuerdan otras situaciones que nos han enfadado en el pasado  
Se imaginan situaciones futuras que nos llenaran de ira otra vez  
Despersonalización, experiencia disociativa, entumecimiento  
Vergüenza profunda, miedo u otras emociones negativas

Otros: .....

.....

.....

### PALABRAS QUE EXPRESAN TRISTEZA

abandono	daño	desesperación	melancolía
agonía	decaimiento	desesperanza	pena
aislamiento	decepción	displacer	pesar
alienación	depresión	inteligencia	pesimismo
angustia	derrota	infortunio	rechazo
añoranza	desánimo	inseguridad	sufrimiento
consternación	descontento	lástima	tristeza

Otras: .....

.....

.....

### Eventos desencadenantes de sentimientos de tristeza

Que determinada situación no tome el rumbo deseado.  
No obtener lo que queremos.  
No obtener lo que queremos y creemos que necesitamos para sobrevivir; pensar en todo aquello que no hemos obtenido y hemos deseado o necesitado.  
No obtener determinado resultado por el que hemos trabajado.  
Que las cosas estén peor de lo que esperábamos.  
La muerte de un ser querido; pensar en la muerte de las personas que amamos.  
Perder una relación; pensar en las pérdidas.  
Estar separado de alguien que nos importa; pensar en cuánto echamos de menos a alguien.  
Que nos rechacen o excluyan.  
Que no gustemos; no ser valorado por las personas que nos importan.

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

### FICHA DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES N° 4 (cont.)

Descubrir que no tenemos remedio o poder para cambiar algo.  
Estar con alguien que está triste, herido o lo pasa mal.  
Leer acerca de los problemas de otras personas o de los problemas del mundo.

Otros: .....

.....

.....

.....

#### Interpretaciones que desencadenan sentimientos de tristeza

Crear que la separación de un ser querido será definitiva o durará mucho tiempo.  
Crear que no valemos para algo o en general.  
Crear que nunca conseguiremos lo que deseamos o necesitamos en la vida.  
Creencias de desesperación.

Otras: .....

.....

.....

.....

#### Experimentar la emoción de la tristeza

Sentirse cansado, agotado y bajo de energía.  
Sentirse aletargado, lánguido; desear no moverse de la cama en todo el día.  
Sentir que nada nos va a volver a proporcionar placer en la vida.  
Sentir dolor o vacío en el pecho o en la barriga.  
Sentirse vacío.  
Llorar, quejarse lastimosamente.  
Sentir que uno no puede dejar de llorar o que si empieza a llorar no va a poder parar.  
Dificultades para tragar.  
Dificultades respiratorias.  
Mareos.

Otros: .....

.....

.....

.....

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan,  
© 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES N<sup>o</sup> 4 (cont.)

### Expresarse y actuar bajo la influencia de la tristeza

- Fruncir el ceño, no sonreír.
- No mantener la mirada. Vista hacia el suelo.
- Estar siempre tumbado o sentado (inactivo).
- Moverse lentamente, arrastrando los pies.
- Evitar el contacto social con la gente.
- Hablar muy poco o nada.
- Emplear un tono de voz monótono, lento, de bajo volumen.
- Decir cosas tristes.
- Renunciar a mejorar la situación propia.
- Actuar de manera ostensiblemente decaída, siniestra y con mal humor.
- Hablar con determinada gente de la propia tristeza.

Otros: .....

.....

.....

.....

### Efectos secundarios de la tristeza

- Sentirse irritado, susceptible o malhumorado.
- Ver la «botella medio vacía».
- Culparse o criticarse.
- Recordar o imaginar otras ocasiones en las que uno estuvo triste o experimentó una pérdida.
- Presentar una actitud desesperanzada.
- No ser capaz de recordar hechos felices.
- Desvanecimientos.
- Pesadillas.
- Insomnio.
- Trastornos del apetito, indigestión.
- Buscar y anhelar algo perdido.
- Despersonalización, experiencias disociativas, insensibilidad o *shock*.
- Ira, vergüenza, miedo u otras emociones negativas.

Otros: .....

.....

.....

.....

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan,  
© 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES N° 4 (cont.)

### PALABRAS QUE EXPRESAN MIEDO

agobio	horror	miedo	<i>shock</i>
ansiedad	incomodidad	nerviosismo	sobresalto
aprensión	irritabilidad	pánico	tensión
histeria	malestar	preocupación	terror

Otras: .....

.....

.....

.....

### Eventos desencadenantes de sentimientos de miedo

Estar en una situación nueva o poco familiar.

Estar sólo (por ejemplo, caminar solo, quedarse en casa solo, vivir solo).

Estar en la oscuridad.

Estar en una situación en la que hemos sido amenazados o heridos en el pasado o en la que han sucedido cosas dolorosas.

Estar en una situación parecida a otra en la que nos sentimos amenazados o heridos o en la que sucedieron cosas dolorosas.

Estar en una situación en la que hemos visto que otras personas eran amenazadas o heridas o en la que sucedieron cosas dolorosas.

Otros: .....

.....

.....

.....

### Interpretaciones que desencadenan sentimientos de miedo

Creer que alguien nos va a rechazar, criticar o no nos dará su aprobación.

Creer que el fracaso es posible; tener la expectativa de fracaso.

Creer que no obtendremos la ayuda que necesitamos o creemos que necesitamos.

Creer que vamos a perder la ayuda que nos está proporcionando alguien.

Creer que vamos a perder a alguien o a algo que deseamos.

Perder el sentido del control; creer que uno está desvalido, que no es capaz.

Perder la sensación de competencia que se tenía.

Creer que podemos ser heridos o que podemos perder algo de valor.

Creer que podemos o que vamos a morir.

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES N° 4 (cont.)

Otros: .....

.....

.....

### Experimentar la emoción del miedo

Sudar

Sentirse nervioso, alterado o inquieto.

Temblar, estremecerse.

Movimientos rápidos de ojos o mirar a todas partes sin fijar la vista.

Sensación de asfixia, nudo en la garganta.

Falta de aire, respirar rápido.

Músculos tensos, abotargados.

Diarrea, vómitos.

Sensación de peso en el estómago.

Sensación de frío.

«Piel de gallina», pelo erecto.

Otros: .....

.....

.....

### Expresarse y actuar bajo la influencia del miedo

Hablar de manera nerviosa, temerosa.

Voz temblorosa.

Llorar o gimotear.

Gritar o dar alaridos.

Implorar auxilio.

Huir, marcharse a toda prisa de un lugar.

Ir corriendo o muy deprisa a todas partes.

Escondarse o evitar lo que se teme.

Intentar no trasladarse, no moverse.

Hablar menos o quedarse sin habla.

Mirada helada.

Otros: .....

.....

.....

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan,  
© 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES Nº 4 (cont.)

### Efectos secundarios del miedo

Perder la habilidad para concentrarse. Estar desorientado.

Estar aturdido.

Perder el control.

Recordar otras ocasiones amenazantes, u otras en las que las cosas no fueron bien.

Imaginar la posibilidad de que se den otros fracasos.

Despersonalización, experiencias disociativas, insensibilidad o *shock*.

Ira intensa, vergüenza u otras emociones negativas.

Otros: .....

### PALABRAS QUE EXPRESAN VERGÜENZA

vergüenza  
arrepentimiento  
culpabilidad

confusión  
culpa  
lástima

humillación  
insulto  
invalidación

mortificación  
remordimiento  
pesar

Otros: .....

### Eventos desencadenantes de sentimientos de vergüenza

Hacer (sentir o pensar) algo que uno (o alguien que admiramos) cree que está mal o es inmoral.

Que nos recuerden algo del pasado que nosotros pensamos que estaba mal, era inmoral o nos daba «vergüenza».

Que salga a la luz pública un aspecto muy privado de nuestra vida.

Que la gente averigüe que hemos hecho algo mal.

Que se rían de nosotros.

Ser criticado en público, enfrente de alguien; recordar una ocasión en que nos criticaron.

Que los demás ataquen nuestra integridad.

Ser traicionado por la persona que amamos.

Ser rechazado por personas que nos importan.

Fallar en algo para lo que nos sentimos competentes (o pensamos que deberíamos serlo).

Ser rechazado o criticado por algo, cuando esperábamos que nos halagaran por ello.

Tener emociones que han sido invalidadas.

Otros: .....

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES N° 4 (cont.)

### Interpretaciones que suscitan sentimientos de vergüenza

Creer que el cuerpo de uno (o una parte) es demasiado grande, demasiado pequeño o no tiene las dimensiones correctas.

Pensar que somos malos, inmorales o que algo marcha mal en nosotros.

Pensar que no hemos alcanzado las expectativas que nosotros mismos nos hemos impuesto.

Pensar que no hemos alcanzado lo que los demás esperan de nosotros.

Pensar que nuestra conducta, pensamientos o sentimientos son tontos o estúpidos.

Juzgarnos como inferiores, no «tan buenos» como los demás.

Compararnos con los demás y pensar que somos unos «fracasados».

Creer que nadie nos puede querer.

Otras: .....

### Experimentar la emoción de la vergüenza

Dolor en el interior del estómago.

Sensación de terror.

Llorar, sollozar.

Cara roja.

Querer esconderse o cubrirse la cara.

Nerviosismo, inquietud.

Sensación de ahogo, sofoco.

Otros: .....

### Expresarse o actuar bajo la influencia de la vergüenza

Cubrirse la cara, esconderse, retirarse de toda conversación.

Inclinar la cabeza, «arrodillarse» ante los demás, humillarse.

No mantener la mirada. Vista al suelo.

Evitar a la persona a la que hemos herido o a la gente que sabe que hemos hecho algo mal.

Postura decaída.

Pedir disculpas todo el tiempo.

Pedir que nos perdonen.

Hacer regalos. Intentar compensar la transgresión.

Intentar reparar el daño causado, arreglar el problema, cambiar los resultados.

Otros: .....

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES N° 4 (cont.)

### Efectos secundarios de la vergüenza

Evitar pensar acerca de la transgresión, bloquear todas las emociones.  
Llevar a cabo actividades impulsivas, de distracción, para despistar la mente o la atención.  
Creer que uno es deficiente.  
Propósitos de cambio.  
Despersonalización, experiencias disociativas, insensibilidad o *shock*.  
Ira intensa, tristeza u otras emociones negativas.  
Aislamiento, sentirse alienado.

Otros: .....

.....

.....

.....

### OTRAS PALABRAS QUE EXPRESAN IMPORTANTES EMOCIONES

Interés, excitación, curiosidad, intriga, resentimiento.  
Hastío, insatisfacción, aversión.  
Vergüenza, fragilidad, reserva, timidez, reticencia.  
Precaución, desgana, sospecha, cautela, preocupación.  
Sorpresa, incredulidad, extrañeza, sobresalto, asombro.  
Audacia, bravura, coraje, determinación.  
Poderío, sensación de competencia, capacidad y maestría.  
Escepticismo, vacilación, duda.  
Apatía, aburrimiento, tedio, agitación, impaciencia, indiferencia, languidez.

Otras: .....

.....

.....

.....

.....

*Nota:* la presente información sobre emociones procede del artículo «Emotion Knowledge: Further Exploration of a Prototype Approach», de P. Shaver, J. Schwartz, D. Kirson y C. O'Connor (1987), *Journal of Personality and Social Psychology*, n.º 52, págs. 1.061-1.086.

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES Nº 5

### ¿Por qué son buenas las emociones?

#### LAS EMOCIONES COMUNICAN INFORMACIÓN E INFLUYEN EN LAS PERSONAS

- La expresión facial es una parte fundamental de las emociones. En las sociedades primitivas y entre los animales, las expresiones faciales comunican como palabras. Incluso en las sociedades modernas, las expresiones faciales comunican más rápido que las expresiones verbales.
- Cuando nos encontramos en situaciones en las que es importante comunicar o enviar un mensaje, puede ser muy difícil cambiar nuestras emociones.
- Tanto si lo deseamos como si no, la comunicación de emociones ejerce una influencia sobre los demás.

#### LAS EMOCIONES ORGANIZAN Y MOTIVAN PARA LA ACCIÓN

- Las emociones suscitan respuestas específicas. Ciertas emociones se hallan ligadas «naturalmente» a determinadas respuestas. Las emociones nos preparan para la acción.
- Las emociones nos ahorran tiempo en momentos importantes en los que necesitamos actuar sin pensar.
- Las emociones fuertes nos ayudan a superar obstáculos, en nuestra mente y en nuestro entorno.

#### LAS EMOCIONES PUEDEN AUTOVALIDARSE

- Nuestras reacciones emocionales frente a los demás y frente a los acontecimientos pueden proporcionarnos información acerca de la situación. Las emociones pueden ser señales o alarmas de que algo está sucediendo.
- Cuando llevamos este razonamiento al extremo, tratamos las emociones como hechos: «Si me siento incompetente, es que lo soy». «Si me deprimó cuando estoy solo, no debería estar solo.» «Si siento que algo está bien, es que eso es bueno.» «Si tengo miedo, eso es amenazante.» «Le amo, así que debe ser la persona adecuada para mí.»

## FICHA DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES N° 6

### Reducir la vulnerabilidad ante las emociones negativas: cómo estar fuera de la mente emocional

Estas habilidades son:

**Tratar las enfermedades físicas**  
**Comer de forma equilibrada**  
**Evitar ingerir drogas que alteran el estado de ánimo**  
**Dormir de forma equilibrada**  
**Hacer ejercicio**  
**Aumentar la competencia personal**

- 1. Tratar las enfermedades físicas:** Cuidar el propio cuerpo. Visitar al médico cuando sea necesario. Tomar la medicación que nos prescriban.
- 2. Comer de forma equilibrada:** No comer demasiado, ni demasiado poco. Evitar los alimentos que nos hacen sentir demasiado emocionales.
- 3. Evitar ingerir drogas que alteran el estado de ánimo:** Evitar tomar drogas o sustancias no prescritas por el médico, incluido el alcohol.
- 4. Dormir de forma equilibrada:** Intentar dormir la cantidad de horas necesarias para sentirse bien. Seguir un programa de sueño específico si tenemos dificultades para dormir.
- 5. Hacer ejercicio:** Practicar todos los días algún tipo de deporte; intentar realizar 20 minutos al día de ejercicio serio.
- 6. Aumentar la competencia personal:** Intentar hacer todos los días una actividad que nos haga sentir competentes y con completo control de la situación.

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES Nº 7

### Pasos para incrementar las emociones positivas

#### CONSTRUIR EMOCIONES POSITIVAS

**A CORTO PLAZO:** Hacer cosas agradables que son posibles en el momento actual.

- Incrementar las experiencias que proporcionan emociones positivas.
- HACER UNA ACTIVIDAD diaria de las que se citan en el «Programa de actividades agradables para el adulto» (véase la Ficha de regulación de las emociones n.º 8).

**A LARGO PLAZO:** Llevar a cabo los cambios necesarios en nuestra vida de manera que esos hechos positivos ocurran con más frecuencia. Construir una vida «que valga la pena vivir».

- Trabajar para conseguir objetivos concretos: ACUMULAR HECHOS POSITIVOS.  
Hacer una lista de acontecimientos positivos que deseemos ver realizados en nuestra vida.  
Hacer una lista de los pequeños pasos que nos llevarán a tales objetivos.  
Llevar a cabo el primer paso.
- ATENDER A LAS RELACIONES.  
Retomar antiguas relaciones.  
Encontrar nuevas amistades.  
Trabajar nuevas relaciones.
- EVITAR EVITAR. Evitar rendirse.

#### TENER CONCIENCIA DE LAS EXPERIENCIAS POSITIVAS

- Centrar la atención en los hechos positivos que sucedan.
- Redirigir la atención cuando la mente vague hacia lo negativo.

#### ADOPTAR CIERTA INCONSCIENCIA ANTE LAS PREOCUPACIONES

EVITAR:

Pensar que lo bueno se va acabar.

Pensar que no nos merecemos los hechos positivos que nos están ocurriendo.

Pensar en lo mucho que la gente espera de nosotros.

## FICHA DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES N° 8

### Programa de actividades agradables para el adulto

1. Darse un largo baño en la bañera.
2. Planear la carrera profesional.
3. Pagar las deudas y librarse definitivamente de ellas.
4. Coleccionar cosas (monedas, conchas, etc.).
5. Ir de vacaciones.
6. Pensar en el inicio de las vacaciones (cuando acabe la escuela).
7. Reciclar objetos antiguos.
8. Tener una cita (y acudir a ella).
9. Relajarse.
10. Ir a ver una película un día laborable.
11. Hacer *footing*, caminar.
12. Pensar que se ha acabado un buen día de trabajo.
13. Escuchar música.
14. Recordar antiguas fiestas.
15. Comprar complementos para la casa.
16. Tomar el sol.
17. Planear un cambio de carrera.
18. Reír.
19. Pensar en antiguos viajes realizados.
20. Escuchar a los demás.
21. Leer revistas o periódicos.
22. Cultivar *hobbies* (coleccionar sellos, construir maquetas, etc.).
23. Pasar una noche con viejos amigos.
24. Planear las actividades del día.
25. Conocer a gente nueva.
26. Recordar un paisaje maravilloso.
27. Ahorrar dinero.
28. Apostar.
29. Volver a casa andando desde el trabajo.
30. Comer.
31. Practicar kárate, judo o yoga.
32. Pensar en la jubilación.
33. Reparar cosas de la casa.
34. Trabajar en el coche (o en la bicicleta).
35. Recordar las palabras y buenas acciones de la gente a la que amamos.
36. Llevar prendas sexualmente atractivas.
37. Tener tardes-noches tranquilas.
38. Cuidar de las plantas.
39. Comprar y vender cosas.
40. Ir a nadar.
41. Dibujar o hacer garabatos.
42. Hacer ejercicio.
43. Recoger y coleccionar objetos antiguos.
44. Ir a una fiesta.
45. Pensar en comprar cosas.
46. Jugar al golf.
47. Jugar al fútbol.
48. Hacer volar cometas.
49. Tener debates con los amigos.
50. Tener reuniones familiares.
51. Conducir una motocicleta.
52. Practicar el acto sexual.
53. Practicar el atletismo.
54. Ir de acampada.
55. Cantar por la casa.
56. Arreglar las flores.
57. Practicar una religión (ir a la iglesia, rezar en grupo, etc.).
58. Perder peso.
59. Ir a la playa.
60. Pensar que se es una buena persona.
61. Dedicar un día a no hacer nada.
62. Reunirse con compañeros de clase.
63. Ir a patinar.
64. Ir a navegar.

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES N° 8 (cont.)

65. Viajar.
66. Pintar.
67. Hacer algo de forma espontánea.
68. Hacer punto de cruz o similar.
69. Dormir.
70. Conducir.
71. Ver algún espectáculo.
72. Apuntarse a clubes (de excursionismo, asociaciones de separados, etc.).
73. Pensar en casarse.
74. Ir de caza.
75. Cantar en un grupo o coro.
76. Flirtear con alguien.
77. Tocar un instrumento musical.
78. Hacer trabajos de artesanía.
79. Comprar un regalo a alguien.
80. Comprar discos.
81. Ver deportes en la televisión.
82. Planear una fiesta.
83. Cocinar.
84. Hacer escalada o excursiones.
85. Escribir (poemas, artículos).
86. Coser.
87. Comprar ropa.
88. Salir a cenar.
89. Trabajar.
90. Hablar sobre un libro.
91. Ir a ver monumentos.
92. Cuidar el jardín.
93. Ir al salón de belleza.
94. Disfrutar del periódico y del café temprano por la mañana.
95. Jugar al tenis.
96. Besarse.
97. Vigilar a los niños (jugar).
98. Pensar en lo mucho que se tiene en comparación con otras personas.
99. Ir a ver conciertos y obras de teatro.
100. Soñar despierto.
101. Jugar en la escuela.
102. Pensar acerca del sexo.
103. Conducir un rato.
104. Escuchar música en el equipo estéreo.
105. Dar un repaso a los muebles.
106. Ver la televisión.
107. Hacer una lista de tareas.
108. Ir en bici.
109. Caminar por el bosque (o frente al mar).
110. Comprar regalos.
111. Visitar un parque nacional.
112. Acabar una tarea.
113. Recoger y coleccionar conchas.
114. Ver deportes en directo.
115. Comer algo que engorda, pero sabroso.
116. Enseñar.
117. Hacer fotografías.
118. Ir a pescar.
119. Pensar en hechos agradables.
120. Seguir una dieta.
121. Jugar con animales.
122. Volar en avión.
123. Leer novelas.
124. Actuar.
125. Estar solo.
126. Escribir un diario o cartas.
127. Limpiar.
128. Leer libros de no ficción (historia, psicología).
129. Pasear a los niños.
130. Bailar.
131. Ir de picnic.
132. Después de hacer algo, pensar: «Lo he hecho bastante bien».
133. Meditar.
134. Jugar al voleibol.
135. Comer con un amigo.
136. Ir a las montañas.
137. Pensar en tener una familia.

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES N<sup>o</sup> 8 (cont.)

- |   |   |
|---|---|
| 138. Pensar en los momentos felices de nuestra niñez.               | 159. Pensar en las buenas cualidades que se poseen.             |
| 139. Derrochar un poco de dinero.                                   | 160. Comprar libros.  |
| 140. Jugar a las cartas.  | 161. Tomar una sauna o un baño de vapor.                        |
| 141. Resolver acertijos.  | 162. Ir a esquiar.  |
| 142. Tener una discusión política.                                  | 163. Hacer pitagüismo.  |
| 143. Jugar al béisbol.  | 164. Jugar a los bolos.   |
| 144. Ver o mostrar fotos.   | 165. Hacer tallas de madera.                                    |
| 145. Tocar la guitarra.   | 166. Fantasear acerca del futuro.                               |
| 146. Bordar.  | 167. Practicar el ballet o el claqué.                           |
| 147. Hacer crucigramas.   | 168. Debatir.   |
| 148. Jugar al billar.   | 169. Sentarse en una terraza a tomar una bebida.                |
| 149. Vestirse bien y estar guapo.                                   | 170. Tener un acuario.  |
| 150. Fijarse en cómo se ha mejorado.                                | 171. Comprar libros y películas eróticas.                       |
| 151. Comprar cosas para uno mismo (perfume, pelotas de golf, etc.). | 172. Montar a caballo.  |
| 152. Hablar por teléfono.   | 173. Pensar en llevar a cabo actividades en la comunidad.       |
| 153. Ir a un museo.   | 174. Hacer algo nuevo.  |
| 154. Pensar en cosas religiosas.                                    | 175. Hacer rompecabezas.  |
| 155. Encender velas.  | 176. Pensar que somos una persona que puede afrontar las cosas. |
| 156. Escuchar la radio.   |   |
| 157. Recibir un masaje.   |   |
| 158. Decir «Te amo».  |   |

Otras: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Nota* adaptación de «El programa de actividades agradables para el adulto» de M. M. Linehan, E. Sharp y A. M. Ivanoff, noviembre de 1980, artículo presentado en el encuentro de la Association for Advancement of Behavior Therapy, Nueva York. Adaptado con el permiso de los autores.

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES N° 9

### Dejar que el sufrimiento emocional siga su curso: conciencia de la emoción actual

#### OBSERVAR LA EMOCIÓN

- Notar su presencia.
- Dar un paso atrás (situarse a cierta distancia de la emoción).
- No dejarse atrapar por la emoción.

#### EXPERIMENTAR LA EMOCIÓN

- Como una OLA que va y que viene.
- Intentar no BLOQUEAR la emoción.
- Intentar no SUPRIMIR la emoción.
- No intentar LIBRARSE de la emoción.
- No APARTARLA de uno.
- No intentar MANTENER la emoción cerca.
- No colgarse de ella.
- No amplificarla.

#### RECORDAR: NO SOMOS LO QUE SENTIMOS

- No tenemos necesariamente que actuar según el dictado de nuestras emociones.
- Recordar ocasiones en las que nos hemos sentido de diferente forma.

#### PRACTICAR: AMAR LAS PROPIAS EMOCIONES

- No juzgar a la emoción.
- Practicar la habilidad de la BUENA DISPOSICIÓN (*willingness*).
- ACEPTAR la emoción de forma radical.

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES N° 10

### Cambiar las emociones actuando de manera opuesta a la emoción actual

#### MIEDO

- Hacer lo que nos da miedo... **UNA Y OTRA VEZ.**
- **ACERCARSE** a los lugares, acontecimientos, tareas, actividades y gente que nos den miedo.
- Hacer cosas que nos den sensación de **CONTROL** y **COMPETENCIA.**
- Cuando estemos agobiados, confeccionar una pequeña lista de pasos y tareas que podamos hacer. **HAGAMOS LA PRIMERA COSA** de la lista.

#### CULPA O PENA

**Cuando la culpa o la pena esté justificada**  
(la emoción concuerda con los valores de nuestra mente sabia):

- Reparar los daños de nuestra transgresión.
- Pedir **DISCULPAS.**
- **MEJORAR LA SITUACIÓN;** hacer algo agradable por la persona a la que hemos ofendido (y si esto no es posible, por otra persona).
- **COMPROMETERSE** a evitar el error en el futuro.
- **ACEPTAR** las consecuencias con dignidad.
- Después, dejar que la emoción de culpa o pena pase.

**Cuando la culpa o pena es injustificada**  
(la emoción no concuerda con los valores de nuestra mente sabia):

- Hacer lo que nos hace sentir avergonzados o culpables... **UNA Y OTRA VEZ.**
- **APROXIMARNOS** a esa situación, no evitar.

#### TRISTEZA O DEPRESIÓN

- **ACTIVARSE. ACERCARSE** a lo que nos causa la emoción. No evitarla.
- Hacer cosas que nos hagan sentir **COMPETENTES Y SEGUROS DE NOSOTROS MISMOS.**

#### IRA

- **EVITAR** con elegancia a la persona con la que estamos enfadados en vez de atacarla. (Evitar pensar en esa persona.)
- Hacer algo **AGRADABLE** en vez de atacar.
- Imaginar que se tiene **COMPENSIÓN Y EMPATÍA** hacia la otra persona en vez de querer echarle la culpa.

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE DEBERES DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES N° 1

### Observa y describe tus emociones

Nombre ..... Semana de inicio .....  
Selecciona una reacción emocional actual o reciente y rellena la mayor parte de los espacios en blanco de la ficha. Si el evento desencadenante de la emoción en la que estás trabajando es una emoción que ocurrió con anterioridad (por ejemplo, sentir miedo, lo cual condujo a estar enfadado contigo mismo), rellena una segunda hoja para esa primera emoción. Si necesitas más espacio, escribe en el dorso de esta página.

**NOMBRES DE LA EMOCIÓN:** ..... **INTENSIDAD (0-100)** .....

**EVENTO DESENCADENANTE** de mi emoción: (quién, qué, cuándo, dónde). ¿Qué puso en marcha esta emoción?

**INTERPRETACIONES** (creencias, supuestos, valoraciones) de la situación.

**CAMBIOS CORPORALES Y SENSITIVOS:** ¿Qué estoy sintiendo en mi cuerpo?

**LENGUAJE CORPORAL:** ¿Cuál es mi expresión facial? ¿Postura? ¿Gestos?

**DEMANDA DE ACCIÓN:** ¿Qué me apetece hacer? ¿Qué quiero decir?

¿Qué **DIJE O HICE** en esa situación? (Sé concreto.)

¿Qué **EFFECTO SECUNDARIO** produce esta emoción en mí (mi estado mental, otras emociones, conducta, pensamientos, recuerdos, cuerpo, etc.)?

**FUNCIÓN DE LA EMOCIÓN:** .....

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE DEBERES DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES N° 2

### Diario de las emociones

Nombre ..... Semana de inicio .....

Anota las emociones (desde la más fuerte del día, la más larga, la más dolorosa o la que nos ha dado más problemas) más importantes de la jornada. Después, analízalas. Además de este diario, rellena, si es necesario, la Ficha de deberes «OBSERVAR Y DESCRIBIR EMOCIONES».

Día ..... Emoción .....	Evento	Función de la emoción
Día ..... Emoción .....	Evento	Función de la emoción
Día ..... Emoción .....	Evento	Función de la emoción
Día ..... Emoción .....	Evento	Función de la emoción
Día ..... Emoción .....	Evento	Función de la emoción

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE DEBERES DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES N° 3

### Pasos para reducir las emociones dolorosas

Nombre ..... Semana de inicio .....  
Comprueba si has usado cada una de las habilidades de regulación de las emociones durante esta semana y describe lo que hiciste. Si necesitas más espacio, escribe en el dorso de esta página.

#### REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD A LA MENTE EMOCIONAL:

- ¿He tratado mi enfermedad física? .....
- ¿He comido de forma equilibrada? .....
- ¿He ingerido drogas que alteran el estado de ánimo? .....
- ¿He dormido lo suficiente? .....
- ¿He hecho ejercicio? .....
- ¿He ganado en competencia? .....

#### AUMENTO DE EVENTOS POSITIVOS

INCREMENTO de las actividades diarias placenteras (traza un círculo): L M MI J V S D (descripción):

OBJETIVOS A LARGO PLAZO en los que he trabajado:

RELACIONES A LAS QUE HE ATENDIDO (describir):

EVITAR EVITAR (describir):

#### CONCIENCIA DE EXPERIENCIAS POSITIVAS

- ..... ¿He concentrado (y vuelto a concentrar) la atención en experiencias positivas?
- ..... ¿Me he distraído de las preocupaciones que surgen ante las experiencias positivas (como que «lo bueno se va acabar»)?

#### CONCIENCIA DE LA EMOCION ACTUAL

- ..... ¿He observado la emoción? ..... Recordado:
- ..... ¿He experimentado la emoción? ..... ¿He actuado según lo dictado por la emoción?
- ..... Número de ocasiones en que me he sentido diferente.

ACCIÓN OPUESTA: ¿Qué he hecho para actuar de manera opuesta a la emoción?

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE TOLERANCIA AL MALESTAR N° 1

### Estrategias de supervivencia a las crisis

Las habilidades para tolerar eventos y emociones dolorosas cuando no se puede mejorar la situación son las siguientes:

#### **DISTRAERSE con estrategias de la mente sabia**

- Llevar a cabo actividades distractoras
- Ayudar a los demás
- Hacer comparaciones
- Generar emociones opuestas
- Dejar de lado situaciones negativas
- Tener pensamientos distractores
- Experimentar sensaciones intensas

#### **RELAJAR cada uno de los CINCO SENTIDOS**

- Vista
- Olfato
- Oído
- Tacto
- Gusto

#### **MEJORAR EL MOMENTO**

- Usar la imaginación
- Hallar significado
- Practicar la oración
- Practicar la relajación
- Vivir el presente en cada momento
- Tomarse unas vacaciones
- Darse ánimo

#### **PENSAR EN LOS PROS Y CONTRAS**

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE TOLERANCIA AL MALESTAR N<sup>o</sup> 1 Estrategias de supervivencia a la crisis (cont.)

### DISTRAERSE CON ESTRATEGIAS DE LA MENTE SABIA

Llevar a cabo **actividades** distractoras:

Practicar una afición, limpiar, ir a ver espectáculos, llamar o visitar a un amigo, practicar juegos de ordenador, pasear, trabajar, practicar deportes, salir a comer o cenar, tomarse un café o un té descafeinado, pescar, cortar leña, arreglar el jardín, jugar a la máquina del millón.

**Ayudar** a los demás:

Ayudar a alguien, hacer algún trabajo voluntario, dar algo a alguien, hacer algo hermoso por alguien, preparar una sorpresa.

**Comparar** nuestra situación con otras:

Compararse con gente que está en la misma situación que nosotros o peor. Compararse con gente menos afortunada. Ver series de televisión; leer sobre desastres o sobre el sufrimiento ajeno.

Generar **emociones** opuestas:

Leer libros, cartas o cuentos que provoquen las emociones opuestas; ir a ver películas que nos animen; escuchar música que nos motive. (Asegurémonos de que el evento crea en nosotros diferentes emociones.) Ideas: películas de miedo, libros cómicos, comedias, discos divertidos, música religiosa, marchas militares, ir a unos grandes almacenes y comprar tarjetas de felicitación.

Dejar de lado **situaciones negativas**:

Dejar de lado la situación durante un rato a nivel mental. Construir un muro imaginario entre uno mismo y la situación.

O hacerlo bloqueando la situación en la mente. Rechazar pensar en los aspectos negativos de la situación. Poner el dolor en un estante. Encerrarlo en una caja y dejarlo ahí durante un rato.

Tener **pensamientos** distractores:

Contar hasta 10; contar los colores de un cuadro, de las ventanas, de cualquier cosa; hacer rompecabezas; ver la televisión; leer.

Experimentar **sensaciones** intensas:

Sostener hielo en la mano; apretar una bola de goma con la mano; ducharse con agua muy caliente; escuchar música a muy alto volumen; practicar sexo; ponerse una goma elástica en la muñeca, estirar y soltar de repente.

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE TOLERANCIA AL MALESTAR N° 1 Estrategias de supervivencia a la crisis (cont.)

### PROPORCIONARSE ESTÍMULOS POSITIVOS

Se trata de relajar cada uno de los **cinco sentidos**:

#### Vista:

Comprar un flor hermosa, arreglar y decorar de manera especial un espacio de la casa, encender una vela y mirar la llama. Poner la mesa con esmero para un comida concreta. Ir a un museo de arte hermoso. Sentarse en el vestíbulo de un hotel antiguo y bonito. Contemplar la naturaleza. Salir durante la noche a contemplar las estrellas. Caminar por una zona hermosa de la ciudad. Arreglarse la uñas. Mirar unas fotos hermosas en un libro. Ir a ver un espectáculo de danza. Ser consciente de lo que vemos al caminar, sin detenernos en nada en especial.

#### Oído:

Escuchar una música hermosa y tranquilizadora (o excitante y animada). Prestar atención a los sonidos de la naturaleza (olas, pájaros, lluvia y hojas). Cantar una canción agradable. Tararear una melodía agradable. Aprender a tocar un instrumento. Llamar a un teléfono de información o similar para oír una voz humana. Ser consciente de cualquier sonido que aparezca y dejar que entre por un oído y salga por el otro.

#### Olfato:

Usar el perfume o las lociones favoritas o probarlas en unos grandes almacenes. Ambientar la casa con una fragancia agradable. Encender una vela aromática. Poner aceite al limón en los muebles. Poner un cuenco de flores aromáticas en la habitación. Hervir canela; cocinar galletas, un pastel o pan. Oler rosas. Caminar por una zona arbolada y respirar conscientemente los frescos olores de la naturaleza.

#### Gusto:

Cocinar una buena comida; tomar la bebida preferida (sin alcohol), como té de hierbas o chocolate caliente; invitarse a un postre. Ponerse crema de leche en el café (descafeinado). Probar diferentes sabores en una heladería. Tomarse un caramelo. Mascar nuestro chicle favorito. Comprar un poco de esa comida o bebida en la que normalmente no nos gastamos mucho dinero, como zumo de naranja natural. Probar y disfrutar con todo detalle el sabor de la comida. Comer algo con plena conciencia.

#### Tacto:

Darse un baño de espuma; poner sábanas limpias en la cama. Acariciar al perro o al gato. Que nos den un masaje; mojar los pies en algún lugar. Ponerse loción en el cuerpo. Ponerse una compresa fría en la frente. Sentarse en una silla realmente cómoda en casa. Acudir a la cafetería de un hotel lujoso y hermoso. Ponerse una blusa, un vestido o una bufanda de seda. Ponerse unos guantes o un chaquetón de piel. Cepillarse el pelo durante un rato. Abrazar a alguien. Experimentar con detalle cualquier cosa que toquemos; notar el tacto suave de algo.

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE TOLERANCIA AL MALESTAR N° 1 Estrategias de supervivencia a la crisis (cont.)

### Mejorar el momento

#### **Imaginación:**

Imaginar escenas muy relajantes. Imaginar que tenemos una sala en nuestro interior y contemplar cómo está decorada. Entrar en esa sala siempre que nos encontremos amenazados. Cerrar la puerta de esa sala siempre que nos sintamos amenazados. Imaginar que todo va bien. Imaginar que resolvemos las cosas muy bien. Inventar un mundo de fantasía calmado y hermoso y dejar que la mente entre en él. Imaginar que las emociones dañinas se agotan como agua de una fuente.

#### **Hallar significado:**

Encontrar (o crear) algún propósito, significado o valor al dolor. Recordar, escuchar o leer acerca de valores espirituales. Centrarse en los aspectos positivos de las situaciones dolorosas que podemos encontrar. Repetirlos una y otra vez en la mente. Hacer de la necesidad virtud.

#### **Practicar la oración:**

Abrir el corazón a un ser supremo, a una sabiduría superior, a Dios, a nuestra propia mente sabia. Pedir ayuda para superar el dolor del momento. Levantar nuestras plegarias a Dios o a un ser superior.

#### **Practicar la relajación:**

Intentar la relajación muscular tensando y relajando cada grupo muscular, empezando por las manos y brazos, siguiendo hacia la parte superior de la cabeza y después recorriendo el resto del cuerpo. Escuchar una cinta de relajación; hacer mucho ejercicio; tomar un baño caliente; beber leche caliente; darse un masaje en el cuello y el cuero cabelludo o en las pantorrillas y pies. Darse un baño con agua muy caliente o muy fría y quedarse allí hasta que el agua esté tibia. Respirar profundamente; hacer una media sonrisa; cambiar la expresión facial.

#### **Vivir el presente en cada momento:**

Centrar toda la atención en lo que estamos haciendo. Quedarse en el preciso momento en el que estamos; situar la mente en el presente. Centrar la atención en las sensaciones físicas que acompañan a las tareas no mentales (por ejemplo, caminar, hacer la colada, lavar los platos, limpiar, arreglar algo). Darse cuenta de cómo se mueve el cuerpo durante cada tarea. Hacer ejercicios de conciencia.

#### **Tomarse una breves vacaciones:**

Buscar el momento para concederse unas vacaciones. Meterse en la cama y cubrirse la cabeza durante 20 minutos. Alquilar una habitación en un motel de playa o de montaña durante un día o

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE TOLERANCIA AL MALESTAR N<sup>o</sup> 1 Estrategias de supervivencia a la crisis (cont.)

dos; dejar las toallas en el suelo después de usarlas. Pedir a nuestro compañero de piso que nos traiga el café a la cama o que nos prepare la cena (ofrecerse para hacer lo recíproco en otro momento). Comprarse una revista del corazón, meterse en la cama con chokolatinas y pasarse la tarde leyéndola. Prepararse una merienda que nos apetezca, sentarse en una silla cómoda y saborearla durante un buen rato. Llevarse una manta al parque y pasar la tarde sentado allí. Descolgar el teléfono durante todo un día o conectar el contestador automático para no tener que responder. Darse un respiro de una hora tras haber realizado un duro trabajo.

### Darse ánimo:

Animarse a sí mismo. Repetir una y otra vez: «Puedo superarlo», «No durará para siempre», «Saldré de ésta», «Estoy haciendo lo mejor que puedo».

### Pensar en los PROS Y CONTRAS

Hacer una lista de los pros y contras de *tolerar* el malestar. Hacer otra lista de los pros y contra de *no tolerar* el malestar: esto es, de autolesionarse para no sentir el malestar, abusar del alcohol o de las drogas o hacer algo impulsivo.

Centrarse en los objetivos a largo plazo, la luz al final del túnel. Recordar las ocasiones en que el dolor ha finalizado.

Pensar en las consecuencias positivas de tolerar el malestar. Imaginar cuán bien nos sentiremos cuando consigamos nuestros objetivos. Darse cuenta de que para ello no hemos de actuar impulsivamente.

Pensar en todas las consecuencias negativas de no tolerar el malestar actual. Recordar lo que ha sucedido en el pasado cuando actuamos impulsivamente para escapar al momento.

## FICHA DE TOLERANCIA AL MALESTAR Nº 2

### Guía para aceptar la realidad: ejercicios de observación de la respiración

#### OBSERVAR LA RESPIRACION

Centrar la atención en la respiración, cómo entra y cómo sale el aire. Observar la respiración como una manera de situarse en la mente sabia. Observar la respiración como vía para controlar la mente sin luchar contra la realidad, abandonando la no aceptación de la misma.

##### 1. Respiración profunda

Tumbarse sobre la espalda. Respirar suavemente centrando la atención en el movimiento del estómago. A medida que empezamos a inspirar, permitamos que nuestro estómago se expanda de manera que entre el aire en la parte baja de los pulmones. A medida que los espacios superiores de los pulmones empiezan a llenarse de aire, el pecho se eleva y el estómago baja. No nos cansemos. Sigamos así durante 10 respiraciones. La espiración ha de ser más larga que la inhalación.

##### 2. Medir la respiración mediante los pasos

Caminar despacio por un prado, una acera o un sendero. Respirar con normalidad. Determinar la longitud de la respiración, la inspiración y la espiración, mediante el número de zancadas que damos. Hacer el ejercicio durante unos cuantos minutos. Después, alargar la espiración sólo un paso. No forzar la inspiración para ponerla en consonancia con la espiración. Ser natural. Observar la inspiración con atención para comprobar si se da una tendencia a hacerla más larga. Continuar durante 10 respiraciones.

Ahora alarguemos la espiración un paso más. Comprobar si la inhalación también se alarga un paso más. Sólo alargar la inhalación cuando sintamos que nos apetece hacerlo. Después de 20 respiraciones, volver a respirar con normalidad. Al cabo de 5 minutos, podemos intentar de nuevo alargar la respiración. Cuando nos sintamos un poco cansados, podremos volver a la respiración normal. Después de varias sesiones de practicar este ejercicio, la inspiración y la espiración tenderán a acompasarse de manera natural. Practicar unas 10 o 20 respiraciones largas antes de volver a la respiración normal.

##### 3. Contar la respiración

Sentarse en el suelo con las piernas cruzadas (si sabemos hacerlo, nos sentaremos en la posición del loto o medio loto); o sentarse en una silla con las plantas de los pies tocando el suelo (también podemos arrodillarnos, tendernos en el suelo o pasear). A medida que se inhala, prestemos atención al proceso y pensemos «Estoy inspirando, 1». Cuando se espira, estemos atentos a que «Estoy espirando, 1». Recordar que debemos respirar desde el estómago. Cuando empecemos la segunda inhalación, estemos atentos a que «Estoy inspirando, 2». Y espirando lentamente, estemos atentos a que «Estoy espirando, 2». Continuar hasta hacerlo 10 veces. Cuando lleguemos a 10, volver al 1. Siempre que perdamos la cuenta, volvámos al 1.

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE TOLERANCIA AL MALESTAR N° 2 (cont.)

### 4. Observar la respiración mientras se escucha música

Escuchar una melodía. Hacer respiraciones largas, suaves y regulares. Observar la respiración; seamos conscientes del movimiento y sentimiento de la música al mismo tiempo que observamos la respiración. No nos perdamos en la música, continuemos acompasando nuestra respiración.

### 5. Observar la respiración mientras se mantiene una conversación

Hacer respiraciones largas, suaves y regulares. Observar la respiración mientras escuchamos las palabras de un amigo y nuestras propias respuestas. Continuar como con la música.

### 6. Observar la respiración

Sentarse en el suelo con las piernas cruzadas (si sabemos hacerlo, nos sentaremos en la posición del loto o medio loto); o sentarse en una silla con las plantas de los pies tocando el suelo (también podemos arrodillarnos, tendernos en el suelo o pasear). Empezar inspirando suave y normalmente (desde el estómago), dándonos cuenta de cómo «Inspiro con normalidad». Espirar dándonos cuenta de lo que hacemos y pensar «Espiro con normalidad». Hacerlo tres veces. A la cuarta, alargar la inspiración, siendo conscientes de que «Inspiro de forma prolongada». Espirar siendo conscientes de que «Espiro de forma prolongada». Hacerlo tres veces.

Ahora, observemos la respiración con atención, atentos a cada movimiento del estómago y los pulmones. Observemos la entrada y salida de aire. Estemos atentos a cómo «Estoy inhalando y observando la inhalación desde el principio hasta el final. Estoy exhalando y observo la exhalación desde el principio hasta el final».

Hacerlo durante 20 respiraciones. Volver a la normalidad. Después de 5 minutos, repetir el ejercicio. Mantener una media sonrisa mientras se respira. Una vez que dominemos este ejercicio, pasemos al siguiente.

### 7. Respirar para calmar la mente y el espíritu

Sentarse en el suelo con las piernas cruzadas (si sabemos hacerlo, nos sentaremos en la posición del loto o medio loto); o sentarse en una silla con las plantas de los pies tocando el suelo (también podemos arrodillarnos o tendernos en el suelo). Hacer media sonrisa. Observar la respiración. Cuando cuerpo y mente se hallen relajados, sigamos inspirando y espirando muy suavemente; estemos atentos a la respiración y pensemos «Estoy inspirando y pacificando cuerpo y mente. Estoy espirando y pacificando cuerpo y mente». Hacerlo tres veces, intensificando el pensamiento «Estoy inspirando mientras mi cuerpo y mi mente están en paz. Estoy espirando mientras mi cuerpo y mente están en paz».

Mantener este pensamiento de 5 a 30 minutos, según la habilidad que tengamos para hacerlo y el tiempo del que dispongamos. Tanto el inicio como el final de este ejercicio debe ser relajado y suave. Cuando queramos detenernos, démonos un masaje en los músculos de las piernas antes de volver a sentarnos en una posición normal. Esperar un momento antes de ponernos de pie.

*Nota* adaptado de *The Miracle of Mindfulness A Manual of Meditation* (págs. 81-84) de Thich Nhat Hanh, Boston, Beacon Press, 1976. Copyright 1987 de Moby Ho. Adaptado con el permiso del propietario de los derechos.

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE TOLERANCIA AL MALESTAR N° 3

### Guía para aceptar la realidad: ejercicios de media sonrisa

#### MEDIA SONRISA

Aceptar la realidad con el cuerpo. Relajar (*destensando los músculos o tensándolos para después destensarlos*) la cara, el cuello y los hombros y dibujar una media sonrisa con los labios. Una media sonrisa consiste en elevar ligeramente las comisuras de los labios con una faz relajada. Intentemos adoptar una expresión facial serena. Recordemos que nuestro cuerpo está en comunicación con nuestra mente.

#### 1. Media sonrisa cuando nos acabamos de despertar por la mañana

Colgar un cartelito con la palabra «sonríe» en el techo o en una pared de manera que lo veamos en cuanto nos despertemos por la mañana. Esta señal nos servirá para recordar que tenemos que hacer el ejercicio. Dedicar unos segundos antes de salir de la cama a observar la respiración. Inhalar y exhalar tres veces de manera suave mientras mantenemos la media sonrisa. Observar la respiración.

#### 2. Media sonrisa durante los ratos libres

Allá donde estemos, ya sea de pie o sentados, podremos hacer una media sonrisa. Miremos a un niño, un hoja, un cuadro en la pared o cualquier cosa relativamente quieta y sonriamos. Inhalar y exhalar suavemente tres veces.

#### 3. Media sonrisa mientras escuchamos música

Escuchar una melodía durante 2 o 3 minutos. Prestar atención a la letra, a la música, al ritmo y a los sentimientos de la canción (no a las ensoñaciones que tenemos a veces). Practiquemos una media sonrisa mientras miramos cómo inspiramos y espiramos.

#### 4. Media sonrisa cuando nos enfadamos

Cuando nos demos cuenta de que empezamos a irritarnos, hagamos inmediatamente media sonrisa. Inhalar y exhalar suavemente, manteniendo una media sonrisa durante tres respiraciones completas.

#### 5. Media sonrisa estando tumbados

Tumbémonos de espaldas en una superficie plana sin el apoyo de colchones ni almohadas. Los brazos sueltos a los lados y las piernas ligeramente separadas. Hagamos media sonrisa. Inspirar y espirar suavemente, manteniendo la atención centrada en la respiración. Dejemos que cada uno de los músculos del cuerpo se relajen. Pensemos que se están hundiendo en el suelo o que cuelgan como ropa tendida para secar. Dejarse ir por completo, concentrando la atención sólo en la respiración y en la media sonrisa. Pensemos que somos como un gato completamente relajado frente a una chimenea encendida. Los músculos están sueltos, no ofrecen ninguna resistencia. Cualquiera puede tocarlos. Continuar durante 15 respiraciones.

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.



## FICHA DE TOLERANCIA AL MALESTAR N° 4

### Guía para aceptar la realidad: ejercicios de conciencia

#### 1. Conciencia de las posiciones del cuerpo

Este ejercicio puede practicarse en cualquier momento y en cualquier lugar. Empezar concentrando la atención en la respiración. Respirar más sosegada y profundamente de lo normal. Ser consciente de la posición del cuerpo, de si se está caminando, de pie o sentado. Ser consciente del propósito de esa posición. Por ejemplo, podemos ser conscientes de que estamos de pie en una colina para dar un paseo, para practicar la respiración o simplemente para pasar el rato. Si no hay propósito, seamos conscientes de que no lo hay.

#### 2. Conciencia de la conexión con el universo

Este ejercicio puede practicarse en cualquier momento y en cualquier lugar. Concentrar la atención en aquella parte de nuestro cuerpo que está en contacto con un objeto (el suelo, las moléculas de aire, una silla o los brazos de un sillón, las sábanas, la ropa, etc.). Intentemos ver todas las formas en las que estamos conectados a ese objeto. Pensemos en la función de ese objeto en relación con nosotros. Esto es, pensemos en lo que el objeto hace por nosotros. Pensemos en su amabilidad al hacerlo. Experimentemos la sensación de tocar el objeto y de concentrar toda nuestra atención en esa amabilidad hasta que aparezca en nuestro corazón una sensación de estar en conexión, ser amado o querido.

**Ejemplos:** Concentrar la atención en los pies que tocan el suelo. Pensemos en la amabilidad del suelo por sostenernos, proporcionándonos un camino para llegar a otras cosas. Concentrarse en nuestro cuerpo que toca la silla en la que estamos sentados. Pensemos que la silla nos acepta totalmente, aguanta nuestra espalda, evita que caigamos al suelo. Fijarse en las sábanas que cubren la cama. Concentrémonos en el tacto de las sábanas que nos cubren, que nos rodean y nos mantienen calientes y cómodos. Fijarse en las paredes de la sala en la que estamos. Evitan que entre el frío y la lluvia. Pensemos en cómo las paredes están conectadas a nosotros a través del suelo y el aire de la sala. Experimentemos la conexión entre las paredes y nosotros; esas paredes que nos proporcionan un cobijo seguro para hacer cosas. Abrazar un árbol. Pensar en la conexión entre el árbol y nosotros. Tanto el árbol como nosotros estamos llenos de vida; ambos recibimos la energía del sol, el oxígeno del aire y el sustento de la tierra. Experimentemos cómo nos ama el árbol, cómo nos proporciona un lugar en el que apoyarnos o en el que descansar a la sombra.

#### 3. Conciencia mientras nos preparamos un té o un café

Preparar un té o un café para invitar a un amigo o para beber nosotros mismos. Hacer cada movimiento despacio, siendo conscientes de todo. No dejemos que ningún movimiento nos pase desapercibido. Démonos cuenta de que levantamos la tetera o la cafetera por su asa. Fijémonos en cómo vertemos el líquido caliente y aromático en la taza. Sigamos cada uno de los pasos con toda conciencia. Respirar más sosegada y profundamente de lo normal. Si la mente se pierde, volver a fijarse en la respiración.

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE TOLERANCIA AL MALESTAR N<sup>o</sup> 4 (cont.)

### 4. Conciencia mientras lavamos los platos

Limpia los platos conscientemente, como si cada uno de ellos fuese un exquisito objeto de contemplación. Piense que cada plato es sagrado. Fijémonos en la respiración para evitar que la mente se pierda. No intentemos correr para acabar con el trabajo lo más rápido posible. Piense que lavar los platos es la cosa más importante del mundo.

### 5. Conciencia mientras lavamos la ropa

No lavar demasiada ropa al mismo tiempo. Seleccionar sólo tres o cuatro piezas de ropa. Encontrar la posición más cómoda o sentarse o estar de pie para evitar dolores de espalda. Frotar las prendas conscientemente. Estar atentos a cada movimiento de las manos y brazos. Prestar atención al jabón y al agua. Cuando hayamos acabado de frotar y enjuagar, la mente y el cuerpo se sentirán tan limpios y frescos como la ropa. Recordemos que hemos de sostener una media sonrisa durante toda la actividad y fijarnos en la respiración cuando la mente divague.

### 6. Conciencia mientras limpiamos la casa

Dividir el trabajo en fases: ordenar cosas, limpiar el lavabo, pasar la aspiradora, barrer el suelo y quitar el polvo. Darnos bastante tiempo para cada tarea. Moverse despacio, tres veces más despacio de lo habitual. Concentrar la atención en cada tarea. Por ejemplo, cuando ponemos un libro sobre una estantería, miramos un libro, nos damos cuenta de qué libro es, sabemos que nos hallamos en el proceso de ponerlo en el estante y somos conscientes de por qué lo ponemos en ese lugar específico. Fijémonos en cómo la mano alcanza el libro y lo coge. Evitar movimientos bruscos. Mantenerse atentos a la respiración, especialmente cuando la mente divague.

### 7. Conciencia mientras nos damos un baño

Darse un baño de 30 a 45 minutos de duración. No nos demos prisa. Desde el momento en el que preparamos el agua hasta que nos vistamos con ropa limpia, hagamos cada uno de los movimientos de forma lenta y pausada. Estemos atentos a cada movimiento. Pongamos atención a cada parte del cuerpo, sin discriminar ninguna. Fijémonos en el agua sobre nuestro cuerpo. Cuando hayamos acabado, nuestra mente estará tan sosegada y ligera como nuestro cuerpo. Fijémonos en la respiración. Piense que somos un estanque con hojas de loto en pleno verano.

### 8. Practicar la conciencia en la meditación

Sentarse cómodamente en el suelo, o en una silla, con la espalda recta y ambos pies tocando el suelo. Cerrar los ojos y abrirlos ligeramente para mirar un objeto cercano. Con cada respiración, digamos sosegadamente la palabra «Uno». Al inhalar, digamos la palabra «Uno». Al exhalar, digamos la palabra «Uno». Intentemos poner toda nuestra mente en la palabra «Uno». Cuando la mente se pierda, digamos «Uno». *Si deseamos movernos, intentemos no movernos. Observemos con tranquilidad cómo deseamos movernos. Cuando llegue el momento en el que deseemos parar, sigamos practicando un poco más. Simplemente, observemos cómo deseamos parar.*

*Nota:* Los ejercicios 1 y 3 al 8 son adaptaciones extraídas de *The Miracle of Mindfulness: A Manual on Meditation* (págs. 84-87) de Thich Nhat Hanh, Boston, Beacon Press, 1976. Copyright 1976 de Thich Nhat Hanh. Adaptado con el permiso del propietario de los derechos.

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE TOLERANCIA AL MALESTAR Nº 5

### Principios básicos para aceptar la realidad

#### ACEPTACIÓN RADICAL

- Para liberarse del sufrimiento se necesita una **ACEPTACIÓN** interior de lo que sucede. Dejemos que suceda lo que tiene que suceder. No luchemos contra la realidad.
- La **ACEPTACIÓN** es la única manera de salir del infierno.
- El dolor crea sufrimiento sólo cuando nos empeñamos en no **ACEPTARLO**.
- Decidir tolerar el momento es **ACEPTACIÓN**.
- La **ACEPTACIÓN** es reconocer lo que es.
- **ACEPTAR** algo no es lo mismo que valorarlo como bueno.

#### CAMBIAR LA MENTE

- La aceptación requiere que efectuemos algún tipo de **ELECCIÓN**. Es como aproximarse a un cruce en una carretera. Tenemos que orientar la mente hacia el camino de la aceptación y alejarnos del camino del «rechazo de la realidad».
- Tenemos que llevar a cabo un **COMPROMISO** para aceptar la realidad. Este **COMPROMISO** no es lo mismo que la aceptación. Nos lleva al camino de la aceptación. Es el primer paso. Esta elección debe realizarse todos los días. En ocasiones, muchas veces al día o incluso en el espacio de una hora o de un minuto.





## FICHA DE DEBERES DE TOLERANCIA AL MALESTAR N° 1

### Estrategias de supervivencia a las crisis

Nombre ..... Semana de inicio .....

Para cada una de las habilidades de supervivencia, comprueba si la has usado durante la semana y anota el nivel de tolerancia al malestar antes (previo) y después (posterior) de usar la estrategia en cuestión, de la siguiente manera: 0 = «Ninguna tolerancia, una pesadilla» hasta 100 = «Mucha tolerancia, asunto fácil». En el dorso de la ficha puedes especificar qué has intentado.

Habilidad	Lunes Previo / Posterior	Martes Previo / Posterior	Miércoles Previo / Posterior	Jueves Previo / Posterior	Viernes Previo / Posterior	Sábado Previo / Posterior	Domingo Previo / Posterior
<b>DISTRAERSE con estrategias de la mente sabia</b>							
Actividades distractoras	/	/	/	/	/	/	/
Ayudar a los demás	/	/	/	/	/	/	/
Comparaciones	/	/	/	/	/	/	/
Emociones opuestas	/	/	/	/	/	/	/
Dejar de lado situaciones negativas	/	/	/	/	/	/	/
Pensamientos distractores	/	/	/	/	/	/	/
Sensaciones intensas	/	/	/	/	/	/	/
<b>RELAJAR cada uno de los CINCO SENTIDOS</b>							
Vista	/	/	/	/	/	/	/
Olfato	/	/	/	/	/	/	/
Oído	/	/	/	/	/	/	/
Tacto	/	/	/	/	/	/	/
Gusto	/	/	/	/	/	/	/
<b>MEJORAR EL MOMENTO</b>							
Imaginación	/	/	/	/	/	/	/
Significado	/	/	/	/	/	/	/
Oración	/	/	/	/	/	/	/
Relajación	/	/	/	/	/	/	/
Vivir el presente	/	/	/	/	/	/	/
Vacaciones	/	/	/	/	/	/	/
Darse ánimo	/	/	/	/	/	/	/
<b>PENSAR EN LOS PROS Y CONTRAS</b>							

Fuente: *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*, Marsha Linehan, © 1993, The Guilford Press.

## FICHA DE TOLERANCIA AL MALESTAR N° 5 (CONT.)

### BUENA DISPOSICIÓN

**Cultivar una respuesta de BUENA DISPOSICIÓN ante toda situación**

- Buena disposición es aceptar la situación y responder en consonancia. Es **HACER LO QUE SE NECESITA** en cada momento. Es concentrarse en la efectividad.
- Buena disposición es escuchar con atención a la **MENTE SABIA** de cada uno, actuar desde el yo interior.
- Buena disposición es **PERMITIR** que nos demos cuenta de nuestra conexión con el universo: con la tierra, con el suelo que pisamos, con la silla donde nos sentamos, con la persona con la que hablamos.

### (frente a la) TERQUEDAD

**Reemplazar TERQUEDAD por BUENA DISPOSICIÓN**

- Terquedad es **TIRAR PIEDRAS AL PROPIO TEJADO** cuando lo que se necesita es actuar de manera provechosa.
- Terquedad es **RENUNCIAR**.
- Terquedad es lo opuesto a **HACER LO QUE FUNCIONA**, lo que es efectivo.
- Terquedad es intentar **ARREGLAR** toda situación.
- Terquedad es **NO TOLERAR** el momento.

- **ANEXO 4. MCMII-III – PRE-TRATAMIENTO, POST-TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO.**
- **ANEXO 4.1. MCMII-III – PRE-TRATAMIENTO.**



**MCMII-III**

INVENTARIO CLÍNICO  
MULTIAXIAL DE MILLON-III

MCMII-III

Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III

Perfil

*Theodore Millon, PhD, DSc*

---

Edad:	20
Género:	Femenino
Ingreso Hospitalario:	Sin Hospitalización
Fecha Evaluación:	19/12/2017



Copyright© 1994, 2005, 2009 DICANDRIEN, Inc. Todos los derechos reservados.

**Pearson** es marca registrada en los Estados Unidos y/o otros países de Pearson Education, Inc., o sus filial(es). **Millon** es marca registrada en los Estados Unidos y **MCMII-III** es marca en los Estados Unidos y/o otros países de DICANDRIEN, Inc.

INFORMACIÓN COMERCIAL CONFIDENCIAL

Confidencial bajo leyes de divulgación de datos que eximen los secretos comerciales de ser divulgados.

[ 1.2 / RE1 / QG1 ]

## CONSIDERACIONES INTERPRETATIVAS

Los informes del MCMI-III están estandarizados en una población de pacientes que se encontraban en fases iniciales de evaluación o tratamiento terapéutico por dificultades emocionales o sociales. Todas aquellas personas que no se ajusten a las características de este grupo normativo, o que no hayan realizado el MCMI-III por razones clínicas, pueden obtener informes inadecuados. El informe del MCMI-III no puede considerarse como un diagnóstico definitivo y deberá ser valorado en conjunto con otros datos clínicos adicionales. El informe debe ser evaluado por un profesional clínico con experiencia en la aplicación de pruebas psicológicas y no debe ser mostrado directamente a los pacientes o a sus familiares.

La paciente es una mujer de 20 años de edad. Sin hospitalización.

Las puntuaciones de TB informadas para esta persona han sido modificadas para contrarrestar la tendencia a la elevada auto-divulgación, indicada por las altas puntuaciones en la Escala X (Sinceridad) y la tensión psíquica indicada por la elevación obtenida en Escala A (Ansiedad).

## INVENTARIO CLÍNICO MULTIAIXIAL DE MILLON-III

VALIDEZ = 0                      INCONSISTENCIA = 1  
 CÓDIGO DE PERSONALIDAD: 8A \*\* - \* 2A 3 2B + 1 6B 6A 8B 5 " 4 7 // - \*\* - \* //  
 CÓDIGO DE SÍNDROME: A \*\* - \* // - \*\* - \* //

CATEGORÍA		PUNTUACIÓN		PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA				ESCALAS DIAGNÓSTICAS
		PD	PREV	0	60	75	85	
ESCALAS DE VALIDEZ	X	154	87					SINCERIDAD
	Y	8	40					DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	19	73					DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	15	59					ESQUIZOIDE
	2A	20	70					EVITATIVO
	2B	14	61					DEPRESIVO
	3	16	65					DEPENDIENTE
	4	9	29					HISTRIONICO
	5	9	35					NARCISISTA
	6A	11	57					ANTISOCIAL
	6B	17	59					AGRESIVO (SÁDICO)
	7	8	14					COMPULSIVO
	8A	25	102					NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
8B	13	55					AUTODESTRUCTIVO	
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	11	58					ESQUIZOTÍPICO
	C	16	67					LÍMITE
	P	18	72					PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	12	86					ANSIEDAD
	H	7	53					SOMATOFORMO
	N	9	62					BIPOLAR
	D	12	71					DISTÍMICO
	B	6	62					DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	4	56					DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	11	59					ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	SS	9	53					TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
	CC	9	56					DEPRESIÓN MAYOR
	PP	7	73					TRASTORNO DELIRANTE

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE USO EXCLUSIVO DEL PROFESIONAL

## RESPUESTAS DESTACADAS

La paciente contestó a los siguientes ítems en el sentido indicado en el paréntesis. Estos ítems sugieren áreas problemáticas específicas que el clínico, quizá quiera investigar.

### Preocupación por la Salud

- 1. Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana. (Verdadero)
- 4. Gran parte del tiempo me siento débil y cansado. (Verdadero)
- 55. En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial. (Verdadero)
- 130. Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias. (Verdadero)

### Alienación Interpersonal

- 18. Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado. (Verdadero)
- 27. Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo. (Verdadero)
- 48. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente. (Verdadero)
- 69. Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme. (Verdadero)
- 92. Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así. (Verdadero)
- 99. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido. (Verdadero)
- 105. Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos. (Verdadero)
- 161. Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado. (Verdadero)
- 165. No tengo amigos íntimos al margen de mi familia. (Verdadero)
- 174. Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo. (Verdadero)

### Descontrol Emocional

- 9. Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita. (Verdadero)
- 14. Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia. (Verdadero)
- 22. Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente. (Verdadero)
- 34. Últimamente he perdido los nervios. (Verdadero)
- 83. Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro. (Verdadero)
- 87. A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente. (Verdadero)

### Potencial Autodestructivo

- 24. Hace unos años comencé a sentirme un fracasado. (Verdadero)
- 112. He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven. (Verdadero)
- 128. Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra. (Verdadero)
- 154. He intentado suicidarme. (Verdadero)

### Abuso Infantil

No hay ítems a mencionar.

**Trastorno de Alimentación**

121. Sigo dándome atracones de comida un par de veces a la semana. (Verdadero)  
163. La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes. (Verdadero)

**Fin del Informe**

---

NOTA: Esta página y las anteriores de este informe contienen secretos comerciales que no deben ser divulgados en respuesta a comisiones bajo ley de divulgación de datos que exime la información de secreto comercial de ser divulgada. Además, la revelación de datos en respuesta a requerimientos durante procesos legales solo deberían realizarse de acuerdo al código deontológico del profesión y bajo una orden de protección apropiada.

---

▪ **ANEXO 4.2. MCMI-III – POST-TRATAMIENTO.**



MCMI-III  
Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III  
Perfil  
*Theodore Millon, PhD, DSc*

---

Edad:	20
Género:	Femenino
Ingreso Hospitalario:	Sin Hospitalización
Fecha Evaluación:	19/02/2018



Copyright© 1994, 2005, 2009 DICANDRIEN, Inc. Todos los derechos reservados.

**Pearson** es marca registrada en los Estados Unidos y/o otros países de Pearson Education, Inc., o sus filial(es). **Millon** es marca registrada en los Estados Unidos y **MCMI-III** es marca en los Estados Unidos y/o otros países de DICANDRIEN, Inc.

INFORMACIÓN COMERCIAL CONFIDENCIAL

Confidencial bajo leyes de divulgación de datos que eximen los secretos comerciales de ser divulgados.

[ 1.2 / RE1 / QG1 ]

## CONSIDERACIONES INTERPRETATIVAS

Los informes del MCMII-III están estandarizados en una población de pacientes que se encontraban en fases iniciales de evaluación o tratamiento terapéutico por dificultades emocionales o sociales. Todas aquellas personas que no se ajusten a las características de este grupo normativo, o que no hayan realizado el MCMII-III por razones clínicas, pueden obtener informes inadecuados. El informe del MCMII-III no puede considerarse como un diagnóstico definitivo y deberá ser valorado en conjunto con otros datos clínicos adicionales. El informe debe ser evaluado por un profesional clínico con experiencia en la aplicación de pruebas psicológicas y no debe ser mostrado directamente a los pacientes o a sus familiares.

La paciente es una mujer de 20 años de edad. Sin hospitalización.

El estilo de respuesta del paciente sugiere una moderada tendencia al auto-desprecio y por consiguiente, una exageración de los problemas emocionales presentes. Al interpretar el perfil, el profesional clínico debe ser consciente de que el paciente puede haber comunicado más síntomas psicológicos de los que existen objetivamente. Es probable que los ajustes para corregir esta tendencia hayan conseguido conservar la validez del instrumento.

Las puntuaciones de TB informadas para esta persona han sido modificadas para contrarrestar la tendencia a la elevada auto-divulgación, indicada por las altas puntuaciones en la Escala X (Sinceridad) y la tensión psíquica indicada por la elevación obtenida en Escala A (Ansiedad).

## INVENTARIO CLÍNICO MULTIAIXIAL DE MILLON-III

VALIDEZ = 0      INCONSISTENCIA = 4  
 CÓDIGO DE PERSONALIDAD: 2A \*\* - \* 8A 2B 3 + 1 6B 6A 8B " 4 5 7 // - \*\* P \* //  
 CÓDIGO DE SÍNDROME: A \*\* N \* // - \*\* - \* //

CATEGORÍA		PUNTUACIÓN		PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA				ESCALAS DIAGNÓSTICAS
		PD	PREV	0	60	75	85	
ESCALAS DE VALIDEZ	X	152	86					SINCERIDAD
	Y	4	18					DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	18	70					DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	14	59					ESQUIZOIDE
	2A	23	92					EVITATIVO
	2B	19	69					DEPRESIVO
	3	17	68					DEPENDIENTE
	4	7	20					HISTRIONICO
	5	6	18					NARCISISTA
	6A	11	58					ANTISOCIAL
	6B	16	59					AGRESIVO (SÁDICO)
	7	4	0					COMPULSIVO
	8A	23	73					NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	8B	14	57					AUTODESTRUCTIVO
	S	15	62					ESQUIZOTÍPICO
	C	16	67					LÍMITE
SÍNDROMES CLÍNICOS	P	21	78					PARANOIDE
	A	13	89					ANSIEDAD
	H	4	27					SOMATOFORMO
	N	13	75					BIPOLAR
	D	10	68					DISTÍMICO
	B	6	62					DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	4	56					DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	R	9	57					ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
	SS	11	56					TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
	CC	4	23					DEPRESIÓN MAYOR
	PP	6	68					TRASTORNO DELIRANTE

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE USO EXCLUSIVO DEL PROFESIONAL

## RESPUESTAS DESTACADAS

La paciente contestó a los siguientes ítems en el sentido indicado en el paréntesis. Estos ítems sugieren áreas problemáticas específicas que el clínico, quizá quiera investigar.

### Preocupación por la Salud

- 4. Gran parte del tiempo me siento débil y cansado. (Verdadero)
- 75. Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso. (Verdadero)

### Alienación Interpersonal

- 18. Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado. (Verdadero)
- 27. Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo. (Verdadero)
- 48. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente. (Verdadero)
- 69. Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme. (Verdadero)
- 92. Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así. (Verdadero)
- 99. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido. (Verdadero)
- 105. Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos. (Verdadero)
- 161. Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado. (Verdadero)
- 165. No tengo amigos íntimos al margen de mi familia. (Verdadero)
- 167. Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí. (Verdadero)
- 174. Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo. (Verdadero)

### Descontrol Emocional

- 9. Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita. (Verdadero)
- 14. Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia. (Verdadero)
- 22. Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente. (Verdadero)
- 34. Últimamente he perdido los nervios. (Verdadero)
- 83. Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro. (Verdadero)
- 87. A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente. (Verdadero)

### Potencial Autodestructivo

- 24. Hace unos años comencé a sentirme un fracasado. (Verdadero)
- 112. He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven. (Verdadero)
- 128. Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra. (Verdadero)
- 151. Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás. (Verdadero)

### Abuso Infantil

- 81. Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven. (Verdadero)
- 132. Odio pensar en algunas de las formas en las que se abusó de mí cuando era un niño. (Verdadero)

### **Trastorno de Alimentación**

143. Algunas veces me obligo a vomitar después de comer. (Verdadero)

163. La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes. (Verdadero)

### **Fin del Informe**

---

NOTA: Esta página y las anteriores de este informe contienen secretos comerciales que no deben ser divulgados en respuesta a comisiones bajo ley de divulgación de datos que exime la información de secreto comercial de ser divulgada. Además, la revelación de datos en respuesta a requerimientos durante procesos legales solo deberían realizarse de acuerdo al código deontológico del profesión y bajo una orden de protección apropiada.

---

▪ ANEXO 4.3. MCMI-III – EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO.



MCMI-III  
Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III  
Perfil  
*Theodore Millon, PhD, DSc*

---

Nombre:	María Amat Rodríguez
Edad:	20
Género:	Femenino
Ingreso Hospitalario:	Sin Hospitalización
Fecha Evaluación:	11/04/2018



Copyright© 1994, 2005, 2009 DICANDRIEN, Inc. Todos los derechos reservados.

**Pearson** es marca registrada en los Estados Unidos y/o otros países de Pearson Education, Inc., o sus filial(es). **Millon** es marca registrada en los Estados Unidos y **MCMI-III** es marca en los Estados Unidos y/o otros países de DICANDRIEN, Inc.

INFORMACIÓN COMERCIAL CONFIDENCIAL

Confidencial bajo leyes de divulgación de datos que exigen los secretos comerciales de ser divulgados.

[ 1.2 / RE1 / QG1 ]

## CONSIDERACIONES INTERPRETATIVAS

Los informes del MCMI-III están estandarizados en una población de pacientes que se encontraban en fases iniciales de evaluación o tratamiento terapéutico por dificultades emocionales o sociales. Todas aquellas personas que no se ajusten a las características de este grupo normativo, o que no hayan realizado el MCMI-III por razones clínicas, pueden obtener informes inadecuados. El informe del MCMI-III no puede considerarse como un diagnóstico definitivo y deberá ser valorado en conjunto con otros datos clínicos adicionales. El informe debe ser evaluado por un profesional clínico con experiencia en la aplicación de pruebas psicológicas y no debe ser mostrado directamente a los pacientes o a sus familiares.

La paciente es una mujer de 20 años de edad. Sin hospitalización.

Las puntuaciones de TB informadas para esta persona han sido modificadas para contrarrestar la tendencia a la elevada auto-divulgación, indicada por las altas puntuaciones en la Escala X (Sinceridad) y la tensión psíquica indicada por la elevación obtenida en Escala A (Ansiedad).

## INVENTARIO CLÍNICO MULTIAIXIAL DE MILLON-III

VALIDEZ = 0                      INCONSISTENCIA = 2  
 CÓDIGO DE PERSONALIDAD: - \*\* - \* 2A 8A 2B 3 8B 6A + 6B 1 " 4 7 5 // - \*\* - \* //  
 CÓDIGO DE SÍNDROME: - \*\* A N \* // - \*\* - \* //

CATEGORÍA		PUNTUACIÓN		PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA				ESCALAS DIAGNÓSTICAS
		PD	PREV	0	60	75	85	
ESCALAS DE VALIDEZ	X	152	86					SINCERIDAD
	Y	7	35					DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	18	70					DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	11	54					ESQUIZOIDE
	2A	19	70					EVITATIVO
	2B	18	68					DEPRESIVO
	3	17	68					DEPENDIENTE
	4	8	25					HISTRIONICO
	5	6	18					NARCISISTA
	6A	12	60					ANTISOCIAL
	6B	16	59					AGRESIVO (SÁDICO)
	7	9	21					COMPULSIVO
	8A	21	69					NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
8B	17	62					AUTODESTRUCTIVO	
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	13	60					ESQUIZOTÍPICO
	C	14	65					LÍMITE
	P	17	70					PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	10	81					ANSIEDAD
	H	8	58					SOMATOFORMO
	N	13	75					BIPOLAR
	D	13	73					DISTÍMICO
	B	8	68					DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	3	55					DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	7	54					ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	SS	8	46					TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
	CC	8	53					DEPRESIÓN MAYOR
	PP	6	68					TRASTORNO DELIRANTE

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE USO EXCLUSIVO DEL PROFESIONAL

## RESPUESTAS DESTACADAS

La paciente contestó a los siguientes ítems en el sentido indicado en el paréntesis. Estos ítems sugieren áreas problemáticas específicas que el clínico, quizá quiera investigar.

### Preocupación por la Salud

- 4. Gran parte del tiempo me siento débil y cansado. (Verdadero)
- 55. En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial. (Verdadero)
- 74. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme. (Verdadero)
- 130. Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias. (Verdadero)

### Alienación Interpersonal

- 18. Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado. (Verdadero)
- 27. Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo. (Verdadero)
- 48. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente. (Verdadero)
- 69. Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme. (Verdadero)
- 92. Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así. (Verdadero)
- 99. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido. (Verdadero)
- 161. Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado. (Verdadero)
- 165. No tengo amigos íntimos al margen de mi familia. (Verdadero)
- 174. Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo. (Verdadero)

### Descontrol Emocional

- 9. Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita. (Verdadero)
- 14. Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia. (Verdadero)
- 22. Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente. (Verdadero)
- 83. Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro. (Verdadero)
- 87. A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente. (Verdadero)
- 124. Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico. (Verdadero)

### Potencial Autodestructivo

- 24. Hace unos años comencé a sentirme un fracasado. (Verdadero)
- 112. He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven. (Verdadero)
- 128. Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra. (Verdadero)
- 171. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio. (Verdadero)

### Abuso Infantil

- 81. Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven. (Verdadero)

### **Trastorno de Alimentación**

- 121. Sigo dándome atracones de comida un par de veces a la semana. (Verdadero)
- 143. Algunas veces me obligo a vomitar después de comer. (Verdadero)
- 163. La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes. (Verdadero)

### **Fin del Informe**

---

NOTA: Esta página y las anteriores de este informe contienen secretos comerciales que no deben ser divulgados en respuesta a comisiones bajo ley de divulgación de datos que exige la información de secreto comercial de ser divulgada. Además, la revelación de datos en respuesta a requerimientos durante procesos legales solo deberían realizarse de acuerdo al código deontológico del profesión y bajo una orden de protección apropiada.

---