



Trastorno límite y otros trastornos de personalidad

Joshua Mermelstein Sydney

Facultad de Psicología, Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología

22-2015: Psicopatología de Adultos

Dr. Marco Gálvez Aravena

Abril, 2022

Índice

1. Introducción	5
2. Justificación	7
3. Problema de Investigación	11
4. Objetivos	12
Objetivo general	12
Objetivos específicos	12
5. Marco Teórico	13
5.1. ¿Qué son los Trastornos de la Personalidad?	13
Grupo A	15
<i>Trastorno de la Personalidad Paranoide</i>	15
<i>Trastorno de la Personalidad Esquizoide</i>	15
<i>Trastorno de Personalidad Esquizotípica</i>	16
Grupo B	16
<i>Trastorno de la Personalidad Antisocial</i>	16
<i>Trastorno de la Personalidad Límite</i>	16
<i>Trastorno de la Personalidad Histriónica</i>	17
<i>Trastorno de la Personalidad Narcisista</i>	17
Grupo C	17
<i>Trastorno de la Personalidad Evitativa</i>	17
<i>Trastorno de la Personalidad Dependiente</i>	18
<i>Trastorno de la Personalidad Obsesivo-Compulsiva</i>	18
5.2. Historia del Trastorno Límite de Personalidad	19
5.3. TLP y Trauma	21
5.4. Características	22
5.5. Edad de desarrollo	22
5.6. Dificultades	24
<i>A Nivel Social</i>	24
<i>A Nivel Familiar</i>	24
5.7. DSM 5 vs CIE 11	25
5.8. Protocolo de Intervención: Guías Clínicas	26
5.8.1. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad	26
5.8.2. Trastorno Límite de la Personalidad: La Guía de NICE en Manejo y Tratamiento	28

5.9. Tratamientos Farmacológicos.....	30
5.10. Tratamientos e intervenciones psicológicas.....	31
5.10.1. Intervenciones Breves.....	31
<i>Terapia Cognitiva Asistida por Manual (TCAM)</i>	31
<i>Psicoeducación</i>	32
5.10.2. Terapias psicológicas individuales y grupales	32
<i>Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)</i>	32
<i>Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS)</i>	33
<i>Terapia Cognitiva centrada en Esquemas (TCE)</i>	33
<i>Terapia Cognitivo-Analítica (TCA)</i>	34
<i>Terapia Grupal Interpersonal (TGI)</i>	34
<i>Terapia Centrada en el Cliente</i>	35
<i>Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT)</i>	35
6. Casos Clínicos.....	37
6.1. Caso #1	37
<i>Motivo de consulta y descripción del problema</i>	37
<i>Evolución del Problema</i>	37
6.2. Caso #2	41
<i>Descripción de la paciente</i>	41
<i>Instrumentos de evaluación utilizados</i>	42
<i>Diseño</i>	43
<i>Tratamiento</i>	43
<i>Terapia Individual</i>	44
<i>Terapia de grupo</i>	46
<i>Procedimiento</i>	46
6.3. Caso #3	48
<i>Historial Clínico</i>	48
7. Plan de Intervención	52
8. Conclusión	63
Referencias.....	65
Anexos	69
Anexo I	69
Anexo II	69

Anexo III.....	70
Anexo IV	70
Anexo V.....	71
Anexo VI	71
Anexo VII.....	71
Anexo VIII	72
Anexo IX:.....	72
Anexo X:	73
Anexo XI:.....	73
Anexo XII:	73

1. Introducción

El Trastorno Límite de la Personalidad es uno que puede poner en riesgo la vida de una persona, por lo que es importante saber cómo tratar con una persona en esta condición. Hay estudios epidemiológicos que demuestran que el 60%-70% de los pacientes con TLP intentan suicidarse, por lo que a lo largo de su vida pueden realizar 3,3 intentos (Vera-Varela et. al., 2019). Este es un número preocupante y lo más seguro es que no tienen la atención necesaria de un profesional o no se aborda de la manera más eficiente.

En general, los trastornos de la personalidad se dividen en 3 grupos según el DSM 5. Estos son: grupo A conformado por el Trastorno Paranoide, Esquizoide y Esquizotípica. El grupo B se compone del Trastorno Antisocial, Límite, Histriónica y Narcisista. Por último, el grupo C se conforma con el Trastorno de Personalidad Evitativa, Dependiente y Obsesivo-Compulsiva. Este trabajo pretende informar acerca de cómo se diferencian al trastorno principal, el trastorno límite de la personalidad.

Un dato general del Trastorno Límite de la Personalidad es que la mayoría de las personas tienden a tener conductas de ideación suicida, aunque no la hayan experimentado antes en sus vidas (Barlow, 2014, p. 394). Son más propensos a tener una actitud más negativa y las tendencias a suicidarse puede hacer que ellos tengan una alta impulsividad. Se analizará más a profundidad el motivo por el que se pueden dar este tipo de conductas.

Según la investigación realizada por Alberdi-Páramo y sus colaboradores, “entre el 40% y el 85% de los pacientes con TLP realizan intentos de suicidio (IS), con una media de tres por paciente” (2021, p. 200). Debido a esto, es importante tener el conocimiento del cómo trabajar con estas personas el autocontrol. En otras palabras, buscar soluciones para ayudar a reducir la impulsividad que tienen aquellos con TLP.

Si una persona tiene TLP, es importante que el terapeuta trabaje con las familias, ya que estas pueden padecer de depresión y ansiedad. A la vez, tienden a experimentar un clima disfuncional. Por eso es importante buscar programas que involucren a todos los miembros. Este trabajo hace mucho énfasis en la autoimagen de los trastornados y las relaciones que estos pueden presentar con otros.

La tensión en ninguna ocasión es un factor positivo dentro del ámbito social. Esta tensión se puede generar con varios, si no todos los contextos, por lo que no se puede dejar por fuera el núcleo de estas personas. También puede ser muy útil involucrar a los amigos cercanos para que tengan una noción de como lidiar con este compañero con TLP.

Los Trastornos de la personalidad tienden a compartir criterios diagnósticos y podrían confundirse una con la otra, por lo que se estudiará el trasfondo de cada uno de estos para ir encontrando aquello que los separa. Para tratar a una persona es vital conocer que es lo que se presenta en el consultorio, entender de donde provienen las condiciones y de que forma se pueden ir tratando.

Fonseca-Baeza y sus colaboradores resaltan la importancia de tener más programas que no solo incluyan al paciente directo del trastorno de personalidad, si no que debería involucrar a la familia (2021). Hay programas basados en psicoeducación y estrategias en terapia dialéctica comportamental para personas con este tipo de trastornos y también, con trastornos alimentarios. Una ventaja es que si hay varios programas que se han generado para personas con Trastorno Límite de la Personalidad.

En resumen, es fundamental tener el conocimiento necesario para poder educar, tanto al paciente como a su núcleo familiar para poder apoyar de la forma más eficiente a aquellos que tienen algún trastorno de personalidad.

2. Justificación

Se debe recalcar que el Trastorno Límite de la Personalidad tiene como efecto tendencias suicidas, de auto lastimarse y puede afectar en la alimentación de la persona. Provocando de este modo trastornos alimentarios. Tienden a ser bien impulsivos y afectan el entorno familiar, por lo que se debe tratar a todos los que estén en ese entorno.

El Trastorno Límite de la Personalidad es muy investigado por los efectos que este tiene en el ser humano y el peso que conlleva tener esa condición. García y Mazzoglio y Nabar dicen que el trastorno afecta al 1-2% de la población adulta. De ese porcentaje, el 20% están hospitalizados por alguna causa psiquiátrica y el 84% están en consultas de servicio de emergencia (2017, p. 126). Los tratamientos psicofarmacológicos son los que menos investigación tienen, por lo que es importante buscar herramientas que ayuden a trabajar con estas personas en la sociabilidad con otros, ser más agradables para sí mismos y los demás y cómo controlar mejor su conducta.

Para llegar al trasfondo del problema de estos pacientes hay que saber cuál es su historia de vida, ya que hay una posibilidad de que hayan sido agredidos en las escuelas, en las casas por sus familiares y de qué forma fueron educados. Estas personas no saben de donde salieron esas conductas que llevaron a que tuvieran un trastorno de personalidad. Probablemente no tienen esa conciencia que están haciendo un daño a alguien más o maquillan un malestar haciéndose daño a sí mismos.

El trabajo del psicoterapeuta es acompañar a esas personas a buscar esas soluciones, encontrar la raíz y facilitar algunas respuestas para idear un plan para confrontar esos problemas. La falta de serotonina es uno de los factores que menciona la Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud que conllevan al TLP, pero no hay mucha información del porqué es que se genera y causa esa escasez de control de impulso (2011).

Desde que la identificación del TLP en 1938 empleado por Stern, se sigue investigando como tratar en el ambiente familiar, de qué forma se puede medicar y cuáles son los tratamientos más eficientes para poder tratar a aquellos que no han sido exitosos con los métodos utilizados. Se deben explorar los que han funcionado y proponer nuevas estrategias para poder tratar con el TLP.

La Terapia Dialéctica Conductual es una herramienta que se ha dicho es bien eficiente a la hora de tratar a personas con TLP. Es importante indagar acerca de los distintos enfoques de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), siendo la TDC uno de esos. El enfoque Dialéctico Conductual se centra más en personas con tendencias suicidas que tienen el TLP. Busca enseñar nuevas destrezas conductuales y facilita el reemplazo de conductas mal adaptativas con comportamiento hábil (Neacsiu, Rizvi y Linehan, 2010).

Las personas con TLP podrían no haber tenido suficiente afecto durante su desarrollo, por lo que presentan esa dificultad de mantener relaciones y tienden a ser más distantes. Esta investigación es fundamental para analizar si los motivos pueden ser la escasez de vinculación o pudo haber otras razones para adoptar esta condición.

Talvez los familiares y amigos no se percatan de lo que necesita la otra persona, ya que esta no sabe cómo expresarse con claridad o no hacen las preguntas adecuadas que conecten lo suficiente para que este se exprese con más facilidad. Hay varios factores que pueden entrar en juego en esta situación.

Según menciona Cavallo: “Axel Honneth atribuyó a una importancia central hacia las emociones de pena e ira, sin discutir a profundidad el papel que cumplen en la motivación a la lucha social” (2021, p. 386). Este es un tema que, hasta hoy en día entra en discusión, ya que ninguna persona tiene el mismo funcionamiento.

Honneth había hecho un énfasis en su libro *The Struggle for Recognition* (La Lucha por Reconocimiento) que una persona puede sentirse incómoda o en lucha cuando la humillan, se siente indignada por algo o esta adolorida. Sin embargo, en una ocasión extrema puede llegar a generar algún trastorno, iniciando con la inseguridad, baja autoestima, tristeza, entre otros factores.

Otro factor del libro de Honneth es que uno se siente avergonzado cuando se siente más inferior a nivel social que lo que esperaba (Cavallo, 2021). Esto es parte de una baja autoestima. Puede ocurrir si uno se siente excluido de un grupo social, si no conecta fácilmente con su núcleo familiar, sus conocidos.

Es importante reconocer cuando a una persona le cuesta socializar con otros para buscar una manera de apoyarla, confortarla. Una tendencia que tiene mucho la sociedad es tratar de ignorar esas señales. Intentan alentar diciendo que se va a pasar o que no es para tanto. A veces dicen que hay que actuar de cierta manera, lo cual podría ser la causa de entrar en un trastorno, siendo depresivo o siendo de personalidad.

En el caso del Trastorno Límite de Personalidad, hay una mezcla de inadaptabilidad social, trastornos alimentarios que se pueden producir como anorexia, bulimia, entre otros y tienden a ser personas muy impulsivas.

Hay que saber cómo tratar con este tipo de personas e ir ayudándolas a salir de esos círculos viciosos en los que se han involucrado para aliviar ese trastorno que se les fue generando a lo largo

del tiempo. El Trastorno Límite de Personalidad es una mezcla de impulsividad, rasgos antisociales, depresivos, alimentarios y otros que se irán investigando a lo largo de este recorrido.

El camino no es sencillo, pero tampoco imposible con los recursos adecuados. Aquí se brindan las herramientas que se necesitan dentro de los contextos que se pueden presentar para poder llevar un proceso bastante eficiente para poder tratar a aquellos que tienen TLP.

3. Problema de Investigación

El Trastorno Límite de la Personalidad perjudica las relaciones, tanto familiares como interpersonales, ya que al estar con esta condición es más difícil pasar tiempo con otras personas. El 1-2% de la población presenta este trastorno y la mayoría están en servicios de emergencia. Probablemente tienen una baja autoestima y les cuesta enganchar con otros.

Por esto es fundamental investigar de qué forma se les puede ayudar a estas personas para que se sientan más cómodos en ámbitos sociales. Se busca brindar esas herramientas que los ayuden a regular su impulsividad, elevar su autoestima y mejorar el cómo se relacionan con sí mismos y los demás.

A lo largo de los años se han hecho varias investigaciones con distintos tratamientos que se pueden dar a personas con TLP, sin embargo, faltan recursos para poder ayudar a grupos a una mayor escala. Es decir, no solo apoyar a la persona con el trastorno, sino que a todos los que están en su entorno que la quieran apoyar a superar esas barreras que impone este trastorno de personalidad.

4. Objetivos

Objetivo general

Analizar la evolución médica y psicológica acerca del Trastorno Límite y los demás trastornos de personalidad.

Objetivos específicos

1. Investigar de donde proviene el trastorno límite de personalidad, desde su origen hasta la actualidad.
2. Indagar de qué forma afectan este trastornos a las personas y que efectos le generan.
3. Elaborar un protocolo de intervención para tratar a pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

5. Marco Teórico

5.1. ¿Qué son los Trastornos de la Personalidad?

Para entender de donde vienen los trastornos de la personalidad, un concepto clave a conocer es propiamente el de qué es la personalidad. González (2012) propone algunos conceptos: permite conocer aproximadamente los motivos que llevan a actuar, sentir, pensar y desenvolverse de cierta manera. Puede considerarse también la forma en la que la persona aprende e interactúa con el entorno.

La personalidad se conforma por 3 componentes: conductuales, emocionales y sociales. Desde que uno nace, se comienza a familiarizar con lo que lo rodea, se comporta de acuerdo a lo que se le presenta e inician a explorarse las emociones que van surgiendo.

Mientras la persona crece comienza a experimentar distintas experiencias, moldea sus creencias y va formando sus propios principios, ideales, valores, entre otros. Esto hace que cada uno sea distinto a los demás. Algunos se dejarán llevar por las reglas del grupo para encajar y otros tomarán su propio camino. Sin embargo, todo esto depende de qué tan fuerte es uno para expresarse y hablar libremente sin dar importancia a los juicios de grupo.

Se podría decir que son factores sencillos siendo estos los que hacen que cada uno sea único, no obstante, varias personas se dejan llevar por los comentarios ajenos para evadir problemas a futuro.

La personalidad tiene 2 elementos: el temperamento y el carácter. El temperamento se refiere a lo que la persona hereda de sus padres, abuelos, etc. La genética incluye, lo propenso que es uno hacia el padecimiento de alguna enfermedad, color de ojos, tono de piel, entre otros que componen ciertas características cognitivas, conductuales y emocionales.

Por otro lado, se encuentra el carácter, cuya característica es la experiencia. Son aquellas normas sociales por las que se rigen los seres humanos. Estas pueden variar dependiendo de la cultura, etnia, tradiciones, entre otros elementos. Se pueden cambiar a causa del ambiente en el que se involucra uno.

Con esto dicho, se podrían estar preguntando qué son los trastornos. Todos los días se enfrentan problemas de cualquier tipo, tamaño, magnitud. La vida se conduce a través de las adversidades sociales planteadas por las masas. Si no evolucionan, la sociedad termina estancada en el mismo sitio. Hemmings y Hennessy definen los trastornos mentales como “la presencia de conductas, pensamientos, estados de ánimo inusuales o anormales que causan al individuo angustia o deterioro, e interrumpe su habilidad de funcionamiento” (2018). En otras palabras, si los problemas se están volviendo un hábito, inicia la generación de un trastorno, ya que se van generando patrones, cambios de conducta y pensamiento que interfieren con su funcionamiento diario.

El DSM 5 define los trastornos de la personalidad como “un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto” (2014). Se alinea bastante al concepto general de trastorno, ya que son patrones que rompen el carácter común de la persona. Lo que varía para identificar el trastorno que se presenta son los criterios que se presentan en el DSM 5 y en el CIE 11 que se verán más adelante.

El DSM 5 específicamente divide los trastornos de personalidad en 3 grupos que se presentan a continuación:

Grupo A

Trastorno de la Personalidad Paranoide

Comienza en la etapa adulta y se caracteriza por la desconfianza que tiene una persona hacia otras y sus razones se describen como malévolas. Piensan que les están haciendo daño o los engañan sin que haya prueba suficiente o en su totalidad. Tienen conspiraciones que los demás planean causarles un malestar o un dolor inexistente en la realidad.

Si alguien los ofende o les hace algún tipo de daño tienden a guardar rencor y les es muy difícil perdonar. Por esto se encuentran muchos problemas de confianza y son muy protectores de sí mismos por cualquier situación “maligna” que se les pueda presentar en cualquier momento.

Trastorno de la Personalidad Esquizoide

Estas personas tienden a distanciarse de las relaciones sociales y se restringen mucho las emociones en estos contextos cuando se les presentan. El trastorno se diagnostica a la edad adulta y estos pacientes tienden a abstenerse de la intimidad con otros. No están satisfechos con los vínculos familiares e interpersonales. Tiene la preferencia de aislarse de los demás y se desenvuelven mejor en tareas mecánicas que abstractas. Por ejemplo, juegos matemáticos u ordenadores.

Los pacientes de este trastorno no dan importancia a las críticas ajenas o alabanzas, ya que el nivel de desconfianza a los demás es alta. Tampoco tienen interés o demuestran el mínimo en tener experiencias sexuales con otra persona. En resumen, son muy solitarios en casi todos los aspectos de sus vidas.

Trastorno de Personalidad Esquizotípica

Comienza en las primeras etapas de la vida adulta y se caracteriza como dice el DSM 5, por un patrón general de déficits sociales e interpersonales marcados por un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones cercanas, así como la presencia de distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades de comportamiento (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Tienden a tener muchas supersticiones que no les permite ver los motivos reales de las acciones de otras personas lo cual les afecta de forma negativa.

Estas personas tienen “delirios de referencia” o creencias que se respaldan con una convicción delirante. Tienden a decir que tienen habilidades supernaturales que les permite leer la mente de otros y poseen un poder mágico sobre otros. Sus discursos son incoherentes a la realidad y suelen aparecer alteraciones perceptivas.

Grupo B

Trastorno de la Personalidad Antisocial

La persona con trastorno antisocial es aquella que no se rige por la ley. Comienza en la infancia o adolescencia y puede seguir hasta la adultez. Se caracterizan por ser manipuladoras y engañosas. Se basan en sus propias reglas y viven en su propio mundo en el sentido que viven bajo sus propias reglas sin importar que lastimen a otros.

Trastorno de la Personalidad Límite

Este es el trastorno central de la investigación. Son aquellos que fueron marcados por el abandono y no se les hace sencillo sostener relaciones sociales por mucho tiempo. Tienden a ser impulsivos e incapaces de manejar sus propias emociones.

Trastorno de la Personalidad Histriónica

Se caracteriza por la búsqueda de atención constante. Inicia en las primeras etapas de la edad adulta y se puede manifestar por diversos factores. No sienten aprecio cuando no son el centro de atención. De ser el caso, se inventan alguna historia para que el foco se dirija hacia ellos.

Trastorno de la Personalidad Narcisista

Inicia en las primeras etapas de la adultez y se caracteriza por la superioridad que estos sienten sobre los demás. Tienen un sentido de grandeza y la necesidad de ser admirados por otros. Generalmente se comparan con personas famosas o afortunadas por las grandes riquezas que estos poseen.

Son incapaces de ser empáticos con otros y no dan importancia a las necesidades o capacidades de los demás. Es decir, buscan llevarse los créditos por el trabajo sin reconocimiento al grupo. Les es complicado reconocer deseos ajenos y asumen que ellos tienen que preocuparse por el bienestar de sí mismos.

Grupo C

Trastorno de la Personalidad Evitativa

Comienza en la adultez temprana y se caracteriza por poseer sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa. No les gusta realizar trabajos de contacto interpersonal por temor al rechazo, desaprobación o malas críticas. Se rehúsan a asensos laborales por miedo a críticas e intimidad con otros compañeros. Se abren más a una persona que conocen por mucho tiempo y están seguros que no los van a abandonar.

Trastorno de la Personalidad Dependiente

Al igual que los demás trastornos, este también inicia en la adultez temprana y se caracteriza por un apego excesivo. Se les dificulta tomar decisiones por su propia cuenta y exigen la aprobación de otros para cualquier actividad. Por lo general se rigen por las opiniones de sus padres o cónyuges al definir en que van a trabajar, donde van a vivir, entre otros. Esta condición es complicada, ya que la dependencia en otros es exponencial y no se ven capaces de hacer cosas por cuenta propia.

Trastorno de la Personalidad Obsesivo-Compulsiva

Inicia en las primeras etapas de la edad adulta y se caracteriza por la preocupación excesiva del orden y el perfeccionismo. Son muy rígidos a la hora de cambiar una rutina, la agenda, actividades y listas. Si pierden alguna lista de actividades, deben buscarla y no piensan en reescribirla de memoria y buscan la perfección en cualquier trabajo que se impongan a tal nivel que nunca se termina porque siempre buscan una mejoría.

5.2. Historia del Trastorno Límite de Personalidad

El Trastorno Límite de Personalidad específicamente caracteriza a los que lo poseen como personas manipuladoras, resistentes a tratamiento y malignos (Cone, 2020). Para alguien en esta condición, puede estar en un enredo total o en un aislamiento por completo. Es decir, las situaciones en las que se ve involucrado no tienen una solución ganadora. Debido a esto, comienzan a generar las cualidades que les describen. El hecho de estar atrapados en ambos extremos los coloca en una posición sumamente estresante. Por un lado, pone en riesgo su identidad, mientras que, por el otro, se asemeja a un abandono traumático.

¿Por qué se le llama a una persona con un trastorno límite? Esto se debe a que no tiene cualidades neuróticas o psicóticas. Este concepto surgió por primera vez por Adolph Stern en el año 1938. Por consiguiente, puede llevar a un miedo a ser abandonados y se les dificulta mantener relaciones estables, no tienen un claro sentido del yo y, por último, les cuesta manejar sus emociones. Por ende, socializar con otros es un reto para personas con TLP.

Estas características conllevan a que el individuo se autolesione o incluso, genere ideaciones suicidas, ya que no ve muchas soluciones para relacionarse con sí mismo y encontrar su propósito de vida.

En 1980 se reconoció el trastorno como tal en el DSM 3 y en el CIE 10 posteriormente se utilizó el término “trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad” con dos subtipos: límite e impulsivo (Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud, 2011).

Según el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica, “frecuentemente tiene como comorbilidad con depresión y ansiedad, trastornos alimentarios como la bulimia, trastorno de estrés postraumático, trastornos de abuso de sustancias y el trastorno bipolar” (2009). Esto se debe

al conflicto que se genera a nivel interno por el miedo a ser abandonado. Esa incertidumbre de cuánto tiempo se puede sostener una relación, la inestabilidad emocional que se genera y otros factores que implican el TLP.

Lekgabe y sus colaboradores (2021) realizaron una investigación donde decía que, a mitades de la primera década de los años 2000 la prevalencia de pacientes con trastornos alimentario que también tenían TLP era de un 10% en anorexia nerviosa, 25% en atracones/purgas y 28% en bulimia nerviosa. La prevalencia en pacientes con TLP que generaban un trastorno alimentario rondaba entre el 10% hasta el 54%. Se podría decir que son trastornos que trabajan en conjunto por la naturaleza de la condición y, debido a que son personas resistentes, no son sencillas de tratar.

Según la Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud (2011) el TLP es el más común de los trastornos de personalidad, ya que lo posee entre el 30% al 60% de los pacientes con trastorno de personalidad. Si se incluye la población general, la prevalencia ronda entre el 1% al 2%, 11% y 20% en pacientes ambulatorios, entre el 18% y el 32% en pacientes hospitalizados en clínicas psiquiátricas y entre el 25% y el 50% de la población presa. Con respecto a la población menor de edad, la guía clínica menciona que afecta entre el 0,9% al 3%.

La evolución de los pacientes con TLP puede variar, ya que a partir de los 40 o 50 años de edad, las personas tienen una vida más estable, tanto laboral como interpersonalmente. Algunos son más estables que otros dependiendo del tratamiento y cuidado que estos reciban. A menudo, estos pacientes deben acudir a urgencias, ya que se pueden presentar autolesiones, intentos de suicidio, síntomas psicóticos transitorios, abuso de sustancias, comportamientos impulsivos, entre otros.

5.3. TLP y Trauma

Entre el 30 y el 93% de las personas con TLP, se reportan haber padecido de un trauma de la infancia según una investigación de Peng, et al. (2021). Una hipótesis que plantean es que ellos fueron expuestos a maltrato y negligencia, los cuales desarrollaron el trastorno. Al vivir estos momentos tan marcados, se pueden ir generando inseguridades que conllevan a adquirir la condición límite, siendo una de sus principales características. Comienza a generarse un círculo vicioso donde el individuo normaliza este tipo de conductas como una manera de aprender disciplina y transmite esto a otras generaciones o en sus relaciones interpersonales.

Otro suceso importante es el apego a los padres. Si es sano y estable no hay mucha repercusión. Por lo tanto, un afecto inseguro supone a tener TLP. Una hipótesis que puede presentarse es si los papás están divorciados, si transmiten agresión, maltrato o no brindan una educación sana. Son muchos los caminos que se encuentran en este tipo de desarrollo. Algunos no permitirían que sus hijos se junten con ciertas personas porque los protegen, pero no conocen el contexto de la relación. Ocurre también que algunos de sus padres los protegieron de más cuando eran pequeños y conllevó a que se dificulte la resolución de conflictos por no desarrollar bien la capacidad de prueba y error. Si a un niño se le entrega todo lo que pide, cuando tenga que luchar por lo suyo, llegaría a un dilema mayor.

Se han reflejado cambios en los patrones de apego que presentan los pacientes con TLP por medio de la terapia enfocada en la transferencia (Peng, et al., 2021). Este afecto inicia a tempranas edades. Sin embargo, si no se resuelven en las etapas cruciales del desarrollo, repercutan en las relaciones que se generen a futuro. El que sale perjudicado por esta clase de estímulos impuestos desde niñez temprana es el propio individuo por más involuntario que sea el comportamiento de su entorno y núcleo familiar.

5.4. Características

Basados en el DSM 5, las características del Trastorno Límite de la personalidad son las siguientes:

- Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
- Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
- Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
- Impulsividad en 2 o más áreas que son potencialmente autolesivas.
- Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.
- Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo.
- Sensación crónica de vacío.
- Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira.
- Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

5.5. Edad de desarrollo

Según el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (2009), los síntomas para el TLP pueden comenzar a presentarse desde la adolescencia tardía o adultez temprana, sin embargo, no se debe diagnosticar antes de los 18 años de edad debido a que en esa etapa no ha concluido el desarrollo de la personalidad. Existe la posibilidad que se presenten los criterios en la adolescencia temprana, no obstante, se le llama trastorno una vez que haya concluido el desarrollo de su personalidad.

Durante los años de la adolescencia aparece en escena la búsqueda de la identidad, definida por Erikson como una concepción coherente del yo, compuesta por metas, valores y creencias con las que la persona establece un compromiso sólido (Papalia y Martorell, 2017). En otras palabras, quieren sentirse parte importante del grupo social. Un reto para personas con TLP debido a su impulsividad, temor al abandono y la incapacidad de sostener una relación estable.

En la adolescencia juega mucho el papel de la autoestima por el hecho de la necesidad que tienen de jugar un rol importante dentro de sus relaciones interpersonales. Como la personalidad termina de formarse a los 18 años de edad, las habilidades sociales se pueden ir trabajando en esta etapa de la vida tan importante que viven todas las personas.

El TLP se caracteriza por la carencia del sentido del yo. Reto que Erikson denomina “identidad frente a confusión de roles” (Papalia y Martorell, 2017, p.357). La persona se comienza a preguntar si encaja en su círculo social o no tiene claro su propósito. Son preguntas que comienzan a ser poderosas. Si en la adultez aún no está claro, puede llevar a la probabilidad de tener el trastorno límite.

Mirkovic y sus colegas (2021) dicen que hay una prevalencia del TLP en adolescentes del 10% en pacientes ambulatorios, alrededor del 50% se encuentran en cuidados intensivos y el 80% con ideaciones suicidas. Este trastorno afecta a 1.6 jóvenes del 3% de la población general.

Independientemente de la edad que tiene la persona, es crucial el apoyo que se le brinda por parte de sus pares y familiares, debido a que le afecta en sus proyectos de vida. Se le dificulta mantener una familia porque no logra balancear su atención. Tiende a preocuparse de más o no demuestra el interés por más que lo tenga. Un adolescente, tras de tener el conflicto natural de su etapa transitoria, se le complica mantener relaciones con sus pares, la relación con sus familiares

puede salir perjudicada y no puede mantener relaciones amorosas. Hay varias dificultades que se pueden presentar en personas con TLP.

5.6. Dificultades

A Nivel Social

Aquellos con TLP tienen miedo de ser abandonados, ya que lo más probable es que lo hayan sido en el pasado. Esto puede llegar a afectar el nivel de confianza que le tienen a otras personas, dando por certero que quedarán solos nuevamente.

El manejo de las emociones juega un papel muy importante para los pacientes de TLP debido a que están acostumbrados a la infidelidad que han experimentado numerosas veces a lo largo de sus vidas. Comienzan a entrar en un círculo vicioso que no les permite prolongar relaciones sociales y, por ende, tienden a tener una baja autoestima. Por sí solo, el TLP es caracterizado por la impulsividad, la distorsión de autoimagen y carencia de sentido del yo.

A Nivel Familiar

Lumsden, Kerr y Feigenbaum (2018) afirman que madres con TLP por lo general crían a sus hijos dándoles poca importancia o sobreprotegiéndolos. No existe el intermedio, ya que las propias características del trastorno hacen que resulte una tarea compleja permitir independencia y generar la importancia que tienen los niños de forma equitativa, lo cual repercute en el desarrollo de ellos.

Los niños de padres con TLP son más propensos a estar expuestos al abuso de sustancias, tanto de la madre como del padre, cambios de escuelas, suicidio de la madre y composición del hogar. También es más probable que tengan conflictos emocionales y conductuales debido a que no se le educa adecuadamente a manejar estas habilidades.

5.7. DSM 5 vs CIE 11

A diferencia del DSM 5, el CIE 11 no tiene una descripción profunda de los trastornos de la personalidad, sino que se divide en leve, moderado, severo y sin especificación. Todas comparten los criterios de los trastornos de personalidad en términos generales, sin embargo, la variación es en la gravedad de la condición. Por ejemplo, en el trastorno leve, la persona no siente la necesidad de hacerse daño a sí mismo o a los demás.

El trastorno de personalidad leve puede asociarse a la decadencia en las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales, relaciones, entre otros, pero de manera leve propiamente. El trastorno moderado tiene un efecto un poco más fuerte en estas áreas y a la vez, la persona tiende a perder sentido de identidad o de vida, baja su capacidad de controlar sus impulsos y cabe la posibilidad de tener relaciones interpersonales conflictivas.

Cuando se presenta un trastorno grave, el individuo tiende a hacerse daño o a otros y son más rígidos. En otras palabras, estos se tienen un autodesprecio o una grandiosidad, pero nada en el medio. Los problemas de funcionamiento interpersonal afectan en casi todas las áreas y hay una pérdida grande de identidad. Por último, el trastorno de personalidad sin especificación es explicada por el propio término. No se especifica en qué área se encuentra.

El DSM 5 es más detallado en términos de criterios, ya que presenta los trastornos por los grupos A, B y C como se habían mencionado. Entre esos conjuntos, cada uno de los trastornos tiene sus descripciones que diferencian a una con la otra. Por ejemplo, el trastorno antisocial describe a una persona que no cumple con las normas sociales establecidas, se manifiesta por mentiras repentinas, presenta una irresponsabilidad constante y no está atento a la seguridad misma y de los demás. El límite se caracteriza más por una falta del sentido de identidad como describe en términos generales el CIE 11. Ningún trastorno de personalidad será tan parecido al otro.

5.8. Protocolo de Intervención: Guías Clínicas

5.8.1. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad

El TLP se define como un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con escaso control de impulsos (Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud, 2011). Se les dificulta mantener relaciones sociales y manejar sus emociones.

La guía muestra que hay un 69% de probabilidad de que el trastorno sea hereditario. Sin embargo, la heredabilidad puede deberse más a los rasgos que se relacionan a la agresión impulsiva y la disregulación del estado de ánimo que directamente del TLP como tal. A la vez, otro factor causante podría ser el ambiente en el que se encuentra la persona.

Los síntomas tienden a presentarse en la adolescencia, pero debido a los grandes cambios que surgen en esta etapa, suelen pedir ayuda cuando la necesitan. Es importante recalcar que el diagnóstico debe hacerse a partir de los 16 años de edad siempre y cuando se hayan manifestado los criterios por un año como mínimo.

Las entrevistas semiestructuradas basadas en el DSM son las más eficientes para la detección del trastorno y se dividen en:

- Entrevista diagnóstica para los trastornos de la personalidad del DSM-IV.
- Examen internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE).
- Personality disorder interview-IV (PDI-IV).
- Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV-eje II (SCID-II).
- Structured interview for DSM-IV personality (SIDP-IV).

Para la detección de TLP habría que agregar estas 2 pruebas:

- Entrevista diagnóstica para el trastorno límite-revisada (DIB-R).
- Zanarini rating scale for borderline personality disorder (ZAN-BPD).

Las entrevistas semiestructuradas permiten recopilar mayor cantidad de información que los cuestionarios autoinformados y reducen la posibilidad de obtener respuestas incompletas. Ha habido cuestionarios autoinformados que han sido eficientes en la detección de la patología, sin embargo, las entrevistas son las más recomendadas a utilizar. Estos son los que se han publicado:

- Cuestionario clínico multiaxial de Millon-III (MCMI-III; Millon).
- Cuestionario diagnóstico de la personalidad-4+ (PDQ-4+).
- Escalas de trastorno de la personalidad del MMPI 2 (MMPI 2-PD).

Los siguientes son autoinformes clínicos con propiedades psicométricas menos conocidos que son de utilidad específica para TLP:

- Borderline symptom list (BSL-95).
- McLean screening instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD).

Siendo los cuestionarios autoinformados elementos más establecidos, permiten menos resistencia a la hora de dar respuestas, ya que no se van agregando preguntas adicionales como en una entrevista semiestructurada. Al fin y al cabo, ambas modalidades tienen sus ventajas y desventajas, por lo que dependen de los objetivos del terapeuta para evaluar que método es más eficiente para sus pacientes.

Esta guía clínica presenta muchas referencias de la guía que se presentará a continuación. Hay varias formas en las que se puede abordar el TLP y estos materiales de apoyo brindan ideas generales de cómo se pueden tratar y de qué forma se manifiestan las características del mismo.

5.8.2. Trastorno Límite de la Personalidad: La Guía de NICE en Manejo y Tratamiento

La guía de NICE comenta que el término “personalidad límite” fue propuesto en Estados Unidos por Adolph Stern en el año 1938 (Instituto Nacional para la Excelencia Clínica, 2009). En otras palabras, estas personas no están clasificadas como psicóticas ni neuróticas. Hay una investigación que sugiere que este no debería ser un trastorno de personalidad debido a su fuerte conexión con el estrés postraumático.

La mayoría de las personas presentan síntomas en la adolescencia tardía o en la adultez temprana, pero no necesariamente requieren tratamiento psiquiátrico hasta más adelante. El TLP se caracteriza por la incapacidad de mantener relaciones estables e inestabilidad emocional. Muchos en esta condición tienden a tener conductas destructivas e impulsivas como autolesionarse, problemas alimentarios y abuso de sustancias.

Se estima que el TLP afecta al 0.9 hasta 3% de la población adolescente, sin embargo, no hay suficiente estudio de cómo influye en los jóvenes. Algunas investigaciones dicen que hay una prevalencia del 11% en estas personas, otros dicen que es un 22%, pero no hay información concreta para respaldar estos números.

La genética no tiene tanta influencia, ya que lo que se puede transmitir son únicamente los rasgos relacionados a la desregulación emocional o agresión impulsiva. No ha habido suficiente evidencia que respalde el contagio del trastorno propiamente.

Al igual que el impacto que el TLP tiene en las relaciones sociales y el manejo de las emociones, también tiene consecuencias económicas. En el año 1986 estos pacientes invertían en el Servicio Nacional de Salud (NHS) £61.2 millones en el Reino Unido anualmente. Otro estudio en ese territorio estimó el costo de estos pacientes con servicios primarios de salud donde se

encontraba un gasto de £3000 por persona al año, mientras que los que no padecían del trastorno gastaban £1600.

Hay mucha información que comparte esta guía con la anterior, ya que la misma fue utilizada como referencia de la guía de 2011. Ambos comparten los criterios del DSM 4 que no han variado en la quinta edición. Mencionan la dificultad que tienen los pacientes con TLP de mantener relaciones estables y la tendencia a dañarse a sí mismos.

5.9. Tratamientos Farmacológicos

La GPC-TLP del NICE (2009) sugiere los siguientes 4 apartados para el tratamiento farmacológico del trastorno:

- Anticonvulsivantes: se utilizan para tratar la agresividad e irritabilidad. Los que se han encontrado que son más útiles en el tratamiento de TLP son la carbamazepina, el ácido valproico, valproato o divalproex, la lamotrigina y el topiramato.
- Antidepresivos: son los fármacos encargados para tratar la depresión. Cumplen un rol importante si el paciente de TLP se encuentra en esta condición.
- Antipsicóticos: Se dividen en 2.
 - Típicos: se centran en bloquear los receptores dopaminérgicos, que en el músculo estriado produce una función extrapiramidal.
 - Atípicos: tienen una baja afinidad por los receptores dopaminérgicos y una alta afinidad por los receptores de serotonina 5-HT_{2A}, lo que provoca menor tendencia a reacciones extrapiramidales (Flores-Rojas y González-Zúñiga Hernández, 2019).

Este tratamiento puede ser útil para personas con TLP si presentan cuadros psicóticos del eje 1 o presentan alteraciones en el sistema dopaminérgico. Los antipsicóticos que tienen evidencia científica hasta la actualidad expuestos por la Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud (2011) son:

- Haloperidol
- Olanzapina
- Aripiprazol
- Ziprasidona

- Tiotixeno
- Flupentixol
- Clorpromacina
- Otros fármacos:
 - Ansiolíticos
 - Ácidos grasos: el ácido eicosapentaenoico (EPA) y el ácido docosahexaenoico (DHA) ayudan a mantener la composición de la membrana celular y la actividad neuronal normal derivada.
 - Naloxona: ayuda a reducir las conductas autolesivas

5.10. Tratamientos e intervenciones psicológicas

Las intervenciones psicológicas para tratar el TLP dependen del conocimiento que tenga el terapeuta a la hora de trabajar con estos pacientes. Al igual que cualquier terapia, es crucial que el psicólogo domine a profundidad el material con el que irá a trabajar, ya que, de no ser así, pierde el valor de su desempeño y credibilidad.

Los profesionales involucrados son psicólogos, psiquiatras, personal de enfermería y otros profesionales de salud mental supervisados por especialistas y con dominio avanzado sobre el método que llegarán a emplear (Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud, 2011).

5.10.1. Intervenciones Breves

Terapia Cognitiva Asistida por Manual (TCAM)

Esta terapia se desarrolló con el fin de tratar a pacientes con repetidos intentos de suicidio y no para tratar TLP específicamente. Según la Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud define de la siguiente manera esta metodología:

“La intervención consiste en una terapia breve, de orientación cognitiva y focalizada en los problemas, que incluye hasta cinco sesiones a los 3 meses de un episodio autolesivo, con la opción de añadir dos sesiones de refuerzo al cabo de 6 meses” (2011, p. 77).

En otras palabras, se centra en los problemas que pueden causar el deseo de autolesionarse del paciente para comenzar a armar un plan de prevención y este pueda elevar más su autoestima.

La TCAM involucra la terapia dialéctico-conductual, terapia cognitivo-conductual y biblioterapia, la cual consiste en búsqueda de solución de problemas, control de pensamientos y consumo de sustancias y análisis funcional del parasuicidio.

Psicoeducación

Tiene como objetivo informar al paciente sobre su condición y sea capaz de manejarla con las herramientas brindadas por el profesional. Se le guía para que utilice sus propios recursos y habilidades que jueguen a su favor para evitar recaídas. También permite derribar los obstáculos impuestos que evitan el progreso para sacar mayor provecho al proceso.

5.10.2. Terapias psicológicas individuales y grupales

Estas se centran en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS), Terapia Cognitiva centrada en Esquemas (TCE), Terapia Cognitiva-Analítica (TCA), Terapia Grupal Interpersonal (TGI), Terapia Centrada en el Cliente y Terapia Focalizada en la Transferencia (PFT).

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

Es un tratamiento psicológico estructurado centrado en ayudar a la persona a conectarse con sus pensamientos, sus sentimientos y su conducta. Hubo un tiempo donde la TCC se centró

en tratar la depresión y más adelante, se modificó para poder utilizarse en trastornos de la personalidad.

En pacientes con TLP las sesiones suelen durar entre 30 minutos hasta una hora y media. La cantidad de sesiones tienen la tendencia de ser mayores en personas con trastornos de personalidad que para las que sufren de depresión y tienen un periodo de 9 a 36 meses de atención. Esta técnica de terapia implica hacer tareas desde casa para reforzar lo que se trabaja en las sesiones y algunos terapeutas mantendrán su línea telefónica abierta en caso de que un paciente tenga alguna inquietud fuera de las horas de servicio.

Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS)

La Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud (2011) la define como un paquete para el desarrollo de habilidades basado en la TCC que se presenta en sesiones de 2 horas durante un período de 20 semanas. Este paquete incluye una sesión de 2 horas para los miembros de la familia con los profesionales a cargo de brindar el tratamiento para brindarles los conceptos y las habilidades que les facilitarán dar más apoyo y refuerzo a las habilidades que tienen las personas con TLP. Es una especie de psicoeducación para hacer más sencillo el trabajo, tanto en las sesiones terapéuticas como en el hogar.

Terapia Cognitiva centrada en Esquemas (TCE)

Motiva a la persona para que analice y autocritique hasta qué punto sus creencias nucleares lo han ayudado a que se adapte a las circunstancias adversas que se le han presentado y si son apropiadas para moldearse a su situación actual. Se centra en facilitar la conexión afectiva y el reaprendizaje.

Terapia Cognitivo-Analítica (TCA)

Combina los métodos de la Terapia Cognitivo-Conductual junto con la atención al trastorno antisocial de la personalidad. Se relaciona más a las conductas que limitan las relaciones interpersonales, ya que busca indagar en donde se aprendieron y en que contexto se recrean los patrones problemáticos y severos, tanto con otros como con uno mismo.

El terapeuta apoya al paciente para recrear momentos en los que se han presentado necesidades insatisfechas y cómo puede controlar mejor sus impulsos para un mayor manejo de la situación que se le presenta.

Según la TCA, el TLP es una forma de daño más grave y generalizado para la persona. Esta debe bastante a experiencias prolongadas de privación y un trauma complejo de desarrollo en aquellos que son más vulnerables. La mayoría de los que poseen este trastorno tienen un trauma de por medio, la cual les puede complicar más mantener relaciones. Son marcas que adquieren difíciles de borrar e interfieren en su vida social y personal, ya que no manejan sus emociones, son muy impulsivos, no logran sostener una relación interpersonal. Esta es posiblemente la terapia más eficaz que se puede aplicar a estos pacientes.

Terapia Grupal Interpersonal (TGI)

Desarrollada principalmente para tratar a pacientes con depresión mayor, es un apoyo estructurado y limitado en el tiempo. Hay 4 áreas principales en las que se centra el terapeuta. Estas son:

- La sensibilidad interpersonal
- Las transiciones de rol
- Las disputas interpersonales

- Los déficits interpersonales

Estas áreas las relaciona el terapeuta con las alteraciones de los estados de ánimo que va presentando el paciente. Esta terapia se ha ido desarrollando a lo largo de los años para tratar a pacientes con TLP.

Terapia Centrada en el Cliente

Esta terapia fue desarrollada por Carl Rogers y dice que toda persona tiene una tendencia actualizante, se orienta en el crecimiento personal, la salud y el ajuste psicosocial. Cada persona tiene un valor único y personal, sin embargo, está bloqueado por condicionantes y criterios de aceptación externa. Por medio de 3 estrategias se busca romper ese proceso para que la persona se sienta más libre: la empatía, la consideración positiva incondicional y la congruencia.

Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT)

Las psicoterapias psicodinámicas se enfocan en el conflicto inconsciente entre los deseos que generan ansiedad y los mecanismos de defensa que se oponen a estos deseos. Estas son representaciones internas de cada uno y los que lo rodean. Se considera que los problemas en las relaciones se repiten en la relación terapéutica en forma de transferencia y contratransferencia, que el terapeuta interpreta (Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud, 2011).

La PFT se enfoca en activar los patrones disfuncionales de la relación interpersonal por medio de transferencia para que estos se puedan entender por medio de su interpretación. La transferencia consiste en las estructuras psicológicas propias del paciente y su pasado que este refleja en su terapeuta. Por ejemplo, una frase que dice el psicólogo o el tono en el que lo entona puede recordarle a la persona sobre algún familiar cercano. Por otro lado, la contratransferencia es cuando el terapeuta proyecta sus problemas que no han sido resueltos a través del paciente.

Hay varias maneras en las que se puede intervenir de manera psicológica como se puede observar. Por más distintas que sean estas 6 metodologías son muy eficientes dependiendo de la persona que entra al consultorio. Ninguno funciona de la misma forma, por lo que es importante dominar distintas formas para tener claridad de cómo tratar a cualquier tipo de paciente.

La Terapia Cognitivo-Analítica probablemente sea la más eficiente ya que se centra específicamente en los eventos traumáticos. En esta característica se centra el Trastorno Límite de Personalidad. Se recrean momentos donde no se ha satisfecho una necesidad para buscar herramientas que mejor sirvan para abordar el problema y tener mayor control de las emociones.

La Terapia Centrada en el Cliente también puede ser bastante útil por el hecho que se enfoca en el individuo. Conforme el paciente vaya venciendo los obstáculos que se le imponen, este comienza a generar un crecimiento personal. Superando etapas, buscando mejorar sus habilidades sociales y dominar sus emociones.

La GPC del NICE (2009) menciona la arteterapia, musicoterapia, psicodrama y terapia de baile como otras herramientas para tratar el TLP. En la arteterapia, los pacientes tienen la oportunidad de pintar para expresar sus emociones y transmitir algo que se puede analizar en las sesiones para una mayor comprensión de la situación por la que está pasando. Por medio del baile, el terapeuta se enfoca en el movimiento corporal y la conexión entre la mente, el cuerpo y las emociones. El drama busca expresión a través de la creatividad, el juego, el movimiento, la voz, contar una historia y dramatización para canalizar su estado. La musicoterapia es utilizada para crear junto con el paciente música de manera improvisada combinada con el habla para agregar interpretación, guía o dejarse llevar por el efecto natural de la música. Pueden ser de mucha utilidad si los pacientes tienen un carácter más artístico.

6. Casos Clínicos

6.1. Caso #1

JC es una mujer inglesa de 39 años, soltera, vive sola, es una bailarina profesional, pero lleva retirada de ese mundo desde hace 9 años. En el momento de la primera entrevista trabajaba como directora de marketing en una empresa con la que estaba en trámites de un proceso judicial por una situación de mobbing. A continuación, se presentan las características más relevantes de la historia clínica.

Motivo de consulta y descripción del problema

JC acude al centro clínico (especializado en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de la personalidad), derivada por su psiquiatra de referencia, dada la sintomatología que presenta y con el objetivo de que reciba tratamiento intensivo y específico para el TLP. En el momento de la evaluación, la paciente presenta notable inestabilidad emocional con dificultades para tolerar el malestar; no presenta ideas suicidas ni conductas autolíticas. Refiere sufrir altos niveles de ansiedad, por lo que recurre con frecuencia al deporte. Hasta hace un mes consumía cannabis y alcohol, de forma casi diaria, para “evadirse del malestar”. Asimismo, indica deseos de cambiar de ciudad y empezar desde cero, aunque refiere que “ese ha sido el método que ha utilizado a lo largo de su vida y no le ha funcionado”. Además, existe una relación con su familia muy caótica, desestructurada, basada en gran parte, en la dependencia emocional (sobre todo, con la madre) y la invalidación.

Evolución del Problema

La paciente describe su biografía y la nota característica que prevalece a lo largo de toda ella es la inestabilidad emocional, la cual se refleja en sus diferentes áreas vitales: familiar, laboral, en las relaciones interpersonales y sentimentales. Comenta que durante la pubertad estuvo interna

en un colegio para prepararse como bailarina profesional. Allí cometió muchas faltas, saltándose las normas constantemente. Esto provocó en varias ocasiones su expulsión, pero siempre la readmitieron, dadas sus aptitudes como bailarina. A los 15 años acaba la formación en el internado e inicia su carrera profesional en una compañía de danza en la que permanece durante casi 4 años (hasta los 18), a lo largo de los cuales ocurrieron diversos incidentes muy relacionados con el incumplimiento de las normas. En esos momentos, la paciente como estrategia para afrontar el malestar, suele utilizar distintas conductas impulsivas (promiscuidad, consumo de tóxicos, etc).

Cumplida la mayoría de edad, le renuevan contrato de trabajo en la compañía de baile y se inicia una época de grandes éxitos como bailarina (giras por todo el mundo), pero también supone una época de descontrol: consumo diario de cocaína (en parte, según refiere, para poder seguir en pie en los escenarios) relaciones promiscuas, alcohol etc. En la compañía permanece durante un año más, al finalizar su contrato se marcha a Estados Unidos en busca de nuevos proyectos; pero no consigue trabajo, por lo que decide volver a Europa. Recorre diferentes ciudades, pero no llega a lograr ningún contrato. Esto es algo que vive como un importante fracaso e inicia una nueva época de descontrol: trastorno alimentario (atracones, fluctuaciones de peso...), inestabilidad emocional, consumo de sustancias, promiscuidad sexual.

A partir de este momento y hasta que finaliza su carrera profesional como bailarina, su trayectoria se ha caracterizado por el mismo patrón: consigue contrato con una compañía importante de danza, se inician los éxitos que van acompañados, a su vez, de conductas que “le conducen” al fracaso personal y profesional: consumo de tóxicos, promiscuidad sexual, relaciones sentimentales basadas en la dependencia, patrón alterado de ingestas (atracones), etc. Tras un período de éxito profesional y de “excesos”, abandona los escenarios por diversos motivos (fin de contrato, expulsión de la compañía, lesiones, etc.) y se intensifican las conductas impulsivas que

según ella misma describe, “le permitían escapar de su sensación de fracaso”. Así permanece hasta que agota sus recursos económicos y se ve obligada a buscar nuevamente trabajo, reiniciándose otra vez todo el “círculo vicioso” descrito. Todo ello, además, le ha supuesto cambiar constantemente de ciudad e, incluso, de país, en ocasiones por necesidades laborales y, en otras, como escape a su situación personal.

Cuando la paciente finaliza definitivamente su carrera profesional como bailarina, decide volver al domicilio familiar en Inglaterra. Sin embargo, la relación con los padres está muy deteriorada, en parte ocasionado por toda su trayectoria previa problemática y de inestabilidad. La tensión del ambiente le provoca, según refiere la paciente, un intenso sufrimiento que la “empuja” a una nueva “escapada”. Se marcha de casa, se va a España a la costa mediterránea e inicia una nueva época de excesos y descontrol. Finalmente, decide instalarse de forma definitiva en la costa española al encontrar un nuevo trabajo, en este caso como directora de marketing, dado que su carrera como bailarina había llegado a su fin. Muy ilusionada al principio, la rutina de su nueva actividad laboral le permite tomar conciencia del ritmo de vida que ha llevado hasta el momento y las consecuencias que le ha provocado: no tiene amigos, ni pareja, la relación con su familia es prácticamente nula, carece de estudios (ni siquiera finalizó el bachillerato dado su temprano debut como bailarina profesional) y se ve con 32 años teniendo que iniciar su vida, prácticamente, desde cero. Por una parte, esta situación la empujó a implicarse muy activamente en su nuevo proyecto laboral, pero los fines de semana los pasaba encerrada en casa, consumiendo alcohol y cannabis “hasta perder la conciencia”.

Así ha estado funcionando durante los últimos 5 años y, finalmente decide solicitar ayuda porque se encuentra sumida en un estado emocional que alterna entre la depresión y la ansiedad. Según indica, esto estaba ocasionado porque, a nivel laboral, sufre una situación de mobbing: por

un cambio en la dirección de la empresa (se quiere prescindir de ella, por lo que le quitan las responsabilidades que tenía hasta el momento y su puesto de trabajo se limita a pasar horas sentada frente a un ordenador, esperando que surjan actividades). Además, según refiere la paciente, los compañeros dejan de contar con ella, nadie le dirige la palabra salvo para hacerle comentarios humillantes. Esto le ocasiona diferentes crisis de ansiedad que justifican su baja laboral, iniciando entonces tratamiento psiquiátrico y psicológico.

En el momento de la evaluación, la paciente cumple los siguientes criterios diagnósticos (DSM5): Trastorno límite de la personalidad [301.83], Trastorno de depresión mayor grave, episodio único [296.93], Trastorno por consumo alcohol grave [303.90], Trastorno por consumo de cannabis grave [304.30].

6.2. Caso #2

Descripción de la paciente

Mujer, 40 años, divorciada y con 1 hijo. Presentaba los siguientes diagnósticos (DSM-IV-TR, APA, 2000) y características clínicas:

Eje I: F 50.0 Anorexia Nerviosa tipo purgativo [307.1], F 43.1 Trastorno de estrés postraumático [309.81], F 14.1 Abuso de Cocaína [305.30], F 13.1 Abuso de sedantes [305.4].

Eje II F60.31 Trastorno Límite de la Personalidad [301.83].

La paciente presentaba ideación suicida, con 2 intentos en los últimos 6 meses y conductas autolesivas semanales. El Trastorno Estrés Postraumático (TEP) fue originado por la muerte repentina de su hijo de 5 años. Su patrón de alimentación era restrictivo y desestructurado, presentaba abuso de laxantes y diuréticos. Su Índice de Masa Corporal (IMC) era 17,5.

El ambiente familiar de origen es claramente invalidante a nivel emocional, caracterizado por explosiones emocionales y castigos incongruentes y desproporcionados. En la adolescencia tenía sobrepeso y a los 14 años se produce el inicio de la AN. A los 18 inicia el abuso de la cocaína y conductas autolesivas. A los 25 años fallece su hijo de 5 años produciéndose una agudización de la AN, alcanzando su peso mínimo (IMC de 16). Tras una ruptura sentimental inicia una fase de falta de control con los impulsos, consumo de sustancias, compras compulsivas, cortes en los brazos y piernas, intentos de suicidio y sobremedicación que se mantiene hasta la actualidad. La paciente había recibido TCC centrada en el TCA, en la sintomatología suicida y para el TEP en varios servicios de asistencia psicológica, sin producirse una remisión de la sintomatología. El tratamiento farmacológico en el momento de la evaluación era: Topiramato, Alprazolam y Risperidona.

Instrumentos de evaluación utilizados

- a. “Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV” (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1999). Se trata de una entrevista semiestructurada que evalúa la presencia de trastornos de la personalidad siguiendo los criterios DSM-IV-TR (APA, 2000).
- b. “Entrevista clínica de los Trastornos Alimentarios” (Perpiñá, Botella y Baños, 2006). Entrevista basada en los criterios del DSMIV para establecer el diagnóstico y las historia del TCA.
- c. “Inventario de información clínica relevante”. Confeccionada para esta investigación, recoge ingresos hospitalarios, intentos de suicidio, conductas parasuicidas, uso y frecuencia de tóxicos, conductas desadaptativas de control del afecto y la Escala Evaluación Actividad Global (EEAG) (APA, 2000). Es completada por el clínico.
- d. “Inventario para la Depresión de Beck II” (Beck Depression Inventory-II, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996). Valora sintomatología depresiva y nos ofrece un punto de corte. Ofrece buenas propiedades psicométricas en su versión española (Sanz, Navarro y Vazquez, 2003).
- e. “Cuestionario de Ansiedad Rasgo” (State Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg y Jacobs, 1983). Contiene dos escalas con 20 ítems: La ansiedad rasgo y la ansiedad estado. En nuestro trabajo solo se incluye la ansiedad rasgo. Dispone de buenas propiedades psicométricas (Spielberger, Reheiser, Ritterband, Sydeman y Under, 1995).

- f. “Índice de Calidad de Vida (ICV)”. (Mezzich, Ruipérez, Pérez, Yoon, Liu y Mahmud, 2000). El índice incluye 10 ítems tipo likert con una escala de 1 a 10. Los ítems representan el constructo de calidad de vida. Presenta buenas características psicométricas (Mezzich y cols., 2000).
- g. “Escala de Impulsividad de Barratt” (Barratt Impulsiveness Scale, BIS- 11; Barratt, 1985). Inventario de 30 ítems tipo Likert de 4 puntos. Presenta buenas característica psicométricas (Barratt, Stanford, Kent y Felthous, 1997).
- h. “Cuestionario de control de la ansiedad (Anxiety Control Questionnaire, ACQ; Rapee, Craske, Brown y Barlow, 1996). Autoinforme que evalúa el control percibido por la paciente de las emociones. Tiene 3 escalas: Control Emocional, Control Miedo y Control Estrés.
- i. “Escala de Restricción”. (Restraint Scale; Herman y Polivy, 1988). Autoinforme que evalúa presencia de patrones de alimentación característicos de la AN. Fiabilidad test retest de 0,93.

Diseño

Es un estudio piloto de caso único con tres momentos de evaluación; antes de empezar, al finalizar el tratamiento y a los 24 meses de haber terminado el mismo.

Tratamiento

El programa de tratamiento aplicado en este trabajo fue la TDC estándar (Lineham, 1993). Consiste en una combinación de intervenciones que se realizar de forma paralela: terapia individual y Taller de Habilidades de Regulación emocional (THRE) en grupo.

Terapia Individual

La TDC tiene como objetivos fundamentales los siguientes que se abordan una jerarquía de prioridades (García Palacios y cols., 2010): Reducción de las conductas suicidas y parasuicidas: intentos de suicidio, crisis de conductas suicidas, ideación e imágenes suicidas o no deseo de vivir, amenazas de suicidio.

- a. Reducción de las conductas que interfieren en la terapia: no asistencia, no colaboración en sesión, venir a consulta habiendo consumido drogas o alcohol (esto ocurrió en 3 ocasiones); eliminación de conductas que interfieren con otros pacientes (grupo) como era consumir drogas juntas, realizar conductas impulsivas y delictivas conjuntamente, establecer relaciones interpersonales con conocidos, y eliminación de conductas que desgastan al terapeuta (amenazas, resistencias, negación, explosiones emocionales en consulta, etc..).
- b. Reducción de las conductas que interfieran en la calidad de vida del paciente:, el abuso de sustancias (cocaína y alcohol), abuso de medicación psiquiátrica (utilizaba los sedantes como vías de escape); eliminación de conductas sexuales de alto riesgo (tenía episodios de impulsividad en las relaciones de pareja); eliminación de las conductas ilegales; normalización de las relaciones interpersonales muy disfuncionales; modificación de conductas laborales disfuncionales (cambio frecuente de trabajo, abandono de obligaciones y ausentismo laboral). En este punto también se abordaron las conductas de enfermedad disfuncionales y cuidados básicos. Principalmente con esta paciente se trabajó el problema de la AN. Desde el modelo de la TDC presentamos la AN como un problema que interfiere en la calidad de vida de las pacientes (al igual que los antes comentados) y que reduce claramente la posibilidad de obtener una buena calidad de vida. Citando a Lineham (1993) “para que una paciente quiera vivir, hemos de crear vidas y estilos de vida que merezcan

la pena ser vividas” y el TCA, en estas pacientes, es una forma más de reducir su calidad de vida.

- c. Así pues, la mayoría de la sintomatología de la AN se trataría como un problema que interfiere en su calidad de vida y se le da la opción a la paciente de cambiarlo o no. Esta actitud se mantiene durante toda la intervención con TDC (Lineham, 1993). Se espera, claro está, que en la medida en que la paciente va retomando el control de la impulsividad, se reduzca la inestabilidad emocional y perciba autocontrol emocional y conductual y vaya creando esta “nueva vida que merece la pena ser vivida” el TCA deja de ser funcional y la paciente permite que intervengamos en él de la misma forma que el resto de problemas que interfieren en su calidad de vida. Pero para llegar este punto, previamente la paciente tiene que aprender una serie de habilidades comportamentales y de regulación emocional de las cuales carece.
- d. Aumentar habilidades comportamentales. Entrenamiento y práctica de las estrategias básicas del tratamiento que han adquirido en el Taller de Habilidades de Regulación Emocional.

Los temas a tratar en las sesiones de terapia individual se estructuran a partir de la información que el paciente recoge en un diario, estableciéndose los objetivos específicos en función de la jerarquía de prioridades. Las principales estrategias que se utilizaron en el tratamiento individual fueron: revisar el diario TDC en cada sesión; Análisis conductual de la situación asociada a la jerarquía de objetivos; Solución de problemas: entrenamiento/aplicación de técnicas cognitivo-comportamentales y técnicas aprendidas en el THRE. Se realizaron análisis funcionales de las conductas alimentarias (restricción alimentaria, purgas, pérdida de peso, abuso de laxantes y diuréticos, etc.) para comprender qué factores mantienen estas conductas e introducir y aprender

técnicas para disminuirlas. Se le explicó el modelo de la TDC y la funcionalidad del TCA, así como la posibilidad de incluir el tratamiento de la AN dentro de la jerarquía de metas. Sin embargo, la paciente no aceptó al inicio de la intervención, sólo después de realizar el THRE la paciente aceptó recibir la TCC para la AN.

El mismo procedimiento se utilizó con otras conductas que interferían en la calidad de vida de la paciente: el aislamiento social, sobremedicación, relaciones de parejas impulsivas y disfuncionales, organización personal, abuso de sustancias y búsqueda de empleo.

Terapia de grupo

El grupo de THRE consistió en un módulo inicial de orientación al tratamiento (una sesión) y cuatro módulos de entrenamiento en habilidades: 1) entrenamiento en atención plena o Mindfulness (tres sesiones); 2) entrenamiento en técnicas de regulación emocional (14 sesiones); 3) entrenamiento de técnicas de tolerancia al malestar (dos sesiones); y 4) entrenamiento en técnicas eficacia interpersonal (cuatro sesiones). Este programa fue adaptado en 24 sesiones (García-Palacios y cols., 2010), siguiendo el programa original (Lineham, 1993).

Procedimiento

Se realizaron 2 sesiones de evaluación: se estableció el diagnóstico mediante la SCID-II y la Entrevista de TCA (Perpiñá y cols., 2006). Completaron el protocolo de evaluación compuesto de las medidas de autoinforme y el Inventario de información clínica relevante.

El tratamiento tuvo una duración de 6 meses y fue realizado por terapeutas expertos en TDC en el Centro Clínico PREVI. El tratamiento individual consistió en una sesión de 60-90 minutos semanales y paralelamente se realizó el THRE en sesiones de dos horas semanales, con grupos de ocho pacientes. Cuando finalizó el THRE se inició la TCC para la AN (Garner, Vitousek

y Pike, 1997) durante 8 meses en Hospital de Día. Al final del tratamiento y en el seguimiento a los 24 meses, la participante rellenó el mismo protocolo y los terapeutas rellenaron el Inventario de información clínica relevante.

6.3. Caso #3

Robin Henderson era una mujer caucásica de 30 años, casada y sin hijos que vivía en una zona urbana de clase media con su marido. Robin fue remitida a un psicólogo clínico por su psiquiatra. El psiquiatra había estado tratando a Robin con farmacoterapia (principalmente medicación antidepresiva) durante más de 18 meses. Durante este tiempo, Robin había sido hospitalizada al menos 10 veces (una hospitalización duró 6 meses) para el tratamiento de la ideación suicida (y un intento de suicidio) y numerosos casos de gestos suicidas, incluyendo al menos 10 casos de beber lejía Clorox y autoinfligirse múltiples cortes y quemaduras.

Robin fue acompañada por su marido a la primera reunión con el psicólogo clínico. Su marido declaró que tanto él como la familia de la paciente consideraban a Robin demasiado letal para estar fuera de un entorno hospitalario. En consecuencia, él y su familia contemplaban seriamente la viabilidad de conseguir una atención hospitalaria a largo plazo. Sin embargo, Robin expresó una fuerte preferencia por el tratamiento ambulatorio, aunque ningún terapeuta parecía estar dispuesto a aceptarla como caso ambulatorio. El psicólogo clínico accedió a aceptar a Robin en terapia siempre que se comprometiera a trabajar para lograr un cambio de conducta y a permanecer en el tratamiento durante al menos un año; el terapeuta señaló más tarde, en repetidas ocasiones, que esto también significaba que Robin se comprometía a no intentar suicidarse.

Historial Clínico

Robin fue criada como hija única. Tanto su padre (que trabajaba como vendedor) como su madre tenían antecedentes de depresión y abuso de alcohol. Aunque el terapeuta no se enteró de esto hasta bien entrada la terapia, Robin había sufrido graves agresiones físicas por parte de su madre durante toda su infancia. Cuando Robin tenía 5 años, su padre empezó a abusar sexualmente de ella. Aunque el abuso sexual había sido no violento durante los primeros años, las insinuaciones

sexuales de su padre se volvieron físicamente abusivas cuando Robin tenía unos 12 años. Estos abusos continuaron durante los primeros años de escuela secundaria de Robin.

A partir de los 14 años, Robin había tenido dificultades con el abuso del alcohol y la bulimia nerviosa. De hecho, Robin conoció a su esposo en una reunión de Alcohólicos Anónimos mientras ella asistía a la universidad. Ella continuó mostrando síntomas de estos dos trastornos (abadias intermitentes de alcohol, restricción de la ingesta de alimentos seguida de comer abadias) así como los síntomas de trastorno depresivo mayor en el momento de su primera visita con el psicólogo clínico. A pesar de estas dificultades, hasta los 27 años, Robin había podido funcionar bien en el trabajo y en el entorno escolar. Había obtenido su título universitario y había completado 2 años de médica. Sin embargo, durante su segundo año de escuela de medicina, una compañera de clase que Robin sólo sabía que tuvo ligeros intentos suicidas. Robin informó que cuando oyó hablar del suicidio, inmediatamente decidió matarse a sí misma también. Sin embargo, Robin tenía muy poca idea de por qué la situación había provocado su inclinación a matarse a sí misma. En pocas semanas, abandonó la facultad de medicina y se deprimió gravemente y se volvió activamente suicida.

Una cierta cadena de acontecimientos a menudo parecía preceder al comportamiento suicida de Robin. Esta cadena comenzó con un encuentro interpersonal, normalmente con su marido, que culminó con la sensación de Robin de ser amenazada, criticada o no amada (normalmente sin una base clara u objetiva para esta percepción). Estos sentimientos fueron seguidos con frecuencia por los impulsos de automutilarse o matarse a sí misma, dependiendo en cierto grado de lo desesperada o enojada que se sentía Robin. La decisión de Robin de automutilarse o intentar suicidarse fue a menudo acompañada de su pensamiento, “te mostraré” (“tú” siendo la persona que ella creía que la estaba golpeando o abandonando). En otras ocasiones,

estos comportamientos parecían estar relacionados con el sentido de desesperanza de Robin o su deseo de terminar permanentemente con su dolor emocional y su persistente sensación de vacío.

Al igual que las experiencias de Wendy Howe, que padecía de trastorno de identidad disociativo, estos encuentros interpersonales estresantes ocasionalmente llevaron a Robin a experimentar síntomas de disociación (recuerde que, en DSM-IV-TR, la disociación se refiere a la interrupción en la conciencia, la memoria, la identidad o la percepción del medio ambiente de una persona). Tras su decisión consciente de automutilar o cometer un acto suicida, Robin se disociaría inmediatamente y, en algún momento posterior, se cortaría o quemaría mientras se encontraba en un estado de “piloto automático”. En consecuencia, Robin a menudo tenía dificultades para recordar los detalles del acto real. En un momento, ella quemó su pierna tan mal (y la inyectó con la suciedad para convencer al doctor que él debe darle más atención) que la cirugía reconstructiva era requerida.

Aunque había podido funcionar competentemente en la escuela y en el trabajo, el comportamiento interpersonal de Robin era errático e inestable; fluctúa rápidamente y sin razón aparente de un extremo al otro. Ella era un enigma para sus pocos amigos y familiares. A veces, Robin era de buen ver y razonable y se comportaba apropiadamente; en otras ocasiones, parecía irracional y enfureció. Después de haber atracado verbalmente a sus amigos sin razón válida, Robin se asustó y se preocupaba de que los hubiera alienado permanentemente, lo que creó una situación que temía sentirse sola. En consecuencia, Robin haría frenéticamente algo bueno para que sus amigos intentaran acercarlos emocionalmente a ella.

Como era de esperar de su comportamiento, Robin había alienado a muchas personas. Cuando los amigos o familiares intentaban distanciarse de ella, Robin

amenazaría con suicidarse para evitar que la dejaran (por lo tanto, como rehén) o les golpeará hasta que terminara la relación abruptamente.

Robin esperaba satisfacer todas sus necesidades, pero no pudo verbalizar cuáles eran esas necesidades. Como se mencionó anteriormente, cuando una amiga la decepcionó (por ejemplo, canceló los planes de almuerzo), Robin lo tomaría como una afrenta personal, se sentía rechazada y no amada, y quería demostrar lo mucho que necesitaba a la amiga. Ella veía a la gente (incluyéndose a sí misma) como todo bueno o todo malo en lugar de ver a la gente como poseedora de una mezcla de buenas y malas cualidades.

Esta polaridad (a veces referida como división) también era evidente cuando otros comentaron sobre su competencia (por ejemplo, felicitarla por su desempeño escolar). Como interpretaría dichos comentarios como una señal de que otros la consideraban autosuficiente y dotada, Robin reaccionaría mostrándoles lo incompetente que era (por ejemplo, buscar más tranquilidad por la calidad de su trabajo, exigir sesiones de estudio adicionales) para demostrarles que necesitaba su ayuda y atención.

7. Plan de Intervención

Sesión	Objetivo	Técnica	Procedimiento	Tiempo	Materiales	Anexos
1	Conocer a la paciente	Entrevista semiestructurada	Se busca conocer a la paciente por medio de una entrevista semiestructurada, donde ella exprese lo que siente, quien es, su motivo de consulta, historial familiar en un espacio libre de juicio.	50 min	Machote de entrevista	Anexo I: Entrevista semiestructurada
2	Indagar que conductas limitan las relaciones interpersonales de la paciente	Desensibilización sistemática	Se le pide a la paciente que escriba o haga un dibujo que describa como han sido sus relaciones en el pasado. La idea central es crear una historia que refleje como han sido sus amistades y que emociones han influido en sus experiencias pasadas. Una vez terminada la historia, se le pide contarla como si fuera una serie de televisión. Es decir, que ponga nombre a los personajes y puede usar su nombre o crear otro distinto para el cuento. Se	50 min	Lápices Lápices de color Hojas	Anexo II: Amigas discutiendo

			finaliza la sesión poniendo en perspectiva los sentimientos que parecen predominar en sus relaciones y se le pide hacer una lista de cuales son para monitorearlos y comentarlos en la siguiente sesión.			
3	Evaluar su autorregulación emocional	Desensibilización sistemática	Se presenta una tabla de termómetro emocional. Se le explica a la paciente que un problema nivel 1 es lo más sencillo y la reacción nivel 1 es la más leve. Un problema de nivel 10 es lo más catastrófico que puede haber y la reacción nivel 10 la peor reacción. Se ponen situaciones que se pueden presentar y la paciente los coloca en la escala con su debido nivel de problema y de reacción que se le presentaría. Deberá analizar su reacción y la que podrían tener los demás ante situaciones que	50 min	Tabla: termómetro de emociones	Anexo III: Termómetro de emociones

			se le presenten. Se le pide que cierre los ojos y se imagine un escenario. Puede estar con las amigas y surge una emergencia a la que tienen que acudir las amigas y ella no las puede acompañar. ¿Cómo reacciona? ¿Qué siente?			
4	Explorar la impulsividad de la paciente	Dramatización	Se hace una dramatización que tenga concordancia con la impulsividad que haya presentado la paciente en sesiones anteriores. Al igual que la sesión 2, se le pedirá un contexto a la paciente y que le ponga un nombre a su personaje. Los puntos importantes son que el terapeuta demuestre empatía, congruencia en el relato y consideración positiva. Esto genera más seguridad en la paciente para poder seguir	50 min	No hay	Anexo IV: Psicóloga y paciente conversando

			compartiendo sus experiencias. Por medio de la dramatización se busca encontrar la raíz de sus conductas impulsivas y posibles traumas que ha sufrido.			
5	Indagar en las relaciones familiares e interpersonales	Silla Vacía	Una vez trabajadas las conductas se busca que la paciente haga conversación con aquellas personas que le han generado algo. Puede ser enojo, miedo, rencor. Se coloca una silla en frente de ella y cierra los ojos por 10 segundos. Una vez abiertos, se imagina a esa persona sentada en la silla frente a ella y le cuenta cómo se siente, que quiere de la relación, puede pedir alguna disculpa por algo que le hicieron, entre otros. A partir de la conversación que hizo, se indaga que sintió, que le dijo esa persona, etc.	50 min	2 sillas	Anexo V: Técnica de silla vacía
6	Ayudar a la paciente a buscar	Dramatización	Se comienza la sesión con un breve repaso a lo	50 min	Sillas Hojas Lápices	Anexo VI: Hombre y mujer

	herramientas para controlar sus impulsos a la hora de tratar de resolver un conflicto		que se conversó con la silla vacía. Las personas con las que habló, que tan impulsiva fue, buscar patrones en común en esas conversaciones. Se plantean casos donde el terapeuta interactúa con la paciente jugando un papel que dispara su conducta para ir retándola a buscar herramientas para manejar las situaciones de una mejor manera por medio de la dramatización.			leyendo un guion
7	Obtener claridad sobre su perspectiva de las relaciones interpersonales	Projectif	Se le pide a la paciente que dibuje a una mujer con sus amigos. La idea central de la actividad es crear un cuento que exprese su realidad para que el terapeuta pueda evaluar si algo ha cambiado desde la primera sesión.	50 min	Hojas Lápices Lápices de color Pinturas Pinceles	Anexo VII: Animación de amigas
8	Trabajar en técnicas de relajación	Técnica del STOP	Se inicia con ejercicios de respiración con música relajante para que la	50 min	Parlante o lápiz lapicero Hoja	Anexo VIII: Registro

			paciente libere sus tensiones. Después de 5 minutos de respiración, se procede a analizar el entorno. Se le hacen las preguntas: ¿Qué veo?, ¿Dónde estoy?, ¿Qué estoy haciendo?, ¿Cómo veo mi vida en este momento? Esto ayudará a generar conciencia del aquí y el ahora. Se le entrega una hoja para que escriba lo que siente en este momento en específico. Lo primero que se le venga a la mente. Una vez terminado, se le dirá que escriba como podría mejorar sus relaciones, su entorno y para finalizar, se le pone en perspectiva todo lo que ha indagado en este espacio. Se le pedirá que haga un registro de cómo pasa la semana para comentar sus mejorías y sus		Hoja de registro	
--	--	--	---	--	-------------------------	--

			dudas la siguiente sesión.			
9	Ayudar a la paciente a visualizar los impulsos que tiene al interactuar con otras personas por medio de su perspectiva y de sus pares	Juego de roles	Primero se repasará el registro que hizo la paciente como tarea de la sesión anterior. Más adelante se hará una dramatización donde se reflejen ambas perspectivas. Primero, el terapeuta actúa como alguno de sus amigos, mientras que la paciente es ella misma reaccionando naturalmente a la situación presentada. Después se invierten los roles, donde el terapeuta toma el rol de la paciente y esta tendrá que ingeniar alguna solución para controlar la impulsividad de su amigo. Se finaliza preguntando a la paciente que sintió durante ambas dramatizaciones y que aprendizaje saca estando en la posición de sus amigas. Se le	50 min	2 sillas	Anexo IX: 2 personas hablando

			dice a la paciente que siga con el registro para ir monitoreando el avance a lo largo de la semana.			
10	Utilizar el espacio para expresar las dificultades que ha atravesado la paciente, ya sea con los retos de la terapia, como el día a día a lo largo de la semana	Validación empática	Se repasa el registro desde la sesión anterior y se procede a conversar al respecto. Se utilizan las situaciones más complicadas que haya vivido y se utilizan preguntas para recibir una respuesta más amplia de ser necesario. El propósito de esta sesión es que la paciente suelte cualquier pensamiento que le surge desde el registro o por aparte y que el terapeuta lo valide mientras que busca que la paciente busque alguna solución. Al finalizar se le dice a la paciente que le dé seguimiento al registro.	50 min	No hay	Anexo X: 2 mujeres acompañándose
11	Guiar a la paciente a aceptar lo que fue para poder dar la bienvenida a lo	Terapia de aceptación y compromiso	Se repasa el registro semanal y luego se procede a analizar todo el recorrido de las	50 min	Hoja Lápiz o lapicero Parlante	Anexo XI: Aceptación

	que será el futuro		sesiones anteriores. Se le pone en perspectiva a la paciente todo lo que se ha abarcado. Se le pide a la paciente que escriba una lista de eventos que haya aceptado que ya ocurrieron y se comentan. Más adelante, mientras suena música relajante de fondo se le pide que cierre los ojos y se ponga a pensar en sus amigas y amigos, familiares, hechos, sucesos, entre otros. Una vez que abre los ojos, se le pide que hable de lo primero que viene a la mente y que experiencia tuvo a través de sus recuerdos. Para finalizar, se mantiene la tarea del registro y se retoma la sesión la próxima semana.			
12	Fortalecer la capacidad de autoanálisis e indagar en lo que quiere lograr en el	Terapia de aceptación y compromiso	Se retoma el registro para valorar como estuvo la semana y se procede a hacer un breve	50 min	Hojas Lápiz o lapicero	Anexo XII: autoanálisis

	futuro a partir de estos cambios que se le generan		repaso de la sesión anterior. Más adelante, se le pide a la paciente que anote de qué otra forma se podrían resolver conflictos interpersonales y familiares. ¿Cómo encuentro el punto medio en un argumento?, ¿qué puedo hacer para expresar mi punto de vista sin juzgar la de los demás?, ¿qué nuevos hábitos quiero adquirir con las herramientas que se me brindaron en este proceso terapéutico? Se le pide más adelante a la paciente que anote lo que son valores para ella y se asocian con las respuestas a las preguntas de la actividad anterior. Para finalizar, se le pregunta a la paciente que se lleva del proceso y que ha aprendido a lo largo de las sesiones. Se le sugiere seguir con el registro			
--	--	--	---	--	--	--

			cuando se sienta agobiada, abrumada, estresada o ansiosa y se le hace saber que esas herramientas que se le enseñaron a lo largo de las sesiones le pueden servir de guía para enfrentar retos similares o más complicados a lo largo del tiempo.			
--	--	--	---	--	--	--

8. Conclusión

El TLP tiene una alta relación con el trauma, ya que estos pacientes pudieron haber sido expuestos a maltrato o negligencia. Algunos niños, especialmente en barrios de escasos recursos, tienden a ser expuestos a narcotráfico, contrabando, inestabilidad emocional y financiera. Otros pudieron ser abandonados o crecieron en una familia disfuncional. Hay varios roles que entran en juego en una época tan delicada como lo es la niñez.

Se conoce el trastorno como límite, ya que estas personas no se clasifican ni neuróticos ni psicóticos, sino que puede tener características de ambas. Debido a esto, se generó el debate a lo largo de los años si fuera algún tipo de esquizofrenia o algún carácter psicótico. Al inicio se le había denominado incluso el “grupo límite de la neurosis”. Es curiosa la evolución del concepto por lo difícil que es categorizar estos tipos de desbalances.

Los que tienen TLP tienden a tener una vida social bastante compleja, ya que son pacientes que pueden tener algún trauma por abandono, maltrato u otro tipo de abuso. Esto provoca una desconfianza en otros que genera impulsividad en su conducta. Un padre con trastorno límite puede ser sobreprotector o muy pasivo en su estilo de crianza.

Otro elemento a reconocer del TLP es la ideación suicida. Entre el 60%-70% de los pacientes intentan suicidarse. No debe ser fácil el sentirse fuera de lugar en un grupo, pero con los sucesos que los llevaron a esta condición se les dificulta conectar con los demás. Aquí entra en cuestión de que tanta importancia les dan a las cosas. El balance no existe para una mentalidad límite. El mismo caso ocurre en la política, donde las personas pueden ser o muy izquierdistas o muy derechistas, pero son pocos que quedan en el medio. Ellos no logran identificar el centro, el núcleo.

Es importante que los pacientes con TLP sientan el apoyo de sus pares, sus familiares y adquieran herramientas para poder seguir adelante, elevar su autoestima y subir la calidad de vida que tienen actualmente. No es justo para estas personas que son excluidas porque no encajan, ya que es una conducta que se ha normalizado en los grupos sociales. Una vez que ven algo que “se sale de lo normal” deciden rechazarlo. En la película Joker de 2019 dicen lo siguiente: “la peor parte de tener un trastorno es que las personas esperan a que actúes como si no lo tuvieras”. Este es un mensaje bastante poderoso por el temor de la sociedad hacia lo desconocido.

Hay cierto estándar que se debe cumplir para encajar en la sociedad, en grupos sociales e incluso, puede ocurrir en el ámbito familiar. Estas conductas que tienen los otros hacia el paciente con trastorno pueden llegar a amplificar los comportamientos que este tiene como característica. Es importante hacerle saber a aquellas personas que tienen apoyo y no esta mal actuar de cierta forma si la realidad de ellos no fue la más esperanzadora. Sin embargo, el trabajo en terapia es hacerles saber que hay alternativas, el pasado no los define y con esfuerzo pueden llegar a tener un mejor futuro.

Referencias

- Alberdi-Páramo, Í., Díaz-Marsá, M., Sáiz González, M. D., y Carrasco Perera, J. L. (2021). Asociación entre las autolesiones sin finalidad suicida y la conducta suicida en trastorno límite de personalidad: un estudio retrospectivo. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 49(5), 199–204.
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Barlow, D. H. (2014). *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-By-Step Treatment Manual* (5a. ed.). The Guildford Press.
- Brown, T. A., y Barlow, D. H. (2010). *Casebook in Abnormal Psychology* (4a. ed.). Cengage Learning.
- Cavallo, G. (2021). Injustice, Shame, and the Moral Grammar of Social Struggles. *Critical Horizons*, 22(4), 386–401. <https://doi.org/10.1080/14409917.2021.1957362>
- Cone, D. H. (2020). Double-Think, Double-Binds and the Secret History of Borderline Personality Disorder. *British Journal of Psychotherapy*, 36(2), 294–302. <https://doi.org/10.1111/bjp.12521>
- Flores-Rojas, L. E., y González-Zúñiga Hernández, L. A. (2019). Efectos secundarios metabólicos de los antipsicóticos de segunda generación. *Medicina Interna de Mexico*, 35(5), 721–731. <https://doi.org/10.24245/mim.v35i5.2658>
- Fonseca-Baeza, S., Guillén, V., Marco, J. H., Navarro, A., y Baños, R. (2021). Un Programa De Entrenamiento Para Familiares De Pacientes Con Trastorno Límite De La Personalidad Basado en La Terapia Dialéctica Comportamental. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 29(2), 219–236. <https://doi.org/10.51668/bp.8321201s>

- García, M., y Mazzoglio Y Nabar, M. (2017). Tratamiento psicofarmacológico de pacientes con trastorno límite de la personalidad: aspectos farmacoclínicos con evidencia científica. *Revista del Hospital Aeronáutico Central*, 12(2), 125–131. https://docs.wixstatic.com/ugd/1f503c_c2757ec7477547d0af375b09f3f846cb.pdf
- González, G. A. S. (2012). Teorías de la personalidad.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.
- Heliodoro Marco, J., García Palacios, A., Navarr, M., & Botellao, C. (2012). APLICACIÓN DE LA TERAPIA DIALÉCTICA COMPORTAMENTAL EN UN CASO DE ANOREXIA NERVIOSA Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD RESISTENTE AL TRATAMIENTO: UN ESTUDIO DE CASO CON SEGUIMIENTO A LOS 24 MESES. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2), 121–128.
- Hemmings, J., y Hennessy, K. (2018). *How Psychology Works*. DK Publishing.
- Jorquera Rodero, M., Elvira Cruaños, V., Guillén Botella, V., y Baños Rivera, R. M. (2018). Terapia Dialéctica Comportamental en Formato Individual Para El Tratamiento Del Trastorno Límite De Personalidad: Dos Estudios De Caso. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(3), 393–402. <https://doi.org/10.24205/03276716.2018.1078>
- Lekgabe, E., Pogos, D., Sawyer, S. M., Court, A., & Hughes, E. K. (2021). Borderline personality disorder traits in adolescents with anorexia nervosa. *Brain & Behavior*, 11(12), 1–5. <https://doi.org/10.1002/brb3.2443>

- Lumsden, V., Kerr, S., y Feigenbaum, J. (2018). 'It makes me not worthy to be a father from time to time': the experiences of fathers with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Family Studies*, 24(2), 109–125. <https://doi.org/10.1080/13229400.2015.1108859>
- Markin, R., McCarthy, K., y Barber, J. (2013). Transference, countertransference, emotional expression, and session quality over the course of supportive expressive therapy: The raters' perspective. *Psychotherapy Research*, 23(2), 152–168. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.747013>
- Mirkovic, B., Delvenne, V., Robin, M., Pham-Scottez, A., Corcos, M., y Speranza, M. (2021). Borderline personality disorder and adolescent suicide attempt: the mediating role of emotional dysregulation. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03377-x>
- National Institute for Clinical Excellence. (2009). Borderline Personality Disorder: The NICE Guideline on Treatment and Management. *The British Psychological Society, London*.
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., y Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research & Therapy*, 48(9), 832–839. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.01>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación Internacional Estadística de enfermedades y problemas de salud relacionados* (11a ed.). <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Papalia, D. E., y Martorell, G. (2017). *Desarrollo Humano*. México, D.F.: McGraw Hill.
- Peng, W., Liu, Z., Liu, Q., Chu, J., Zheng, K., Wang, J., Wei, H., Zhong, M., Ling, Y., y Yi, J. (2021). Insecure attachment and maladaptive emotion regulation mediating the relationship

between childhood trauma and borderline personality features. *Depression & Anxiety* (1091-4269), 38(1), 28–39. <https://doi.org/10.1002/da.23082>

Vera-Varela, C., Giner, L., Baca-García, E., y Barrigón, M. L. (2019). Trastorno límite de personalidad: el reto del manejo de las crisis. *Psiquiatría Biológica*, 26(1), 1-6.

Anexos

Anexo I

Entrevista inicial para Adulto/a

1. Datos de identificación:

Nombre _____

Edad _____ Teléfono _____

Estado Civil _____

Nivel académico _____ Ocupación _____

Domicilio _____

Teléfono _____

2. Observaciones:

A) Queja inicial

B) Porqué ahora _____

C) Motivo de la consulta _____

Anexo II



Anexo III

Socially Curious and Curiously Social

Problem Solving Thermometer

Original Problem	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	Reactions		New Problem Distilled from the emotional reactions to the original problem
		Yours	In Others	
Someone accidentally bumps into you in the hall.				

List some of your problems in the first column.

Draw a line from your problem to the number size of the problem. Then describe your emotional reaction to the problem as well as the reaction of others affected by your problem.

143

Anexo IV



Anexo V**Anexo VI****Anexo VII**

Anexo X:**Anexo XI:****Anexo XII:**